

**Парамонова Л.Г.**  
**КАК ВОСПИТАТЬ ГЕНИЯ**

**Логопедия для всех**

**М. 2002**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

<i>Глава 1</i> ЧТО ЭТО ТАКОЕ — ЛОГОПЕДИЯ? .....	2
<i>Глава 2</i> ОРГАНЫ РЕЧИ.....	7
<i>Глава 3</i> ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ.....	12
<i>Глава 4</i> ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ .....	20
<i>Глава 5</i> СТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ.....	28
<i>Глава 6</i> ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ.....	44
<i>Глава 7</i> НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ (ДИСЛАЛИЯ И ДИЗАРТРИЯ) .....	50
ДИСЛАЛИЯ .....	58
ДИЗАРТРИЯ .....	85
<i>Глава 8</i> РИНОЛАЛИЯ.....	95
<i>Глава 9</i> РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА.....	116
<i>Глава 10</i> ДИСТГРАФИЯ .....	132
<i>Глава 11</i> ДИСЛЕКСИЯ .....	156
<i>Глава 12</i> АЛАЛИЯ.....	163
<i>Глава 13</i> АФАЗИЯ .....	192
<i>Глава 14</i> ЗАИКАНИЕ .....	213
<i>Глава 15</i> НАРУШЕНИЕ ТЕМПА РЕЧИ.....	247
ТАХИЛАЛИЯ .....	247
БРАДИЛАЛИЯ (БРАДИФРАЗИЯ).....	248
<i>Глава 16</i> РАССТРОЙСТВА РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА .....	250

## *Глава 1*

# ЧТО ЭТО ТАКОЕ — ЛОГОПЕДИЯ?

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

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

На основе изучения причин всех этих речевых расстройств, их симптомов (признаков, проявлений) логопедия разрабатывает научно обоснованные методы преодоления и профилактики нарушений речи.

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

Самым тесным образом логопедия связана также с языкознанием, поскольку при коррекции нарушений речи необходимо хорошо знать

«языковую норму», включая и основные закономерности развития детской речи в процессе её становления. Например, при полном отсутствии речи у детей или тяжёлых её расстройствах ребёнку в первую очередь предлагаются для усвоения те слова и словосочетания, которые при нормальном ходе речевого развития появляются первыми.

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

Логопедия как наука преследует исключительно гуманную цель — помочь людям, страдающим нарушениями речи, обрести возможность более полноценной жизни за счёт преодоления этих нарушений и связанных с ними самых разнообразных ограничений (см. примеры на с. 8—11). Правда, иногда приходится слышать высказывания, что «от дефектов речи ведь не умирают», а значит и с ними можно «спокойно прожить». Но так ли это на самом деле?

Основное назначение человеческой речи — служить средством общения между людьми. При помощи речи мы можем поделиться с окружающими своими мыслями, чувствами, переживаниями, можем сообщить им какую-то важную информацию и т. п. Мы настолько привыкаем к постоянному речевому общению, что почти перестаём его замечать и понимать его настоящую цену. Нам кажется само собой разумеющимся, что в любой момент мы можем обратиться к кому-то с вопросом или сами ответить на заданный нам вопрос, о чём-то рассказать и пр. И это действительно так, но лишь при условии, что человек владеет достаточно полноценной речью. Когда же приходится встречаться с людьми, страдающими тяжёлыми её нарушениями (не говоря уже о случаях полного отсутствия), то сложность их

жизни, общения сразу становится очевидной. Многие из них не могут выбрать себе профессию по душе, не могут устроить нормально свою личную жизнь, для многих крайне проблематичен простой поход в магазин или разговор по телефону, трудно или вообще невозможно даже спросить у прохожего о том, как найти нужную улицу или номер дома...

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

Наличие тяжёлых речевых расстройств и тем более полное отсутствие речи оказывают отрицательное влияние на формирование характера ребёнка, приводят к отклонениям в его поведении. Это объясняется тем, что ребёнок в подобных условиях часто не может удовлетворить даже самые насущные свои потребности. Например, он может хотеть есть, пить, испытывать желание куда-то пойти или чем-то заняться, окружающие же далеко не всегда могут догадаться об этом, на что ребёнок нередко реагирует слезами или даже истерикой. Подобные формы поведения нередко закрепляются, накладывая негативный отпечаток на весь процесс взаимоотношений ребёнка со взрослыми и сверстниками. Приведём лишь один конкретный пример. Трёхлетний малыш, не владевший речью, после долгих «приставаний» к маме вдруг с криком упал на пол и стал в отчаянии бить по нему ногами. Увидев случайно вошедшую в этот момент соседку, которая держала в руках стакан с водой, ребёнок сразу бросился к ней. Оказалось, что он просто хотел пить, но не сумел выразить свою просьбу даже при помощи жеста... А если

подобные ситуации повторяются часто?

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

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

Вот письмо одной мамы: «Обращаюсь к Вам с большой материнской просьбой. Помогите, пожалуйста, поставить на ноги нашего сына Геннадия. С 8 лет он поступил в общеобразовательную школу, в 1 класс, где просидел два года из-за большого дефекта в разговорной речи. По советам врачей, областная медико-педагогическая комиссия направила его в 1 класс вспомогательной школы-интерната, где он окончил 1 класс, а в настоящее время учится во 2 классе, но ему вновь грозит опасность остаться на второй год. Учителя и медработники этой школы говорят, что его умственное развитие тормозит только речь. Он не может высказать то, о чём думает. Речь его слоговая. Дайте консультацию-совет, что нам делать с сыном».

А вот выдержка из письма молодой девушки: «Зовут меня Люба. Мне

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

Во втором своём письме Люба сообщила нам о том, что устроилась на работу. Приводим небольшую выдержку и из этого ее письма: «...Но вот у меня одно плохо. Никак не могу по телефону разговаривать, боюсь. Возьму трубку и стою молчу — никак не могу сказать ни слова. А у нас на работе нужно часто общаться по телефону...»

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

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

## *Глава 2*

# ОРГАНЫ РЕЧИ

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

Речевой аппарат человека *условно* принято делить на два отдела — на центральный и периферический. К центральному отделу относится головной мозг, который при помощи проводящих нервных путей тесно связан с периферическими органами речи и управляет их деятельностью.

Поскольку весь процесс речевого общения между людьми состоит из двух основных моментов — говорения (то есть построения собственных речевых высказываний) и слушания (восприятия и понимания речи других людей), то и наш речевой аппарат сформировался таким образом, что способен обеспечить выполнение обеих этих функций. Для восприятия речи (для слушания), как всем хорошо известно, предназначены уши. Но само по себе ухо, в отрыве от центрального отдела речевого аппарата, слышать и тем более понимать речь не может. Воспринимаемые ухом звуковые раздражения по проводящим нервным путям передаются в височные (слуховые) отделы коры головного мозга, где они анализируются, сравниваются с другими звучаниями и в итоге «узнаются» и «понимаются». Поэтому исходя из учения И. П. Павлова принято говорить о так называемых анализаторах, каждый из которых включает в свой состав периферический орган, воспринимающий те или иные раздражения (слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые и пр.), проводящие нервные пути и

соответствующие отделы коры головного мозга («центры»), анализирующие поступившие раздражения. Если говорить, например, о зрительном анализаторе, то периферическим его отделом является глаз, откуда воспринятые зрительные раздражения по проводящим нервным путям передаются в затылочные отделы коры головного мозга, где «анализируются» и «узнаются».

Однако несмотря на большую дифференцированность в работе различных отделов коры головного мозга и их «приспособленность» к выполнению лишь вполне определённых функций, в целом наш мозг работает как единое и целостное образование. Кортикальные концы различных анализаторов перекрывают друг друга, в силу чего их невозможно чётко разграничить. К тому же каждая высшая психическая функция (в том числе и речь) имеет своё «представительство» не только в коре головного мозга, но и в нижележащих его отделах. Кроме того, отдельные участки головного мозга не являются уже «готовыми центрами» для осуществления того или иного вида деятельности, а представляют собой лишь ту материальную основу, на которой могут образовываться системы условных связей, в том числе и речевых. Например, если ребёнка не учить письму, то предназначенные для этого «центры» так и останутся «не востребованными» и будут «приспособлены» для выполнения какой-то другой деятельности. Таким образом, локализация высших психических функций в коре головного мозга имеет динамический, подвижный характер, что исключительно важно с точки зрения возможности компенсации нарушенных функций. Так, если какой-то участок мозгового вещества пострадал, то его функцию могут взять на себя соседние участки, в особенности если речь идёт о мозге ребёнка — здесь ещё не произошло чёткого «закрепления» функций за определёнными участками мозговой коры. По этой причине любые нарушения в деятельности головного мозга значительно легче скомпенсировать в детском возрасте.

К осуществлению речевой функции наиболее близкое отношение



имеют два анализатора; уже упомянутый выше речеслуховой, который обеспечивает восприятие речи, и речедвигательный, предназначенный для «говорения». Однако в осуществлении этой сложнейшей функции участвуют не отдельные изолированные корковые области, а сложные функциональные системы, охватывающие обширные территории коры.

К периферическому отделу речедвигательного анализатора относятся органы дыхания, голосообразования и артикуляции, о назначении которых мы расскажем ниже. Все эти органы (язык, губы, голосовые связки и пр.) через проводящие нервные пути связаны с соответствующими отделами коры головного мозга. Поступающие от этих органов раздражения, сигнализирующие об их положении в каждый данный момент покоя или движения, в коре головного мозга подвергаются анализу. После этого из мозга на периферию поступают двигательные команды, непосредственно приводящие эти органы в движение. Таким образом, центральный отдел речедвигательного анализатора подразделяется на две части — воспринимающую (анализирующую) и собственно двигательную.

Не останавливаясь здесь на строении уха, являющегося периферическим отделом *речеслухового* анализатора (его назначение как звуковоспринимающего органа вполне понятно), рассмотрим роль в процессе речи органов дыхания, голосообразования и артикуляции, относящихся к периферическому отделу *речедвигательного* анализатора.

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

*Дыхательный аппарат* включает в свой состав грудную клетку с расположенными в ней лёгкими, трахеей и бронхами, а также диафрагму и мышцы брюшного пресса. Благодаря работе дыхательного аппарата мы

получаем необходимую для речи струю выдыхаемого воздуха. Вся наша речь строится на выдохе, и именно струя выдыхаемого воздуха является основой для голосо- и звукообразования. Если эта выдыхаемая воздушная струя по каким-то причинам не сможет попасть в ротовую полость, то речеобразование становится невозможным: в этих случаях мы наблюдаем лишь беззвучные движения губ и языка. Такая картина имеет место у больных с удалённой гортанью. Если же проходящая через гортань воздушная струя является слишком слабой, иссякающей, то и голос у человека звучит слабо, что нередко наблюдается у тяжелобольных людей. По этой причине уже с раннего возраста важно заботиться о развитии и укреплении дыхательного аппарата ребёнка.

*Голосовой аппарат* состоит из гортани (то есть трубки, образованной несколькими хрящами) с расположенными внутри неё голосовыми связками, или, как их часто называют, складками. Голосовые связки имеют возможность приходить в состояние колебательного движения (вибрировать). Благодаря такой вибрации голосовых связок при прохождении через гортань воздушной струи в ней образуется первичный звук голоса. Этот звук очень слаб, неприятен на слух и не напоминает собой обычный человеческий голос. Привычную для нашего уха силу и окраску он получает благодаря ротовому и носовому резонаторам (не менее важную роль в этом отношении играет и грудной резонатор). Все эти заполненные воздухом полости (резонаторы) усиливают приходящий из гортани звук и придают ему характерную для каждого человека индивидуальную тембровую окраску, зависящую от конкретной величины и формы резонаторов. По этой причине голос каждого человека глубоко индивидуален и неповторим, что позволяет нам легко узнавать людей по голосу. Но это всё — ещё не речь, а именно только голос, которому для получения *членораздельной* речи необходимо придать гораздо более дифференцированное звучание. Это обеспечивается в артикуляторном отделе речевого аппарата. Естественно, что при повреждении как голосовых связок,

так и резонаторов голосовая функция оказывается нарушенной, что и будет далее показано при рассмотрении конкретных форм речевой патологии.

*Артикуляторный отдел* речевого аппарата располагается в так называемой надставной трубе (полости рта и носоглотки), которая как бы «надставлена» над гортанью. Основными органами артикуляции являются язык, губы, зубы, верхняя и нижняя челюсти, мягкое и твёрдое нёбо. Наиболее активный орган артикуляции — язык. Являясь самым подвижным из всех перечисленных органов, он способен занимать в ротовой полости самые разнообразные положения, образуя сближения или полные смычки с менее подвижными органами артикуляции. Благодаря этому и образуются конкретные звуки речи, придающие ей членораздельность. Естественно, что при дефектах в строении челюстей, зубов, языка, равно как и при недостаточной подвижности последнего, нормальное артикулирование звуков речи будет затруднено. При дефектах в строении твёрдого и мягкого нёба будет нарушено также нормальное взаимодействие ротового и носового резонаторов, что помимо дефектов звукопроизношения приведёт и к расстройству голосовой функции. Обо всём этом подробнее речь пойдёт в тех главах книги, которые посвящены конкретным нарушениям речи.

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

### Глава 3

## ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

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

Начнём с самого начала. Ребёнок ещё не родился и даже не «запрограммирован», а разного рода неблагоприятные факторы уже могут полным ходом «работать» на его речевую и иную патологию. Это объясняется тем, что на состояние здоровья и речи будущего ребёнка большое влияние могут оказывать *неблагоприятная наследственность* и неправильный образ жизни будущих родителей. По наследству могут передаваться некоторые особенности нервно-психического склада родителей, а также особенности строения периферического и центрального отделов речевого аппарата (например, особенности строения артикуляторных органов, вплоть до наличия нёбных расщелин, или своеобразное развитие некоторых структур головного мозга, имеющих отношение к осуществлению речевой функции). Однако роль наследственного предрасположения в происхождении речевой патологии оценивается не всеми одинаково: одни исследователи отводят ей чрезвычайно большую роль, другие почти полностью сбрасывают её со счетов. Истина здесь, как и в большинстве других подобных ситуаций, по-видимому, лежит где-то посередине.

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

- профессиональные «вредности», действующие очень массивно или в течение продолжительного времени (наличие радиационного

излучения, работа с химически активными веществами, в условиях повышенных вибрационных нагрузок и т. п.);

- наркомания;
- алкоголизм и курение;
- искусственное прерывание предшествующих беременностей;
- другие вредные факторы, действие которых приводит к физическому и нервно-психическому истощению будущих родителей.

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

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

Несколько подробнее хотелось бы остановиться на вреде курения

матери во время беременности, доказанном специальными научными исследованиями. Согласно данным эхографии, сердечный ритм ребёнка непосредственно во время курения матери значительно ускоряется, тогда как спонтанные движения плода постепенно прекращаются — ребёнок задыхается. Дети, рождённые от курящих матерей, в первые три месяца жизни особенно подвержены заболеваниям органов дыхания. Объём лёгких у них уменьшен примерно на 5%, а вес — на 70—140 граммов. Если мать курила до 10 сигарет в день, то коэффициент интеллекта у ребёнка на 9 пунктов ниже, поскольку табак уменьшает поступление кислорода и питательных веществ и тем самым отрицательно влияет на развитие мозга. Содержащееся в табачном дыме множество химических элементов может нарушить развитие нервной системы ребёнка уже во внутриутробном периоде.

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

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

расстройств.

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

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

Подводя итог всему сказанному о причинах речевых расстройств, необходимо хотя бы в самых общих чертах коснуться классификации этих причин.

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

К *органическим* относятся те причины, действие которых может приводить к нарушению анатомического строения речевого аппарата в его периферическом или центральном отделах. В частности, к органическим повреждениям речевых отделов головного мозга могут приводить нарушение нормальных условий внутриутробного развития плода, некоторые виды механической помощи при родах, состояние длительной асфиксии новорожденного и т. п. Аномалии в строении периферического отдела речевого аппарата могут быть обусловлены наследственно или явиться

результатом неблагоприятного протекания беременности (лицевой скелет закладывается на втором-третьем её месяце), а также могут быть приобретены уже после рождения ребёнка.

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

Однако разграничение причин речевой патологии на органические и функциональные носит чисто условный характер и наиболее применимо лишь в отношении случаев грубых органических повреждений речевых органов. Особенно затруднено такое разграничение тогда, когда речь идёт о центральном отделе речевого аппарата: трудно представить себе чисто функциональные изменения при полностью нормальной структуре головного мозга. По-видимому, во многих случаях органические изменения в нём могут быть настолько незначительными, что их просто не удаётся обнаружить современными методами исследования. Поэтому не случайно в последние десятилетия так много говорится о «минимальной мозговой дисфункции» с характерными для неё микроорганическими поражениями мозгового вещества.

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



особенно важно понимать следующее: длительно существующие функциональные нарушения могут принимать необратимый характер и тем самым как бы переходить в органические. Вот почему при любых нарушениях речи так важна возможно более ранняя коррекционная помощь ребёнку!

И ещё одно обстоятельство заставляет ни в коем случае не медлить с оказанием ребёнку своевременной коррекционной помощи. Дело в том, что наличие органических нарушений в одном отделе речевого аппарата с неизбежностью влечёт за собой возникновение вторичных функциональных нарушений в других его отделах. Например, органические нарушения в строении артикуляторного аппарата непосредственно обуславливают лишь появление у ребёнка дефектов звукопроизношения. Однако постоянное восприятие им на слух неправильно им же самим произносимых звуков приводит к вторичному функциональному нарушению в работе речеслухового анализатора — ребёнок начинает воспринимать дефектное звучание звуков как нормальное (как бы «прислушивается» к этому звучанию). А если ребёнок при этом полностью заменяет один звук речи на другой (говорит, например, САРФ вместо ШАРФ), то с началом обучения его грамоте почти неизбежно появится ещё и «третичное» нарушение — однотипные буквенные замены на письме. В результате этого вместо одного речевого расстройства придётся преодолевать уже целых три.

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

Родителям очень важно понять, что речь усваивается ребёнком по

подражанию, поэтому (в лучшем случае) он может овладеть лишь тем, что чаще всего слышит в речи окружающих его людей. По этой причине ему необходимо обеспечить правильный образец для подражания, на который он мог бы с самого начала равняться. Откуда ребёнку знать, как нужно говорить? Он смотрит на взрослых, вслушивается и «всматривается» в их речь и пытается в меру своих возрастных и других возможностей ей подражать, постепенно всё более и более приближаясь к «предлагаемому» образцу. И если он чаще всего слышит, например, «картавое» Р, то именно такое произношение этого звука и усваивает. Этим объясняются случаи нередко встречающейся «семейной» картавости, которую многие родители пытаются объяснить «наследственностью». Таким образом, здесь имеет место прямое подражание неправильному образцу. Существенную роль элемент подражания играет и в возникновении заикания.

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

В тех случаях, когда речь наиболее часто общающихся с ребёнком взрослых бедна по содержанию и неправильна по грамматическому оформлению (бедный словарный запас, неправильное согласование слов между собой), ребёнку не остаётся ничего другого, как усвоить предлагаемый ему «усечённый» образец. В таких семьях на речь ребёнка чаще всего не обращают особого внимания, не исправляют её. При подобных обстоятельствах специалисты обычно говорят о так называемой педагогической запущенности.

Неблагоприятное влияние на развивающуюся речь детей оказывает и такой нередко встречающийся в нашей жизни социальный фактор, как

«двуязычие». В этих случаях ребёнок, только начинающий овладевать речью, вперемешку слышит слова из разных языков, с разными особенностями звукопроизношения и грамматического строя. Вряд ли нужно объяснять, что это существенно затрудняет для него овладение полноценной речью на «основном» языке.

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

Обидно, когда в силу рассмотренных здесь неблагоприятных социальных воздействий дефекты речи появляются даже у детей с нормально устроенным речевым аппаратом, но совершенно катастрофическими последствиями оборачивается это для ребёнка, имеющего неполноценный в том или ином отношении речевой аппарат, что должны хорошо понимать и учитывать родители.

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

Таким образом, вопрос о причинах речевой патологии достаточно сложен и требует одновременного учёта многих неблагоприятных факторов в их взаимодействии. Однако в практике логопедической работы ответ на него искать необходимо, поскольку от правильности этого ответа во многом зависит эффективность преодоления речевых расстройств.

## *Глава 4*

# **ПРОФИЛАКТИКА РЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ**

Профилактика нарушений речи, так же как и профилактика любых заболеваний или патологических состояний, строится на устранении, по возможности, из жизни ребёнка тех причин, которые могут приводить к возникновению нарушений. К сожалению, иногда всё же не удаётся полностью предупредить возникновение речевой патологии, и в этих случаях задача профилактики сводится к возможно большему смягчению неблагоприятных последствий уже подействовавших вредоносных факторов и к предупреждению появления вторичных и третичных нарушений речи на основе уже имеющихся. Именно на эту сторону вопроса нам хотелось бы обратить особое внимание родителей: надо приложить все усилия к тому, чтобы своевременно выровнять положение дел и уж во всяком случае его не усугубить. С этих позиций мы и подходим к освещению вопроса. Проследим поэтапно (как бы по ходу развития ребёнка) содержание профилактических мероприятий.

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

Что касается состояния здоровья самих будущих родителей, то здесь очень важно не допускать бездумного отношения к жизни и приобретения разного рода вредных привычек, о которых мы уже говорили при рассмотрении причин речевых расстройств. Если же такие привычки уже приобретены, то от них необходимо обязательно отказаться хотя бы за некоторое время до рождения ребёнка. Даже такая, как многие считают,

«безобидная» вещь, как курение матери во время беременности, отрицательно сказывается на всём ходе внутриутробного (а значит и последующего) развития ребёнка, о чём также уже говорилось выше. С очень тяжёлыми случаями речевой и другой патологии нам неоднократно приходилось встречаться и у детей, родившихся от отцов, которые за некоторое время до рождения ребёнка принимали непосредственное участие в ликвидации Чернобыльской аварии. Это касается и многих других профессиональных вредностей.

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

...В декретный отпуск уходила одна наша молодая сотрудница, у которой беременность протекала на редкость хорошо. Она очень ждала ребёнка, в семье всё обстояло благополучно и, казалось бы, ничто не предвещало беды. Прощаясь с нею, мы все просили её быть как можно осторожнее. Но поскольку она чувствовала себя вполне нормально, то по выходе в декрет решила в первый же день начать в квартире генеральную уборку: перестирать все занавеси, которая сама сняла с высоких окон, и пр. В конце третьего «рабочего» дня она по скорой помощи попала в больницу, где с серьёзными осложнениями родила семимесячного ребёнка. А дальше у ребёнка потянулся длинный хвост не только речевой, но и различной нервно-психической патологии. Вот такой дорогой ценой нередко приходится расплачиваться за свои необдуманные действия. Поэтому так важно понять, что даже самое хорошее самочувствие в период беременности может

оказаться обманчивым и что на протяжении всего этого периода необходимо соблюдать предельную осторожность.

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

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

Сам процесс родов также во многом зависит от самой женщины. Разумное и правильное поведение будущей матери во время беременности во многом предопределяет нормальное протекание родов. В ближайший перед родами период необходимо полностью исключить якобы неотложные переезды и перелёты в другие города, поскольку не столь редки случаи начала родов непосредственно в поезде или самолёте. Вряд ли нужно объяснять, с каким невообразимым риском это сопряжено не только для

будущего ребёнка, но и для самой матери. Нередко о такой поездке потом приходится сожалеть всю жизнь... Что касается поведения женщины непосредственно во время родов, то очень важно заблаговременно приобрести о них все нужные сведения. К счастью, необходимая работа в этом плане проводится женскими консультациями, нужно лишь отнестись к этому с полной ответственностью.

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

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

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

Решение первой из названных задач конкретно выражается в следующем:

- предупреждение ушибов в области головы;
- предупреждение различных заболеваний и детских инфекций, протекающих с высокой температурой (соблюдение сроков профилактических прививок, исключение непосредственных контактов с больными и пр.);

- охрана органа слуха от простудных заболеваний, от попадания инородных тел, от излишнего шума (даже во время сна), а также своевременное лечение и обязательное долечивание ушных заболеваний;
- охрана артикуляторных органов, состоящая в следующем:
  - а) предупреждение (и лечение) рахита и возможного появления аномалий костных частей речевого аппарата;
  - б) исключение случаев сосания пальца или постоянного подкладывания руки под щёку во время сна (последнее может повести к образованию так называемого перекрёстного прикуса);
  - в) раннее протезирование зубов в случае их преждевременной потери, поскольку потеря зубов у детей вызывает значительную деформацию соседних зубов и челюстей (здесь не имеется в виду возрастная смена зубов);
  - г) своевременное оперирование расщелин верхней губы и нёба;
  - д) своевременное подрезание короткой уздечки языка (не позднее 4—5 лет, поскольку к этому времени в речи должны появиться те звуки, правильному артикулированию которых мешает короткая уздечка);
- охрана голосового аппарата от простуды, попадания пыли, голосовой перегрузки (чрезмерные крики, излишне громкая и напряжённая речь и т. п.);

охрана нервной системы ребёнка (исключение громких окриков, страшных рассказов и разного рода запугиваний, щадящий подход к ребёнку во время любой болезни и в течение некоторого времени после её окончания, борьба с аскаридами и т. д.); этот вид профилактики особенно важен для предупреждения всякого рода невротических речевых расстройств и в первую очередь — заикания.



Забота о правильном речевом развитии ребёнка должна выражаться в следующем:

- обеспечение благоприятного речевого окружения как необходимого образца для подражания (в плане отсутствия речевых нарушений у окружающих ребёнка людей);
- поощрение лепета ребёнка мимикой радости;
- воспитание направленности на восприятие речи окружающих, для чего нужно как можно больше разговаривать с ребёнком начиная с первых дней его жизни;
- медленное и чёткое произношение взрослыми простых слов, связанных с конкретной жизненной ситуацией, а также называние окружающих предметов и производимых действий, что поможет ребёнку «приступить» к постепенному овладению речью;
- отчетливое произнесение взрослыми неправильно сказанных ребёнком слов, рассчитанное на ненавязчивое и постепенное исправление его неправильного произношения;
- приучение ребёнка смотреть во время разговора в лицо собеседника, поскольку зрительное восприятие артикуляции способствует более точному и более быстрому её усвоению;
- систематическое создание таких ситуаций, при которых ребёнок должен выразить свою просьбу словесно (взрослым не следует стремиться «понимать его с полуслова» и тем более с одного только жеста или взгляда); необходимо организовать жизнь ребёнка таким образом, чтобы сама обстановка вызывала у него необходимость речевого общения, включая «разговор» с животными, игрушками и пр.;
- полное исключение случаев «сюсюкания» с ребёнком, лишаящего его правильного образца для подражания;

- занятия ритмикой, музыкой и пением; последнее способствует развитию правильного дыхания и достаточно гибкого и сильного голоса, а также предупреждает невнятность речи;
- развитие тонкой ручной моторики, играющей чрезвычайно важную роль в овладении полноценной речью.

Если несмотря на принятые профилактические меры случилось так, что в период беременности, родов или раннего развития ребёнка какие-то неблагоприятные факторы всё же имели место, то не нужно думать, что у Вашего ребёнка обязательно появятся расстройства речи. Родителям необходимо знать, что детский мозг обладает очень большой пластичностью, гибкостью и имеет выраженную тенденцию к развитию. В силу этого многие его повреждения могут почти бесследно сглаживаться, не оставляя после себя заметных следов. Огромная и ничем не заменимая роль в такой компенсации принадлежит благоприятным социально-бытовым условиям, в которых растёт и развивается ребёнок. Если же эти условия оставляют желать лучшего, то на компенсацию рассчитывать не приходится, скорее наоборот — уже имеющиеся отклонения в развитии можно усугубить. Таким образом, если у Вас не всё благополучно обстояло с протеканием беременности, родов или самого раннего периода развития ребёнка, то нужно, не впадая в панику, приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить возможно более благоприятные социально-бытовые условия для дальнейшего развития ребёнка. Не менее важное значение имеет и своевременное принятие лечебно-профилактических мер, рекомендуемых по линии детской консультации при поликлинике. В настоящее время существует много медикаментозных средств, способствующих более быстрому созреванию определённых мозговых структур и нормализации имеющихся в них патологических процессов. В подавляющем большинстве случаев все это вместе взятое позволяет полностью преодолеть или значительно смягчить негативное влияние имевшихся вредностей на весь ход дальнейшего развития ребёнка.

Нельзя не упомянуть и ещё об одном виде профилактики — о профилактике рецидивов (возвратов) речевых расстройств. Такие рецидивы речевых нарушений могут иметь место в случае недостаточно прочного закрепления результатов логопедической работы или при особо неблагоприятных жизненных ситуациях, срывающих механизмы компенсации. Из всех случаев речевой патологии такие рецидивы чаще всего наблюдаются при заикании. Здесь важно понимать, что вновь воспитанный навык правильной речи является ещё очень непрочным и поэтому для его полной автоматизации необходимо определённое время и непрерывная работа по закреплению. Даже при нарушениях звукопроизношения может произойти возврат к старой дефектной артикуляции, являющейся более упроченной, чем вновь воспитанная. По этой причине и после прекращения логопедических занятий родители должны в течение некоторого времени проводить с ребёнком специальные упражнения и осуществлять контроль за его речью. На заключительном занятии логопеды обычно обязательно дают такие рекомендации, но, к сожалению, некоторые родители недооценивают их важность.

## *Глава 5*

# СТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

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

Речь не является врождённой функцией и усваивается каждым человеком индивидуально, на основе подражания речи окружающих. Весь ход нормального речевого развития подчинён определённым закономерностям, которые можно отчётливо проследить в речи каждого отдельного ребёнка, и протекает в определённых временных рамках. Рамки эти, правда, довольно условны, но всё же знание их позволяет достаточно надёжно отличить норму от патологии.

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

Начнём с самых первых проявлений. Новорожденный ребёнок может издавать только *крик*. На 2-м месяце жизни у него начинают появляться недифференцированные и произвольно возникающие в процессе движений голосовые реакции, которые принято называть *гулением* (так называемое агуканье). В этих голосовых реакциях обычно можно довольно отчётливо различить гласные звуки, а также губные (П, Б, М) и заднеязычные (К, Г, Х) согласные. Многие исследователи связывают появление в качестве первых именно этих звуков с наиболее характерным для ребёнка этого возраста

актом сосания (губные звуки) и с постоянным «задним» положением корня языка (заднеязычные звуки) ввиду преимущественного лежания ребёнка на спине. Первые звуки гуления являются рефлекторными, не зависящими от воли ребёнка — они возникают в процессе внеречевой деятельности речевого аппарата (сосания, глотания и пр.) и не являются речевыми звуками в собственном смысле этого слова.

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

Со временем лепет ребёнка постепенно обогащается всё новыми и новыми звуками, причём характерно появление в нём и таких звуков, которых вообще нет в нашем языке (например, смягчённые гласные, «полумягкие» согласные и др.). В лепете детей второго полугодия жизни представлено до 15 гласных и 76 согласных звуков. Однако к году, ко времени появления у ребёнка первых слов, почти все приобретённые в период лепета звуки исчезают, и он вынужден как бы заново и нередко с большим трудом вновь овладевать правильным звукопроизношением.

Возрастной период от рождения и примерно до года — полутора лет принято считать подготовительным в развитии речи ребёнка. В этот период состав даже уже появившихся у него первых слов ещё полностью не расчленён и значение их неустойчиво, да и сама «речь» не является средством общения — ребёнок обращается к окружающим в основном при помощи мимики и жеста. Однако полноценность протекания этого периода

играет исключительно важную роль во всем дальнейшем ходе речевого развития ребёнка. «Приобретения» этого периода состоят в следующем:

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

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

Что же должно насторожить родителей уже в этот ранний период? В чём конкретно могут проявляться первые отклонения от нормы в речевом развитии?

Следует обратить внимание на «нормальность» крика ребёнка. У некоторых детей он бывает слишком слабым, едва слышным или хриплым и вообще необычным по тембру. В некоторых случаях это может свидетельствовать о параличе (здесь крик может даже полностью отсутствовать) или парезе (частичном параличе) голосовых связок, о каких-то врождённых пороках их развития.

Отсутствие лепета или его слабая выраженность может наблюдаться при параличе или парезе голосовых связок, а также при грубых нарушениях анатомического строения артикуляторного аппарата (например, при врождённых расщелинах верхней губы и нёба). Для детей с нарушениями слуха характерно постепенное «затухание» нормально начавшегося лепета. Как уже отмечалось, нормально развивающийся лепет ребёнка на определённом этапе начинает обогащаться за счёт подражания, в него «проникают» элементы речи окружающих. Однако возможность такого подражания полностью исключена для глухих детей и резко ограничена для детей со значительно сниженным слухом, чем и объясняется «затухание» у них лепета.

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

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

*Развитие понимания* ребёнком речи окружающих начинается в упомянутый на с. 42 «подготовительный» период и значительно опережает развитие его собственной речи. Самые первые проявления понимания выражаются в реагировании ребёнка на человеческий голос. Так, в конце второй недели жизни он перестаёт плакать, когда с ним начинают разговаривать. К концу первого месяца на него успокаивающим образом действует колыбельная песня. Затем он начинает поворачивать головку в сторону говорящего и вообще «обращать внимание» на речь.

В целом развитие понимания речи происходит в направлении от более общего к более частному. Сначала малыш улавливает лишь общий эмоциональный смысл высказывания, совершенно не понимая при этом

значения самих слов. Так, если маленькому ребёнку ласковым тоном говорить неприятные вещи, то он будет радостно улыбаться, а при сказанных сердито даже самых добрых словах расплачется.

У 7—8-месячных детей начинают появляться адекватные реакции на отдельные небольшие фразы, сопровождаемые соответствующей мимикой и жестами (типа «дай ручку», «помаши ручкой», «сделай ладушки» и т. п.). Около 9—10 месяцев ребёнок начинает понимать значение отдельных слов и поворачивать головку в направлении называемого предмета (например: «Где окно?», «Где папа?», «Где мишка?»). Но это пока ещё так называемое ситуативное понимание речи, доступное ребёнку лишь в определённой ситуации (одна и та же комната и знакомые люди). В других условиях эти же самые вопросы останутся им не понятыми. И лишь значительно позднее понимание речи осуществляется на основе учёта ребёнком значения каждого отдельного слова и улавливания грамматической связи между словами.

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

Понимание или непонимание ребёнком грамматических значений слов можно выяснить при помощи специальных заданий. Так, например, 3-летний ребёнок должен уметь показать на картинках (или указать на натуральные предметы), где нарисована ЛОЖКА, а где — ЛОЖКИ, где КЛЮЧ, а где —



КЛЮЧИК и пр. Он должен также по просьбе взрослого уметь положить мяч НА СТОЛ, В СТОЛ, ПОД СТОЛ, ОКОЛО СТОЛА и т. п., что будет свидетельствовать о понимании им значений пространственных предлогов. Примерно к 6 годам он должен научиться понимать, когда его просят показать, скажем, сам КАРАНДАШ, а когда — показать КАРАНДАШОМ какой-то другой предмет. Если ребёнок сможет выполнить как приведённые, так и подобные им другие задания без опоры на «подсказывающий» жест взрослого, на наглядную ситуацию и другие внеречевые средства, то это будет свидетельствовать о достаточно хорошем понимании им именно *речи*. (Специалистам приходится очень осторожно относиться к заверениям родителей о том, что их ребёнок «всё понимает», поскольку они обычно не разграничивают истинно речевое понимание от «смешанного», то есть включающего и опоры на вспомогательные внеречевые средства. Ведь последний вид «понимания» в значительной степени доступен и домашним животным, вообще не владеющим речью).

Задержка в развитии понимания ребёнком речи является достаточно тревожным сигналом, который может свидетельствовать об отставании в умственном развитии, о значительном снижении слуха, о наличии серьёзных речевых расстройств или, наконец, о крайней степени педагогической запущенности. Но так или иначе, родителям здесь важно до конца осознать, что понимание речи всегда предшествует «говорению» и что по этой причине задержка в развитии понимания речи неизбежно приведёт и к задержке в развитии собственной речи ребёнка. Он просто *не сможет* самостоятельно употребить в своей речи те слова и грамматические формы, значение которых ему непонятно. Например, как может ребёнок, не умеющий различить, какая из двух показанных ему книг лежит НА СТОЛЕ, а какая — В СТОЛЕ, правильно употребить в своей речи эти же самые предлоги? Таких чудес не бывает!

Итак, при замеченном отставании в развитии понимания ребёнком речи не следует медлить с посещением специалистов, поскольку своевременное

принятие необходимых мер в большинстве случаев резко изменяет ситуацию к лучшему.

*Развитие собственной речи* ребёнка после окончания «подготовительного» периода, то есть примерно с полутора лет, осуществляется в процессе одновременного овладения им и правильным звукопроизношением, и словарным запасом, и грамматическими нормами. Лишь чисто условно мы рассмотрим каждую из этих «составляющих» в отдельности, уделив при этом основное внимание не самой «норме», а тем признакам, которые свидетельствуют об отклонении от неё.

*Становление звукопроизношения* у детей охватывает в среднем возрастной период от года до 5—6 лет. При этом звуки речи усваиваются не изолированно, а в составе целых слов, звуковая структура которых по мере овладения ребёнком правильным звукопроизношением всё более и более уточняется.

Ведущую роль в овладении ребёнком правильным звукопроизношением играет слух — он в полном смысле этого слова «ведёт» за собой непосредственное артикулирование звука, постепенно всё более и более уточняющееся. Различение всех звуков речи на слух доступно ребёнку уже с 2-летнего возраста, что и позволяет ему пытаться подражать этим звукам. К 3—4 годам он способен улавливать на слух акустическое различие между собственным ещё не совершенным произношением звука и произношением его взрослыми людьми, что заставляет его «подтягивать» своё произношение к образцу, имеющемуся в речи взрослых. Поэтому понятно, что для детей с нарушениями слуха процесс овладения правильным звукопроизношением будет протекать в усложнённых условиях и потребует оказания специальной помощи. Это ещё один убедительный довод в пользу того, что любой вид патологии необходимо выявить как можно раньше.

Последовательность усвоения различных по своей артикуляторной сложности звуков определяется в основном возможностями речедвигательного анализатора, который в своём развитии несколько отстаёт

от речеслухового. В силу этого ребёнок, уже свободно различающий на слух все звуки речи, до определённого возраста оказывается не в состоянии овладеть их правильным произношением. По этой причине в возрасте от года до двух лет он и овладевает произношением лишь самых простых по артикуляции звуков — гласных А, О, Э и губных согласных П, Б, М. Именно из этих звуков состоят всем хорошо известные самые первые произносимые ребёнком слова.

В возрасте от 2 до 3 лет усваивается произношение и ряда других артикуляторно сравнительно несложных звуков. К ним относятся гласные И, Ы, У, губно-зубные согласные Ф, В, наиболее простые из переднеязычных звуков Т, Д, Н, заднеязычные К, Г, Х и среднеязычный звук Й. Каждая из этих небольших групп согласных звуков характеризуется наличием общих признаков в артикуляции, что отражено в самих названиях звуков (губно-зубные, передне- и заднеязычные). Появление у детей звуков именно группами не случайно. Например, как только ребёнку становится доступным поднимание и прижимание кончика языка к верхним резцам, так в его речи появляются все три артикулируемые этим способом звука — Т, Д, Н. То же самое относится и ко всем другим группам звуков.

Произношением значительно более сложных по своей артикуляции свистящих (С, З, Ц) и шипящих (Ш, Ж, Ч, Щ) звуков ребёнок овладевает в более поздние сроки — в возрасте от 3 до 5 лет. До этого времени дети, как правило, заменяют эти звуки на артикуляторно более простые. При этом характерно, что по мере совершенствования речевого аппарата ребёнка звуки-заменители постепенно усложняются. Так, если на первых порах в качестве заменителя звука Ш выступает наиболее простой по своей артикуляции звук Т (ТЬ), то несколько позднее в этой роли мы видим уже СЬ, затем С (мягкие согласные в детской речи появляются раньше твёрдых) и, наконец, сам звук Ш. Таким образом, слово ШАПКА в разные возрастные периоды в речи одного и того же ребёнка будет звучать по-разному: ТЯПКА — СЯПКА — САПКА — ШАПКА. Здесь важно отметить, что во всех этих

случаях мы имеем дело с полной заменой артикуляторно сложного звука каким-то более простым, но *правильно* произносимым звуком. К этому обстоятельству в ходе дальнейшего изложения нам предстоит ещё вернуться.

Позднее всего, нередко лишь в возрасте 5—6 лет, ребёнок овладевает нормальным произношением самых сложных по артикуляции звуков — Р и твёрдого Л. На этом и заканчивается процесс становления звукопроизношения у детей. Теперь все произносимые ребёнком слова состоят лишь из правильно артикулируемых звуков и в этом отношении его речь не отличается от речи взрослого.

Таким образом, до определённого возраста звукопроизношение у всех без исключения детей характеризуется несовершенством, что нередко обозначается термином «физиологическое (или возрастное) косноязычие». Это обстоятельство часто усыпляет бдительность родителей и даже отдельных специалистов, которые всё списывают на возраст и полагают, что до достижения ребёнком 5—6 лет о правильности его звукопроизношения беспокоиться преждевременно. Так ли это на самом деле? Какие особенности в произношении детьми звуков речи должны настораживать?

Прежде всего нужно определённо сказать, что любые недостатки звукопроизношения, даже если они выражаются в простой замене какого-то звука правильно произносимым другим звуком, после 5—6 лет уже нельзя считать нормой. Почему? Потому что к этому возрасту нормально развивающийся ребёнок должен не только уметь различать все звуки речи на слух и улавливать возможные неправильности их звучания, но ему должны быть доступны и все те тонкие движения речевых органов, которые необходимы для произношения даже самых сложных по артикуляции звуков. Если к отмеченному возрасту этого нет — значит существуют какие-то особые причины, препятствующие полноценной работе речедвигательного или речеслухового анализаторов, что уже является отклонением от нормы. О причинах задержки у детей «физиологического косноязычия» до более позднего возраста речь пойдёт в главе, посвященной нарушениям

звукопроизношения.

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

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

Очень важным и принципиально значимым моментом является развитие у ребёнка способности «замечать» окончания слов, то есть обращать внимание и на грамматическую форму слова. У детей с нормальным ходом речевого развития такая способность проявляется очень рано, уже в первой половине второго года жизни, пока ребёнок находится ещё на стадии «слова-предложения». Так, например, ребёнок хочет попросить у мамы конфету, которая в его речевом оформлении звучит как

ФЕТА. Протянув ручонку в нужном направлении, малыш говорит: «ФЕТУ». Это значит, что он уже «заметил», что взрослые произносят «ДАЙ КОНФЕТУ», но сам пока в состоянии воспроизвести это лишь в упрощенном виде. На значительно более низком уровне речевого развития находится ребёнок того же возраста, который эту же самую просьбу выразит словом «ФЕТА», употреблённым в неизменяемой форме. Как видим, в процесс усвоения словарного запаса здесь «вплетается» и овладение грамматическими нормами языка, что ещё раз свидетельствует о неразрывности разных «сторон» речи — все они и усваиваются и функционируют в единстве.

Словарный запас ребёнка растёт в количественном и качественном отношении, причём на всех этапах овладения словарём количество понимаемых ребёнком слов значительно превосходит число слов, употребляемых им в собственной речи. Обратное соотношение может наблюдаться лишь в случаях речевой патологии.

Дети 2-летнего возраста могут иметь в своём запасе от 45 до 1000 с лишним слов. Такие различия в цифрах объясняются тем, что накопление словарного запаса весьма зависит от тех социальных условий, в которых растёт и развивается ребёнок. Одни дети постоянно слышат в речи взрослых много самых разнообразных слов и постепенно овладевают их значением, а другие в качестве образца для подражания имеют лишь самую примитивную и не всегда достаточно грамотно оформленную речь. Безусловно, словарный запас этих двух групп детей при относительно равных их речевых возможностях никак не может оказаться равноценным. Особую тревогу в этом плане вызывает склонность некоторых молодых родителей к разного рода «жаргонным словечкам» и «усечённым» формам нормальных человеческих слов («телик», «велик» и т. п.). Можно не сомневаться, что именно в таком виде все эти слова будут усвоены и их детьми. Нужно ли с самого начала, буквально с самых первых шагов жизни так непозволительно обкрадывать и принижать своего собственного ребёнка?!

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

В возрасте 3—3,5 лет в речи ребёнка появляются обобщающие слова, при помощи которых принято обозначать целую группу однородных предметов (МЕБЕЛЬ, ПОСУДА, ОДЕЖДА, ОБУВЬ и др.). Овладевает ребёнок и правилами образования новых слов, что очень ярко проявляется в хорошо всем известном собственном «словотворчестве» детей. Например, по аналогии со словами КОТИК, ОСЛИК, ЗАЙЧИК ребёнок говорит ЛОШАДИК, КОРОВИК, МЕДВЕДИК, что свидетельствует об овладении им уже некоей общей закономерностью словообразования. Всё это очень важные признаки нормального хода овладения ребёнком словарным запасом.

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

Кроме того, в ряде случаев ребёнок может надолго «застрять» на первых словах — дальнейшего накопления словаря не происходит или слова усваиваются очень медленно, носят лепетный характер и непонятны для окружающих. Плохо и то, когда обогащение словаря детей происходит только за счёт имён существительных и в их речи полностью отсутствуют глаголы.

Должны привлечь внимание родителей и случаи частых перестановок ребёнком слогов в словах (МОЧЕДАН вместо ЧЕМОДАН, ГОВОЛА вместо ГОЛОВА и пр.), поскольку для нормального хода речевого развития более характерно упрощение, а не искажение слоговой структуры слов (КО или

МОКО, но не МОКОЛО вместо МОЛОКО).

Довольно часто наблюдаются (и длительно сохраняются) замены детьми близких по значению слов. Например, ребёнок говорит САНКИ вместо ЛЫЖИ, СТУЛ вместо КРЕСЛО, КРОВАТЬ вместо ДИВАН, ЧАШКА вместо СТАКАН, ХОДИТ вместо ПОЛЗАЕТ и т. п. Это свидетельствует о бедности словарного запаса ребёнка, об отсутствии у него необходимых слов для более точного выражения мысли. (Нечто подобное происходит и со взрослыми людьми, пытающимися разговаривать на иностранном языке, но владеющими слишком малым запасом слов).

Крайне нежелателен и такой симптом, когда ребёнок, имеющий уже довольно большой запас слов (иногда до нескольких десятков), совершенно не пытается связывать их между собой, а «рассыпает как горох», например: ВОВА ЧАЙ ЧАШКА вместо ВОВА ПЬЁТ ЧАЙ ИЗ ЧАШКИ. Это свидетельствует о наличии у ребёнка серьёзных затруднений в овладении грамматическими нормами языка, что характерно для тяжёлых речевых расстройств. У таких детей обычно надолго запаздывает появление фразовой речи.

*Овладение грамматическим строем речи* начинается на втором году жизни ребёнка, что связано с его переходом к фразовой речи и возникающей при этом необходимостью соединять слова между собой и согласовывать их друг с другом. Такая способность развивается у ребёнка не сразу, и первые предложения, состоящие из нескольких слов, строятся им по принципу простого «рядоположения» этих слов, «нанизывания» их друг на друга. Например: ДАЙ КНИГА ПАПА, ВОВА ЕСТ КАША и т. п. Однако при нормальном ходе речевого развития ребёнок быстро проходит через эту стадию и употребляемые им в речи слова вскоре начинают приобретать правильные окончания.

Для всех без исключения детей на первом этапе овладения фразовой речью характерны так называемые детские возрастные аграмматизмы. Их наличие объясняется невозможностью «одномоментного» усвоения ребёнком



сразу всех сложных грамматических норм языка, которыми он овладевает постепенно и в соответствии с вполне определёнными закономерностями, повторяющимися в своих основных чертах в речи каждого малыша. Приведём несколько конкретных примеров тех детских аграмматизмов, которые *до определённого возраста* являются «нормой» и по этой причине не должны вызывать у родителей тревоги.

В ходе практического овладения окончаниями множественного числа имён существительных ребёнок в первую очередь усваивает наиболее употребительные (а значит и чаще слышимые им в речи взрослых) формы. Так, он гораздо раньше усвоит окончания — Ы, — И (СТОЛЫ, КНИГИ), чем значительно реже встречающиеся окончания — А, — Я (ОКНА, ПЛАТЬЯ). «Закономерный» аграмматизм здесь будет выражаться в том, что ребёнок начнёт уподоблять вторые окончания первым (ОКНЫ, ПЛАТЬИ). Или другой пример. Овладев окончаниями имён существительных мужского и среднего рода творительного падежа со значением орудия действия (ТОПОРОМ, МОЛОТКОМ, НОЖОМ, КАРАНДАШОМ, ПЕРОМ, СТЕКЛОМ), ребёнок «перетянет» эти же самые окончания и на существительные женского рода (ЛОПАТОМ, ПИЛОМ, ЛОЖКОМ). То же самое происходит и при усвоении ребёнком всех других грамматических форм.

У нормально развивающихся в речевом отношении детей все эти явления должны полностью исчезнуть не позднее чем к 4 годам (во многих случаях они исчезают и раньше). К этому времени ребёнок должен говорить грамматически правильно оформленными предложениями, в которых лишь изредка «мелькают» ошибки при согласовании редко встречающихся в речи или впервые встретившихся ребёнку слов. Эти ошибки быстро исчезают после соответствующих поправок со стороны взрослых. Случаи же неверного согласования слов, подобные приведённым выше, в этом возрасте уже будут свидетельствовать об имеющихся у ребёнка специфических трудностях в усвоении грамматических норм языка или о его так называемой

педагогической запущенности. И то и другое должно серьезно беспокоить родителей и явиться достаточным поводом для их обращения к специалистам. При своевременно оказанной самими же родителями (по рекомендации логопеда) помощи положение обычно сравнительно быстро изменяется к лучшему. Запущенные случаи представляют уже значительно большую сложность, но и они поддаются коррекции.

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

Во-первых, в нашей практике нередко встречаются родители-«молчуны», которые в силу своих личностных особенностей вообще очень мало разговаривают как между собой, так и с другими людьми. По понятным причинам речь детей в таких семьях резко задерживается в своём развитии — чему же здесь ребёнок может подражать? Разве что молчанию. Вот он и молчит... Это касается даже детей с совершенно нормальным речевым аппаратом. А что же будет с ребёнком, имеющим повреждения этого аппарата в его центральном или периферическом отделах? Из сказанного очевидно, что молчать родители могут где угодно и сколько угодно, но коль скоро речь идёт о появившемся в семье маленьком ребёнке, то с ним или в его присутствии они *обязаны* достаточно много разговаривать.

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

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

их в школу обычно также оставляет желать много лучшего. Дальнейший удел большинства из них — долгое и уже не всегда до конца результативное «хождение по специалистам».

В-четвёртых, во многих семьях постоянно или во время летнего отдыха ребёнок находится в ситуации «двуязычия». Это крайне нежелательно для периода становления у него речи, причём особенно в отношении усвоения грамматических норм языка. В это время с ребёнком должен общаться (имеется в виду активное речевое общение) преимущественно тот из родителей, язык которого для данной местности является «ведущим».

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

## *Глава 6*

# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

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

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

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

смотреть на вещи более широко и не замыкаться на одних только речевых расстройствах.

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

**2. Воздействие на все стороны речи.** В логопедической практике нередко случаи, когда родители обращаются к логопеду по поводу неправильного произношения их ребёнком одного или нескольких звуков речи, считая во всех остальных отношениях речь ребёнка «нормальной». Однако в процессе его обследования часто обнаруживается и общее недоразвитие речи, выражающееся не только в замеченных родителями дефектах звукопроизношения, но и в нарушении звуко-слоговой структуры слов (пропуски и перестановки звуков и слогов в словах), в бедности словарного запаса и недостаточной сформированности грамматических систем. Последнее проявляется в том, что ребёнок неправильно согласует слова между собой, искажая их окончания. В подобных случаях в процессе логопедической работы нельзя ограничиваться только коррекцией неправильного звукопроизношения, а необходимо воздействовать на все стороны речи. Соблюдение этого принципа особенно важно потому, что в последние годы, к сожалению, логопедам всё реже и реже приходится иметь дело с изолированным нарушением звукопроизношения у детей, значительно чаще дефекты в произношении звуков проявляются на фоне общего речевого

недоразвития.

**3. Опора на сохранные звенья.** В случаях повреждения речевого аппарата ребёнка наиболее пострадавшим чаще всего оказывается какое-то одно звено (артикуляторные движения, зрительное или слуховое восприятие и пр.). В процессе работы над преодолением любого (в том числе и речевого) расстройства специалисты сначала всегда опираются на то, что осталось более сохранным, и лишь потом постепенно подключают к активной деятельности нарушенную функцию. Этим же самым принципом чисто интуитивно обычно руководствуется и сам человек: плохо слышащие люди внимательно присматриваются к артикуляции говорящего, слепые прислушиваются к окружающим звукам, ощупывают предметы и пр., то есть всемерно стараются за счёт более полноценных функций скомпенсировать недостающую. Конкретные примеры опоры на сохранные звенья будут даны при рассмотрении отдельных речевых расстройств.

**4. Учёт закономерностей онтогенеза,** то есть нормального хода речевого развития. Весь ход речевого развития ребёнка подчинён вполне определённым общим закономерностям, которые отчётливо прослеживаются в каждом конкретном случае. Так, в процессе овладения звукопроизношением любой ребёнок сначала усваивает более простые для произношения звуки, тогда как сложные до определённого возраста он или полностью опускает, или заменяет менее сложными. При накоплении словарного запаса в первую очередь усваиваются имена существительные и глаголы как наиболее «наглядные» части речи, обладающие достаточно конкретным значением. Значительно позднее усваиваются имена прилагательные, наречия, числительные, не говоря уже о причастиях и деепричастиях. Свои закономерности имеются и в отношении овладения грамматическими языковыми нормами.

В случаях полного отсутствия речи у детей или выраженных задержек и отклонений в её развитии мы имеем дело с нарушением закономерностей нормального онтогенеза, поскольку те или иные элементы речи не

появляются у ребёнка в положенный срок или появляются в искажённом виде. Основная задача логопедической работы с такими детьми заключается в том, чтобы в максимально возможной степени приблизить ход речевого развития ребёнка, страдающего нарушением речи, к ходу её становления в нормальном онтогенезе.

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

Что касается школьников, то для них ведущим видом деятельности является учёба. По этой причине на её основе и строится вся коррекционная работа с детьми школьного возраста, хотя и здесь не исключается возможность использования различных речевых игр (это делается даже в процессе преодоления нарушений речи у взрослых).

**6. Учёт индивидуальных особенностей ребёнка.** Каждый ребёнок глубоко индивидуален, ребёнок же с любыми (в том числе и речевыми) отклонениями в развитии индивидуален вдвойне. В нашей повседневной жизни мы привыкли в силу необходимости «приспосабливать» ребёнка к своему собственному распорядку, не особенно считаясь с его нуждами и

запросами. За это даже в отношении нормально развивающихся детей в дальнейшем часто приходится платить достаточно дорогую цену, а применительно к детям с отклонениями в развитии платить предстоит вдвойне. Поэтому родителям с самого начала важно понять, что ребёнку с серьёзными нарушениями речи необходимо уделить очень большое индивидуальное внимание. Придётся сделать всё возможное (а иногда и почти невозможное) для того, чтобы на определённый отрезок времени обеспечить ребёнку благоприятные для коррекционной работы домашние условия. В противном случае трудно будет рассчитывать на успех.

Логопеды умеют, уловив индивидуальные особенности ребёнка, почти с первой встречи установить с ним доверительные отношения, вовлечь его в интересные игры, подбодрить, успокоить, внушить уверенность в обретении нормальной речи и пр. Подобными умениями под руководством логопеда должны будут овладеть и родители, которым надлежит дома продолжать ту же самую линию поведения по отношению к ребёнку, а не идти с нею вразрез.

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

**7. Воздействие на микросоциальное окружение.** Исключительную важность соблюдения этого принципа для успешного преодоления речевых расстройств трудно переоценить. Мы уже говорили о том, что неправильный подход к ребёнку со стороны родителей или других находящихся в постоянном контакте с ним людей нередко приводит к появлению у него нарушений речи. Вполне понятно, что если в условиях уже начавшейся



логопедической работы этот неправильный подход не будет изменён, то это не может не сказаться отрицательно на её результатах. По этой причине логопед обычно устанавливает тесный контакт с родителями и педагогами школьных и дошкольных учреждений и ведёт с ними необходимую разъяснительную работу. При правильном с их стороны подходе к ребёнку и помощи ему в деле усвоения еще недостаточно прочных навыков полноценной речи значительно сокращаются сроки логопедической работы и повышается её общая эффективность.

В ходе дальнейшего изложения нам неоднократно придётся возвращаться к этим основополагающим принципам логопедической работы и конкретизировать особенности их применения для каждого речевого расстройства.

## *Глава 7*

# **НАРУШЕНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ (ДИСЛАЛИЯ И ДИЗАРТРИЯ)**

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

- 3) иностранный акцент, обусловленный неточным усвоением артикуляций звуков русского языка;
- 4) диалектные особенности произношения некоторых звуков, свойственные большинству людей, проживающих в определённой местности;
- 5) возрастные своеобразия детской речи, обусловленные функциональной незрелостью речевого аппарата и постепенно исчезающие с возрастом без всякой специальной помощи.

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

Внешне дефекты звукопроизношения могут выражаться в одном из таких вариантов:

- 1) Полное отсутствие в речи того или иного звука. В этих случаях звук просто опускается, не произносится: АМА вместо РАМА, УНА вместо ЛУНА.
- 2) Замена одного звука речи другим (ЛАМА или ЙАМА вместо РАМА, ЙУНА вместо ЛУНА).

### 3) Искажённое произношение звука (например, картавое Р).

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

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

- а) нарушение слуха и слуховой дифференциации звуков речи;
- б) нарушение анатомического строения артикуляторного аппарата;
- в) нарушение его нормального функционирования (недостаточная подвижность артикуляторных органов);
- г) неправильная речь окружающих ребёнка людей или недостаточное с их стороны внимание к его речи.

Рассмотрим каждую из этих причин в отдельности.

Любые *нарушения слуховой функции*, наступившие в раннем возрасте, отрицательно сказываются на формировании правильного звукопроизношения у детей и их речи в целом. При снижении слуха (так называемой тугоухости) речь развивается с существенными отклонениями от нормы, в том числе и в плане звукопроизношения. Выраженность таких отклонений при прочих равных условиях находится в прямой зависимости от степени тугоухости (подробнее об этом см. в главе 16).

Помимо снижения биологического слуха на формировании

звукопроизношения у детей отрицательно сказываются и нарушения слуховой дифференциации звуков речи. В этом случае дети слышат хорошо, но некоторые акустически близкие звуки (например, С и З) кажутся им одинаковыми и не дифференцируются. По этой причине ребёнок, овладевший, скажем, правильным произношением звука С, не чувствует никакой необходимости в том, чтобы усваивать ещё и произношение звука З, в силу чего спокойно говорит САМОК вместо ЗАМОК или САЯЦ вместо ЗАЯЦ. В раннем возрасте такие нарушения могут сойти за возрастные особенности в произношении звуков, однако, в отличие от них, в дальнейшем они не исчезнут без специальной логопедической помощи. Вот почему так важно в возрасте после двух лет проверить у ребёнка состояние слуховой дифференциации акустически близких звуков (подробнее об этом на с. 96—97).

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

*Недостаточная подвижность органов артикуляции* (прежде всего языка и губ) не может не сказываться отрицательно на овладении звукопроизношением, поскольку при произнесении каждого звука артикуляторные органы должны занимать вполне определённое положение. Точные и скоординированные движения губ, языка, мягкого неба, голосовых связок возможны потому, что их работой управляет головной мозг. К этим группам мышц из двигательных отделов коры головного мозга по проводящим нервным путям передаются нервные импульсы. При органическом повреждении как коры головного мозга, так и проводящих нервных путей или периферических нервов передача этих импульсов

нарушается, а то и совсем прекращается, что и приводит к нарушению подвижности артикуляторных мышц: в них наблюдаются явления паралича или пареза (мышечной слабости, вялости). Естественно, что при этих условиях звуки речи или вообще не могут артикулироваться или артикулируются с большим трудом и лишь приблизительно.

При более легких нарушениях в работе двигательных отделов коры головного мозга, имеющих функциональный характер, движения языка осуществляются в полном объеме, но могут быть несколько замедленными и недостаточно точными, что приводит к значительно менее тяжёлым нарушениям звукопроизношения.

*Неправильная речь окружающих* ребёнка людей и недостаточное с их стороны внимание к его речи (неблагоприятные социальные воздействия). Если ребёнок в качестве образца для подражания имеет неправильно произносимые взрослыми звуки (например, картавое Р), то он и следует именно этому образцу за неимением другого. Что касается невнимательного, безразличного отношения со стороны взрослых к речи ребёнка, то это отрицательно сказывается на формировании не только звукопроизношения, но и всей речи в целом.

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

Поскольку как причинная обусловленность, так и внешние проявления нарушений звукопроизношения очень многообразны, то возникает необходимость в их *классификации*. В основу её положены два основных принципа. С одной стороны, дефекты звукопроизношения классифицируются по чисто внешним признакам (по проявлениям), а с другой — с учетом их причинной обусловленности и характера повреждения речевого аппарата.

При построении классификации *по проявлениям* принимаются во внимание лишь внешние проявления дефекта, без учёта вызвавших его

причин. В чём же заключаются эти внешние проявления?

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

Неправильно может произноситься как один звук, так и несколько или даже много звуков речи, что характеризует чисто «количественную» сторону нарушения. Дефектное произношение одного звука или звуков одной фонетической группы (например, свистящих С, З, Ц или заднеязычных К, Г, Х) принято называть простым, или мономорфным («моно» — один) нарушением звукопроизношения. В тех же случаях, когда речь идёт о неправильном произношении сразу многих звуков или только двух звуков, но из разных фонетических групп (например, Ч и К, Р и Ц, Л и Ш), приходится говорить о сложном, полиморфном («поли» — много), или разлитом, нарушении звукопроизношения, которое как бы «разлилось» сразу на многие звуки.

В принципе нарушаться может произношение всех без исключения речевых звуков, как гласных, так и согласных. Однако чаще всего ребёнок не овладевает правильным произношением тех из них, которые более сложны по артикуляции, то есть требуют особенно дифференцированных движений речевых органов. К таким звукам относятся прежде всего Р, Л, а также шипящие и свистящие, не случайно появляющиеся в речи детей позднее всех прочих. Другие звуки страдают значительно реже. В основном можно говорить о семи основных видах неправильного звукопроизношения (приведённое ниже примерное процентное их соотношение касается детей в возрасте от 5 до 9 лет).

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

- 1) Ротацизм (Р, по-гречески — РО) — 26%.
- 2) Ламбдацизм (Л — ЛАМБДА) — 20%.
- 3) Сигматизм (С — СИГМА) — 22—24%. В этой группе различают сигматизм свистящих звуков и сигматизм шипящих звуков.
- 4) Йотацизм (Й — ЙОТА) — 1,5%.
- 5) Дефекты произношения заднеязычных звуков (К, Г, Х) — 1%.
- 6) Дефекты звонкости (взаимные замены парных звонких и глухих согласных: П-Б, Т-Д, К-Г, Ф-В, С-З, Ш-Ж) — 4,5%.
- 7) Дефекты смягчения (взаимные замены внутри 15 пар звонких и глухих согласных, например: П-ПЬ, Б-БЬ и т. п.) — 1,5—2%.

Значительно реже наблюдается неправильное произношение других звуков.

Внутри каждой из этих групп имеется более детальная классификация нарушений звукопроизношения. Прежде всего здесь принято разграничивать чисто фонетические («косметические») дефекты и фонематические нарушения.

*Фонетические дефекты* выражаются в искажённом звучании звука, не смешиваемого ни с какими другими звуками, что свидетельствует о достаточно чётком выделении его ребёнком из всех других, об усвоении его как фонемы (обобщённого звука, играющего в языке смыслоразличительную роль). Так, например, ребёнок может произносить звук Р картаво или звук С — с просунутым между зубами кончиком языка, но от этого они не перестают быть именно данными звуками, не переходят в какие-то другие звуки. Такого рода дефекты являются именно «косметическими» — они «портят» только произношение звука, но не отражаются в дальнейшем на письме, на различении сходных по звучанию слов и пр.

*Фонематические нарушения*, в отличие от фонетических, выражаются в полной замене одного звука речи другим (например, вместо Ш произносится С), что свидетельствует о неразграничении ребёнком этих двух фонем. Такие нарушения звукопроизношения не ограничиваются только

«некрасивостью» звучания звука, а имеют более серьёзные последствия. В этих случаях ребёнку будет трудно или вообще невозможно различить близкие по звучанию слова (типа МИШКА-МИСКА), то есть пострадает точность восприятия речи окружающих. Кроме того, такие нарушения звукопроизношения обычно отражаются и на письме, то есть один имеющийся дефект приводит к появлению другого. Для обозначения фонематических дефектов употребляются специальные термины: параротацизм, параламбдацизм, парасигматизм и т. п. («пара» — около, рядом).

В качестве звуков-заменителей могут выступать самые разные звуки, однако чаще всего это будут артикуляторно или акустически близкие к заменяемому. Так, например, Р скорее будет заменено на Л или Й, чем на Ц. К фонематическим дефектам не относятся возрастные замены звуков, которые до определённого времени имеют вполне «законное» право на существование.

Что касается фонетических дефектов, выражающихся в искажённом звучании звука, то они очень многообразны (например, один только звук Р может иметь свыше 20 разных вариантов неправильного звучания). По этой причине и внутри фонетических дефектов принято выделять несколько наиболее распространённых видов искажённого звучания. Приведём для примера некоторые из них.

При образовании сложных по артикуляции согласных звуков неправильное положение могут занимать различные артикуляторные органы и, в частности, губы или язык. Например, при произнесении звука Л, в образовании которого губы вообще не должны принимать активного участия, нижняя губа может сближаться с верхними зубами, в результате чего вместо Л образуется звук, близкий к В (ВАМПА вместо ЛАМПА). Такой дефект получил название губно-зубного ламбдацизма. Если же наблюдается сближение обеих губ, то говорят о губно-губном ламбдацизме, при котором вместо Л слышится звук, близкий к У (УАМПА вместо ЛАМПА). Подобным



же образом выделяется губно-губной ротацизм (так называемое «кучерское» Р, образуемое вибрацией обеих губ) и губно-зубной сигматизм. При просовывании кончика языка между верхними и нижними резцами во время произнесения свистящих и шипящих звуков говорят о межзубном сигматизме. «Боковой» сигматизм или ротацизм имеет место в тех случаях, когда при образовании звуков струя выдыхаемого воздуха выходит не по средней линии языка, а у одного или обоих его боковых краёв, что опять-таки придаёт звукам необычный характер звучания.

Все приведённые выше «подразделения» дефектов в произношении звуков, включая и самые «тонкие», затрагивают лишь поверхностную, видимую сторону дефекта. Так, чисто внешне можно видеть, что кончик языка при межзубном сигматизме просовывается между зубами или что при боковом сигматизме или ротацизме струя выдыхаемого воздуха «уходит вбок». Но *почему* так происходит и, следовательно, как это можно устранить — эти важнейшие вопросы остаются открытыми. На них классификация нарушений звукопроизношения по проявлениям не даёт никакого ответа. А это значит, что специалисты не могут довольствоваться только одной этой (хотя и очень нужной) классификацией дефектов в произношении звуков и что необходима какая-то более глубокая классификация нарушений, позволяющая учесть их причинную обусловленность и наметить основные направления коррекционного воздействия.

В зависимости от причин, вызвавших нарушение звукопроизношения, все его разновидности прежде всего подразделяются на две большие группы — на дислалию и дизартрию.

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

*К дизартрии* принято относить такие расстройства звукопроизношения, которые вызываются нарушением иннервации речевых мышц, что приводит к их параличам и парезам. Чаще всего это бывает

обусловлено органическим поражением центрального отдела речедвигательного анализатора. В выраженных случаях дизартрии, помимо нарушений звукопроизношения, обычно наблюдаются также расстройства речевого дыхания, голосовой функции, темпа и ритма речи, что в целом нередко приводит к полной невнятности речи ребёнка. На этой форме нарушений звукопроизношения мы остановимся отдельно.

## ***ДИСЛАЛИЯ***

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

В основе дислалии могут лежать или функциональные (обратимые) нейродинамические сдвиги в центральных отделах речевых анализаторов (речедвигательного и речеслухового) или дефекты анатомического строения артикуляторного аппарата. (Мы пока не говорим о такой причине, как подражание). В зависимости от этого внутри дислалии выделяют две основные формы — *механическую* (с «механическим» повреждением артикуляторного аппарата) и *функциональную*, не связанную с таким повреждением. И, наконец, внутри функциональной дислалии в свою очередь также выделяют две формы — *моторную и сенсорную*. Выделение этих последних двух форм проведено с учётом преобладания отмеченных функциональных сдвигов в центральном отделе речедвигательного или речеслухового анализатора. Рассмотрим каждую из названных форм дислалии в отдельности.

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

Какие же конкретно отклонения от нормы в строении артикуляторных органов могут лежать в основе механической дислалии, то есть приводить к расстройствам звукопроизношения?

Прежде всего это отклонения от нормы в строении *челюстей и зубов*. Наиболее распространённым дефектом в строении челюстей является неправильный прикус, то есть неправильное расположение зубов верхней и нижней челюстей по отношению друг к другу. При нормальном прикусе верхние резцы перекрывают нижние на 1,5—3 мм, то есть примерно на 1/3 высоты коронок зубов. Аномалии прикуса чаще всего встречаются у физически ослабленных детей, причём у мальчиков они наблюдаются значительно чаще, чем у девочек.

Наиболее характерны следующие аномалии прикуса.

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

*Открытый передний прикус* — при смыкании коренных зубов между верхними и нижними резцами остаётся щель большей или меньшей величины;

ёёё78

*Открытый боковой прикус* — при смыкании резцов между коренными зубами с одной или с обеих сторон остаётся щель:

ёёё79

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

ёёё79

*Прогения* — аномалия прикуса, связанная с выступанием вперёд нижней челюсти (греч. pro — вперёд, geneion — подбородок).

ёёё80

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

*Перекрёстный прикус* — нарушено нормальное соотношение зубных

дуг, которые оказываются смещёнными вбок по отношению друг к другу. Перекрёстный прикус может иметь место, в частности, при сужении одной из челюстей.

Наиболее распространёнными *аномалиями зубов* являются следующие:

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

*Аномалии в строении языка:*

- слишком большой язык;
- слишком маленький язык;
- короткая уздечка языка (подъязычная связка), не позволяющая языку подниматься вверх (рис. 1).

ёёё81

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

*Аномалии в строении мягкого и твёрдого нёба:*

- расщелины мягкого и твёрдого нёба (рисунки см. нас. 131—132);
- слишком высокое (готическое) твёрдое нёбо;
- слишком низкое твёрдое нёбо.

*Аномалии в строении губ:*

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

ёёё82

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

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

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

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

Нарушения звукопроизношения при механической дислалии имеют некоторые особенности.

Во-первых, в этих случаях одновременно страдают целые группы звуков, имеющие какие-то общие моменты в артикуляции. Например, при наличии у ребёнка открытого переднего прикуса обычно наблюдается межзубное произношение сразу всех переднеязычных звуков (С, З, Ц, Ш, Ж, Ч, Щ, Т, Д, Н, Л), поскольку данная аномалия не позволяет удерживать кончик языка за передними зубами.

Во-вторых, дефекты звукопроизношения при механической дислалии выражаются главным образом в искажённом произношении звуков, а не в заменах их другими звуками. Это объясняется тем, что ребёнок,

различающий звуки на слух, стремится произнести именно нужный звук, не допустив его замены другим звуком, но из-за дефектов в строении артикуляторного аппарата звучание получается искажённым. (Например, Р произносится картаво, но не заменяется другим звуком). Правда, вследствие неправильного артикулирования звуков и постоянного в связи с этим восприятия на слух неверного их звучания при механической дислалии *вторично* может страдать и слуховая дифференциация звуков (неумение отличить нормальное звучание Р от «картавого»).

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

*При функциональной дислалии*, в отличие от механической, не наблюдается заметных отклонений от нормы в строении артикуляторного аппарата. В её основе чаще всего лежат функциональные нарушения в работе коры больших полушарий головного мозга. Такие нарушения могут быть вызваны общей физической ослабленностью детей и другими причинами. По мере роста и развития ребёнка эти небольшие отклонения нередко выравниваются, однако уже сформировавшееся неправильное звукопроизношение так и остаётся. Как уже говорилось, внутри функциональной дислалии выделяют моторную и сенсорную формы.

Причиной *моторной* функциональной дислалии являются функциональные нарушения в центральном отделе речедвигательного анализатора. Это обуславливает некоторую неловкость и недифференцированность движений губ и языка ребёнка, что в свою очередь

приводит к неточности артикулирования звуков и «приблизительности» их звучания. Однако полных замен одного звука речи другим при этом обычно не наблюдается.

*Сенсорную* функциональную дислалию вызывают функциональные нарушения в центральном отделе речеслухового анализатора, что приводит к затруднениям в слуховой дифференциации акустически и артикуляторно близких звуков (звонких-глухих, мягких-твёрдых, шипящих-свистящих и др.). В этих условиях ребёнок «соглашается» на полную замену одного звука речи другим и говорит, например, САПКА вместо ШАПКА или ЛЫБАК вместо РЫБАК. Эта форма нарушений звукопроизношения, носящая фонематический характер, в дальнейшем обычно сопровождается и однотипными буквенными заменами на письме.

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

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

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

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

1. Отграничение истинных нарушений звукопроизношения, требующих специальной логопедической помощи, от упоминавшихся выше внешне сходных проявлений. Особую бдительность при этом следует проявить в отношении «физиологического косноязычия». Хотя основным критерием здесь можно считать возраст ребёнка, однако мы уже говорили о том, что и в самом раннем возрасте не исключено наличие у него тех патологических

причин, которые обуславливают не возрастные своеобразия, а именно *дефекты* в произношении звуков речи.

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

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

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

5. Выявление возможных вторичных нарушений, связанных с дефектами звукопроизношения (в первую очередь — однотипных нарушений письма). С этой целью ребёнку школьного возраста обязательно должна быть



предложена диктовка, включающая много слов с неправильно им произносимыми и, в особенности, с заменяемыми им звуками.

Чтобы составить представление о состоянии речи ребёнка в целом, можно попросить его о чем-то рассказать. В качестве темы для такого рассказа может быть предложена, например, доступная по содержанию сюжетная картинка или их серия. Прежде всего необходимо обратить внимание на наличие или отсутствие у ребёнка фразовой речи, которая в норме должна начать развиваться примерно с полутора лет. Но вот рассказ 4-летнего мальчика по картинке «Зимние забавы», на которой изображено множество разных «происшествий»: «Зима. Снег. Дети. Горка. Собака. Мальчик упал». Как видим, фразовая речь у ребёнка почти полностью отсутствует, в связи с чем он ограничивается простым называнием предметов и явлений. Естественно, что в подобном случае внимание родителей в первую очередь должны привлечь не столько имеющиеся у ребёнка дефекты звукопроизношения, сколько явное отставание его общего речевого развития.

Важно проследить и за правильностью грамматического оформления предложений, если у ребёнка уже имеется фразовая речь. Например, 5-летний ребёнок пересказал прочитанный ему рассказ следующим образом: «Совы живут на деревьях. Совёнок упал из дуба. Пришли мальчики и его взяли домой. Он ел и пил. Они его отнесли в лесу. Он полетел на дуб». Здесь сразу обращает на себя внимание наличие большого количества аграмматизмов, которые при нормальном ходе речевого развития к этому возрасту уже должны были бы полностью исчезнуть.

Приведём также рассказ 7-летнего мальчика о его выходном дне: «Мылся. Гулял. Поел и пошёл гулять. Пришёл домой и начал мыться. Потом я стал есть. Потом опять же пошёл гулять. Потом пришёл, помылся и спать лёг». Этот рассказ принадлежит ребёнку со сниженным интеллектом. Хотя он и владеет уже связной речью, в которой нет явных аграмматизмов, но сразу бросается в глаза крайнее однообразие употреблённых им предложений, состоящих к тому же из одних и тех же многократно

повторенных слов (мылся, гулял, пошёл, пришёл...). Это свидетельствует и о бедности словарного запаса ребёнка.

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

*Состояние звукопроизношения* выясняется в процессе самостоятельного называния ребёнком специально подобранных картинок. Повторение вслед за взрослым (например: «Скажи РЫБА, ШУБА и т. п.) здесь не годится, поскольку при повторении дети нередко произносят звуки значительно лучше, чем обычно.

Картинки подбираются в первую очередь на артикуляторно сложные звуки (свистящие, шипящие, Р, Л, Й), чаще других произносимые дефектно. На каждый проверяемый звук подбирается три картинки с тем расчётом, чтобы этот звук оказывался в трёх положениях в слове — в начале его, в середине и в конце. Например, на звук С могут быть подобраны картинки типа САНКИ, ВЕСЫ, АВТОБУС; на звук Ш — ШУБА, КОШКА, ДУШ; на звук Щ — ЩЁТКА, ЯЩИК, ПЛАЩ и т. п. Как видим, в каждом из этих слов содержится лишь один «трудный» звук, что значительно облегчает сам процесс проверки: всё внимание проверяющего сосредоточивается только на одном звуке. В ходе проверки сразу следует отмечать, какие именно звуки ребёнок произносит искажённо или заменяет другими звуками (методика исследования и дидактический материал даны в нашей книге «Как подготовить ребёнка к школе»).

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

Для выявления возможных *аномалий в строении артикуляторного аппарата* нужно просто внимательно присмотреться к ребёнку и предложить ему выполнить ряд несложных «процедур». Попросив его открыть рот, следует обратить внимание на «нормальность» строения его твёрдого и

мягкого нёба. Для выяснения правильности прикуса предложите ему «показать зубки» — развести в стороны губы при сомкнутых зубах. Напомним, что при этом верхние резцы должны примерно на 1/3 перекрывать нижние. Можно сравнить состояние прикуса у обследуемого ребёнка с приведёнными выше рисунками — нет ли похожих дефектов? Для выяснения достаточности длины уздечки языка предлагается поднять язык на верхнюю губу и затем за верхние резцы (при произнесении звука Р кончик языка вибрирует у верхних альвеол, то есть у «бугорков» над верхними резцами — позволяет ли длина уздечки выполнить такое движение?). Если ребёнок не может поднять язык самостоятельно, нужно попытаться приподнять его шпателем или ручкой чайной ложки. Дело в том, что язык может не подниматься вверх не только из-за короткой уздечки, но и по причине его паралича (пареза). В последнем случае его удастся поднять пассивно, тогда как при короткой уздечке он будет как бы «пришит» ко дну ротовой полости и поэтому останется внизу.

Выявленные дефекты в строении артикуляторного аппарата позволяют думать о наличии у ребёнка механической дислалии. Однако, чтобы не впасть в ошибку, здесь очень важно учесть степень зависимости правильной артикуляции звука от конкретной выявленной аномалии в строении артикуляторных органов. Так, например, короткая уздечка языка может обусловить полную невозможность (или неправильность) произношения звука Р, а иногда и шипящих верхней артикуляции, но было бы неправильно связывать с ней дефектное произношение свистящих, при артикулировании которых кончик языка находится у нижних резцов. Ещё пример. Боковой открытый прикус может обусловить боковой сигматизм, но никак не губно-зубной. К последнему может предрасполагать прогнатия, при наличии которой нижняя губа часто непроизвольно подтягивается под выступающие вперёд верхние резцы, благодаря чему вместо С слышится Ф-подобный звук.

В то же время отсутствие у ребёнка выраженных отклонений от нормы в строении артикуляторного аппарата полностью исключает диагноз

механической дислалии — звуки могут произноситься дефектно по какой угодно причине, но только не по этой.

Исследование *подвижности артикуляторных органов* (главным образом языка, губ и нижней челюсти). С этой целью ребёнку предлагается выполнить названными органами ряд простейших движений как по словесной инструкции, так и по подражанию. Для облегчения задачи можно делать это перед зеркалом (чтобы ребёнок видел своё лицо). Так, предложите ребёнку вытянуть губы в трубочку («хоботок») и затем развести их в стороны («оскал»), высунуть язык изо рта и убрать его обратно в рот, поднять язык на верхнюю губу и опустить на нижнюю, отвести его в левый и правый углы рта (снаружи рта), сделать язык широким (распластанным) и узким. Для выяснения подвижности нижней челюсти ребёнку предлагается сначала широко открыть рот, а затем закрыть его. Основные из названных движений выглядят примерно так, как это показано на рисунках, приведённых на с. 92—93.

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

ëëë92

Вытягивание губ в трубочку («хоботок»)

Растягивание губ в улыбку («оскал»)

Распластывание языка

ëëë93

Узкий язык

Высовывание языка изо рта

Поднимание кончика языка к верхним зубам

При наличии сравнительно лёгких функциональных нарушений речевой моторики ребёнок также способен выполнить все перечисленные выше движения, однако при этом может наблюдаться их некоторая затруднённость, недостаточная точность, замедленность. Создаётся такое впечатление, что он выполняет движения как бы нерешительно, неуверенно. Если подобные особенности артикуляторных движений имеются у ребёнка, искажённо произносящего некоторые звуки (например, смягчённое произношение Ш и Ж), то в этом случае можно предполагать наличие у него моторной функциональной дислалии.

Более серьёзные нарушения речевой моторики могут выражаться, например, в следующем. При разведении губ в улыбку она может оказаться несимметричной («кривой») или губы могут не вытягиваться вперёд в виде «хоботка». Язык при высовывании изо рта может отклоняться в одну сторону, непроизвольно загибаться на нижнюю губу (ребёнок не может удерживать его «прямо»), становиться узким или постоянно подёргиваться; он может также не подниматься к верхней губе без помощи нижней, ребёнок не может его «распластать» и т. п. Всё это будет свидетельствовать о наличии «дизартрического компонента», связанного с парезами артикуляторных мышц, о чём подробнее будет сказано на с. 119—120. Подобного рода нарушения артикуляторной моторики представлены на следующих рисунках:

ëëë95

Несимметричность «оскала»

Непроизвольное загибание языка на нижнюю губу при его высовывании изо рта

Отклонение языка в одну сторону

При выявлении у ребёнка любого возраста подобных затруднений в движениях губ и языка следует обратить особое внимание на сам характер искажения звуков. Так, при слабости мышц кончика языка звуки могут

произноситься межзубно, а при парезе одной стороны языка — с боковым оттенком. Внешне эти особенности в произношении звуков напоминают нарушения их произношения при переднем или боковом открытом прикусе, однако причина этого дефекта уже совершенно другая, а значит и методы преодоления тоже иные. Нередко наблюдается в этих случаях и какая-то неопределённость дефектного звучания звуков, а также «смазанность» речи в целом, о чём подробнее будет сказано в главе, посвящённой дизартрии.

Исследование *слуховой дифференциации звуков* особенно важно в тех случаях, когда ребёнок заменяет одни звуки речи другими, то есть когда можно предполагать наличие у него сенсорной функциональной дислалии. Прежде всего здесь нужно проверить состояние биологического слуха, поскольку его снижение резко затрудняет возможность слуховой дифференциации звуков (свистящие звуки могут при этом вообще не восприниматься на слух). Для детей со сниженным слухом характерны некоторые особенности поведения. В частности, при разговоре они стараются поворачиваться к говорящему тем ухом, которым лучше слышат, а также внимательно присматриваются к артикуляции говорящего и нередко отвечают «невпопад». При наличии у ребёнка таких симптомов необходимо исследовать его слух, обратившись для этого к врачу-сурдологу.

Исследование слуховой дифференциации отдельных звуков обычно проводится при помощи специально подобранных парных картинок, названия которых различаются только проверяемым звуком (типа ПОЧКА-БОЧКА, РАК-ЛАК). Взрослый называет эти картинки в неопределённой последовательности, не употребляя при этом никаких поясняющих слов, а ребёнок лишь молча их показывает. Затруднения в показе будут свидетельствовать о неразличении данных звуков на слух (в нашем примере это звуки П и Б, Р и Л). Особенно важно проверить возможность слуховой дифференциации тех звуков, которые ребёнок заменяет в устной речи. Подробное описание всей процедуры исследования и необходимый для этого дидактический материал приведены в нашей книге «Говори и пиши

правильно» (стр. 17—45), указанной в списке литературы.

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

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

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

Логопедическая работа *по преодолению нарушений звукопроизношения* проводится в определённой последовательности, поэтапно. Общий её ход должны себе представлять и родители, поскольку их активное и сознательное

участие в логопедическом процессе значительно сокращает сроки работы и повышает её общую эффективность.

Всё содержание логопедической работы по коррекции нарушений звукопроизношения условно может быть разделено на три основных этапа, каждый из которых преследует вполне определённую цель:

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

Рассмотрим каждый из этих этапов в отдельности.

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

Звук «ставится» заново в случае его полного отсутствия в речи или замены другим звуком, а также при наличии такого дефекта в произношении, который нельзя частично «подправить» и довести до нормы (например, при «картавом» Р или губно-зубном Л). Иногда же ограничиваются так называемой коррекцией звука, заключающейся в уточнении лишь отдельных элементов его артикуляции, которая в целом близка к нормальной. Так, например, при межзубном произношении С для достижения нормальной артикуляции нужно только научить ребёнка удерживать кончик языка у нижних резцов, убирать его за зубы (другое дело, что для этого могут потребоваться предварительные артикуляторные упражнения или нормализация прикуса). В дальнейшем речь пойдёт только о постановке звука, а не о его коррекции.

Во многих случаях к постановке звука нельзя приступить сразу, поскольку ребёнок не может придать своему языку необходимое положение. Допустим, нам нужно воспитать у него правильную артикуляцию звука Р, а ему не удаётся даже поднять кончик языка кверху, уже не говоря о самой



вибрации. При таких обстоятельствах необходимо проведение *подготовительной работы*. Она заключается преимущественно в так называемой артикуляторной гимнастике, основная цель которой состоит в развитии достаточной подвижности губ и языка. Обычно такую подготовку необходимо проводить при моторной функциональной и механической дислалии и в особенности при дизартрии, для которой характерны парезы артикуляторных мышц.

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

При мономорфных же нарушениях звукопроизношения выбор артикуляторных упражнений определяется двумя основными условиями. Во-первых, он зависит от особенностей нормальной артикуляции вновь воспитываемого звука. Так, например, при воспитании правильной артикуляции звука Р важно научить ребёнка поднимать язык кверху и как можно лучше развить подвижность его кончика, однако это совсем не требуется для постановки звука С, при котором кончик языка неподвижно лежит у нижних резцов. Во-вторых, выбор артикуляторных упражнений во многом определяется самим характером дефектного произношения звука. Например, для воспитания правильной артикуляции звука Л нет никакой необходимости в выполнении специальных упражнений для губ, поскольку при произнесении этого звука они занимают нейтральное положение. Но если мы имеем дело с двугубным или губно-зубным Л, то в этом случае упражнения для губ совершенно необходимы: только научив ребёнка

активно разводить губы в стороны, мы сможем в дальнейшем обеспечить их изоляцию от участия в образовании звука, а следовательно, и устранить «губное» его звучание.

При механической дислалии до постановки звуков нередко приходится устранять аномалии в строении речевого аппарата. Например, при очень короткой уздечке языка постановка звука Р возможна лишь после её подрезания, или преодолению межзубного сигматизма должно предшествовать устранение переднего открытого прикуса.

При сенсорной функциональной дислалии в подготовительный период проводится работа по воспитанию слуховой дифференциации звуков, поскольку в случае её нарушения ребёнок не осознаёт неправильности своего звукопроизношения и не сможет в дальнейшем его контролировать.

Помощь родителей в подготовительный период играет очень большую роль. Она должна заключаться в систематическом выполнении с ребёнком всех предлагаемых логопедом артикуляторных упражнений, а также упражнений в слуховой дифференциации звуков. Для этого не нужно быть специалистом — достаточно получить лишь его подробную консультацию.

После проведения необходимой подготовительной работы переходят непосредственно к постановке звука. Она может производиться по подражанию, с механической помощью и смешанным способом. Рассмотрим лишь первый из этих способов, так как остальные два требуют специальных знаний.

Способ постановки звука по подражанию является наиболее лёгким как для логопеда, так и для самого ребёнка, поскольку требует минимальной затраты усилий и времени. Он заключается в том, что логопед в присутствии ребёнка ясно и чётко произносит нужный звук. Ребёнок, слыша звук и одновременно видя его артикуляцию, нередко сразу оказывается в состоянии его воспроизвести. Если это произошло, то постановку звука можно считать законченной: ребёнок научился произносить его правильно. Этот способ постановки звука могут использовать и сами родители — во многих случаях

он «сработает». Приведём конкретный пример. Однажды нам пришлось ставить звук по подражанию в присутствии мамы ребёнка. Звук получился сразу, но именно это её и возмутило, что выразилось в таком возгласе: «Подумаешь, так бы я и сама сумела!» И мама была совершенно права — действительно, она вполне смогла бы это сделать и без помощи логопеда. Нужно было лишь повернуть ребёнка лицом к себе и чётко произнести нужный звук, поскольку артикуляторная моторика у мальчика была вполне нормальная. Жаль только, что до 10-летнего возраста никто не догадался этого сделать. Понятно, что постановка звука по подражанию возможна лишь при наличии у ребёнка достаточной подвижности артикуляторных органов и правильного их строения.

Как только удаётся добиться правильного звучания изолированного звука, нужно сразу переходить к следующему этапу коррекции звукопроизношения — к *этапу автоматизации*, то есть к обучению ребёнка правильному произношению звука в связной речи. На изолированном его произношении долго задерживаться не следует, поскольку наша речь представляет собой поток непрерывных изменений, и движения губ и языка при произнесении согласных не являются стандартными, а зависят от того, в составе какого комплекса движений (то есть в каких звукосочетаниях) они осуществляются. Этим и определяется важность возможно более быстрого включения вновь воспитываемого звука в наиболее типичные для него звукосочетания. Однако здесь нельзя впадать и в другую крайность: переходить к этапу автоматизации преждевременно, то есть до получения *правильного* изолированного звучания звука. Исключения в этом отношении иногда допускаются лишь в случаях механической дислалии и выраженной дизартрии. В целом же на этапе автоматизации, в отличие от этапа постановки звука, при любой причинной обусловленности дефектов звукопроизношения и любом характере их внешнего проявления работа ведётся примерно одинаково и в одной и той же последовательности: произношение слогов, слов, специально подобранных фраз, текстов с вновь

воспитываемым звуком. Эта одинаковость подхода объясняется тем, что здесь во всех случаях у ребёнка уже имеется правильный звук, какими бы разными путями и в сколь различные сроки он ни был получен.

Необходимость выделения специального этапа автоматизации связана с тем, что и после усвоения нормальной артикуляции звука ребёнок в силу сложившейся привычки продолжает неправильно произносить его в речи. Ведь что такое дефектное произношение звука? Это далеко не только произношение именно звука. Если ребёнок заменяет в своей речи, например, Ш на С, то у него соответствующим образом сформированы и все стереотипы слов, включающих этот звук (СКАФ вместо ШКАФ, СКОЛА вместо ШКОЛА, СУМ вместо ШУМ и т. п.). Естественно, что сразу после постановки звука он не сможет произносить все слова с данным звуком правильно.

В целях облегчения для ребёнка этой сложной задачи автоматизация звука осуществляется постепенно: сначала в самых разных типах слогов и звукосочетаний (СА, АС, АСА, СТО, СКО, СТРУ, КСЫ и т. п.), затем в отдельно взятых словах с разной по своей сложности звуко-слоговой структурой (САНИ, СОК, НОС, СПОР, СТАКАН, СТРАУС, СОСУЛЬКА), потом в специально подобранных фразах, где автоматизируемый звук содержится в каждом слове (СОЛЬ СОЛЁНАЯ, СОЛЮ СОЛЯТ), и, наконец, в текстах. Если же правильное произношение вновь поставленного звука удаётся сразу в словах, то автоматизация в слогах отпадает.

На данном этапе работы из речевого материала исключаются все артикуляторно и акустически близкие звуки. Например, при автоматизации звука С в подобранных для этой цели слогах, словах и фразах не должно содержаться других свистящих, а также шипящих звуков. По этой причине здесь следует брать слова типа СУМКА, СОМ, ВЕСЫ, ВЕСНА и т. п. и исключать слова типа СУШКА, СВЕЧА, ПЕСЕЦ, СТУЖА. Лучше в этих случаях не использовать и слова с артикуляторно сложными (хотя акустически и далёкими) звуками типа Р, Л, поскольку эти звуки также могут

произноситься дефектно. Такой «облегчённый» речевой материал позволяет ребёнку всё свое внимание сосредоточить только на вновь воспитываемом звуке. Этот звук лучше сразу связать с буквой, чтобы у ребёнка сформировалась прочная связь между звуком и буквой, что очень важно для правильного письма (особенно если звук не искажался, а заменялся каким-то другим). Проводятся и упражнения в самом элементарном звуковом анализе, о котором сказано на с. 107—109.

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

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

В случаях искажённого звучания звука (а не его замены) этапом автоматизации обычно и заканчивается работа над коррекцией звукопроизношения. Например, если ребёнок произносил звук Р «картаво»

или С межзубно и не смешивал эти звуки с другими, то очень мало вероятности, что он вдруг начнёт их смешивать после коррекции. Когда же мы имеем дело со звуковыми заменами, то они обычно ещё долго дают о себе знать и для их окончательного преодоления необходима специальная и иногда довольно продолжительная работа. Именно этому и посвящён третий этап работы над коррекцией звукопроизношения.

Основная задача *этапа дифференциации звуков* заключается в том, чтобы воспитать у ребёнка прочный навык уместного употребления в речи вновь воспитанного звука, без смешения его с акустически или артикуляторно близкими звуками. Это достигается путём специальных упражнений. Работу по различению ребёнком смешиваемых звуков по сути дела начинают уже в подготовительный период и в период постановки звука. Уже тогда его внимание привлекают к различному положению губ и языка и к различной по своему характеру струе речевого выдоха при артикулировании смешиваемых им звуков (например, С и Ш, З и Ж). Отмечают и разное звучание этих звуков (З — так комар звенит, Ж — так жук жужжит).

Переход к специальному этапу дифференциации звуков может быть начат только тогда, когда оба смешиваемых звука могут быть правильно произнесены в любом звукосочетании, то есть когда умение правильно произносить «новый» звук уже достаточно автоматизировано.

Как и на предыдущем этапе, сложность речевого материала здесь тоже нарастает постепенно. Сначала смешиваемые ребёнком звуки дифференцируются в самых разнообразных типах слогов (СА-ША, АС-АШ, СТО-ШТО и т. п.), которые должны произноситься им без всяких звуковых замен, затем — в словах (САНКИ-ШАПКА, МИСКА-МИШКА), предложениях (типа широко известного ШЛА САША ПО ШОССЕ И СОСАЛА СУШКУ) и связных текстах, включающих оба смешиваемых звука. При работе с детьми школьного возраста обязательно используются и письменные упражнения, позволяющие преодолеть буквенные замены на

письме. В отношении дошкольников необходима специальная работа по предупреждению таких замен. Оба дифференцируемых звука обязательно сразу связываются с буквами.

Необходимой предпосылкой как для предупреждения, так и для преодоления буквенных замен на письме является развитие у ребёнка способности безошибочно определять наличие «нового» звука в слове, находить его конкретное место в нём и отличать от имеющихся в этом же самом (или каком-то другом) слове похожих на него звуков. Иными словами, необходимо воспитание у ребёнка способности к фонематическому анализу слов, включающих в свой состав и смешиваемые им звуки. Такая работа начинается уже на этапе автоматизации, но там она направлена на «поиски» только одного вновь поставленного звука.

Когда речь идёт о детях дошкольного возраста, то их прежде всего упражняют в самых простых видах такого анализа — в выделении звука на фоне слова и в определении места звука в слове по принципу: «начало слова, середина, конец». Однако при этом надо быть полностью уверенным в том, что ребёнок хорошо понимает значение каждого из этих трёх слов. Приведём конкретный пример таких упражнений. Ребёнка спрашивают о том, слышит ли он звук Р в слове РАКЕТА (слово отчётливо произносится взрослым с некоторым подчёркиванием при этом данного звука). В случае правильного ответа далее уточняется, где именно он слышит этот звук — в начале, в середине или в конце слова. Для наглядности и повышения интереса ребёнка к выполнению задания можно использовать простейшую графическую схему, в которой слово любой длины условно разделено на три части:

<i>начало</i>	<i>середина</i>	<i>конец</i>
РОМАШКА	КАРТИНА	ДВОР
РУЧЕЙ	БАРАБАН	СЫР

При предъявлении на слух, допустим, слова РОМАШКА ребёнок должен будет закрыть фишкой первую часть схемы, слова КАРТИНА —

вторую, слова ДВОР — третью. При успешном выполнении этих заданий в дальнейшем могут предлагаться и слова типа РАЗГОВОР, РАПОРТ, при восприятии которых должны закрываться сразу две части схемы, поскольку звук Р слышится здесь сразу в двух частях слова. Позднее предлагаются и слова с акустически близкими звуками (типа ЛОМ, ЛАМПА), которые ребёнок должен научиться чётко отграничивать от предыдущих, говоря о том, что звука Р в этих словах он не слышит.

Детям 6-летнего возраста могут быть предложены задания на выделение интересующего нас звука из начала и конца слова (что сделать наиболее просто), например: «Какой первый звук ты слышишь в слове РЫБА? А какой последний звук слышится в слове СЫР»? Отвечая, что он слышит здесь звук Р, ребёнок тем самым *выделяет* этот звук из общего состава слова и произносит его изолированно. В процессе специального обучения могут практиковаться и более сложные виды звукового анализа слов, связанные с более точным определением места звука в слове. Все приведённые упражнения приучают ребёнка внимательно относиться к звуковому составу слов и вместе с тем упрочивают у него навык слуховой дифференциации звуков. Именно это и необходимо для предупреждения (у дошкольников) или полного преодоления (у детей школьного возраста) буквенных замен на письме.

Роль родителей на этапе дифференциации звуков не менее важна, чем на этапе автоматизации, и заключается она, во-первых, в систематическом контроле за правильностью выполнения ребёнком логопедических заданий, включая и письменные, и, во-вторых, в постоянном контроле над его речью в обычных жизненных ситуациях — до полного исчезновения в ней звуковых замен. Весь необходимый и расположенный в соответствующей последовательности дидактический материал для автоматизации и дифференциации звуков, начиная со слогов и кончая связными текстами, дан в упомянутом в списке литературы нашем пособии «Говори и пиши правильно».



Такова общая последовательность логопедической работы при коррекции дефектов звукопроизношения у детей. Соблюдение именно такой последовательности в работе является обязательным, поскольку всякое её нарушение негативно сказывается на общем результате и затягивает сроки самой работы. Так, например, бесполезно пытаться сразу ставить ребёнку звук, если состояние его артикуляторной моторики ещё не позволяет этого сделать. Или нельзя начинать автоматизацию звука с ребёнком, не научившись правильно его произносить, и т. п. (Во многих случаях родители ещё до обращения к логопеду упражняют своих детей в чтении и заучивании стихотворений на определённый звук с целью его «исправления», что в итоге приводит к ещё большему упрочению неправильной артикуляции звука).

Однако в то же время было бы принципиально неверным и слепое следование изложенной здесь схеме работы. Эта схема рассчитана на самые трудные случаи, когда всё приходится начинать, как говорится, с нуля. Но в реальной жизни могут встретиться самые различные варианты, требующие индивидуального подхода и учёта конкретной ситуации. В частности, мы уже говорили о том, что за логопедической помощью нередко обращаются дети и взрослые, уже владеющие правильным произношением звука. Неужели и в этих случаях работу нужно будет начинать с его постановки? Безусловно, нет. Здесь надо будет сразу приступить к автоматизации звука, что, кстати говоря, вполне могут сделать и сами родители, уже понявшие суть проблемы. Или другой пример. Нередко у ребёнка с хорошо развитой артикуляторной моторикой отсутствующий в его речи звук удаётся получить уже при обследовании. Естественно, что в этом случае полностью отпадает необходимость в артикуляторной гимнастике. О необязательности проведения этапа дифференциации при отсутствии у ребёнка звуковых замен мы уже говорили. Одним словом, всё должно делаться «в пределах разумного», но с обязательной ориентировкой на полноценный конечный результат.

Отметим особенности применения рассмотренной здесь схемы работы при разных по своей причинной обусловленности формах нарушения звукопроизношения.

При *сенсорной функциональной дислалии* такие особенности заключаются в следующем:

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

Преодоление *моторной функциональной дислалии* имеет такие особенности:

1. В подготовительный период преимущественное внимание уделяется развитию артикуляторной моторики ребёнка, выработке у него достаточно чётких и координированных артикуляторных движений. Что касается развития слухового восприятия, то здесь важно научить ребёнка отличать правильное звучание звука от дефектного (например, нормальное Р от «картавого»).
2. Обычно отпадает необходимость в специальном выделении 3-го этапа работы — этапа дифференциации смешиваемых звуков.
3. Нет необходимости в специальной работе по преодолению (или профилактике) буквенных замен на письме.

При *сенсомоторной функциональной дислалии* в зависимости от преобладающей симптоматики в разных вариантах комбинируются приёмы работы, применяемые для преодоления моторной и сенсорной функциональных дислалии.

Основная особенность преодоления *механической дислалии*

заключается в том, что здесь в большинстве случаев не удаётся ограничиться только логопедической помощью, а необходимо комплексное медико-педагогическое воздействие. При этом даже полное устранение анатомического дефекта обычно не приводит к нормализации звукопроизношения. Это объясняется тем, что помимо аномалий в строении артикуляторного аппарата дефектность в произношении звуков при механической дислалии обуславливается ещё и вторичными функциональными нарушениями движений речевых органов. В частности, у ребёнка в этих условиях неизбежно изменяется функция языка, который вынужден приспосабливаться к необычной анатомической структуре других органов. Этот неправильный способ функционирования становится привычным и сохраняется даже после полного устранения анатомического дефекта, а значит сохраняется и неправильный способ артикулирования звуков. И даже более того. Если после устранения анатомического дефекта старый способ неправильного функционирования языка оставить неизменным, то он может провоцировать возвращение прежней «патологической формы». Нередко именно вторично нарушенная функция здорового органа (в данном случае — языка) препятствует успешному проведению ортодонтического лечения. По этой причине логопедическая работа, и прежде всего активная артикуляторная гимнастика, важна в этих случаях не только для коррекции нарушенного звукопроизношения, но также и для устойчивого исправления самого анатомического дефекта.

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

В подготовительный период особенно большое внимание при

механической дислалии уделяется развитию артикуляторной моторики ребёнка. Работа по развитию слухового восприятия, как и при моторной функциональной дислалии, в большинстве случаев ограничивается воспитанием умения отличать правильное произношение звука от дефектного (например, боковое С от нормального).

Наибольшую сложность и своеобразие при механической дислалии имеет этап постановки звука. В зависимости от достигнутых результатов коррекции анатомического дефекта здесь могут иметь место следующие два варианта постановки:

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

Конкретными примерами воспитания компенсаторных артикуляций могут служить следующие. При короткой уздечке языка, не позволяющей его переднему краю подниматься вверх, вместо обычной верхней артикуляции шипящих звуков может быть воспитана нижняя, при которой кончик языка

находится внизу. В подобных случаях нередко приходится ставить и межзубное Л, не требующее поднимания кончика языка к верхним резцам, но по своему акустическому эффекту не отличающееся от нормального. Устранение межзубного С при переднем открытом прикусе может быть достигнуто путём закрытия щели между верхними и нижними резцами несколько необычно выгнутой спинкой языка.

Автоматизация поставленного звука осуществляется обычным путём. Что касается специальной работы над дифференциацией звуков, то при механической дислалии её во многих случаях не требуется, поскольку здесь чаще наблюдается искажённое звучание звуков, чем их полные замены другими звуками.

### ***ДИЗАРТРИЯ***

Дизартрия — это такое расстройство звукопроизводительной стороны речи, которое обусловлено органическим поражением *центрального отдела* речедвигательного анализатора и связанным с этим нарушением иннервации речевых мышц. Сам термин «дизартрия» означает «расстройство членораздельной речи» (арт-рон — сочленение). Распространённость дизартрии среди умственно нормальных детей — от 3 до 6%, а среди детей со сниженным интеллектом — до 40—60%.

Речь детей, страдающих выраженной формой дизартрии, и в самом деле теряет свою членораздельность и становится почти непонятной для окружающих («как каша во рту»). В чём же здесь дело?

Как уже отмечалось выше, двигательные «команды» из центрального отдела речедвигательного анализатора к периферическим органам речи передаются по проводящим нервным путям. При органическом поражении определённых отделов головного мозга или непосредственно двигательных нервов полноценная передача нервных импульсов становится невозможной, и в самих мышцах развиваются явления паралича или пареза. А поскольку эти явления могут распространяться не только на мышцы языка и губ, но

также и на мышцы мягкого нёба, голосовых связок и органов дыхания, то нарушается не только артикулирование звуков, но и голосообразование и речевое дыхание. При выраженных парезах языка страдает артикуляция практически всех звуков речи, включая и гласные; парез мягкого нёба обуславливает появление носового оттенка голоса, голосовых связок — нарушение процесса голосообразования и изменение силы голоса, дыхательных мышц — нарушение функции речевого дыхания, которое становится поверхностным и аритмичным. Всё это вместе взятое приводит к тому, что дизартрия по своим внешним проявлениям резко отличается от дислалии. Так, если при дислалии (за исключением механической дислалии на почве врождённых нёбных расщелин, о которой речь пойдёт отдельно), дефекты звукопроизношения проявляются на фоне нормального темпа и ритма речи, нормального речевого дыхания и голосообразования, то при дизартрии наблюдается картина какого-то общего фонетического неблагополучия речи в целом, вследствие чего она и теряет свою внятность, членораздельность.

Помимо нарушения двигательной функции речевых мышц страдает также и их чувствительность. По этой причине ребёнок недостаточно хорошо ощущает положение своих артикуляторных органов, затрудняется в «нахождении» нужных артикуляций. Это вызывает дополнительные трудности в процессе коррекции неправильно произносимых звуков.

Наличие у ребёнка тяжелого нарушения звукопроизношения во многих случаях приводит к появлению у него вторичных нарушений слуховой дифференциации звуков и связанных с этим буквенных замен на письме. Трудностями и недостаточностью речевого общения вторично может быть обусловлена также бедность словарного запаса ребёнка и несформированность у него грамматического строя речи. К дополнительно возникающим неречевым симптомам при дизартрии могут быть отнесены и вторичные психические наслоения, связанные с переживанием ребёнком своей речевой неполноценности. При дислалиях подобные наслоения

встречаются значительно реже.

Для более полного понимания симптоматики детской дизартрии важно учитывать и то, что она чаще всего не является самостоятельным нарушением речи, а представляет собой один из симптомов тяжёлого заболевания — детского церебрального паралича, который обычно возникает в возрасте до двух лет. У детей, страдающих им, наблюдаются параличи и парезы мышц конечностей и туловища. Парезы ног резко ограничивают (или даже полностью исключают) возможность передвижения ребёнка в пространстве, что нарушает развитие у него зрительно-пространственных представлений, поскольку ребёнок познаёт пространство «мерой собственных шагов». Параличи и парезы рук ограничивают (или исключают) возможность манипулирования с предметами, что на втором году жизни ребёнка играет решающую роль в познании им окружающего мира (деятельность «познающей руки»). Вследствие часто наблюдающегося пареза глазодвигательных мышц у ребёнка нарушаются такие важнейшие зрительные функции, как фиксация взора на предмете, «ощупывание» его взглядом, «прослеживание» предмета и его активный зрительный поиск. Это также приводит к задержке в развитии познавательной деятельности ребёнка и, в частности, к задержке формирования у него зрительно-пространственных представлений. Последнее может приводить в дальнейшем к специфическим нарушениям чтения и письма, к трудностям усвоения таких предметов, как геометрия, география и др. Нередко имеют место также эмоционально-волевые расстройства, степень выраженности и особенности проявления которых во многом зависят от локализации и времени поражения головного мозга.

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

времени основной причиной детского церебрального паралича (а значит и дизартрии) считали родовую травму, вызывающую кровоизлияние в мозг, асфиксию при рождении и другие осложнения во время родов. Однако к настоящему времени стало ясно, что более чем в 80% случаев поражение нервной системы плода наступает внутриутробно. Именно недостаточная полноценность плода и его «неготовность» к активному участию в процессе родов приводят к осложнённому их течению и к возможным дополнительным повреждениям головного мозга. Знание этого обстоятельства чрезвычайно важно с точки зрения профилактики детского церебрального паралича и дизартрии — необходимо проявлять особенно большую заботу о нормальном протекании беременности.

В зависимости от локализации поражения головного мозга дизартрия проявляется по-разному, в связи с чем различают несколько её видов, которые здесь рассматривать нецелесообразно. При полном параличе артикуляторных мышц имеет место так называемая *анартрия* — полное отсутствие у ребёнка произносительной речи. Об основных проявлениях *выраженной дизартрии* мы уже говорили выше. Но нередко может наблюдаться и так называемая «*стёртая*» *дизартрия*, в основе которой лежат лишь очень небольшие, буквально «точечные» органические поражения коры головного мозга. Их наличие приводит к парезам лишь отдельных небольших групп артикуляторных мышц (например, только кончика языка или только одной его стороны). При таких условиях у ребёнка страдает произношение лишь отдельных звуков при нормальном темпе и ритме речи и при отсутствии расстройств речевого дыхания и голоса. Долгое время такого рода нарушения в произношении звуков относили к функциональной дислалии, не замечая их специфики. Однако трудности их преодоления (в частности, гораздо более продолжительные сроки) заставили специалистов тщательнее изучить этот вопрос, в результате чего из группы дислалии и была выделена «стёртая» дизартрия. (При неврологическом обследования у этих детей были обнаружены парезы отдельных



артикуляторных мышц, приводящие к вполне определённым нарушениям в произношении звуков).

Расстройства звукопроизношения при стёртой дизартрии имеют не только иную причинную обусловленность по сравнению с дислалией, но и другое внешнее проявление. В частности, для стёртой дизартрии характерным бывает межзубное произношение звуков, связанное со слабостью (паретичностью) мышц кончика языка — он просто не удерживается за зубами. Нередко имеет место и «боковое» произношение некоторых согласных, что связано с парезами одной стороны языка. В этих случаях язык при высовывании его изо рта обычно отклоняется в одну сторону, а при артикулировании некоторых звуков становится во рту «ребром», что и способствует боковой утечке воздуха. Такие нарушения в произношении звуков ни в каком возрасте не могут быть отнесены к «физиологическому косноязычию» ввиду их обусловленности патологическими причинами.

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

Стёртая дизартрия чаще всего является лишь одним из проявлений так называемой минимальной мозговой дисфункции, которая в последние десятилетия превратилась буквально в проблему века. В этих случаях

имеется как бы общий органический фон, при наличии которого дело не может ограничиться нарушениями одного лишь звукопроизношения, хотя оно и обращает на себя внимание в самую первую очередь. Для этих детей характерны также нарушения психической деятельности, которые становятся особенно заметными с началом их школьного обучения. В частности, нарушено внимание, что проявляется в повышенной отвлекаемости ребёнка, в его неумении сосредоточиться на каком-то одном занятии; нарушена память, что выражается в трудностях запоминания речевого материала (в особенности стихотворений) и быстром его забывании и т. п. Если в отношении таких детей не были предприняты коррекционные меры в дошкольном возрасте, то в дальнейшем они нередко доходят до состояния школьной дезадаптации со всеми вытекающими отсюда сложностями, особенно в подростковом возрасте.

При коррекции звукопроизношения у детей с дизартрией основное внимание в подготовительный период обращается на развитие у них речевой моторики. Однако здесь важно учитывать особенности проявления парезов и упражнять именно слабые мышцы, что требует специальных знаний. Родители могут подключаться к этой работе (в плане проверки правильности выполнения ребёнком домашних заданий) лишь после подробной консультации у логопеда.

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

«скрытого» проговаривают.

Эффективность преодоления нарушений звукопроизношения зависит в основном от его причинной обусловленности и от серьёзности отношения как самого ребёнка, так и его родителей к логопедической работе. Функциональная моторная и сенсорная дислалия, как правило, поддаётся полному и сравнительно быстрому преодолению, если не иметь в виду случаи преждевременного прекращения логопедических занятий, о которых уже говорилось выше. Практически полный результат достигается и при стёртой дизартрии, а также при нерезко выраженной механической дислалии, не связанной с особо грубыми анатомическими дефектами в строении речевого аппарата. При наличии же последних эффективность преодоления дефектного произношения звуков во многом зависит от того, насколько удастся устранить имеющийся анатомический дефект. О большей трудности и более длительных сроках преодоления дизартрии по сравнению с дислалией уже говорилось.

Профилактика нарушений звукопроизношения у детей заключается в устранении из жизни ребёнка (или хотя бы в сведении к минимуму) действия тех причин, которые приводят к появлению дефектов в произношении звуков. В этом отношении важна забота как о сохранности речевых органов ребёнка, так и о благоприятном для становления звукопроизношения социальном окружении. Об этих двух направлениях профилактики выше уже говорилось. Дополнительно скажем здесь лишь о тех на первый взгляд несущественных моментах, которые могут в итоге приводить к появлению у детей механической дислалии. Речь идёт о появлении у некоторых детей «приобретённых» аномалий в строении челюстей и зубов, о чём необходимо знать родителям.

Возникновение прогнатий и прогений нередко бывает связано с привычкой детей почти постоянно держать во рту палец. Если он при этом направлен вверх, то со временем начинает выступать вперёд верхняя челюсть, а если вниз — то нижняя. Во многих случаях это сопровождается

также деформацией зубов и твёрдого нёба (появляется так называемое «готическое», то есть очень высокое, твёрдое нёбо).

Возникновению аномалий прикуса может способствовать и наличие у ребёнка увеличенных миндалин, заставляющих его переходить от носового дыхания к ротовому. При ротовом же дыхании вся масса языка подаётся вперёд, оказывая постоянное давление на нижние резцы и приводя в конечном итоге к выступанию вперёд нижней челюсти. К аналогичным последствиям иногда приводит и наличие короткой уздечки языка. В этих случаях кончик языка в состоянии покоя не прилегает, как обычно, к верхним передним зубам, а значит и не оказывает необходимого давления на верхний зубной ряд. В таких условиях верхние передние зубы под давлением мышц губ несколько наклоняются внутрь ротовой полости, что в конечном итоге опять-таки приводит к выступанию вперёд нижней челюсти.

Предупреждение самого возникновения подобных аномалий или своевременное их устранение исключит и появление связанных с ними нарушений звукопроизношения. Не менее важную роль в этом плане играет и охрана слуха ребёнка (в первую очередь необходимо тщательное долечивание ушных заболеваний).

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

В случаях тяжёлых нарушений звукопроизношения (выраженная форма дизартрии или грубой механической дислалии), а также при проявлении дефектов звукопроизношения на фоне общего недоразвития речи логопедическая помощь оказывается в учреждениях стационарного или полустационарного типа. Для детей дошкольного возраста это могут быть речевые ясли, речевые детские сады или специальные речевые группы при массовых детских садах, а также речевые стационары. Во всех этих

учреждениях ребёнку может быть оказана необходимая комплексная и к тому же достаточно продолжительная помощь. Временное помещение таких детей в стационар желательно не только в лечебных, но и в диагностических целях, поскольку здесь имеются все необходимые условия для проведения тщательного комплексного обследования каждого ребёнка разными специалистами.

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

При более лёгких формах нарушений звукопроизношения, являющихся самостоятельными речевыми расстройствами, логопедическая помощь детям как дошкольного, так и школьного возраста оказывается в основном в учреждениях амбулаторного типа. Для дошкольников это будут логопедические кабинеты при детских поликлиниках, для школьников — школьные логопедические пункты при общеобразовательных школах. Подростки и взрослые могут получать логопедическую помощь в логопедических кабинетах при психоневрологических диспансерах.

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

страдающим дефектами в произношении звуков (равно как и любыми другими нарушениями речи), оказывается письменная консультативная помощь.

## **Глава 8**

# **РИНОЛАЛИЯ**

Ринолалия — это носовой оттенок голоса, сопровождающийся нарушениями звукопроизношения и обусловленный дефектами в строении и функционировании речевого аппарата (rhinos, по-гречески, — нос, lalia — речь). Ранее для обозначения этого нарушения речи употреблялся термин «гнусавость», имеющий народное происхождение и отражающий особенность внешнего проявления расстройства.

В норме при артикулировании всех звуков речи, кроме носовых М и Н, носовая полость изолируется от ротовой и вся выдыхаемая воздушная струя направляется в ротовую полость, что полностью исключает возможность появления носового оттенка голоса. Такая изоляция носового и ротового резонаторов обеспечивается деятельностью мышц так называемого нёбно-глоточного затвора (происходит одновременное сокращение мышц мягкого нёба, боковых и задней стенок глотки, благодаря чему закрывается проход в носовую полость). При артикулировании же носовых звуков М и Н проход в носовую полость остаётся открытым, вследствие чего струя выдыхаемого воздуха попадает не в ротовую, а в носовую полость и, резонируя в ней, придаёт этим звукам носовой оттенок.

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

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

1. Наличие врождённых (реже — приобретённых) расщелин мягкого и

твёрдого нёба, приводящих к полной невозможности разобщения носовой и ротовой полостей.

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

Как видим, первые пять из перечисленных причин приводят к постоянному отсутствию изоляции носовой полости от ротовой, а последние две — к наличию постоянной их изоляции в процессе речи. Однако во всех этих случаях нарушается нормальное резонирование носовой полости при



речеобразовании, что и обуславливает появление разных видов риноплазии (при выключении носового резонатора, как уже было отмечено, голос также приобретает носовой оттенок).

Все перечисленные причины риноплазии принято делить на органические и функциональные в зависимости от того, нарушают ли они анатомическое строение речевого аппарата в его центральном или периферическом отделах или приводят только к нарушению его нормального функционирования. В соответствии с этим к *органическим причинам* следует отнести наличие нёбных расщелин и все названные выше анатомические изменения в полости носоглотки (органически повреждён периферический отдел речевого аппарата), а также параличи и парезы мягкого нёба (органически страдает центральный отдел речедвигательного анализатора). К *функциональным причинам* относится гипо- или гиперфункция (то есть пониженная или повышенная активность) мягкого нёба без явных признаков органического повреждения. В очень редких случаях функциональной причиной риноплазии может явиться подражание.

Помимо перечисленных условий возникновения риноплазии, связанных непосредственно с дефектами нёбно-глоточного затвора, в её основе могут лежать и нарушения слуха. При полном отсутствии или выраженной недостаточности слухового контроля за процессом голосообразования ребёнку не удаётся полностью отрегулировать этот процесс — он просто не слышит «носового» звучания своей речи.

Риноплазия бывает открытая, закрытая и смешанная. Рассмотрим каждый из её видов в отдельности.

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

Открытая риноплазия, в зависимости от вызвавших её причин, бывает

следующих трёх видов:

1. Органическая открытая ринолалия на почве врождённых нёбных расщелин (а также укорочения мягкого неба, отсутствия или раздвоения маленького язычка или наличия скрытой расщелины твёрдого нёба).
2. Органическая открытая ринолалия на почве параличей и парезов мягкого нёба.
3. Функциональная открытая ринолалия. Рассмотрим каждый из названных видов открытой ринолалии.

*Органическая открытая ринолалия на почве врождённых нёбных расщелин* связана с тяжёлым и довольно часто встречающимся пороком развития, который закладывается на втором-третьем месяце внутриутробной жизни плода. Если в этот период не произошло нормального формирования твёрдого и мягкого нёба, то ребёнок рождается с нёбной расщелиной. Нередко при этом наблюдается также расщелина альвеолярного отростка и верхней губы. Приводим несколько рисунков с такими аномалиями.

ёёё131

Расщелина мягкого и твёрдого неба до и после операции.

Как видим, до операции имеют место такие анатомические условия, при которых, если не говорить об использовании каких-либо специальных приспособлений, полностью исключена возможность изоляции носовой полости от ротовой. В результате операции восстановлена нормальная структура твёрдого и мягкого нёба, что позволяет исключить «утечку» выдыхаемой в процессе речеобразования воздушной струи в носовую полость.

ёёё132

Сквозная расщелина нёба.

Сквозная расщелина захватывает не только непосредственно твёрдое и

мягкое нёбо, но также и альвеолярный отросток и верхнюю губу. Естественно, что здесь также не может быть речи об изоляции носовой полости от ротовой (обеспечить такую изоляцию может только удачно сделанная операция).

По имеющимся в литературе сведениям, только в нашей стране ежегодно рождается до 5000 детей с нёбными расщелинами, причём эта цифра имеет тенденцию к росту. Появление нёбных расщелин может быть связано с наследственными факторами, с неблагоприятными условиями протекания первых двух месяцев беременности (заболевания матери гриппом, паротитом, краснухой; токсоплазмоз; наличие эндокринных нарушений; профессиональные вредности; психические травмы и пр.). Отмечается также отрицательное влияние неблагоприятных экологических факторов, алкоголизма, курения и т. п. Во многих случаях все эти вредности могут так или иначе взаимодействовать.

Расщелины бывают сквозные (односторонние и двусторонние) и несквозные (полные, неполные и скрытые). Скрытая расщелина не видна, поскольку она затянута слизистой оболочкой, однако её наличие способствует усилению носового резонанса и тем самым во многих случаях также приводит к появлению ринопалии. Нёбным расщелинам обычно сопутствуют различные деформации челюстей и зубов, требующие ортодонтического лечения. Наличие столь грубых анатомических дефектов в строении артикуляторного аппарата не может не приводить и к дефектам в произношении звуков. По этой причине при органической открытой ринопалии на почве врождённых нёбных расщелин имеет место сочетание двух дефектов — механической дислалии и ринофонии (расстройства голоса). Некоторые авторы предлагают рассматривать эту форму ринопалии как частный случай механической дислалии.

Наличие нёбной расщелины влечёт за собой появление целого ряда очень серьёзных симптомов, уже с самых первых дней жизни ребёнка существенно осложняющих весь ход его развития. Нарушаются такие

жизненно важные функции, как питание (ребёнок не может нормально сосать и глотать, молоко вытекает через нос) и дыхание (вдыхаемый воздух не согревается и не очищается в носовых ходах, а непосредственно через расщелину сразу попадает в глубокие дыхательные пути, что значительно повышает риск возникновения респираторных заболеваний). Более предрасположены эти дети и к ушным заболеваниям.

Вследствие имеющейся нёбной расщелины корень языка оттягивается в глубь ротовой полости, чрезмерно поднимается вверх и прикрывает собой расщелину (по принципу: «природа не терпит пустоты»). Такое «заднее» положение языка в свою очередь дополнительно препятствует выходу воздуха через рот. Кончик языка при этом находится в постоянно опущенном пассивном положении и в итоге оказывается недоразвитым.

Отмеченное положение языка, этого наиболее активного органа артикулирования звуков, обуславливает тяжелейшее нарушение звукопроизношения. Вся артикуляция резко сдвигается назад, вследствие чего большинство согласных звуков приобретают оттенок «заднеязычности» и напоминают собою звук Х. Кончик языка практически не принимает участия в артикулировании звуков, несмотря на то что большинство согласных звуков русского языка являются именно переднеязычными. Общая невнятность звукопроизношения усугубляется ещё и тем, что все ротовые звуки, как уже отмечалось выше, произносятся с носовым оттенком. Без специальной логопедической работы, начатой с раннего возраста, многие дети в таких условиях практически не могут самостоятельно овладеть произносительной речью и в наиболее тяжёлых случаях способны издавать лишь отдельные «мычащие» звуки.

Даже если в речи детей, страдающих ринолалией, и имеются некоторые почти нормально артикулируемые звуки, то они сильно назализованы (от лат. *nasus* — нос), то есть произносятся с носовым оттенком. К тому же сам голос звучит тихо и глухо, поскольку резонирование происходит в основном в носовой полости, где звук в

значительной степени поглощается и не может дать такого сильного звучания, как при резонировании в полости рта.

Пытаясь как-то улучшить звукопроизношение и одновременно задержать утечку воздуха через нос, дети усиливают напряжение мышц языка, губ, крыльев носа, а нередко и всего лица, что утяжеляет общую картину и создаёт впечатление крайней напряжённости речи (на лице появляются гримасы).

Как внешний вид ребёнка, так и имеющиеся у него грубые нарушения речи во многих случаях приводят к тяжёлому переживанию дефекта и постепенному появлению вторичных психических наслоений. Такие дети нередко становятся застенчивыми, у некоторых из них появляется повышенная раздражительность.

Помимо неизбежных при данной форме ринолалии нарушений голоса и звукопроизношения нередко у детей наблюдается общее недоразвитие речи с характерной для него бедностью словарного запаса и несформированностью грамматического строя, что связано с недостаточной практикой речевого общения. У части детей имеет место задержка психического развития или умственная отсталость разной степени выраженности.

Сложность и разносторонность симптоматики ринолалии вызывают необходимость комплексного воздействия на ребёнка в процессе коррекционной работы с ним. Это общеукрепляющее, ортопедическое, ортодонтическое, хирургическое и физиотерапевтическое лечение, а также логопедическая работа и психотерапия.

В настоящее время дети с врождёнными расщелинами нёба находятся под наблюдением специалистов с момента рождения. Буквально с первых дней жизни им оказывается вся необходимая помощь, во многом способствующая предупреждению развития тех тяжёлых аномалий, о которых говорилось выше. Кормление этих детей осуществляется через специальный зонд (ребёнок при этом находится в вертикальном положении).

Примерно к десятому дню жизни индивидуально для каждого ребёнка, с учётом особенностей расщелины, изготавливается obturator — специальная пластинка для её закрытия.

Наличие obturatora, обеспечивающего изоляцию ротовой полости от носовой, значительно нормализует процесс питания и создаёт более благоприятные условия для формирования речи, но только в случаях его раннего использования. Более позднее применение obturatora даёт значительно меньший эффект, поскольку у ребёнка уже успевает закрепиться неправильное положение языка, препятствующее ротовому выдоху. Однако даже и раннее ношение obturatora не даёт окончательного решения вопроса, поскольку он не позволяет восстановить нарушенное расщелиной мышечное физиологическое единство и не может воспрепятствовать развитию нежелательных компенсаторных изменений в области носоглотки и в других отделах речевого аппарата. Поэтому единственная возможность для обеспечения нормального развития ребёнка с врождённой расщелиной нёба — это операция.

*Хирургическое лечение* врождённых нёбных расщелин должно проводиться в наиболее оптимальные сроки. Мнения разных специалистов по этому вопросу различны, но общее направление научного поиска заключается в изыскании путей и средств возможно более ранней оперативной помощи ребёнку при исключении в то же время некоторых нежелательных последствий ранней операции (в частности, возможного сужения верхней челюсти, деформации зубных рядов и пр.). На втором-третьем месяце жизни ребёнка обычно оперируется расщелина губы (при отсутствии противопоказаний со стороны педиатра, невропатолога и ортодонта). Что касается операций на нёбе, то они проводятся в разные сроки, что в значительной степени определяется самой методикой выполнения операции. В последние годы нёбо оперируется преимущественно начиная с 2—3-летнего возраста, но при условии, что у ребёнка к этому времени успели выйти все зубы и что корни их заняли

соответствующее положение. Безусловно, при этом обязательно учитывается и общее состояние здоровья ребёнка. В некоторых случаях у физически ослабленных детей операции приходится откладывать на гораздо более поздние сроки. Нередко такие операции осуществляются в несколько этапов. В дооперационный период продолжается пользование obturatorом, который по мере роста ребёнка и изменения в связи с этим размеров расщелины периодически меняется.

Основная цель оперативного вмешательства: восстановление анатомической структуры, а через неё — и функции нёба. Однако даже самая удачная операция сама по себе не приводит к нормализации речи, поскольку у ребёнка уже успели сформироваться достаточно прочные навыки неправильного речеобразования, требующие перевоспитания и «приспособления» к новым, более благоприятным анатомическим условиям.

*Логопедическая работа* с детьми, страдающими ринолалией, начинается с 2—3-летнего возраста и проводится как в дооперационный, так и в послеоперационный периоды. Если иметь в виду только ринолалию (без учёта возможного сопутствующего ей общего недоразвития речи), то конечная цель логопедической работы — это снятие носового оттенка голоса и воспитание правильного звукопроизношения, что в итоге и обеспечит нормализацию речевой функции ребёнка. Однако ни то ни другое не может быть достигнуто без обеспечения необходимых предпосылок. К их числу относится развитие подвижности мягкого нёба, воспитание достаточно сильного и продолжительного ротового выдоха, достижение переднего положения языка. К созданию этих предпосылок приступают уже в дооперационный период.

Основная цель *дооперационной логопедии* и комплекса лечебных мероприятий заключается в том, чтобы максимально предупредить те возможные отклонения в развитии ребёнка, которые как бы заранее предопределяются, программируются самим фактом наличия расщелины, а также подготовить более благоприятные условия для проведения операции.

В этот период главное внимание должно быть обращено на следующее.

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

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

Для укрепления здоровья ребёнка должно внимание уделяется также его полноценному питанию, приёму витаминов, необходимых лекарственных препаратов и пр. Обеспечение достаточной физической выносливости и общего здорового фона в организме очень важно для предстоящей операции, которая нередко откладывается на месяцы и даже годы только по причине астенизации ребёнка.

**2. Предупреждение фиксации языка в неправильном положении.** С этой целью малыша уже с самых первых дней его жизни избегают класть на спинку, чтобы самим этим положением не провоцировать западание языка



назад. В дальнейшем стараются всемерно стимулировать движения кончика и передней части спинки языка (например, можно систематически предлагать ребёнку слизывать варенье с верхней губы, «чистить зубы» кончиком языка, играть в «часики», переводя высунутый изо рта язык из одного угла рта в другой и т. п.).

Переднее положение языка очень важно для воспитания у ребёнка уже в дооперационном периоде ротового выдоха, поскольку оттянутый в глубь ротовой полости корень языка препятствует выходу воздуха через рот. Правильный ротовой выдох при опущенном корне языка позволяет полностью снять носовой оттенок на том или ином звуке, а впоследствии и во всей речи. (Выдвижением языка вперёд обеспечивается широкий проход для выдыхаемой воздушной струи в ротовую полость, ввиду чего при плавном выдохе эта струя скользит вдоль расщелины и почти целиком выходит через рот).

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

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

Для развития продолжительности ротового выдоха можно уже начиная с 1,5—2 лет приучать ребёнка «студить чай», «согревать ручки» теплом

своего дыхания, дуть на больное место и т. п. Воспитанию вдоха через нос способствуют такие упражнения, как «нюхание цветка». В дальнейшем можно использовать катание по столу круглых карандашей, расположенных на уровне рта ребёнка; игру на губной гармошке, задувание свечи с постепенным увеличением расстояния до неё, «поддувание» летающих в воздухе пушинок, сдувание одуванчиков и т. п. Однако при выполнении всех этих упражнений нужно соблюдать большую осторожность и не допускать излишне напряжённого «дутья», поскольку возникшее напряжение может распространиться и на все мышцы артикуляторного аппарата и на лицевые мышцы. Плавность и длительность выдоха обеспечиваются за счёт постановки диафрагмального дыхания, которое во всех случаях речевой патологии является наиболее предпочтительным.

Ввиду большой утомительности дыхательных упражнений они проводятся в течение 1,5—2 минут, но в процессе одного занятия повторяются несколько раз.

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

**4. Активизация мышц нёбно-глоточного кольца.** Она очень важна уже в дооперационный период, поскольку в значительной мере улучшает условия для проведения операции. Здесь можно рекомендовать упражнения типа лёгкого покашливания, позёвывания, проглатывания маленькими порциями молока или воды. При этом мягкое нёбо (а до операции — его фрагменты) рефлекторно поднимается вверх. Проводится и пальцевой массаж сегментов твёрдого и мягкого нёба, чему мать ребёнка обучают уже в родильном доме. С целью активизации мышц задней стенки глотки рекомендуется вызывать рвотный рефлекс, для чего можно слегка «пощекотать» её свёрнутой в трубочку бумажкой или ручкой чайной ложки. Считается, что путём вызова этого рефлекса подвижности мягкого нёба можно добиться в наиболее короткий срок ввиду особенно сильного

сокращения в этот момент нёбных мышц. Мягкое нёбо удерживается в поднятом положении и в процессе полоскания горла, однако это упражнение можно использовать лишь после закрытия небной расщелины, то есть в послеоперационный период. Оно полезно потому, что при запрокидывании головы назад мягкое нёбо даже при условии его неподвижности отходит в сторону задней стенки глотки. Со временем это движение становится произвольным.

Эти упражнения возобновляются и через две-три недели после операции, но активизации мягкого нёба здесь уделяется ещё большее внимание. Во многих случаях для этой цели используется и физиотерапия. Основная цель этой работы — обеспечение смыкания мягкого нёба с задней стенкой глотки, что необходимо для достижения изоляции носовой полости от ротовой.

**5. Развитие подвижности артикуляторных мышц как необходимой предпосылки для воспитания правильного произношения звуков.** Забота об этом должна проявляться начиная с самого раннего возраста. Сначала проводятся так называемые пассивные движения. Мама своими пальцами собирает губы ребёнка в трубочку, а затем растягивает их в улыбку; поднимает верхнюю губу вверх, обнажая верхние десны, после чего нижнюю губу опускает вниз с обнажением нижних дёсен. Кончик языка шпателем то прижимают ко дну рта, то приподнимают к верхней губе, то выдвигают к нижней губе и затем отводят то в одну, то в другую сторону. В более позднем возрасте постепенно переходят к активному выполнению этих же самых движений самим ребёнком.

Уже в дооперационный период у детей с ринолалией, по существу, можно воспитать правильную артикуляцию всех звуков речи, хотя носовой оттенок голоса при этом сохраняется. Но здесь важно то, что ребёнок с самого начала привыкает пользоваться членораздельной речью, а не остаётся «безречевым», способным издавать лишь мычащие звуки. Воспитанное до операции правильное положение артикуляторных органов быстро

восстанавливается и скорее упрочивается и в послеоперационный период, что значительно сокращает продолжительность логопедической работы после операции.

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

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

**8. Предупреждение появления вторичных психических наслоений.** Это очень важное направление дооперационной логопедии заключается в осуществлении психотерапевтического воздействия на ребёнка и его

ближайших родственников. Такое воздействие уже с первых дней жизни ребёнка оказывается на его родителей и прежде всего — на мать. Проводится подробная разъяснительная беседа, касающаяся строения речевого аппарата и тех мер по нормализации внешнего вида и речи ребёнка, которые необходимо будет принять в дальнейшем. Целесообразно показать фотографии детей с расщелинами губы и нёба до операции и после её проведения, а также дать прослушать магнитофонные записи их нарушенной и нормальной речи. Общий вывод из этой первичной беседы, вполне соответствующий реальному положению вещей, должен быть таким: всё придёт к норме, но только для этого нужно будет приложить необходимые усилия в течение более или менее продолжительного времени. При этом общий результат работы всех специалистов очень во многом будет зависеть от степени участия в ней и правильности поведения самих родителей. Иными словами, родителей с самого начала необходимо настроить не на переживания, а на большую внутреннюю самодисциплину и активность.

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

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

После закрытия расщелины твёрдого нёба и формирования мягкого нёба в ротовой полости создаются нормальные (или гораздо более благоприятные) условия для правильного речеобразования. Однако непосредственно после операции мягкое нёбо бывает отёчным, вследствие чего речь в целом не только не улучшается, но даже ухудшается. Для предупреждения образования твёрдых, ограничивающих его подвижность

послеоперационных швов важно проводить активный пальцевой массаж мягкого нёба по линии шва путём прерывистого давления на него с целью разминания рубцовой ткани. Делаются и лёгкие поглаживающие движения по нёбной занавеске, производятся лёгкие удары по ней для возбуждения иннервации. Этим приёмам обучают и самого ребёнка, если он к этому времени уже достиг соответствующего возраста. Вскоре возобновляются также упомянутые выше упражнения для активизации мышц мягкого нёба и обеспечения возможно более плотного его смыкания с задней стенкой глотки (полоскание горла, позёвывание и пр.).

Наличие плотного нёбно-глоточного затвора создаёт возможность для воспитания дифференцированного носового и ротового выдоха в процессе речи, что очень важно для снятия назализации. (Как уже отмечалось, при образовании носовых звуков М и Н воздушная струя должна направляться только через нос, а при образовании всех остальных звуков — только через рот). Для достижения такого результата проводятся специальные дыхательные упражнения, рассчитанные на дифференциацию носового и ротового выдоха. На первых порах исключение ротового или носового выдоха достигается чисто механическим путём. Например, ребёнку предлагают закрыть пальцами нос (кончик носа при этом оказывается между большим и указательным пальцами), а затем сделать вдох и выдох только через рот. Потом, наоборот, плотно смыкаются губы, после чего производится и вдох и выдох только через нос. В дальнейшем нос и рот уже не закрываются, но как вдох, так и выдох осуществляются только через один из названных резонаторов. На этой стадии работы рекомендуются самые разнообразные сочетания дифференцированных вдохов и выдохов. Например:

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

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

Помимо зрительного контроля постепенно воспитывается и слуховой контроль — ребёнка упражняют в различении нормально звучащего голоса и голоса с носовым оттенком. На первых порах для этого можно использовать имитацию того и другого способа голосообразования самим логопедом. Ребёнок при этом каждый раз определяет, какая из фраз была произнесена правильно, а какая — нет. Воспитание такого умения очень важно в целях последующего самоконтроля над речью, поскольку ребёнок с ринолалией не слышит носового звучания своего голоса.

Большое внимание в послеоперационный период уделяется также коррекции звукопроизношения, в процессе которой широко используются и окончательно закрепляются ранее воспитанные навыки правильной артикуляции звуков. При этом в процессе коррекции каждого отдельного звука помимо контроля за правильностью положения артикуляторных органов специальное внимание обращается на снятие назализации.

Особое внимание после операции должно быть уделено работе над голосом. В этот период речь может идти уже не только о развитии его силы и «гибкости», но и о снятии носового оттенка. После активизации мышц

мягкого нёба и задней стенки глотки, а также проведения активной дыхательной и артикуляторной гимнастики эта сложная задача становится уже вполне осуществимой. При всех голосовых упражнениях важно обеспечивать максимальное поднятие мягкого нёба и правильное направление воздушной струи, причём ребёнок самостоятельно контролирует правильность звучания своего голоса. Очень полезно на этом этапе работы использовать вокальные упражнения — пение гласных под аккомпанемент в диапазоне первой октавы. При пении мягкое нёбо рефлекторно поднимается и примыкает к задней стенке глотки, а голосовыдыхательная струя подаётся в широко открытый рот, благодаря чему создаются наилучшие условия для правильного голосообразования и в том числе — для снятия носового оттенка голоса. Сначала поются мелодии без слов, а затем и доступные песни.

На заключительном этапе работы большое внимание уделяется полной автоматизации навыков правильной речи. На этом этапе исключительно важную роль играет контроль над речью ребёнка вне логопедического кабинета, в чём буквально незаменимую помощь должны оказать родители. Не менее важное значение имеет и самоконтроль ребёнка, в воспитании которого опять-таки должны помочь родители путём постоянного обращения внимания ребёнка на периодически появляющийся у него носовой оттенок голоса.

Эффективность логопедической работы по преодолению данной формы открытой ринолалии во многом зависит от результатов операции — насколько удалось восстановить анатомическую структуру твёрдого и мягкого нёба и обеспечить подвижность мягкого нёба. Кроме того, очень большое значение для достижения положительного результата имеет психофизическое состояние ребёнка, особенности его поведения и характера, его отношение к занятиям и степень помощи логопеду со стороны родителей.

*Органическая открытая ринолалия на почве параличей и парезов мягкого нёба может быть врождённой и приобретённой. Первая чаще всего*



является одним из симптомов дизартрии, при которой наряду с парезами ряда других речевых мышц имеет место и врождённый (или рано приобретённый) парез мягкого нёба, препятствующий образованию плотного нёбно-глоточного затвора. В этих случаях носовой оттенок голоса обычно сочетается с расстройствами звукопроизношения, вызванными парезами мышц языка. Соответственно и коррекционная работа должна быть направлена не только на нормализацию голосовой функции, но также и на коррекцию звукопроизношения (см. главу о дизартрии).

Что касается более поздно появившейся органической открытой ринолалии, то в основе её лежат приобретённые параличи и парезы мягкого нёба. Они могут возникать после перенесённой дифтерии, гриппа, а также в результате механического повреждения нервов (в частности, при неудачной операции по удалению нёбных миндалин). Основное содержание коррекционной работы при данной форме ринолалии сводится к активизации мягкого нёба (вибрационный и точечный массаж, пассивная и, по возможности, активная гимнастика мягкого нёба).

*Функциональная открытая ринолалия* чаще всего встречается у физически ослабленных, астеничных детей с пониженным мышечным тонусом (в том числе и мышц мягкого нёба). В этих случаях основное внимание должно быть направлено на укрепление здоровья ребёнка, на фоне чего проводятся и специальные упражнения для активизации мягкого нёба.

*Органическая закрытая ринолалия* обусловлена тем, что по каким-то причинам проход в носовую полость оказывается постоянно закрытым. Это приводит к несколько приглушённому звучанию голоса и к нарушению произношения носовых звуков — М заменяется на Б (БАБА вместо МАМА), а Н — на Д (ДАДЯ вместо НАДЯ).

Характерное для органической закрытой ринолалии нарушение носового дыхания приводит во многих случаях к появлению и целого ряда неречевых симптомов: недостаточному развитию грудной клетки ребёнка и слабому газообмену в лёгких, нарушению сна, нарушению функции питания

(во время жевания и глотания ребёнок вынужден дышать только ртом, что затягивает процесс еды и вызывает ряд неприятных ощущений), быстрой утомляемости, раздражительности, предрасположенности к хроническим респираторным заболеваниям.

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

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

Для преодоления закрытой органической риноплазии необходима операция, направленная на устранение механических препятствий свободному выходу воздуха через нос. Дооперационная логопедическая работа здесь полностью лишена смысла. Однако к вопросу об операции следует подходить очень осторожно с точки зрения её возможных последствий. Дело в том, что сами по себе аденоидные разрастания нередко являются своего рода компенсацией при наличии у ребёнка короткого мягкого нёба (как говорилось, природа не терпит пустоты и потому заполняет это «пустое» пространство). Удаление аденоидов при подобных обстоятельствах может привести к появлению выраженной и трудно устранимой открытой риноплазии, что явится гораздо более тяжёлым нарушением речи.

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

1. Развитие подвижности мягкого нёба, для чего используются те же самые упражнения, что и при открытой риноплазии.
2. Воспитание носового дыхания и дифференциация ротового и носового выдоха при помощи приведённых на с. 146—147 упражнений.
3. Воспитание правильной артикуляции звуков М и Н и автоматизация их в речи, что обычно достигается без затруднений.

*Функциональная закрытая риноплазия* чаще всего бывает следствием гиперфункции мягкого нёба, которое постоянно находится в поднятом положении. Преодолевается эта форма риноплазии также путём специальных упражнений для мягкого нёба и последующей дифференциации носового и ротового выдоха.

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

## *Глава 9*

# РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА

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

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

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

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

состояние голосовой функции, зависит от функционирования половых желёз и других желёз внутренней секреции. В связи с этим как в период полового созревания, так и в климактерический период у людей происходят существенные возрастные изменения голоса. И вообще голосовая функция настолько тесно связана с соматическим и нервно-психическим состоянием человека, что об изменениях этого состояния в каждый данный момент мы можем безошибочно судить по голосу. Не напрасно существует так много очень образных выражений для характеристики голоса: «радостный», «взволнованный», «раздражённый», «злой», «угасший», «иссякающий», «сильный», «слабый», «ласковый», «приветливый», «робкий» и т. п. — кажется, так и представляешь себе не только внутреннее состояние человека, но в некоторой степени даже его внешний вид на основании любого из приведённых здесь слов.

Голосовой аппарат человека состоит из следующих трёх отделов:

- органов дыхания, обеспечивающих необходимую для голосообразования струю выдыхаемого воздуха;
- гортани с голосовыми связками как непосредственно голосообразующего аппарата;
- надставной трубы, то есть полостей рта и носоглотки, которые играют роль резонаторов, усиливающих образующийся в гортани звук и придающих ему индивидуальную тембровую окраску.

Резонатор — это полое тело, заполненное воздухом и имеющее отверстие. Он усиливает звук и придаёт ему тембровую окраску. Основными резонаторами в процессе речеобразования являются грудной, ротовой и носовой, причём грудной резонатор часто называют «фундаментом голоса». Излишнее участие носового резонатора в процессе речеобразования, чаще всего связанное с наличием нёбных расщелин или с парезами мягкого нёба, приводит к появлению носового оттенка голоса — ринофонии (страдает только голос) или ринолалии (наряду с голосом нарушается и звукопроизношение).

Голосовые связки в разомкнутом положении

Голосовые связки в сомкнутом положении

В норме голосовые связки могут находиться в двух основных положениях — в сомкнутом и разомкнутом (см. рисунки). Разомкнутыми связки бывают во время дыхания вне речи, что позволяет воздушной струе беспрепятственно проходить через гортань как при вдохе, так и при выдохе. В разомкнутом же положении находятся они и при шёпотной речи, а также во время артикулирования глухих согласных звуков (П, Т, К, С, Ш, Ф, Х, Ц, Ч, Щ). Если в это время приложить руку к гортани (передняя часть шеи), то мы не почувствуем в этой области никакой вибрации. В процессе голосообразования (при произнесении гласных и всех звонких согласных звуков) связки плотно смыкаются между собой и приходят в состояние вибрации, которую можно ощутить приложенной к гортани рукой. Именно благодаря этой вибрации голосовых связок и образуется голос. Какие же причины могут приводить к расстройствам голоса? Таких причин много, они крайне разнообразны и к тому же в происхождении голосовых расстройств играют далеко не однозначную роль. Назовём наиболее распространённые из них:

- заболевания и травматические повреждения гортани и голосовых связок;
- нарушения резонаторной системы;
- болезни органов дыхания (лёгких, бронхов, трахеи);
- заболевания сердца и сердечно-сосудистой системы;
- эндокринные расстройства (в частности, заболевания щитовидной железы);
- нарушения слуха, затрудняющие общую «настройку» голосообразующего аппарата ввиду отсутствия или недостаточности слухового контроля;

- длительное курение;
- систематическое употребление алкоголя;
- воздействие ядохимикатов;
- частое пребывание в пыльных помещениях;
- систематическое перенапряжение голоса, особенно при неправильном пользовании им;
- резкие температурные колебания (в частности, питьё холодной воды и особенно холодного молока и соков в разгорячённом состоянии);
- психические травмы.

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

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

В периферическом отделе голосообразующего аппарата чаще всего наблюдаются следующие аномалии:

1. «Певческие узелки», то есть небольшие выпячивания, на голосовых связках (см. рисунок), препятствующие плотному их смыканию. Образование таких узелков чаще всего бывает связано с перенапряжением, переутомлением голоса.

ëëë158

2. Папилломы (новообразования в виде «цветной капусты»), распространяющиеся не только на область самих связок, но и на другие отделы гортани (так называемый папилломатоз гортани).

После удаления папиллом, как правило, остаются рубцы, которые также препятствуют нормальному голосообразованию.

3. Опухоли гортани и голосовых связок.
4. Стеноз (сужение просвета) гортани как результат перенесенного дифтерита, а также следствие ожога, ранения или какой-либо другой травмы.
5. Частичное или полное удаление гортани в связи со злокачественными новообразованиями.
6. Расщелины мягкого и твёрдого нёба, нарушающие нормальное взаимодействие ротового и носового резонаторов.

Органические нарушения голоса, обусловленные поением центрального отдела голосового аппарата, чаще всего наблюдаются при органически обусловленных параличах и парезах голосовых связок, когда поздние не могут нормально смыкаться (см. рисунки), а также при параличах и парезах мягкого нёба, приводящих к появлению носового оттенка голоса. Сочетание того и другого имеет место при дизартрии.

ëëë159

Парез голосовых связок

Паралич левой голосовой связки

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

ëëë160

Фонация при помощи ложных голосовых связок

*Функциональные нарушения голоса не связаны с органическим*



повреждением голосового аппарата, а обусловлены лишь изменением его функции. Эта группа голосовых расстройств также делится на центральные и периферические. Функциональные нарушения голоса периферического характера чаще всего бывают связаны с перенапряжением голосовых связок, особенно в условиях неправильного пользования голосом. К центральным функциональным расстройствам голоса относятся такие его нарушения, которые имеют психогенное происхождение и являются преимущественно результатом психотравмы. Однако чёткую границу между органическими и функциональными нарушениями голоса провести очень трудно, поскольку длительно существующие функциональные расстройства приводят к стойким органическим изменениям в гортани. Примером тому может быть образование на голосовых связках «певческих узелков» в результате иногда довольно длительного неправильного пользования голосом.

Невозможность правильного голосообразования при органических повреждениях голосового аппарата очевидна. Что же касается функциональных нарушений голоса, особенно центрально обусловленных, то механизм их происхождения необходимо объяснить. Здесь чаще всего имеет место сочетание трёх неблагоприятных факторов, следующих один за другим.

Во-первых, ещё до возникновения голосового расстройства у больного появляется своего рода предрасположенность к нему в виде уже возникшего невротического состояния, невротического фона. В этом отношении здесь можно провести некоторую параллель с предрасполагающими причинами заикания, при наличии которых дальше уже становится достаточно лишь небольшого внешнего «толчка» для наступления срыва.

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

**Пример 1.** Студентка, переносившая «на ногах» простудное

заболевание, давала в школе уроки во время педагогической практики. По вполне понятной причине голос её звучал хрипло и временами срывался. У неё возник сильный страх по поводу того, что «это навсегда». До обращения за логопедической помощью в течение 6 лет говорила только шёпотом и вынуждена была поменять педагогическую профессию на работу в библиотеке.

**Пример 2.** Молодой человек, вышедший в зимнее время из бани, сразу выпил кружку холодного пива. В тот же вечер голос (опять-таки по вполне понятной причине) полностью пропал, и говорить стало можно лишь шёпотом. Так продолжалось полгода, до поступления в речевой стационар.

**Пример 3.** На глазах у 8-летней девочки с невротическим складом характера попали под машину и погибли мать и брат. Голос пропал мгновенно и полностью, после чего не было возможности разговаривать даже шёпотом в течение целых 17 лет.

В-третьих, мгновенная потеря голоса или неправильное голосообразование, однажды возникшее или многократно возникавшее, закрепляется в виде патологического условного рефлекса и в дальнейшем является основой для существования функционального нарушения голоса. Именно это и имело место во всех трёх приведённых нами примерах.

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

Что касается опять-таки *временной* потери голоса при стрессовых ситуациях, то к этому также следует относиться разумно. В момент сильного

испуга общее торможение распространяется не только на голос и речь, но нередко и на многие другие функции организма. Но через некоторое время всё само собой нормализуется, в том числе восстанавливается голосо- и речеобразование. Однако оно восстанавливается в самую последнюю очередь, что вполне закономерно: речевая функция у человека появилась позднее всех других и является наиболее ранимой. Поэтому при всякого рода стрессах не надо впадать в панику и фиксировать внимание на любых возможных расстройствах — лучше временно воздержаться от речи и вполне осознанно дать возможность своему организму полностью прийти в норму.

Таким образом, профилактика функциональных нарушений голоса складывается из мероприятий по укреплению нервной системы и предупреждению невроза, с одной стороны, и предупреждению фиксации нервной системой неправильных навыков голосообразования, с другой. (Патологические механизмы голосообразования особенно легко закрепляются у невротиков). Что касается профилактики голосовых расстройств в целом (включая и органические нарушения голоса), то она должна быть направлена на предупреждение действия тех причин, которые приводят к таким расстройствам.

Помимо уже рассмотренного нами деления голосовых расстройств на органические и функциональные, учитывающего их причинную обусловленность, эти расстройства принято классифицировать и *по внешним признакам*, то есть по особенностям непосредственного проявления нарушений голоса. В соответствии с этим последним принципом выделяются следующие наиболее часто встречающиеся расстройства голоса.

*Истерический мутизм* — внезапная и полная потеря голоса при невозможности даже шёпотной речи, связанная с психической травмой. Яркий его пример был приведён на с. 162.

*Афония* — отсутствие звучного голоса при наличии шёпотной речи (от греческого *phone* — голос). Непосредственная причина афонии — отсутствие смыкания или неполное смыкание голосовых связок. Она может быть

вызвана как органическими (органически обусловленные параличи и парезы голосовых связок), так и функциональными причинами. Примеры последнего см. на с. 161—162. При функциональной афонии, в отличие от органической, у больного имеется звучный кашель, что лишний раз свидетельствует о возможности нормального голосообразования. Характерна здесь и нестойкость, «нестационарность» патологических изменений в гортани: имеющиеся отёчность, покраснение, утолщение голосовых связок и недостаточность их смыкания носят преходящий характер, тогда как, например, при органически обусловленном параличе или парезе голосовых связок они при каждом ларингоскопическом осмотре занимают одно и то же положение. Кроме того, для всех функциональных нарушений голоса характерно наличие сенсорных расстройств — ощущение сухости, тяжести или инородного тела в горле, а нередко и болевые ощущения. Всегда имеются и общевротические симптомы, выражающиеся в особенностях поведения больного, в преследующих его мыслях о неизлечимости голосового расстройства, в повышенной раздражительности, мнительности, неустойчивости настроения, нарушениях сна и т. п.

*Дисфония* — расстройство голоса, выражающееся в нарушении его основных характеристик — высоты, силы и тембра. В отличие от афонии, при дисфонии голос образуется, но становится неполноценным. Он может быть слабым, сильным, хриплым, срывающимся, дрожащим, фальцетным (слишком высоким), монотонным, «бубнящим», глухим, сдавленным, «квакающим», «металлическим», с носовым оттенком и т. п. В основе дисфонии также могут лежать и органические и функциональные причины.

*Фонастения* — нарушение голоса, выражающееся в его быстрой утомляемости, прерывании («осечках») и сопровождающееся неприятными ощущениями в горле (царапание, жжение, щекотание, сухость, боли). Чаще всего фонастения является профессиональным заболеванием голоса у людей, имеющих большую голосовую нагрузку, особенно при условии неправильного пользования голосом. Предрасполагающими факторами могут

оказаться нервно-психические переживания, а также острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей. Фонастению принято относить преимущественно к функциональным расстройствам голоса, однако по существу она стоит как бы на границе между функциональными и органическими нарушениями, поскольку при ней постепенно нарастают патологические изменения в гортани, появляются узелки на голосовых связках. У детей фонастения может возникать в результате криков и неправильного обучения пению.

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

Голос ребёнка отличается от голоса взрослого человека по всем основным характеристикам — по силе, высоте и тембру. Это объясняется ещё не полной анатомо-физиологической зрелостью голосового аппарата ребёнка. В частности, детская гортань примерно в 2—2,5 раза меньше по своему размеру, чем гортань взрослого, соответственно более короткими являются и голосовые связки. Грудной резонатор ещё мал по объёму и слаб, вследствие чего преобладающую роль при голосообразовании играют верхние резонаторы, дающие голосу «головное», то есть высокое звучание. Недостаточно сильной является и струя выдыхаемого воздуха. Голосовые связки колеблются только своими краями. По этим причинам, наряду с высоким звучанием, детский голос характеризуется небольшой силой и малым диапазоном, причём голоса мальчиков и девочек до определённого возраста не имеют больших различий.

Мутация (возрастная «ломка») голоса — это физиологическое явление, наблюдающееся в период полового созревания и связанное с преобразованием детского голоса в голос взрослого человека. Наиболее

заметно это явление выражено у мальчиков. У них под влиянием мужских половых гормонов наблюдается дисгармоничный, неравномерный рост отдельных частей голосового аппарата: быстро увеличивается в размерах гортань, выпячивается «кадык», удлиняются и утолщаются голосовые связки, увеличивается объём языка, тогда как рост резонаторных полостей и надгортанника заметно отстаёт. Гортань начинает занимать более низкое положение. Суть мутации голоса состоит в том, что в этих резко изменившихся анатомических условиях нарушается уже сложившаяся нормальная координированная работа разных частей голосового аппарата, что и приводит к неустойчивости пользования голосом. Это усугубляется ещё и непривычностью возникающих у подростка кинестетических ощущений при речи и пении — речевые органы становятся как бы не совсем ему «подвластными», «незнакомыми».

Весь период мутации условно может быть разделён на три стадии:

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

Физиологическая мутация голоса чаще всего проявляется в одной из следующих форм:

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

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

Иногда мутация голоса наступает преждевременно, что чаще всего бывает связано с ранним половым созреванием и поступлением в кровь соответствующих гормонов. В этих случаях ребёнок говорит низким мужским голосом.

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

Патологический характер мутации может быть обусловлен эндокринными нарушениями или несоблюдением гигиены голоса (раннее курение, употребление спиртных или других раздражающих слизистую оболочку гортани напитков в период уже начавшейся мутации голоса, перегрузка голосового аппарата, продолжение занятий пением и пр.). По этой причине в очень ответственный период возрастного изменения голоса

необходимо соблюдение профилактических мер, направленных на максимальное щажение и охрану голосового аппарата ребёнка, что будет способствовать спокойному протеканию мутации.

*Голос ларингоэктомированных* больных, то есть больных с удалённой гортанью. Это органическое расстройство голоса, вызванное грубыми анатомическими изменениями в голосообразующем аппарате. По сути дела образование голоса естественным путём в этих условиях полностью исключено. У таких больных специальными методами воспитывается так называемый «псевдоголос», позволяющий им сохранить возможность речевого общения. Однако даже и в этих, казалось бы, самых безнадёжных случаях иногда наблюдается проявление буквально неограниченных возможностей человеческого организма. Так, имеются данные о самовосстановлении звучной речи у больных с удалённой гортанью, которым через некоторое время после операции удавалось выработать у себя не только шёпотную, но и звучную речь.

*Обследование* больных с нарушениями голоса носит комплексный медико-педагогический характер. В нём обязательно участвуют отоларинголог, невропатолог, логопед (фониатр), психолог. Основной задачей обследования является выяснение причины и механизма голосового расстройства и определение на этой основе наиболее рациональных путей коррекционного воздействия.

При сборе анамнеза особенно тщательно выясняется давность и особенности самых первых проявлений голосового расстройства, а также характер его дальнейшего течения (постоянство симптомов или их изменчивость в зависимости от различных условий). Последнее более характерно для функциональных нарушений голоса, причём сами по себе «умозаключения» больных о влиянии на голос тех или иных условий могут представлять значительный интерес. (Например, одно только заявление 18-летней больной о том, что голос у неё сразу улучшается после того, как она поест сосисок, заставило предположить функциональный характер



дисфонии, что в дальнейшем было подтверждено объективными методами исследования).

Проводится обязательный осмотр гортани и голосовых связок при помощи специального гортанного зеркала (ларингоскопа), а также исследование слуха, о роли снижения которого в происхождении голосовых расстройств мы уже говорили. В случае необходимости делаются и другие объективные исследования, а иногда даже лабораторные анализы. Выявляются возможные отклонения в эмоционально-волевой сфере больного, адекватность его отношения к имеющемуся голосовому расстройству и к возможности его преодоления и пр. На основе сопоставления всех полученных данных делается заключение об органическом или функциональном характере голосового расстройства и ставится окончательный диагноз, позволяющий определить наиболее оптимальные пути коррекционного воздействия.

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

В частности, *при функциональных* нарушениях голоса по понятным причинам большое значение придаётся психотерапии, которая нередко приобретает решающее значение в деле преодоления голосовых расстройств. Так, при умелом психотерапевтическом подходе к больному голосовая функция у него нередко восстанавливается уже в ходе самого обследования.

В случае надобности проводится общеукрепляющее лечение, рассчитанное в том числе и на укрепление нервной системы больного, поскольку состояние последней оказывает большое влияние на общую эффективность логопедической работы. Положительное воздействие на мускулатуру гортани и её слизистые оболочки оказывают массаж и физиотерапевтические процедуры, способствующие регуляции кровообращения и уменьшению количества слизи. На фоне этих

общеоздоровительных мероприятий больному предлагается строго соблюдать голосовой режим, не допуская перегрузки голосового аппарата. Иногда даже на некоторое время рекомендуется полное молчание или переход на шёпотную речь.

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

После окончания лечения больному в течение некоторого времени рекомендуется соблюдать щадящий режим и придерживаться необходимых профилактических мер.

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

*Эффективность преодоления* голосовых расстройств во многом определяется их причинной обусловленностью. При наличии грубых анатомических изменений в голосообразующем аппарате, а также при органических параличах и парезах в большинстве случаев достигается лишь

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

## **Глава 10**

### **ДИСГРАФИЯ**

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

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

*Симптомы*, по которым можно распознать дисграфию, заключаются в специфических и повторяющихся ошибках на письме, не связанных с незнанием грамматических правил. Основная особенность этих ошибок заключается в следующем: они допускаются там, где написание слов, казалось бы, не вызывает никаких затруднений. Например, ребёнок пишет ЗУК вместо ЖУК, ЯШИК вместо ЯЩИК, БОМ вместо ДОМ и т. п. Не напрасно родители и педагоги общеобразовательных школ называют эти ошибки «странными» — лишь для специалиста ясна их своеобразная логичность и неизбежность. Вот наиболее часто встречающиеся из таких ошибок:

- замены букв (СЛЯПА вместо ШЛЯПА, КУСЬ вместо ГУСЬ);
- пропуски букв (ЗОТИК вместо ЗОНТИК, СТЛ вместо СТОЛ);
- вставка лишних букв (ЛАНМПА вместо ЛАМПА, МАРТКА вместо МАРКА);
- перестановка букв (КОНРИ вместо КОРНИ, ВСЕТ вместо СВЕТ);

- недописывание слов (КРАСН вместо КРАСНЫЙ, ДОРОГ вместо ДОРОГА);
- слияние нескольких слов в одно (ДЕТИИГРАЛИ вместо ДЕТИ ИГРАЛИ);
- разделение одного слова на части (У ТЮГ вместо УТЮГ, О КНО вместо ОКНО).

Чем же можно объяснить появление в письме такого рода ошибок? Письменная речь формируется только на основе устной, и между ними существует тесное взаимодействие. Основное назначение письменной речи состоит в том, чтобы как можно точнее передать устную речь. Для обеспечения такой возможности в языке имеется целая система письменных знаков (букв), каждый из которых соответствует вполне определённым звукам устной речи. Поэтому в процессе письма мы должны каждый слышимый (или мысленно представляемый) звук речи обозначить нужной буквой, строго сохраняя к тому же их последовательность. Только при этом условии записанное в виде буквенных знаков слово при чтении может быть вновь переведено в последовательность звуков и узнано. Если же по каким-либо причинам звуки будут обозначены не теми буквами и не в должном порядке, то при чтении мы уже не сможем воспроизвести и узнать записанное слово.

Для успешного овладения письмом (его техникой) у ребёнка уже в дошкольном возрасте должны быть сформированы следующие необходимые предпосылки письма:

1. Различение на слух всех звуков речи, включая акустически и артикуляторно близкие (звонкие-глухие, мягкие-твёрдые, свистящие-шипящие, Р-Л-Й).
2. Правильное произношение всех речевых звуков (в плане отсутствия замен одних звуков другими, типа СЫСКА вместо ШИШКА, ЛОЖОК вместо РОЖОК и пр.).
3. Владение простейшими видами анализа, доступными детям

дошкольного возраста, а именно:

а) Выделение звука на фоне слова (например: «Есть ли звук Р в слове РЫБА? А в словах ШАР, КАРТИНА, ЛУНА?»).

б) Определение места звука в слове (начало, середина, конец). Например: «На каком месте в слове МАШИНА находится звук Ш — в начале, в середине или в конце? А в словах ШУБА, ЁРШ?»

в) Выделение ударного гласного звука из начала и конца слова, например: «Какой первый звук в слове АИСТ? Какой последний звук в слове ВЕСНА?»

В процессе специального обучения по программе детского сада дошкольники овладевают и более сложными видами звукового анализа слов.

4. Достаточный уровень сформированности зрительно-пространственных представлений (умение различать предметы и геометрические фигуры по форме, величине, расположению в пространстве (круг, овал, квадрат, треугольник; большой — маленький, больше — меньше; сверху-внизу, справа-слева), что необходимо для прочного усвоения зрительных образов букв.

В случае несформированности названных предпосылок письма к началу обучения грамоте ребёнок неизбежно встретится с большими трудностями при усвоении начертаний букв, при соотнесении каждой буквы с соответствующим звуком и при определении порядка следования букв при записи слова, что и приведёт к появлению у него дисграфических ошибок, не связанных с незнанием грамматических правил. До правил здесь ещё просто не дошло — ребёнок «застрял» на гораздо более раннем этапе, на этапе овладения самой техникой письма. В дальнейшем к этому неизбежно добавятся и грамматические ошибки (таким детям труднее усваивать правила), которые будут «сосуществовать» с дисграфическими.

Мы не сказали ещё о возможной несформированности у ребёнка к

началу школьного обучения грамматических систем. Это выражается в неправильном согласовании слов в устной речи, в ошибках при употреблении предлогов и пр. Например, ребёнок говорит НА СТУЛЬЕВ вместо НА СТУЛЬЯХ, ГОЛУБАЯ НЕБО вместо ГОЛУБОЕ НЕБО, ПЯТЬ БЕРЁЗОВ вместо ПЯТЬ БЕРЁЗ и т. д. Естественно, что всё это также будет отражаться на письме и существенно затруднит усвоение грамматических правил. Такого рода ошибки тоже принято относить к дисграфическим.

В зависимости от того, какие именно из перечисленных выше предпосылок письма оказались не сформированными, принято выделять разные виды дисграфии. Единой *классификации* её не существует, поэтому мы опишем здесь наиболее общепризнанные её формы, чаще всего встречающиеся в практике логопедической работы.

1. Акустическая дисграфия, связанная с неразличением (или недостаточно устойчивым различением) некоторых акустически близких звуков на слух.
2. Артикуляторно-акустическая дисграфия, связанная с неразличением ряда звуков не только на слух, но и в собственном произношении ребёнка (замены в устной речи одних речевых звуков другими).
3. Дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока.
4. Оптическая дисграфия, связанная с трудностью зрительного различения буквенных знаков.
5. Аграмматическая дисграфия, связанная с несформированностью у ребёнка грамматических систем.

Рассмотрим каждый из названных видов дисграфии.

*Акустическая дисграфия*, в основе которой лежат трудности слуховой дифференциации звуков речи, приводящие к частым заменам на письме соответствующих букв. Например, если ребёнок не дифференцирует на слух звуки П и Б, то он будет постоянно колебаться при выборе букв в процессе

письма (БОЛОТО или ПОЛОТО? ПОЛКА или БОЛКА)? На с. 179 приведён пример такого письма.

Как видим, в данном случае ещё до начала школьного обучения 7-летний ребёнок, умеющий писать только печатными буквами, заменяет на письме буквы Ш и Ж, П и Б, С и З, что связано с неразличением им на слух соответствующих звонких и глухих согласных звуков. То же самое будет наблюдаться и после усвоения им письменных буквенных знаков. (Ошибки, не относящиеся к акустической дисграфии, просто подчёркнуты).

ёёё179

#### Акустическая дисграфия

Для преодоления этого вида дисграфии существует единственно надёжный путь — воспитание чёткой слуховой дифференциации не различаемых на слух звуков. Пока это не достигнуто, ребёнок будет продолжать писать наугад. Поэтому необходимо любыми способами довести до его сознания *разницу* в звучании звуков путём возможно более яркого её подчёркивания. Для этой цели на первом этапе удобнее всего отождествить эти звуки со звуками окружающей природы. Например, звук Ш напоминает шум леса, а Ж — жужжание жука. Обращается внимание и на то, что первый из этих звуков произносится шёпотом, а второй — с участием голоса. Ребёнку предоставляется возможность многократного прослушивания этих звучаний — до достижения их полного различения. После этого дифференцируются *речевые* звуки Ш и Ж, которые сразу связываются с буквами.

В дальнейшем ребёнку предлагаются самые разнообразные упражнения, направленные на различение названных звуков. Например:

- называние ребёнком слов со звуками Ш и Ж;
- показ буквы Ш или Ж в ответ на произносимое взрослым слово с соответствующим звуком;



- называние ребёнком пропущенной в слове буквы Ш или Ж (КО...КА, КО...А, ЛО...ЕЧКА, ДУ..., ПО...АР); в дальнейшем подобные упражнения проводятся и в письменной форме.
- раскладывание под буквами Ш и Ж картинок, в названиях которых содержатся соответствующие звуки (типа ШАПКА, ШАРФ, ЖИЛЕТ, ЖАКЕТ, ШУБА, ЛАНДЫШ, ПОЖАР);

Должное внимание следует уделять и специальным упражнениям в фонематическом анализе слов, включающих не дифференцируемые ребёнком звуки. Например, ему предлагается определить, перед каким звуком (или после какого звука) слышится в слове Ш или Ж; предлагается придумать слово, в котором звук Ш (или Ж) находится на первом (втором, третьем или последнем) месте и т. п.

Работая над преодолением акустической дисграфии, особое внимание надо обратить на воспитание слуховой дифференциации твёрдых-мягких и звонких-глухих согласных. Отсутствие такой дифференциации не только приводит к буквенным заменам на письме, но и препятствует усвоению целого ряда грамматических правил. В частности, ребёнок, не дифференцирующий на слух мягкие и твёрдые согласные, не сможет овладеть правилами обозначения мягкости согласных на письме — для него всегда будет сомнительно, надо ли писать мягкий знак в словах типа ДЕНЬ и ДЕНЬКИ и какая буква (А или Я) должна быть написана, например, после Л в слове ЛАМПА. То же самое и со звонкими и глухими согласными. Если ребёнок не различает их на слух, то он не сможет овладеть правилом правописания «сомнительных согласных» в конце и в середине слов (в словах типа ГРИБ и ГРИБКИ), а также правилом правописания многих приставок (в словах типа РАЗБЕЖАЛСЯ и РАСПИСАЛСЯ). Даже изменив слово ГРИБ таким образом, чтобы сомнительная согласная была ясно слышна (ГРИБЫ), ребёнок всё равно не избавится от сомнений при его написании, поскольку он не сможет уловить никакой разницы в звучаниях ГРИБЫ и ГРИПЫ.

Вся проводимая с ребёнком работа по слуховой дифференциации звуков обязательно должна сопровождаться письменными упражнениями. Это могут быть предупредительные диктовки, запись придуманных ребёнком слов с дифференцируемыми звуками, вставка пропущенных «сомнительных» букв и т. п. Все эти упражнения окончательно закрепят навык безошибочного различения звуков и правильного выбора букв, что и будет свидетельствовать о преодолении данного вида дисграфии.

*Артикуляторно-акустическая дисграфия*, связанная со звуковыми заменами в устной речи, которые отражаются на письме. Сам характер письменных ошибок при акустической и артикуляторно-акустической дисграфии одинаков, разница лишь в том, что во втором случае и в устной речи ребёнка также имеются однотипные звуковые замены, тогда как при акустической дисграфии этого не наблюдается.

Артикуляторно-акустическая дисграфия обычно «вырастает» из не преодоленной до начала обучения грамоте сенсорной функциональной дислалии, ввиду чего её нередко называют «косноязычием в письме». Так, если ребёнок говорит САРФ вместо ШАРФ или ЛАКЕТА вместо РАКЕТА, то чаще всего именно так он и пишет эти слова. Ошибочному написанию во многом способствует также неправильное проговаривание слов в процессе письма (ребёнок как бы сам себе диктует: САРФ, ЛАКЕТА и т. п.). В то же время некоторые хорошо знакомые и неоднократно встречавшиеся при письме слова могут быть написаны правильно за счёт опоры, например, на зрительный образ слова. Иногда наблюдаются случаи так называемого «пережиточного» косноязычия в письме, когда ребёнок уже после овладения правильным звукопроизношением по-прежнему продолжает допускать замены букв в процессе письма.

Путь преодоления артикуляторно-акустической дисграфии лежит через коррекцию нарушений звукопроизношения (устранение звуковых замен в устной речи ребёнка) и через воспитание чёткой слуховой дифференциации этих звуков. Для последней цели могут быть использованы рекомендованные

на с. 179—180 упражнения. Как и при акустической дисграфии, большое внимание здесь должно быть уделено работе над формированием фонематического анализа и синтеза слов, что позволит ребёнку безошибочно определять местонахождение «сомнительных» звуков. Пока всё это не обеспечено, говорить об исчезновении буквенных замен на письме вообще не приходится.

*Дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока* связана с тем, что ребёнок затрудняется в сплошном потоке устной речи выделить какие-то отдельные слова и затем разделить эти слова на составляющие их слоги и звуки. А без чёткой ориентировки в звуковом составе слов для обозначения каждого конкретного звука не может быть выбрана соответствующая буква и тем более определён их порядок. В итоге правильная запись слов, не говоря уже о фразах, становится невозможной.

Особо хочется остановиться на важности деления слов не только на звуки, но и на слоги. Хотя в целом наше письмо буквенно-звуковое, но единицей чтения и письма в русском языке является слог. Так, нельзя прочитать согласную букву П, Т, К или любую другую изолированно, без учёта следующей за нею гласной, поскольку неизвестно, мягко или твёрдо она должна произноситься при чтении (ПА или ПЯ?). Соответственно и в процессе письма в этих случаях мы также должны иметь в виду сразу целый слог, так как мягкость или твёрдость согласного здесь должна быть обозначена при помощи последующей гласной буквы. При чтении же йотированных гласных Е, Я, Ё, Ю необходимо обращать внимание на предшествующую букву. Если перед любой из названных букв стоит гласная буква или разделительный мягкий или твёрдый знак, то буква читается как йотированная (СИЯНИЕ, ОБЕЗЬЯНА, СЪЕЗД), а если какой-либо согласный звук — то как буква А, О или У, но при этом данный согласный произносится мягко (ЛЯМКА, ЛЮК, а не ЛЬЯМКА, ЛЬЮК).

Итак, непременным условием овладения письмом является приобретение ребёнком умения членить целостно звучащий речевой поток на

составляющие его элементы. Но если ребёнок в дошкольном возрасте не овладел самыми элементарными формами звукового анализа (см. с. 176), то при обучении грамоте ему, как правило, не удаётся справиться с этой сложной задачей. Как следствие этого и появляется рассматриваемая форма дисграфии, ошибки при которой конкретно могут выражаться в следующем:

- запись целого предложения в виде одного (к тому же чаще всего искажённого) «слова» (ЦВТЫСТЯТ-СТЛЕ вместо ЦВЕТЫ СТОЯТ НА СТОЛЕ);
- пропуски в словах согласных букв, особенно при их стечении (ТОЛ вместо СТОЛ, ТРЕЛА вместо СТРЕЛА);
- пропуски гласных букв (ТРКТОР вместо ТРАКТОР, КАРТНА вместо КАРТИНА);
- вставка лишних букв (СТЛОЛ вместо СТОЛ, СЛО-ИНС вместо СЛОН);
- перестановка букв (ТУРБА вместо ТРУБА, ЛАП-МА вместо ЛАМПА).

В первом из приведённых примеров речь идёт о полном неумении ребёнка ориентироваться в речевом потоке — здесь не выделены даже отдельные слова. Во всех остальных случаях ошибки написания касаются лишь отдельно взятых слов и отражают неумение учащихся определить их звуко- слоговой состав. В связи с этим, по нашему мнению, в первом случае следует говорить о дисграфии на почве несформированности анализа и синтеза *речевого потока*, тогда как во втором — о дисграфии на почве несформированности *фонематического* анализа и синтеза *слов*. В первом случае логопедическая работа с ребёнком должна носить более «глобальный» характер.

Как видим, в отличие от предыдущих двух форм дисграфии, ошибки здесь носят буквально непредсказуемый характер. Это связано с тем, что ребёнок, не имеющий отчётливого представления о звуковом составе слова, записывает его наугад, улавливая лишь те составляющие его звуки, которые

ему показались наиболее «яркими». Пример подобного письма:

ëëë185

Дисграфия на почве несформированности анализа и синтеза речевого потока

Недостаточное владение анализом речевого потока выражается здесь в следующем:

1. В пропусках букв (ЖЫУТ вместо ЖИВУТ; СТРАНХ вместо СТРАНАХ; ДЕКО вместо ДАЛЕКО; БЕ-РЕК вместо БЕРЕГА; КНЕ вместо ОКНЕ (мы не воспроизводим здесь грамматические ошибки ребёнка, чтобы не усложнять процесс анализа).
2. В слитном написании предлогов со значимыми словами (ВЖАРКИХ вместо В ЖАРКИХ; ОДБЕРЕК вместо ОТ БЕРЕГА; НАКНЕ вместо НА ОКНЕ).
3. В слитном написании сразу нескольких, в том числе и значимых, слов (ДЕКООДБЕРЕК вместо ДАЛЕКО ОТ БЕРЕГА).

Единственный путь преодоления данного вида дисграфии — это обучение ребёнка приёмам звукового анализа и синтеза слов и анализа речевого потока в целом. Только тогда, когда он будет совершенно отчётливо представлять себе звуковой состав каждого записываемого слова, можно будет не сомневаться в том, что он «не забудет» обозначить буквой ни один из составляющих это слово звуков и сумеет воспроизвести правильную их последовательность.

Прежде всего нужно научить ребёнка делить каждое предложение на отдельные слова и правильно определять их количество. При этом особое внимание должно быть обращено на предлоги и союзы, которые также являются самостоятельными словами и поэтому пишутся отдельно от значимых слов. Для наглядности можно использовать графические схемы предложений, отражающие количество составляющих их слов. Например:

ëëë186

Девочка читает.

Девочка читает книгу.

Книга лежит на столе.

Ребёнку могут быть предложены такие задания:

- придумать предложение по заданной графической схеме;
- составить графическую схему данного предложения (например: ДЕТИ ПОШЛИ В ЛЕС);
- определить место данного слова в предложении (какое по счёту?) и пр.

Поработав с графическими схемами предложений, ребёнок уже на забудет начать запись предложения с большой буквы и в конце его поставить точку. Он будет также понимать, что между всеми словами на письме должны быть оставлены интервалы и что предлоги и союзы обязательно должны писаться отдельно от тех слов, к которым они относятся.

Подобным же образом нужно научить ребёнка делению слов на слоги и звуки. Для деления слов на слоги он должен прежде всего уметь разграничивать гласные и согласные звуки и выделять гласные звуки в слове. Для этой цели можно предлагать задания на написание в слове одних только гласных звуков (У и А в слове УТКА), на придумывание слов с определённым гласным звуком и т. п. И только после того, как ребёнок научится без затруднений находить гласные звуки, ему можно будет сообщить хорошо известное правило: «сколько в слове гласных, столько и слогов».

Далее используются слоговые схемы слов, например:

\_\_\_дом, кот, слон, тигр;

\_\_\_ \_\_лу-на, вес-на, кар-ман;

\_\_\_ \_\_ \_\_ма-ли-на, кар-ти-на, по-ми-дор.

Ребёнку предлагаются следующие задания по слоговому анализу слов:

- подобрать несколько слов к заданной графической схеме;

- составить графическую схему к каждому из данных слов (ДВОР, ТУЧА, ТРАКТОР, КАРТОФЕЛЬ и т. п.);
- составить слова из слогов, данных вразбивку (ни-са, га-кни, ши-ма-на, та-ра-ке и пр.);
- придумать несколько слов с первым (последним, средним) слогом РА (РАМА, РАДУГА, РАДОСТЬ) или любым другим слогом.

В процессе работы над звуковым анализом слов ребёнку предлагаются однотипные упражнения, но касающиеся уже не слогового, а звукового анализа, например:

- определить количество звуков в слове (сколько звуков в словах ШАР, СВЕТ, КРАН, КАРТА, СТРАУС и т. п.);
- определить последовательность звуков в слове (какой звук первый в слове КОВШИК? А второй, третий, четвёртый..?);
- определить место звука в слове (какой звук находится перед Р в слове ВЕРБА? А какой после Р?);
- придумать слово, состоящее из четырёх (трёх, пяти и т. д.) звуков;
- составить слово из звуков, данных в беспорядке (М, Л, О — ЛОМ);
- составить из данного слова новое путём добавления к нему одного звука (РОТ — КРОТ; ОСЫ — РОСЫ; ОЛЯ — КОЛЯ и т. д.);
- составить из данного слова новые слова путём изменения в нём первого звука (ДОМ — РОМ — КОМ — ЛОМ — СОМ — ТОМ; КОТ — БОТ — ВОТ — ДОТ — МОТ — ПОТ — РОТ — ТОТ);
- составить как можно больше слов из звуков данного слова (ТРАКТОР — РОТ — КОТ — ТОРТ — РАК — РОК — ТАК — РОТА — КТО — ТОК и т. д.).

Все приведённые здесь виды работы по анализу речевого потока в конечном итоге научат ребёнка чётко и быстро ориентироваться в нём и правильно отображать его на письме, благодаря чему для существования данного вида дисграфии больше уже не останется места.

Говоря об этом виде дисграфии, хотелось бы обратить внимание на

следующее. В специальной литературе принято говорить о дисграфии на почве *нарушения* анализа и синтеза речевого потока, что не совсем верно. Ведь способность к такому анализу не является врождённой, а воспитывается у ребёнка в процессе его обучения грамоте (у неграмотных взрослых людей эта способность так и остаётся не развитой, то есть именно *несформированной*, поскольку никто её «не нарушал»). Другое дело, что первоначальные предпосылки к овладению таким анализом у разных людей могут быть различными.

На первый взгляд такое чисто терминологическое уточнение может показаться «мелочью», однако практика логопедической работы с детьми, страдающими данной формой дисграфии, убедила нас в другом. И мы считаем необходимым поделиться здесь своими наблюдениями с педагогами и родителями. Дело в том, что при характерной для последних лет большой «свёрнутости» добукварного периода, продолжительность которого ограничивается чуть ли не двумя неделями, очень многие дети просто не успевают овладеть сложнейшим навыком анализа речевого потока. Поэтому далеко не случайно именно этот вид дисграфии является самым распространённым среди учащихся общеобразовательных школ. Так, из 896 обследованных нами школьников, обратившихся за логопедической помощью в Психолого-педагогический центр «Здоровье» в связи с неуспеваемостью по русскому языку, 74,8% страдали именно этим видом дисграфии (включая и случаи смешанной дисграфии). Понятно, что речь здесь не идёт о детях, которые овладели грамотой ещё до начала школьного обучения, но как же быть всем остальным, сидящим за одной партой с ними?

По этой причине в плане профилактики данного вида дисграфии хочется настоятельно посоветовать родителям и педагогам дошкольных и школьных учреждений следующее:



Во-первых, ещё в дошкольном возрасте *обязательно* следует позаботиться об овладении ребёнком простейшими видами звукового анализа, упомянутыми на с. 176, предварительно проверив у него состояние



слуховой дифференциации звуков речи и правильность звукопроизношения и приняв в случае необходимости соответствующие коррекционные меры. (Неразличение некоторых звуков на слух или в собственном произношении существенно затрудняет процесс звукового анализа слов).


















Во-вторых, в период начавшегося школьного обучения как педагогам, так и родителям необходимо столько работать с ребёнком над анализом речевого потока в целом и над фонематическим анализом и синтезом слов, сколько это требуется для *полного* овладения им. Без соблюдения этого важнейшего условия ребёнок *не сможет* овладеть даже самой техникой письма, не говоря уже об усвоении им каких-либо грамматических правил, то есть и самого ребёнка, и его родителей, и педагогов ожидает самый настоящий *тупик*.

В особо сложных случаях бывает не обойтись без логопедической помощи, обращение за которой ни при каких обстоятельствах не следует откладывать «на потом», поскольку все эти трудности легче всего преодолеть в самом начале первого года обучения. Однако родители, к сожалению, часто «затягивают время» и тем самым усугубляют имеющуюся проблему. Кстати, родители Павла Ю. (см. с. 185) впервые обратились к логопеду лишь в середине второго года 1 обучения, когда весь класс уже успел уйти далеко вперёд.

*Оптическая дисграфия* связана с трудностью усвоения ребёнком зрительных образов букв, многие из которых кажутся ему «похожими». Корни этих трудностей чаще всего уходят в дошкольный возраст и связаны с несформированностью зрительно-пространственных представлений. Так, если ребёнок не научился в своё время отличать длинную ленту от короткой, то ему будет трудно заметить, что у письменной буквы  палочка короткая, тогда как у  — длинная; если он не усвоил, что предметы могут располагаться слева и справа друг от друга и т. п., то ему будет трудно понять, что овал у буквы Ю располагается справа, а не слева. Всё это не

может не затруднить усвоение ребёнком начертаний букв.

Ошибки на письме при оптической дисграфии чаще всего выражаются в следующем:

1. Замены букв, состоящих из разного количества одинаковых элементов ( и ,  и ,  и ,  и ) или похожих, но по-разному расположенных в пространстве элементов ( и ,  и ,  и ).
2. Недописывание элементов букв (ёёё191 вместо .
3. «Зеркальное» изображение букв (ёёё191 вместо , ёёё вместо , и т. п.).

Примеры оптической дисграфии мы видим на с. 196.

«Оптические» затруднения в этой работе подчёркнуты двумя чертами. Во всех этих случаях допущены неточности в начертании букв или их полные замены другими буквами.








ёёё192

Примеры оптической дисграфии

В работе Льва Д. имеет место «зеркальное» изображение букв (тоже подчёркнуто двумя чертами).

Для преодоления оптической дисграфии необходимо развитие у ребёнка зрительно-пространственных представлений, что даст ему возможность заметить различия в начертании смешиваемых им букв.

В процессе непосредственной работы над различением букв широко используются такие приёмы:

- складывание букв из составляющих их элементов;
- «переделка» одной буквы в другую (например,  в  или в ;  
 в ;  в  и т.п.);

- вылепливание смешиваемых букв из пластилина;
- письмо смешиваемых букв в воздухе (опора на более сохранный в данном случае двигательный анализатор);
- вырезывание букв из бумаги или картона;
- обводка контуров букв;
- узнавание букв, по-разному расположенных в пространстве («перевернутых», «положенных на бок» и пр.);

ёёё193

- узнавание букв, наложенных друг на друга;

ёёё193

- узнавание букв, написанных разными шрифтами (печатные, рукописные, заглавные, строчные, стилизованные);

ёёё193

- письмо смешиваемых или неправильно изображаемых букв под диктовку (на заключительных этапах работы).

Все эти виды упражнений преследуют одну и ту же цель: привлечь внимание ребёнка к особенностям начертания сходных букв, к имеющимся в них различиям и тем самым помочь ему усвоить правильное их написание. Когда это будет обеспечено, для существования оптической дисграфии больше не останется места. Очень важно провести достаточное количество письменных упражнений в правильном написании букв.

*Аграмматическая дисграфия* связана с несформированностью у ребёнка грамматических систем словообразования и словоизменения, что прежде всего находит отражение в его устной речи, проявляясь в неправильном согласовании слов. Эти затруднения не могут не переноситься и на письмо. Вот конкретные примеры неправильных согласований, взятые из письменных работ учащихся разных классов: «ДЕТИ УЧИТСЯ ШКОЛЕ»; «ШИШКА УПАЛА С ДЕРЕВОМ»; «ГРИБЫ РАСТУТ ПОД ЁЛКИ». С большими трудностями для таких учащихся сопряжено изучение склонений имён существительных, прилагательных, числительных, а также усвоение

правил согласования слов в роде, числе, падеже. И до тех пор, пока у ребёнка не будут сформированы необходимые грамматические обобщения, такого рода аграмматизмы не исчезнут у него ни в устной речи, ни на письме.

Основное, что здесь необходимо сделать, это дать ребёнку чёткие образцы правильных грамматических форм тех или иных слов, к которым он в дальнейшем мог бы «подгонять» все другие однотипные виды окончаний. Например:

если «пять СЛОНОВ», то и ВЕРБЛЮДОВ, ОСЛОВ, ПЕТУХОВ,  
ИНДЮКОВ...;

если «пять (семь, десять и т. п.)ЛОШАДЕЙ»,  
то и МЫШЕЙ (а не МЫШОВ), ЖУРАВЛЕЙ, ЕЖЕЙ;

если «пять ЛЯГУШЕК», то и КОШЕК, МЫШЕК, КУКУШЕК;

если «пять ЛЯГУШАТ», то и КОТЯТ, МЫШАТ, ЕЖАТ, ВОЛЧАТ, СЛОНЯТ  
и т. п.

Как и при других видах дисграфии, здесь также необходимо достаточное количество письменных упражнений, которые могут заключаться в предупредительных диктовках, выполнении специальных заданий на дописывание окончаний слов, на постановку слов в правильной грамматической форме и пр.

Мы рассмотрели отдельные виды дисграфии, проследив при этом их непосредственную связь с нарушением тех или иных операций процесса письма и тем самым несколько упростив понимание вопроса. В практике же логопедической работы чаще всего приходится иметь дело со смешанной формой дисграфии, в основе которой лежит несформированность не одной, а сразу двух или нескольких операций письма, что значительно усложняет общую картину нарушения. На с. 200 представлен образец смешанной дисграфии.

В письме этой ученицы имеется сочетание следующих видов дисграфии:

- акустической (ЧВЕТЫ вместо ЦВЕТЫ, ЦЕРЕПАХ вместо ЧЕРЕПАХА);

ёёё196

Пример смешанной дисграфии

- на почве нарушения анализа и синтеза речевого потока (С ТОЯТ вместо СТОЯТ, ЦЕРЕПАХ вместо ЧЕРЕПАХА, С ТРАУСЫ вместо СТРАУСЫ, ПОЛОСТУЮ вместо ПОЛОСАТУЮ; в слове ЖОРКИХ (ЖАРКИХ) перенесена одна согласная буква, что свидетельствует о неумении ребёнка делить слова на слоги);
- аграмматической (СТВОНОВ вместо СТРАНАХ, МЫ ВИДИЛ вместо МЫ ВИДЕЛИ);
- оптической («странное» начертание буквы У в слове СТРАУСЫ и буквы Т в слове ЖИВУТ, что вообще характерно для письменных работ этой ученицы; замена буквы А на О в словах ЖАРКИХ (ЖОРКИХ) и СТРАНАХ (СТВОНОВ).

Если мы вернёмся к приведённому выше конкретному примеру акустической дисграфии (см. с. 179), то также найдём в нём проявления и других видов дисграфии. Так, в письме Кирилла Б. при первой попытке написания слова ПОТОЛОК (в скобках) допущена перестановка букв и слогов, а в процессе повторного написания этого же слова пропущена гласная О; в слове ШКАФ пропущена согласная К. Всё это проявления дисграфии на почве несформированности фонематического анализа и синтеза слов. Есть в этой работе и «оптическая» ошибка: буква Ш в слове ШКАФ «поставлена» вертикально, что свидетельствует о недостаточной сформированности у ребёнка пространственных представлений, предрасполагающей к появлению оптической дисграфии. Таким образом, акустическая дисграфия в данном случае является лишь преобладающей, но не единственной.

При смешанной дисграфии приёмы работы комбинируются с учётом

имеющихся конкретных нарушений. Так, для преодоления буквенных замен Ц и Ч (см. с. 196) у девочки нужно воспитывать слуховую дифференциацию звуков, а для преодоления трудностей в усвоении начертаний букв — работать над усовершенствованием зрительного анализа и синтеза и т. д.

Как видим, разные виды дисграфии преодолеваются по-разному, что связано с их различной причинной обусловленностью. Но в то же время имеется и ряд таких принципиально важных положений, учёт которых необходим для успешного преодоления любого вида дисграфии. Считаем необходимым обратить внимание читателя на два таких положения.

Во-первых, работу над преодолением дисграфии любого вида никогда не следует начинать непосредственно с упражнений в письме, с попыток устранить ошибки именно в нём — это не даст желаемого результата. Сначала необходимо привести к норме те операции, которые подготавливают процесс письма и без должного уровня сформированности которых письмо *в принципе* не может протекать нормально. Так, например, если ребёнок с акустической дисграфией не различает на слух некоторые звуки и в связи с этим допускает на письме соответствующие буквенные замены, то бесполезно упражнять его в письме, не научив предварительно различать звуки. То же самое и со всеми другими видами дисграфии. Какой смысл проводить бесконечные диктовки с ребёнком, который не владеет анализом речевого потока или не способен различить сходные по начертанию буквы? Это будут лишь упражнения в неправильном письме и больше ничего.

Во-вторых, в процессе работы по выравниванию «западающих звеньев» следует идти «в обход» и как можно больше опираться на сохранённые функции. Например, если ребёнок не дифференцирует звуки С и Ш на слух, то на первых порах можно привлечь его внимание к различному положению губ и языка при произнесении этих звуков, то есть опереться на зрение и на кинестетическое чувство (чувство положения артикуляторных органов). При неразличении букв по их виду (несформированность зрительного анализа и синтеза) часто прибегают к письму букв в воздухе при

выключенном зрении, то есть к опоре на двигательный анализатор и т. п. Эти приёмы хорошо известны логопедам и очень широко ими используются, что полезно иметь в виду также педагогам и родителям.

Важно учесть и ещё одно обстоятельство. Иногда у детей, допускающих дисграфические ошибки, не удаётся выявить нарушения каких-либо конкретных операций письма (неразличения звуков, неузнавания букв, затруднений в анализе речевого потока и т. п.). По этой причине может создаваться такое впечатление, что для дисграфии здесь как будто бы нет никакой почвы. Подобные случаи имеют своё объяснение. Письмо является сложной речевой деятельностью, включающей в свой состав целый ряд операций различного уровня, которые должны осуществляться одновременно. Так, в процессе записи слов ребёнок должен уметь дифференцировать все составляющие их звуки, соотносить эти звуки с определёнными буквами, выбирая при этом соответствующие буквенные знаки и переводя зрительные образы букв в двигательные, а также определять последовательность звуков в слове, не говоря уже о необходимости соблюдения графических норм и хотя бы самых элементарных грамматических правил. Ребёнку трудно координировать все эти операции, трудно распределить между ними своё внимание, выполняя все их синхронно и в то же время своевременно переключаясь с одной операции на другую. Поэтому не удивительно, что ребёнок, успешно справляющийся с выполнением каждой отдельной операции, не может выполнить все их одновременно, что и приводит к дисграфическим ошибкам. Однако эта невозможность объединения всех необходимых операций письма всё же более характерна для детей с недостаточно свободным владением каждой из них в отдельности.

*Обследование ребёнка с дисграфией* сознательно рассматривается в самом конце описания данного речевого расстройства, поскольку теперь задачи и содержание обследования будут более ясны читателю.

Основные задачи обследования заключаются, во-первых, в

отграничении дисграфии от обычных грамматических ошибок и, во-вторых, в определении вида дисграфии. Последнее необходимо для выбора соответствующих путей коррекционного воздействия.

Обследование обычно начинается с внимательного изучения школьных тетрадей, поскольку о многом может сказать уже сам характер и повторяемость или, наоборот, случайность, единичность допускаемых ребёнком ошибок (к дисграфии относятся лишь стойкие, повторяющиеся ошибки письма).

Далее необходимо собрать основные сведения о раннем общем и речевом развитии ребёнка, начиная со сведений о протекании беременности и родов у его матери. Эта часть обследования направлена преимущественно на выяснение возможных причин трудностей письма.

Исследуется возможность выполнения ребёнком основных операций, являющихся необходимыми предпосылками письма, а именно:

- слуховая дифференциация звуков;
- правильность произношения звуков (в особенности в плане наличия или отсутствия звуковых замен);
- фонематический анализ и синтез слов;
- знание букв, включая и их узнавание в усложнённых условиях (написанных пунктиром, заштрихованных, наложенных друг на друга, сходных по начертанию и т. п.);
- словарный запас и грамматический строй речи.

Эта часть обследования направлена на поиски «слабого звена» и должна способствовать определению конкретного вида дисграфии. Например, если в школьных тетрадях ребёнка наблюдаются замены букв, то здесь мы имеем возможность выяснить, что именно лежит в основе этих замен. Если ребёнок не различает на слух соответствующие этим буквам звуки, то здесь можно думать об акустической дисграфии; наличие звуковых замен в устной речи (наряду с буквенными заменами в письме) характерно для артикуляторно-акустической дисграфии, а замена букв, сходных по



начертанию, — для оптической. В последнем случае дети обычно затрудняются при выполнении заданий на узнавание букв, особенно в усложнённых условиях. Трудности осуществления фонематического анализа слов характерны для дисграфии с тем же самым названием, а несформированность грамматического строя речи — для аграмматической дисграфии.

О способах проверки слуховой дифференциации звуков и правильности их произношения уже говорилось ранее (см. с. 89, 96—97). Для выяснения степени владения анализом речевого потока ребёнку предлагаются примерно такие вопросы:

- Сколько слов в этом предложении (предлог считается за отдельное слово)? Ребёнку предлагается предложение из трёх-четырёх слов;
- Сколько слогов в слове? Какой слог первый, второй, третий? (предлагаются одно-, двух- и трёхсложные слова);
- Сколько звуков в слове? Какой звук первый, второй, третий? (Ребёнок должен назвать все звуки, составляющие слово, по порядку, например: с-т-р-а-у-с).

Если он затрудняется при выполнении этих заданий, то можно почти наверняка предполагать наличие у него соответствующего вида дисграфии.

Аграмматизмы в устной речи легче всего выявить в процессе выполнения ребёнком специальных заданий на постановку слова в определённой грамматической форме. Например, предложите ему закончить такое предложение: ПТИЦЫ ВЬЮТ СВОИ ГНЁЗДА НА ... Или можно попросить его поставить слово ШАРЫ (ОЛЕНИ, ОКНА и др.) в нужной грамматической форме, правильно согласовав его с именем числительным (У ДЕВОЧКИ БЫЛО ЧЕТЫРЕ ШАРА, А У МАЛЬЧИКА ПЯТЬ ....; В ОДНОМ ДОМЕ БЫЛО ТРИ ОКНА, А В ДРУГОМ СЕМЬ ... В случае неправильного употребления окончаний при выполнении этого задания можно не сомневаться в наличии у ребёнка аграмматической дисграфии, поскольку самостоятельная письменная речь не бывает правильнее устной.

Оптические трудности выявляются в процессе узнавания букв в усложнённых условиях. Приводим некоторые из таких «усложнений». Эти же самые задания в дальнейшем можно использовать и в коррекционных целях.

ёёё202

Заштрихованные буквы

ёёё202



Буквы, написанные пунктиром

ёёё202

Недописанные буквы

ёёё203

Буквы, наложенные одна на другую

Далее проверяются различные виды письма (списывание, письмо под диктовку, самостоятельное письмо). В этом разделе обследования очень важен целенаправленный подбор текстов для списывания и письма под диктовку — они должны быть насыщены теми буквами, словами и словосочетаниями, которые представляют для ребёнка наибольшие трудности. Например, при неразличении на слух или замене в устной речи звуков С и Ш целесообразно продиктовать примерно такую фразу: НА ВЫСОКОЙ СМОЛИСТОЙ СОСНЕ БОЛЬШИЕ ШИШКИ. При неразличении оптически сходных букв  и  должны быть подобраны фразы типа МАЛЬЧИКИ НАЛОМАЛИ ЕЛОВЫХ ВЕТОК ДЛЯ МАЛЕНЬКОГО ШАЛАША. Если же ребёнок затрудняется в фонематическом анализе и синтезе слов, то для диктовки и списывания должны быть подобраны не только простые, но обязательно и сложные по структуре слова типа СТРАУС, ПРОЖЕКТОР и т. п. При наличии аграмматизмов в устной речи подбираются и соответствующие словосочетания (на согласование прилагательных с существительными, существительных с числительными и

другие). Общий принцип подбора текстов такой: чтобы ребёнку было где ошибиться, то есть обнаружить свои трудности.

При исследовании письма обязательно следует учитывать степень владения ребёнком этим навыком. Например, если он умеет писать только отдельные буквы, то бессмысленно пытаться диктовать ему предложения или тексты. В этих случаях приходится ограничиваться записью под диктовку отдельных букв. Но и здесь, как правило, удастся выявить имеющиеся у него на данном этапе овладения грамотой трудности: вместо одной буквы он часто пишет другую, допуская замену по принципу слухового или оптического сходства, а также нередко изображает эту букву зеркально, недописывает, искажает её элементы и т. п.

Наряду с письмом обязательно проверяется и чтение, поскольку в нём могут наблюдаться однотипные ошибки, о чём речь пойдёт в следующей главе.

В заключение хочется обратить внимание педагогов и родителей на то, что все будущие затруднения в письме почти безошибочно можно предсказать уже в дошкольном возрасте, определив при этом даже вид будущей дисграфии. Ведь если ребёнок не различает некоторые речевые звуки на слух (проверять это можно начиная с двухлетнего возраста), если после пяти лет в его устной речи имеются звуковые замены, а после четырёх всё ещё сохраняются аграмматизмы, если в пять-шесть лет он не владеет простейшими формами звукового анализа слов или обнаруживает несформированность зрительно-пространственных представлений, то каким же образом он сможет овладеть полноценным письмом?

По этой причине родителям и педагогам дошкольных учреждений очень важно внимательно присмотреться к ребёнку ещё в дошкольном возрасте с учётом перечисленных выше «параметров». В случае выявления хотя бы одного «слабого звена» необходимо сделать всё возможное для своевременного его выравнивания, а значит и для предупреждения дисграфии.

## **Глава 11**

### **ДИСЛЕКСИЯ**

Под дислексией (лего — лат. — читаю) понимается частичное расстройство процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся и стойких ошибках при чтении и обусловленное несформированностью или нарушением тех психических функций, которые обеспечивают процесс чтения.

Этим дислексия принципиально отличается от тех затруднений при чтении, которые связаны с плохой его техникой и в большей или меньшей степени свойственны всем детям на начальных этапах овладения чтением.

В тех случаях, когда ребёнок оказывается вообще не в состоянии овладеть чтением, говорят уже не о дислексии, а об *алексии*.

Дислексия встречается преимущественно у детей, проявляясь уже в трудностях овладения процессом чтения. Однако она может наблюдаться и у взрослых, когда частично нарушается или даже полностью утрачивается уже сформированный навык чтения. Чаще всего это имеет место в случаях органического поражения головного мозга (травмы, нарушения мозгового кровообращения, опухоли и т. п.).

Комплексное обследование детей с дислексией, проведённое различными специалистами (невропатологами, логопедами, психологами и др.), позволило выявить у многих детей следующие отклонения:

1. Отставание в созревании некоторых мозговых структур, о чём свидетельствуют особенности электроэнцефалограмм, характерные для детей более раннего возраста.
2. Недоразвитие общей моторики, её отставание, что может отрицательно сказываться на формировании необходимых для чтения предпосылок.
3. Недостаточная сформированность зрительно-пространственных представлений (трудности определения формы и величины

предметов, их расположения в пространстве по отношению друг к другу). Эти трудности часто сочетаются с поздним выделением ведущей руки, с явным или скрытым левшеством.

4. Выраженная задержка в речевом развитии (дефекты в произношении звуков, бедность словарного запаса, неточное понимание значений многих слов, наличие аграмматизмов в устной речи).

Естественно, что все эти отставания существенно затрудняют овладение ребёнком таким сложным процессом, как чтение. У него оказываются несформированными необходимые для этого предпосылки.

Сложность проблемы дислексии заключается ещё и в том, что за годы обучения ребёнка в начальной школе *специфические* нарушения чтения часто так и остаются невыявленными. Дело в том, что нелюбовь страдающих ими детей к чтению педагоги и родители чаще всего объясняют их «леностью» и «упрямством». И в самом деле, дети с дислексией обычно не любят читать — для них это слишком сложный процесс, не дающий к тому же ощутимого полезного результата: им не удаётся извлечь из чтения какую-либо новую, интересную информацию. У многих учащихся возникает даже непреодолимый страх перед чтением и появляются другие невротические расстройства, которые в подростковом возрасте могут приводить к отклонениям в поведении. Значительная часть этих детей (из числа не обращавшихся за логопедической помощью) на всю жизнь так и остаётся полуграмотной. А если при этом учесть, что дислексиями страдает не менее 5% учащихся общеобразовательных школ и что именно чтение является необходимой базой для всего последующего образования, то острота проблемы становится очевидной.

Вопрос о *причинах* происхождения дислексии до конца не ясен. По мнению ряда учёных, известную роль здесь может играть наследственная предрасположенность. Нередко дислексии бывают обусловлены и органическим повреждением определённых зон коры головного мозга при

неблагоприятном протекании беременности или родов у матери. Не исключаются и функциональные причины происхождения дислексии. К ним могут быть отнесены все факторы, так или иначе задерживающие формирование тех психических функций, которые участвуют в процессе чтения (недостаточное внимание к речи ребёнка в период её становления, неправильная речь окружающих его людей, дефицит общения со взрослыми, двуязычие и т. п.).

Каковы же основные *симптомы*, по которым можно распознать дислексию? Они сводятся в основном к следующему:

- неправильное называние при чтении некоторых букв (неузнавание их);
- побуквенное (вместо послогового) чтение;
- искажение звуко-слоговой структуры слов;
- чтение отдельных слов или даже всей строки в направлении справа налево;
- нарушение понимания прочитанного при технически правильном чтении.

Многие из этих симптомов начинают проявляться уже на самых ранних этапах овладения чтением и выражаются в том, что ребёнок никак не может усвоить названия букв, слить их в слоги и т. п. Такого рода трудности могут возникать и у детей, не страдающих дислексией, но они носят преходящий характер и вскоре исчезают по мере овладения техникой чтения, не требуя специальной помощи.

До настоящего времени не существует единой *классификации дислексии*. Разные авторы выделяют различные виды специфических нарушений чтения. Однако большинство учёных подразделяют дислексию на две большие группы — фонематическую и оптическую — в зависимости от преимущественного поражения одного из ведущих анализаторов, участвующих в процессе чтения — речеслухового или зрительного. Рассмотрим каждую из этих разновидностей дислексии.

*Фонематическая дислексия* связана с функциональной незрелостью, а значит и с недостаточно тонкой и дифференцированной работой центрального отдела речеслухового анализатора, что приводит к затруднениям в слуховой дифференциации звуков речи и к трудностям фонематического анализа и синтеза слов.

При затруднениях в слуховой дифференциации звуков ребёнок при чтении заменяет те буквы, которые соответствуют не различаемым им по слуху звукам (например, читает САПЛЯ вместо ЦАПЛЯ, ТЕРЕВО вместо ДЕРЕВО и т. п.). В этих случаях в процессе чтения он постоянно сомневается в том, как нужно «озвучить» букву — С или Ц? Т или Д? Такая дислексия относится к числу *литеральных*, поскольку она «замыкается» на отдельных буквах (литера — буква). Эта дислексия по характеру лежащих в её основе затруднений полностью совпадает с акустической дисграфией. По этой причине и преодоление её осуществляется теми же самыми приёмами. Самое основное здесь — воспитать у ребёнка чёткую слуховую дифференциацию звуков речи, после чего исчезнут и трудности в назывании соответствующих букв.

При несформированности же или нарушении у ребёнка функции фонематического анализа и синтеза слов он будет затрудняться в сохранении последовательности звукового ряда, а также в слиянии отдельных звуков в слоги, а слогов — в слова. Эта дислексия может проявляться в побуквенном чтении (трудность синтезирования, слияния звуков в слоги) и в самых разнообразных искажениях звуко-слоговой структуры слов (пропуски или добавления звуков и слогов, а также их перестановки). Поскольку трудности здесь возникают уже на уровне целого слова, а не только отдельно взятых звуко-букв, то эту форму дислексии принято называть *вербальной* (вербальный — словесный). Данная разновидность дислексии обусловлена теми же самыми причинами, что и дисграфия на почве несформированности фонематического анализа и синтеза слов, ввиду чего и преодолевается она теми же самыми методами. Ошибки при чтении здесь не исчезнут до тех пор,

пока у ребёнка не будет сформирован устойчивый навык анализа и синтеза речевого потока.

*Оптическая дислексия* связана с функциональной незрелостью, а значит и с недостаточно тонкой и дифференцированной работой центрального отдела зрительного анализатора, что обуславливает задержку в формировании у ребёнка зрительно-пространственных представлений. При этих условиях почти неизбежны затруднения в зрительном узнавании оптически сходных букв, отличающихся друг от друга лишь некоторыми деталями или различным расположением в пространстве похожих или даже совсем одинаковых элементов. Если трудности зрительного узнавания проявляются уже на уровне отдельных букв, то в этих случаях имеет место литеральная дислексия, а если затруднено узнавание буквенных рядов — то вербальная.

Особой разновидностью оптической дислексии является так называемое «зеркальное» чтение, при котором оно осуществляется в направлении справа налево, вследствие чего ребёнок прочитывает, например, НО вместо ОН. Чаще всего это наблюдается у скрытых или переученных «левшей».

К оптической дислексии можно отнести и такое нарушение чтения, как соскальзывание с одной строки на другую вследствие невозможности её прослеживания взглядом. В этих случаях в течение некоторого времени ребёнку предлагается читать «по линейке» (при её помощи закрываются ниже расположенные строчки) или даже через специальную прорезь, сделанную только для одной строки.

В целом оптическая дислексия обусловлена теми же самыми причинами, что и оптическая дисграфия, и поэтому основной путь её преодоления лежит через уточнение зрительно-пространственных представлений ребёнка и всемерное развитие у него процессов зрительного анализа и синтеза.

Помимо рассмотренных двух основных видов дислексии выделяют и



другие её виды. Назовём наиболее часто встречающиеся в практике логопедической работы.

*Аграмматическая дислексия*, обусловленная несформированностью у ребёнка до начала обучения грамоте грамматических обобщений, что проявляется в наличии аграмматизмов в устной речи. Эта же самая причина лежит и в основе аграмматической дисграфии. На определённом этапе обучения чтению ребёнок начинает пользоваться смысловой догадкой и уже не дочитывает слово до конца, а самостоятельно договаривает его. Но если он уже привык говорить МНОГО ЗЕРКАЛОВ или СТАДО ОЛЕНЕВ, то именно так аграмматично он эти слова и «прочтёт». Единственно возможный путь преодоления этой формы дислексии (как и соответствующей формы дисграфии) состоит в формировании у ребёнка грамматических систем словоизменения и словообразования, о чем уже было сказано выше. Большую помощь в этом деле может оказать и приучение ребёнка к дочитыванию слов до конца с обращением особого внимания на их окончания. Это будет способствовать постепенному овладению им принятыми в языке правилами согласования слов.

*Семантическая дислексия* выражается в непонимании смысла прочитанного даже при условии технически правильного чтения. Нередко такое непонимание бывает обусловлено послоговым и в особенности побуквенным чтением. Правильно прочитав слово по слогам, ребёнок не может объединить эти слоги в единое целое и узнать прочитанное слово, что объясняется недостаточной сформированностью у него способности к слоговому синтезу. В этих случаях ребёнок обычно затрудняется при выполнении таких заданий: а) узнать и назвать слово, предъявленное в виде отдельных звуков (например, К-О-Ш-К-А); б) узнать и назвать слово, предъявленное по слогам (например, КАР-ТИ-НА). Естественно, что для преодоления этих трудностей необходимы систематические упражнения в выполнении подобных заданий.

Другая причина непонимания прочитанного может заключаться в

бедности словарного запаса ребёнка и в непонимании им грамматических связей между словами. Так, если ребёнок не знает значений многих слов, то вполне естественно, что смысл прочитанного ему будет непонятен (нередко даже взрослые люди оказываются в таком положении при чтении недоступного им по содержанию специального текста). То же самое и в отношении недостаточного понимания связей между словами. Здесь можно провести некоторую аналогию с переводом иностранного текста. Можно выписать и правильно перевести все слова, но так и не понять смысла предложения по причине недостаточного владения законами грамматики данного языка. Примерно в таком же положении нередко оказывается и ребёнок, не владеющий или плохо владеющий грамматическими законами своего родного языка. Для преодоления такого рода трудностей необходимо обогащать словарный запас ребёнка и работать с ним над усвоением грамматических закономерностей языка.

В заключение отметим, что указанные на с. 197—198 два принципа преодоления дисграфии точно такое же отношение имеют и к дислексии.

## **Глава 12**

### **АЛАЛИЯ**

Алалия — это полное отсутствие или грубое недоразвитие речи (*lalio* — греч. — речь), обусловленное органическим поражением речевых зон коры головного мозга, наступившим в период до формирования речи (примерно до 2—3 лет).

Такое поражение при неблагоприятном протекании беременности может произойти внутриутробно. Нередко оно бывает связано также с черепно-мозговыми травмами при родах или с асфиксией при рождении. Повреждение мозговых структур в более позднем возрасте может быть результатом ушибов в области головы или воспалительных заболеваний головного мозга (в частности, менинго-энцефалитов). Столь раннее повреждение мозга приводит к снижению возбудимости нервных клеток, их быстрой истощаемости, а значит и к уменьшению их работоспособности. Со всем этим и связаны нарушения в речевом развитии ребёнка.

Дети, страдающие алалией, имеют нормальный (не сниженный) слух и полноценный интеллект, однако появление речи у них может задерживаться до 3—5 и даже более лет. В дальнейшем развитие речи идёт с выраженными отклонениями от нормы, причём страдают сразу все её стороны — и звукопроизношение, и словарный запас, и грамматический строй. Нарушается как собственная речь ребёнка, так и понимание им речи окружающих. По этой причине алалию принято относить к «системным» нарушениям речи, при которых она нарушается именно как система, то есть сразу во всех своих звеньях. Этим алалия отличается от простой задержки речевого развития, при которой появившаяся с запозданием речь в дальнейшем развивается нормально.

Сам факт существования «простых» задержек в речевом развитии детей нередко усыпляет бдительность родителей, вселяя в них не всегда обоснованную надежду на то, что «всё обойдётся». Однако логопедическая

практика свидетельствует не в пользу позиции пассивного выжидания, нередко приводящей к безвозвратной потере драгоценного времени. К тому же даже в случаях «простой» задержки речевого развития своевременно предпринятые меры ничего кроме пользы не принесут: чем раньше будет преодолена эта задержка, тем полноценнее и спокойнее пойдёт дальнейшее развитие речи ребёнка.

Алалия бывает разной степени тяжести. В более лёгких случаях с 3—4 лет речь у ребёнка, хотя и медленно и искажённо, начинает развиваться самостоятельно. В тяжёлых случаях она может отсутствовать до 10—12 лет. В нашей практике мы наблюдали даже случай, когда страдавший алалией и проживавший в сельской местности юноша оставался полностью «безречевым» до 23 лет.

Однако при органическом поражении головного мозга дело обычно не ограничивается повреждением одних лишь речевых зон коры, в силу чего при алалии страдает не только речь, а имеются и некоторые другие (неречевые) расстройства. Об этом подробнее будет сказано при рассмотрении разных форм алалии.

При поражении различных речевых зон коры головного мозга речь нарушается по-разному. Так, при преимущественном повреждении двигательных (моторных) речевых зон на первый план выступают трудности порождения речевых высказываний — ребёнок достаточно хорошо понимает речь окружающих, но сам не говорит. Если же очаг повреждения находится в слуховых (сенсорных) отделах коры, то в первую очередь страдает понимание речи. В соответствии с этим большинство исследователей выделяют две основные формы алалии — моторную (экспрессивную) и сенсорную. В случаях комбинированного поражения сенсорных и моторных зон алалия проявляется как сенсомоторная (нарушено и «говорение» и понимание). Именно эти формы алалии наиболее часто встречаются и в практике логопедической работы.

При *моторной* (экспрессивной) алалии отсутствие речи у детей не

связано непосредственно с двигательными (моторными) расстройствами типа параличей или резко выраженных парезов. У них вполне достаточная для речи подвижность речевых органов, однако при этом нередко бывает затруднено овладение двигательными умениями и навыками, необходимыми в том числе и для артикулирования звуков. Например, ребёнок, без труда слизывающий кончиком языка варенье с верхней губы, оказывается не в состоянии поднять язык вверх по просьбе взрослого — он как бы не может «найти» это движение. Он «не умеет» по заданию высунуть язык изо рта или даже просто подуть.

Основная же трудность, препятствующая овладению речью, состоит в том, что у ребёнка не формируются *языковые* операции порождения речевых высказываний. Это выражается в его «неумении» подобрать для выражения своих мыслей нужные звуки, слова и правильно (в соответствии с законами языка) соединить их затем в предложения и связные высказывания. Относительно хорошо понимая речь других, ребёнок оказывается бессильным перед усвоением законов родного языка для построения собственных речевых высказываний. При этом в умственном отношении он проявляет себя вполне нормально и не отстаёт от сверстников — отставание касается лишь его речевого развития. Однако при длительном отсутствии речи у детей с алалией в дальнейшем появляется *вторичная* задержка умственного развития, вызванная их речевой неполноценностью (невозможность о чем-то спросить, выяснить непонятное и пр.), которая постепенно сглаживается по мере овладения речью.

Очень характерным и медленно исчезающим симптомом моторной алалии является нарушение возможности повторения звуковой речи. В тяжёлых случаях ребёнок бывает не в состоянии повторить вслед за взрослым даже один гласный звук, а тем более сочетание из двух или трёх гласных (типа АУ или АУИ). При этом чем сложнее структура слога, тем позже становится возможным его повторение (в частности, это относится к слогам со стечением согласных). Очень затруднено и повторение даже

хорошо знакомых и уже используемых в самостоятельной речи ребёнка слов, а тем более повторение фраз.

У детей с моторной алалией не только страдает речь, но имеются и неречевые расстройства — неврологические и психические. Рассмотрим все эти виды нарушений.

**1. Неврологические симптомы** проявляются в общей двигательной неловкости, неуклюжести детей, в недостаточной координированности их движений, в пониженной двигательной активности и особенно в слабом развитии мелкой моторики пальцев рук. Дети долго не могут научиться застёгивать пуговицы, зашнуровывать ботинки, не могут овладеть навыками самообслуживания и пр. Они не любят участвовать в подвижных играх, так как не умеют, например, скакать на одной ножке, ловить мяч, прыгать через скакалку, преодолевать небольшие препятствия, удерживать равновесие, быстро бегать и пр. Для многих детей характерна также неловкость и некоторая заторможенность движений языка и губ, «неумение» найти их нужное положение. При моторной алалии может наблюдаться и повышенная двигательная активность, что связано с определённой локализацией поражения головного мозга. В этих случаях дети бывают слишком расторможены, повышено возбудимы, суетливы. Для большинства детей с моторной алалией характерны быстрая утомляемость и снижение работоспособности.

**2. Психические симптомы** выражаются в нарушениях внимания, памяти, в замедленности протекания мыслительных процессов, в зрительно-пространственных нарушениях, в расстройствах эмоционально-волевой сферы. Так, детям с моторной алалией бывает трудно сосредоточиться на каком-то определённом занятии, они быстро отвлекаются, постоянно переходят от одного вида деятельности к другому, их трудно чем-либо надолго заинтересовать. Даже при начавшейся формироваться речи они, в отличие от нормально развивающихся сверстников, не могут запомнить самые простые стихи, названия дней недели и месяцев, усвоить порядковый

счёт.

С трудом усваиваются также представления о форме и величине предметов и об их расположении в пространстве по отношению друг к другу. Ребёнок заметно отстаёт от своих сверстников при собирании пирамидок (не может учесть величину колец), составных матрёшек (одна или даже несколько из них нередко оказываются «лишними»), при выполнении заданий по подбору одинаковых по величине или форме геометрических фигур и т. д. Такое отставание без труда может быть замечено даже самими родителями.

Расстройства эмоционально-волевой сферы чаще всего проявляются в повышенной раздражительности и обидчивости ребёнка, в его склонности к бурным реакциям и слезам, в замкнутости и нежелании контактировать с окружающими. Во многом это является следствием речевой недостаточности, не позволяющей ребёнку наладить нормальное речевое общение с людьми и полностью адаптироваться к условиям жизни в «речевом» окружении.

**3. Речевые симптомы** выражаются в нарушении всех сторон речи, что уже отмечалось выше. При этом неполноценность звукопроизношения, словарного запаса и грамматического строя речи при моторной алалии имеет характерные особенности.

Так, несмотря на полную возможность выполнения артикуляторных движений (в отличие, например, от дизартрии) *звукопроизношение* при моторной алалии оказывается грубо нарушенным. И даже после овладения правильными артикуляциями звуков ребёнок затрудняется в уместном их употреблении в речи — он постоянно смешивает между собой уже усвоенные звуки, допуская их неустойчивые замены (например, слово ГУСИ произносит то как КУСИ, то как ТУСИ, то как ПУТИ и т. п.). Эта крайняя неустойчивость в употреблении даже правильно произносимых звуков свидетельствует не об артикуляторных затруднениях, а о нарушениях более высокого уровня, в частности о языковых трудностях. Правда, при моторной

алалии может иметь место и дизартрический компонент в нарушении звукопроизношения, связанный с парезами некоторых мышц языка, но не это является здесь ведущим. Гораздо более затрудняет овладение правильным звукопроизношением сложность «нахождения» вполне доступных ребёнку артикуляций и непонимание того, где именно следует употреблять тот или иной уже усвоенный звук.

*Словарный запас* у детей с моторной алалией развивается медленно и с отклонениями от нормы. Усваиваются лишь обиходные, часто встречающиеся в речи слова, среди которых к тому же почти полностью отсутствуют глаголы. Ввиду малого запаса слов и неточного понимания их значений слова при построении речевых высказываний часто употребляются детьми не вполне уместно (например: ПИМО АВАТЬ — письмо рисовать, ИЛЁ МЫТЬ — бельё мыть и пр.). Грубо искажается звуко-слоговая структура слов, а при повторении одного и того же слова ребёнок каждый раз произносит его по-разному (смотрите приведённый выше пример со словом «гуси»). Нередко наблюдаются перестановки звуков и слогов в словах (ВЕБРА вместо верба, ШАКА вместо каша). Взаимозаменяются близкие по значению слова (например, сумку ребёнок называет чемоданом, чайник — самоваром, санки — лыжами и пр.), что в значительной мере также может быть объяснено бедностью его словарного запаса — у ребёнка просто нет более подходящих слов для обозначения названных выше предметов.

*Грамматический строй речи* усваивается с большим запозданием и с отклонениями от нормы. Ребёнок не имеет возможности грамматически правильно оформить свою мысль — вместо этого у него получается простой набор почти не связанных между собою слов. Например, он говорит ДЕВОЧКА ВЕНИК вместо девочка подметает пол веником, НИГА ТЁЛЬ вместо книга лежит на столе. Как видно из этих примеров, глаголы чаще всего опускаются, а значимые слова употребляются без всяких окончаний, не увязываясь друг с другом. Опускаются или неправильно употребляются предлоги (СУП ТАРЕЛКИ вместо суп в тарелке), глагольные приставки



(например, ребёнок не видит смыслового различия между словами ШЁЛ, УШЁЛ и ПРИШЁЛ, а значит и не выбирает наиболее подходящее из них при построении предложения). Всё это обуславливает аграмматичность речи детей с моторной алалией, то есть построение её без учёта законов грамматики, которых они как бы «не чувствуют».

При этом особенно важно отметить, что даже и после овладения фразовой речью аграмматизмы детей с алалией отличаются от возрастных аграмматизмов детей с нормальным ходом речевого развития. В частности, необычным образом искажаются падежные окончания имён существительных. Например, если нормально развивающийся ребёнок на ранних этапах овладения речью заменяет окончания внутри одного падежа (говорит ПОД КРОВАТЕЙ вместо под кроватью, аналогично с «ПОД ТУЧЕЙ»), то ребёнок с моторной алалией смешивает окончания разных падежей (ПОД КРОВАТИ вместо под кроватью — замена окончания творительного падежа окончанием родительного или дательного). Все отмеченные здесь трудности связаны с построением отдельных предложений. Вполне естественно, что ещё большую сложность для ребёнка с алалией представляет объединение нескольких предложений в связное высказывание.

Испытывая большие трудности в общении с помощью речи, дети уже с самого раннего возраста начинают широко пользоваться жестом для выражения своих просьб и желаний, причём словесная речь может тесно переплетаться с жестовой. Например, желая попросить расчёску, ребёнок произносит слово АВА (голова) и при этом изображает жест расчесывания волос. Особое значение имеет указательный жест, при котором ребёнок указательным пальчиком показывает на тот или иной предмет, желая тем самым привлечь к нему внимание окружающих. Это свидетельствует об имеющемся у него желании что-то сказать, то есть о появившейся потребности в общении. Это очень хороший признак, поскольку и у нормально развивающихся детей указательный жест обычно предшествует

появлению речи.

Степень речевых затруднений при алалии может быть различной. Принято выделять 3 уровня недоразвития речи у детей — от самого тяжёлого до наиболее легкого:

*1-й уровень* — отсутствие общеупотребительной речи.

*2-й уровень* — начатки общеупотребительной речи. Ребёнок владеет некоторым запасом слов и строит из них небольшие предложения, но запас этих слов ещё мал, звуко-слоговая структура их искажена и фраза аграмматична. Дефектно произносятся и многие звуки речи.

*3-й уровень* — развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе. Словарный запас уже достаточно большой, ребёнок владеет не только фразовой, но и связной речью, однако сложные по структуре слова произносятся искажённо, в речи имеются аграмматизмы и нередко сохраняются дефекты в произношении отдельных звуков.

Названные уровни речевого недоразвития не имеют прямого соотношения с возрастом ребёнка — и в 5—6 лет он может находиться на первом уровне недоразвития речи.

Все нарушения, имеющиеся в устной речи детей, впоследствии неизбежно отражаются на чтении и в особенности на письме (буквенные замены, соответствующие заменяемым звукам; искажения звуко-слоговой структуры слов; аграмматизмы). Кроме того, из-за нарушения зрительно-пространственных представлений дети с трудом запоминают буквенные знаки и нередко смешивают их между собой, что также затрудняет овладение письменной речью.

Особо следует остановиться на вопросе *понимания* речи детьми с моторной алалией. Самый поверхностный взгляд на вещи оставляет такое впечатление, что ребёнок «всё понимает». Кстати сказать, это почти всегда утверждают и родители. Но так ли это на самом деле?

Понимает ребёнок, как правило, лишь обиходную речь и такие высказывания, которые достаточно однозначны и не требуют точного знания

и учёта грамматических закономерностей языка. Так, он поймёт обращённую к нему просьбу закрыть дверь, включить свет, налить в стакан воды и т. п., ориентируясь при этом на общую ситуацию и на смысловое значение слов. Например, если дверь в комнате закрыта, а о ней почему-то вдруг упоминают в речи, то ребёнку остаётся её только открыть (слишком мало вероятности, что его могут попросить вымыть или покрасить эту дверь, снять её с петель и пр.). По этой причине знание одного только слова ДВЕРЬ, на которую взрослые в подобной ситуации к тому же часто указывают жестом или взглядом, полностью обеспечивает ребёнку понимание «речи».

Однако если положить перед таким ребёнком две картинки, на одной из которых изображён ключ, а на другой — ключи, то он не уловит никакой разницы в их названиях и в ответ на просьбу показать КЛЮЧ совершенно спокойно может показать КЛЮЧИ. Это объясняется тем, что он в состоянии уловить лишь смысловое значение слова КЛЮЧ, но что при этом ему недоступно понимание его грамматической формы (в данном случае — роли окончания, означающего множественное число). То же самое произойдёт и при показе картинок типа СТОЛ — СТОЛИК — наличие во втором слове суффикса -ИК ни о чём не скажет ребёнку, и он не поймёт присущего этому суффиксу значения уменьшительности. Так обстоит дело с пониманием значений грамматических форм даже отдельно взятых слов. То же самое и с пониманием многих фраз. Если попросить ребёнка подать книгу или очки, то он сразу поймёт эту просьбу и сможет легко её выполнить. Но стоит только предложить ему положить очки НА КНИГУ, ПОД КНИГУ или В КНИГУ, как на его лице сразу же отразится полное недоумение. Это значит, что он совершенно не понимает значений предлогов, а следовательно, и выраженных при их помощи отношений между предметами (так называемых предложных конструкций).

Таким образом, можно говорить лишь об относительной сохранности понимания речи при моторной алалии, поскольку грубое нарушение формирования языковых систем не может не затрагивать *все* стороны речи, в

том числе и её понимание.

Из всего сказанного о речевых и неречевых симптомах моторной алалии становится очевидным, что *коррекционное воздействие* при ней не может ограничиваться только логопедической работой и что оно должно носить комплексный психолого-медико-педагогический характер.

*Медикаментозное лечение* направлено на ускорение созревания мозговых структур и на снятие невротических проявлений, что существенно облегчает последующую логопедическую работу с ребёнком. Очень важно, чтобы такое лечение было проведено в возможно более раннем возрасте, поскольку оно во многом нормализует весь ход дальнейшего психического и речевого развития ребёнка. При необходимости проводится и общеукрепляющее лечение, которое также способствует повышению эффективности логопедической работы.

*Развитие общей и ручной моторики* важно для усовершенствования двигательных функций ребёнка, что необходимо в том числе и для нормализации его речевой функции. Особенно важно в этом отношении развитие мелкой моторики рук, оказывающей большое стимулирующее воздействие на речь («центры», управляющие движениями пальцев рук и движениями артикуляторных мышц, расположены в коре головного мозга в близком соседстве).

Для развития общей моторики широко используются самые разнообразные подвижные игры, начиная с доступных для ребёнка соответствующего возраста и затем всё более и более усложняющиеся (в плане предъявления всё больших требований к скорости и ловкости движений). Большой эффект дают специальные ритмические упражнения, особенно выполняемые под музыку, а также различные танцы, хороводы и пр. Одной из важных задач развития ручной моторики является обеспечение возможности изолированных движений пальцев рук. В этом отношении очень показательна так называемая «проба игры на рояле». Слегка приподняв над столом руку с полусогнутыми пальцами, ребёнок должен

последовательно каждым из них, начиная с большого или мизинца, коснуться стола. Кисть руки при этом не изменяет своего первоначального положения. Далеко не каждому ребёнку удаётся справиться с этой задачей. У некоторых детей пальцы никак не хотят «разъединяться», а рука выгибается самым причудливым образом.

Большую помощь в деле развития мелкой ручной моторики оказывает воспитание у ребёнка навыков самообслуживания. Нужно приучить его самостоятельно умываться, чистить зубы, насухо вытирать полотенцем руки, расчесывать волосы. Пусть он самостоятельно одевается и сам застёгивает пуговицы, зашнуровывает ботинки, завязывает бантики и т. п. Если кисти рук слишком слабы и ребёнок с трудом сжимает пальцы в кулачок, то полезно упражнять его в отжимании специально смоченного для этой цели небольшого полотенца — по мере увеличения силы пальцев рук полотенце будет отжиматься всё более и более «насухо» (периодически это контролируется путём выполнения данного действия вслед за ребёнком — много ли осталось воды?). Очень полезны также занятия с мозаикой, лепка, рисование, раскрашивание, штриховка, вырезывание, выпиливание и пр.

*Развитие психических функций*, так же как и уже упомянутых двигательных, является необходимой предпосылкой, фундаментом для становления речи. На развитие у ребёнка основных психических функций рассчитаны многие детские игрушки, своевременное и умелое использование которых окажет неоценимую помощь.

Например, для развития зрительно-пространственных представлений нужно с возможно более раннего возраста (с учётом доступности для каждого конкретного ребёнка) упражнять малыша в собирании детских пирамидок, в складывании матрёшек, в подборе одинаковых по величине и форме квадратов, кружков, треугольников, в нахождении сходства и различия между величинами двух или нескольких предметов, а также их формами и т. п. Очень полезны упражнения с мозаикой, самые различные виды конструирования, лепка, рисование, раскрашивание и многое, многое

другое из уже ранее упомянутого. Наряду с развитием мелкой моторики рук все эти виды занятий способствуют также формированию у малыша пространственных представлений.

Кроме того, необходимо обращать внимание ребёнка на положение предметов в пространстве и на их расположение по отношению друг к другу (вверху, внизу, слева, справа, посередине, на столе, около кровати, над диваном, справа от окна и т. п.). Без понимания такого рода отношений между реальными предметами ребёнок не сможет в дальнейшем выразить эти отношения и в речи, а это значит, что он встретится с большими трудностями при понимании и употреблении пространственных предлогов. Например, о карандаше, лежащем под книгой, ребёнок скажет, что карандаш лежит на книге или в книге, а нередко и просто опустит предлог, не понимая его назначения в речи. Иными словами, при помощи речи ребёнок может выражать только то, что он в состоянии заметить и понять на неречевом уровне. А это значит, что в окружающей его реальной жизни он должен предварительно приобрести необходимое содержание для речи. Именно на это и рассчитаны все названные выше виды занятий.

Не менее важно развивать в процессе игр и разного рода упражнений *внимание и память* ребёнка, а также его *мыслительные способности*. Невнимательный ребёнок не замечает различий в звучании отдельных речевых звуков и слов, не обращает внимания на несходство окончаний слов, что приводит к отставанию в развитии речевой функции. То же самое и в отношении памяти — многие родители сетуют на то, что дети забывают названия увиденных ими в зоопарке животных, с большим трудом заучивают стихи, не могут запомнить грамматические правила, содержание рассказанной сказки или прочитанного самим ребёнком рассказа и т. д. Естественно, что все эти «незапоминания» в конечном итоге очень обедняют речь ребёнка, надолго задерживая её на обиходно-бытовом уровне. В настоящее время имеется много специальных пособий, рассчитанных на развитие названных психических функций.

*Работа над речью*, с учётом системного характера нарушения речевой функции, должна проводиться над всеми её сторонами. При этом важно соблюдение следующих условий:

1. Возможно более раннее начало работы. Принято считать, что наиболее оптимальным сроком для этого является 3—4-летний возраст ребёнка, когда диагноз моторной алалии может быть поставлен уже достаточно определённо. Однако нет никакого смысла бездействовать до постановки диагноза — работу с ребёнком нужно начинать при появлении самых первых признаков отставания в его речевом развитии.

2. Создание благоприятных для развития речи ребёнка условий. В первую очередь здесь необходимо исключить возможное травмирующее воздействие окружающей среды. Об этом приходится говорить по той причине, что далеко не всегда даже самые близкие люди, желающие ребёнку только добра, относятся к нему правильно. Ведь всякого рода «вторичные психические наслоения», связанные с речевой неполноценностью детей, своим происхождением обязаны в первую очередь ближайшему социальному окружению ребёнка. Кто-то не понял его вопроса, кто-то над ним подшутил или даже позволил себе передразнить, кто-то просто пренебрежительно махнул на него рукой или вообще не заметил его присутствия — и постепенно ребёнок начинает понимать, что с ним «что-то не так» и сам начинает сторониться окружающих, замыкается в себе... Основное правило в подходе к ребёнку с любыми (и тем более серьёзными) нарушениями речи состоит в следующем: к нему нужно относиться как к здоровому, ничем не выделяя его из среды других детей. Точно такое же отношение нужно сохранять и в присутствии друзей и знакомых — тогда оно невольно передастся и им, а также самому ребёнку. И ни в коем случае не следует допускать в его присутствии никаких разговоров об имеющемся у него речевом расстройстве! При соблюдении этих условий вообще не придётся говорить о каком-либо специальном воспитании «правильного отношения ребёнка к своему речевому дефекту».

Далее, необходимо установить спокойно-доброжелательные отношения с ребёнком, как можно чаще обращаться к нему с простыми вопросами (типа: «Будем кушать»? «Посмотрим картинки?»), сначала не ожидая на них речевого ответа. Очень важно также целенаправленно вызывать у него простые звукоподражания («Коровка му-у-у» — в процессе рассматривания картинки). Главное, чтобы ребёнок чувствовал себя спокойно и был преимущественно в хорошем настроении, не капризничал, «не упрямился», то есть чтобы у него с самого начала не формировалось тех негативных форм поведения, которые в дальнейшем бывает так трудно преодолевать.

3. Обеспечение возможности общения ребёнка с нормально говорящими детьми, которые младше его по возрасту. Это очень важный фактор, дающий мощный стимул, необходимый толчок к развитию речи. Дело в том, что ребёнку, резко отстающему в речевом развитии, бывает очень трудно подражать речи взрослых или уже достаточно хорошо сформировавшейся речи сверстников. Общение же с малышом, умеющим произносить лишь самые простые слова и фразы, как бы возвращает и нашего ребёнка на более ранний этап развития и стимулирует его к подражанию этой элементарной и гораздо более доступной для него речи. Кроме того, в этом случае устраняется и чисто психологический барьер — ребёнок не стесняется малыша, не боится оказаться перед ним несостоятельным, что сразу снимает многие преграды на пути к овладению речью.

4. Учёт основных закономерностей развития речи детей в ходе нормального онтогенеза. В каком бы возрасте ни приходилось начинать работу с «безречевым» ребёнком, нужно стараться вызвать у него в первую очередь те речевые реакции, которые раньше всего появляются у нормально развивающихся детей. И в ходе всей дальнейшей работы важно строго следовать этому принципу — сначала воспитывать то, что характерно для более ранних стадий речевого развития ребёнка. Так шаг за шагом, хотя и в



сокращённом виде, следует пройти весь путь становления речи на его самых ранних этапах. Всякие попытки изменения этой веками самой природой формировавшейся последовательности ни к чему хорошему не приводят.

5. Системное воздействие на все нарушенные компоненты речи: коррекция звукопроизношения; обогащение и уточнение словарного запаса, усовершенствование звуко-слоговой структуры слов; формирование грамматических систем (работа над усвоением основных закономерностей словоизменения и словообразования, над правилами построения разных типов предложений); формирование связной речи; усовершенствование понимания речи (в том числе специальная работа над пониманием логико-грамматических конструкций, переносных выражений, скрытого смысла высказываний и т. п.). Только при таком всестороннем воздействии на речевую функцию ребёнка можно рассчитывать на её действительную нормализацию.

6. Связь работы над речью с предметно-практической и игровой деятельностью ребёнка. Очень важно, чтобы речь не навязывалась ребёнку откуда-то извне, в процессе специальной «работы» над ней, а самым естественным образом включалась во всю его повседневную жизнь, в привычные для него и любимые им занятия. Взрослому нужно в присутствии ребёнка разговаривать с игрушками, с домашними животными, сопровождать речью процесс одевания, приготовления ко сну, как бы призывая ребёнка следовать этому примеру. Пусть сначала это будут почти нечленораздельные звуки — здесь главное в том, что в его понимании это именно разговор, *речевое* общение. В дальнейшем эти элементы речи будут постепенно уточняться, усложняться и совершенствоваться на основе подражания и постепенно подключаемых специальных упражнений.

Что касается упомянутой здесь игры, то она должна быть основной формой работы с ребёнком. Это объясняется тем, что именно игра вызывает у него наиболее сильную потребность в общении, так как по ходу игры часто бывает необходимо о чём-то спросить, что-то сказать. Кроме того, игра, как

правило, создаёт у ребёнка положительный эмоциональный фон, что особенно важно для работы над речью. Хочется напомнить как нельзя более подходящие к нашему случаю слова К.Д.Ушинского о том, что картинка и игра — это средства, которые заставляют ребёнка говорить.

7. Строгая дозировка занятий, необходимость которой обусловлена быстрой утомляемостью и сравнительно малой работоспособностью этой категории детей. По мере нормализации мозговых функций и совершенствования речи объём речевой нагрузки будет постепенно увеличиваться.

8. Использование в работе над речью возможно большего числа анализаторов: двигательного, слухового, зрительного, осязательного. Чем большее число органов чувств будет задействовано, тем легче будет неговорящему ребёнку овладевать словами-понятиями. Например, «знакомясь» с яблоком и усваивая его название, ребёнок может на него посмотреть, его потрогать, попробовать, понюхать, вылепить из пластилина и т. п. В результате у него сформируется очень отчётливое представление об этом предмете и запомнится его название. То же самое будет происходить и в отношении других предметов, действий и признаков.

9. Строго индивидуальный подход к каждому ребёнку. Без соблюдения этого важнейшего условия логопедическая работа с самого начала будет обречена на неудачу, поскольку затруднённым окажется даже налаживание первоначального контакта. В процессе общения с ребёнком учитывается уровень его речевого развития, состояние эмоционально-волевой сферы, характерологические особенности, условия семейной жизни, отношение родителей к ребёнку и к имеющемуся у него речевому расстройству, а также отношение самого ребёнка к своей речевой недостаточности и т. п. Только всесторонний учёт всех этих постоянно взаимодействующих «составляющих» поможет как логопеду, так и родителям ребёнка правильно оценить всю сложность его положения и благодаря такой оценке найти по-настоящему правильный и согретый душевным теплом подход к нему.

Непосредственное содержание работы над речью при моторной алалии определяется в первую очередь не возрастом ребёнка, а уровнем его речевого недоразвития.

*На первом уровне* недоразвития речи, характеризующемся её полным отсутствием, одной из первых задач является преодоление речевого негативизма (отрицательного отношения ребёнка к самому процессу общения при помощи речи) и развитие речевой активности. В этот же период ставится задача формирования первичного словаря и самых первых словосочетаний. Каким образом решаются эти непростые задачи?

Создаётся эмоциональная игровая ситуация. Логопед «играет» перед ребёнком, сопровождая все свои действия речью и говоря и за себя, и за ребёнка, словно предугадывая, что тому хотелось бы сказать во время игры (машинка поехала ту-ту! машинка загудела би-би)! Малыш постепенно и непроизвольно начинает подражать сначала действиям логопеда, а затем и его речи. Если во время игры удастся вызвать у ребёнка непроизвольные эмоциональные возгласы, то это уже будет большая победа. Затем стараются получить по подражанию «лепетные» слова (типа АВ-АВ, МЯУ, МУ-У-У, ГА-ГА-ГА и т. п.), соотнося их с названиями соответствующих животных. Первые слова обычно появляются во время сильного эмоционального подъёма и как подражание логопеду (или родителям). Различению и узнаванию голосов животных ребёнка учат специально, привлекая тем самым его внимание к слуховому восприятию речи и к последующему подражанию ей.

В дальнейшем переходят к заучиванию коротких и доступных для произношения названий предметов и действий с постепенным введением этих названий в активный словарь ребёнка. Понемногу в его речи начинают появляться и самостоятельно усвоенные слова. Однако звуко-слоговой состав этих слов чаще всего искажён, имеются замены и перестановки звуков и слогов, причём число таких искажений резко возрастает по мере увеличения словаря. Появляются и первые аграмматизмы. Но несмотря на всё это нужно

хвалить ребёнка за любую речевую «продукцию» и всемерно поощрять его к речи.

Работая над уточнением звуко-слогового состава слов, не следует побуждать ребёнка к их правильному повторению — это лишь оттолкнёт его от речи. Взрослый сам медленно произносит неверно сказанное ребёнком слово, как бы предлагая ему внимательно вслушаться в его звучание, что нередко приводит к более правильному и произвольному повторению ребёнком этого слова. Речь логопеда должна быть эмоциональной, выразительной и неторопливой, с неоднократным повторением одних и тех же слов и небольших фраз в целях облегчения их запоминания. Те же самые требования предъявляются и к речи родителей.

Особое внимание уделяется заучиванию коротких фраз, необходимых для повседневного речевого общения. Это важно по трём причинам. Во-первых, приобретённая ребёнком возможность выразить таким путём хотя бы самые насущные свои потребности значительно облегчает жизнь не только ему самому, но и всем членам семьи. Во-вторых, систематическое употребление этих фраз приучает его общаться с окружающими при помощи речи (а не жеста или «мычания»), что принципиально важно для преодоления речевой недостаточности. И, в-третьих, такие фразы с уточнённым и прочно усвоенным ребёнком звуко-слоговым составом явятся теми первыми островками здоровой речи, на которые в дальнейшем нужно будет равняться.

Предпринимаются и первые попытки использования вопросно-ответной формы речи. Здесь важно прежде всего научить ребёнка вслушиваться в вопрос и понимать, что на каждый вопрос должен даваться ответ. Сначала это может быть ответ в форме жеста или кивка головой, затем ответ одним словом (нередко просто повторенным за логопедом) и, наконец, полный ответ на вопрос.

Учитывая крайнюю бедность словарного запаса ребёнка, занятия необходимо строить так, чтобы он не страдал из-за отсутствия нужных слов. По этой причине многое вместо ребёнка приходится говорить логопеду,

который должен быть постоянно готов без промедления подсказать недостающее слово (это относится и к родителям).

*На втором уровне* речевого недоразвития, когда ребёнок уже владеет некоторым запасом искажённых по своей структуре слов и начатками развернутой, но аграмматичной речи, задачи логопедической работы существенно меняются и сводятся в основном к следующему:

1. Продолжение уже начатой работы по обогащению и уточнению словаря, по усовершенствованию звуко-слоговой структуры слов.
2. Работа по формированию грамматических систем, направленная на преодоление аграмматизмов.
3. Коррекция звукопроизношения.
4. Работа над развитием связной речи.

Рассмотрим каждое из этих направлений в отдельности.

Работая *над обогащением словарного запаса* ребёнка, важно ввести в его активный словарь все части речи, но самое основное внимание при этом должно быть уделено глаголам. Как уже было отмечено, для этой категории детей характерна крайняя бедность глагольного словаря, чем во многом объясняется и трудность овладения ими фразовой речью (в русском языке почти ни одна фраза не обходится без глагола).

Знакомя ребёнка с новым словом, сначала попросите его *показать* соответствующий предмет или действие, что позволит убедиться в понимании им значения этого слова. Далее предложите ему *повторить* название предмета (действия, признака) и, наконец, *назвать его самостоятельно*.

На разных этапах коррекционного воздействия можно использовать такие, например, приёмы работы по обогащению словарного запаса:

- называние ребёнком предметов, действий, признаков (изображённых на картинках или предъявленных в натуральном виде);

- подбор к названному действию соответствующих предметов, например: Кто летает? — Птица, стрекоза, жук, бабочка... (ребёнок отвечает на вопрос);
- подбор действий к названным предметам: Что делает собака? — Лает, бегают, играет, охраняет...;
- подбор признаков к названным предметам: Яблоко какое? — Большое, румяное, сочное, сладкое...;
- называние частей целого предмета: Что это у куклы? — Голова, глазки, носик, ротик, волосы...;
- подбор однокоренных слов: СТОЛ — СТОЛИК — СТОЛОВАЯ...;
- подбор синонимов (слов, близких по значению): ХОРОШИЙ — ДОБРЫЙ, ЛАСКОВЫЙ, КРАСИВЫЙ...;
- подбор антонимов (слов с противоположным значением): ХОРОШИЙ — ПЛОХОЙ, ДОБРЫЙ — ЗЛОЙ, ГОРЯЧИЙ — ХОЛОДНЫЙ;
- образование существительных при помощи уменьшительных суффиксов: ДОМ — ДОМИК, РУКА — РУЧКА;
- образование глаголов при помощи приставок: ШЁЛ — УШЁЛ — ПРИШЁЛ — ВЫШЕЛ — ПЕРЕШЁЛ...

В ходе работы над обогащением словарного запаса обращается внимание на уточнение звуко-слоговой структуры слов и на выработку у ребёнка умения употреблять слово в определённой грамматической форме (например, единственное и множественное число существительных, глаголов).

Работа над *грамматическим строем* речи, которой при втором уровне речевого недоразвития уделяется особенно большое внимание, проводится параллельно с обогащением словаря и овладением ребёнком фразовой речью. Ему, естественно, не сообщается никаких сведений по грамматике — он чисто практически знакомится с наиболее часто встречающимися способами словоизменения и словообразования и старается научиться пользоваться ими

в собственной речи.

Сначала необходимо добиться *понимания* ребёнком грамматических форм слов и связей между словами в предложении (о нарушении такого понимания см. на с. 224—225). Можно начать с разграничения единственного и множественного числа имён существительных и глаголов: «Где дом? Где дома? Где пишет? Где пишут?» — в порядке ответа на вопросы ребёнок должен показать соответствующие картинки. До тех пор, пока своим правильным показом он не обнаружит полного понимания различий тех или иных грамматических форм, он не сможет научиться правильно употреблять эти формы и в собственной речи.

Важно дать ребёнку какие-то определённые эталоны, образцы словосочетаний, на которые он мог бы ориентироваться при построении собственных речевых высказываний. В частности, даются однотипные окончания имён существительных, глаголов, прилагательных и пр. Например: НА СТОЛЕ, НА ОКНЕ, НА ГОРЕ, ПОД СТОЛОМ, ПОД ОКНОМ, ПОД ВЕДРОМ...; РЫБЫ ПЛАВАЮТ, ПТИЦЫ ЛЕТАЮТ, ДЕТИ ИГРАЮТ...; ШАР ГОЛУБОЙ, ЛЕНТА ГОЛУБАЯ...

После усвоения некоторых грамматических форм на уровне отдельных слов и словосочетаний необходимо далее помочь ребёнку осознать смысловые связи между словами в предложении — только после этого он сможет строить предложения самостоятельно, опираясь на уже усвоенные образцы. Осознанию связи слов в предложении способствуют целенаправленно задаваемые вопросы. Например, по картинке, на которой изображён мальчик во время еды, могут быть заданы такие вопросы: «КТО ест?» (ребёнок указывает на мальчика); «ЧТО ест?» (указывает на тарелку с кашей); «ЧЕМ ест?» (указывает на ложку). Лучше сразу использовать косвенные падежи имён существительных.

Приучая ребёнка к правильному употреблению грамматических форм (в частности, падежных окончаний имён существительных), полезно использовать предложения с однородными членами, где предметы

перечисляет сам ребёнок, например: В коробку положили КУКЛУ, БЕЛКУ, МАТРЁШКУ, МАШИНКУ, МИШКУ, СОБАЧКУ... (ребёнок укладывает названные игрушки).

При работе над фразовой речью используйте приём распространения предложений, например:

Мальчик читает.

Мальчик читает книгу.

Мальчик читает интересную книгу.

Мальчик читает интересную книгу о путешествиях.

Большой мальчик читает интересную книгу о путешествиях.

Большой мальчик читает интересную книгу о морских путешествиях.

Работа над преодолением аграмматизмов в речи ребёнка с алалией обычно растягивается на несколько лет и требует систематичности, настойчивости и терпения. Родителям с самого начала необходимо понять следующее: то, что детям с нормально развивающейся речью даётся без всякого труда, как бы «задаром», здесь может быть достигнуто только в результате сознательных усилий как самого ребёнка, так и работающих с ним специалистов и родителей. И надо уметь по-настоящему радоваться тому, что все эти усилия почти никогда не остаются напрасными!

Коррекция нарушений *звукопроизношения* при моторной алалии достаточно сложна, требует профессиональных знаний и не может проводиться неспециалистами. По этой причине она здесь не рассматривается. Родители могут оказать большую помощь лишь в смысле контроля над правильностью произношения уже усвоенных ребёнком звуков.

Работу над *связной речью* нужно начинать с побуждения ребёнка к такой речи, с формирования отсутствующего у него внутреннего мотива высказывания, желания о чём-то рассказать взрослому. Большое внимание уделяется и работе над планированием речи, поскольку даже нормально развивающимся детям в 4—5-летнем возрасте ещё трудно бывает выдерживать последовательность мысли. Значительно облегчает эту задачу



составление рассказов по серии картин, которые предварительно раскладываются в нужном порядке и представляют собой как бы наглядный план рассказа.

Детей с моторной алалией следует как можно раньше начинать *обучать грамоте*, поскольку это способствует обогащению словаря, лучшему овладению звуко-слоговой структурой слов, преодолению аграмматизмов. Однако такое обучение требует довольно длительных сроков и возможно лишь при использовании специальных приёмов. Так, даже при лёгкой степени недоразвития речи дети, как правило, испытывают большие трудности в овладении фонематическим анализом и синтезом слов. Кроме того, при чтении и письме у них проявляются разные виды дисграфии и дислексии, с трудом поддающиеся преодолению. Для достижения положительного результата здесь особенно важна чёткая целенаправленность в работе с ориентировкой на выравнивание «слабых звеньев». Дифференцированный подход к преодолению разных видов дисграфии и дислексии изложен в соответствующих главах.

*На третьем уровне* недоразвития речи, когда ребёнок уже владеет развёрнутой речью, используются те же самые методы и приёмы работы, что и на предыдущих уровнях. Однако здесь в каждом конкретном случае уже дорабатывается только то, что осталось пока недостаточно усвоенным (преодолеваются ещё сохранившиеся дефекты в произношении звуков, устраняются конкретные виды аграмматизмов и т. п.). При этом важно учитывать, что эти «частные» и на первый взгляд иногда уже малозаметные дефекты носят устойчивый характер и что для их преодоления необходима систематическая и настойчивая работа с ребёнком.

В заключение необходимо коснуться вопроса организации работы с детьми, страдающими моторной алалией.

Детям дошкольного возраста логопедическая помощь оказывается в речевых детских садах, логопедических группах при массовых детских садах, логопедических кабинетах при детских поликлиниках (в более лёгких

случаях), а также в речевых стационарах и санаториях.

Детям школьного возраста нередко требуются специальные условия обучения. Такие условия создаются в школе для детей с тяжёлыми нарушениями речи, где обучение русскому языку проводится по специально разработанной дефектологами программе. Ввиду глубокого отставания детей в речевом развитии программа речевой школы несколько растянута во времени, что позволяет отводить специальные часы для углублённой работы над речью учащихся.

Дети со сравнительно легко выраженным недоразвитием речи могут обучаться в общеобразовательной школе при условии параллельного посещения занятий у школьного логопеда и систематической помощи со стороны родителей. Такая повседневная помощь родителей необходима и во всех других случаях, независимо от того, в каком типе специальных учреждений проводится логопедическая работа.

*Сенсорная алалия*, в отличие от моторной, характеризуется тем, что при ней в первую очередь страдает понимание речи. Экспрессивная речь ребёнка при этих условиях также не может нормально развиваться и по сути дела отсутствует, но она нарушается уже вторично, вследствие непонимания им речи окружающих. Если в норме пассивный словарь всегда превышает активный, то при сенсорной алалии мы имеем обратное соотношение: ребёнок часто не понимает тех слов, которые он употребляет в собственной речи или которые может повторить.

В основе сенсорной алалии лежит органическое повреждение или резко выраженное недоразвитие центрального отдела речеслухового анализатора, что приводит к грубому нарушению его аналитико-синтетической деятельности: слышимые ребёнком звуки не различаются им на слух и как бы «не узнаются». Слуховое внимание резко снижено, интерес не только к речевым, но и к неречевым звукам практически отсутствует. При таких условиях речь окружающих людей воспринимается ребёнком очень неотчётливо, что лишает его возможности ей подражать.

Однако дети с сенсорной алалией характеризуются повышенной речевой активностью и, в отличие от детей с моторной алалией, много «говорят» с нормальной живой интонацией (центральный отдел речедвигательного анализатора у них не страдает). «Речь» этих детей состоит из неустойчивых по своему звуковому составу обрывков слов и бессмысленных звукосочетаний. Она совершенно непонятна для окружающих и носит название *логорреи* («словесного салата»). Нередко у детей с сенсорной алалией наблюдаются и так называемые *эхолалии* — пассивные повторения отдельных слов или словосочетаний без понимания их смысла (как эхо). Повторить только что правильно произнесённое им слово ребёнок не может, что родителями чаще всего неправомерно расценивается как упрямство.

У детей с сенсорной алалией не формируется предметная соотнесённость слышимых и произносимых слов — их названия как бы не закрепляются за соответствующими предметами. Если ребёнку с нормально развивающейся речью для запоминания названия предмета достаточно 3—5 повторений, то при сенсорной алалии для этого требуется не менее 20—25 повторений.

Степень нарушения понимания речи при сенсорной алалии может быть различной — от полного непонимания речи до неразличения сходных по своему звуковому составу слов или даже отдельных звуков. Понимание речи часто носит ситуативный характер (одна и та же фраза в одних условиях понимается, а в других — нет). В норме это имеет место лишь на самых ранних этапах развития понимания речи.

Таким образом, для сенсорной алалии характерна повышенная речевая активность при пониженном внимании к речи окружающих и отсутствии контроля за собственной речью. Такова *речевая* симптоматика сенсорной алалии.

К *неречевым симптомам* (неврологическим и психическим) относятся:

- повышенная возбудимость и «неуправляемость» детей;

- особенности личности (в том числе эмоционально-волевой сферы);
- вторичная задержка умственного развития.

С детьми, страдающими сенсорной алалией, очень трудно наладить контакт. В силу непонимания ими речи окружающих нет возможности с её помощью регулировать поведение детей, что-либо им объяснять и т. п. Именно это и приводит к неуправляемости их поведения, которую так непросто преодолеть.

Сенсорная алалия изучена меньше, чем моторная. Некоторые исследователи даже отрицают сам факт её существования, объясняя все описанные выше расстройства простым снижением слуха.

Как показывают специальные исследования, у детей с сенсорной алалией слух на некоторые звуковые частоты действительно снижен, но не настолько, чтобы это могло обусловить полное непонимание речи. К тому же сам характер нарушения слуховой функции у слабослышащих и у детей с сенсорной алалией очень различается. Для последних характерно следующее:

- большая истощаемость слуховой функции, повышенная утомляемость слуха, особенно при громких звуках;
- непостоянство слуховых порогов, приводящее к неустойчивости слухового восприятия (звуки одинаковой частоты и громкости ребёнок то слышит, то не слышит);
- усиление громкости звучания в большинстве случаев не улучшает слухового восприятия, а иногда даже ухудшает его (наступает истощение слуховой функции);
- неустойчивость слухового внимания, памяти;
- улучшение слухового восприятия при увеличении интервалов между звуковыми сигналами (как бы успевает «сработать»).

Кроме того, в отличие от слабослышащих, для которых характерен глухой голос, дети с сенсорной алалией обладают звонким и выразительным голосом.

Ввиду отмеченных особенностей слухового восприятия у детей с

сенсорной алалией попытки их совместного обучения со слабослышащими, как правило, оказывались неудачными. Эта категория детей требует совершенно особого подхода и использования специальных методов коррекционного воздействия.

Основная цель коррекционной работы при сенсорной алалии сводится к развитию у ребёнка слухового восприятия и умения анализировать речевой поток, что на первых порах недостижимо. Сначала необходимо просто усадить и «утихомирить» ребёнка, прекратить его беспорядочную суету. Для этого нужно попасть в поле его зрения и занять его какой-то неречевой деятельностью (рисование, раскрашивание, обводка трафаретов, лепка из пластилина, строительство из кубиков, мозаика и т. п.). Ребёнка учат сидеть, внимательно смотреть, подчиняться неречевым инструкциям; стараются затормозить его беспорядочную и бессвязную речь.

Постепенно воспитывается внимание к речи окружающих. Но сначала для слухового различения предлагаются контрастные *неречевые звуки*. Для этой цели удобно использовать звучащие игрушки (например, барабан и дудочку, звонок и свисток). Сначала ребёнок видит игрушку и слышит издаваемый ею звук, а затем он должен узнать её по одному только звучанию, при исключении зрительного восприятия. Проводятся упражнения и на определение места звучания (спереди, сзади, сбоку). Такие занятия должны быть непродолжительными, чтобы не перегружать слуховой аппарат ребёнка.

Позднее для различения берутся достаточно громкие и контрастные, *приближающиеся к речевым звуки*, которые связываются с конкретными предметами и явлениями (У-У-У — гудок паровоза, В-В-В — вой волка, Р-Р-Р — рычание собаки). Затем переходят к различению простейших слов, чётко соотносимых с определёнными предметами или явлениями (УА — плач маленького ребёнка; АУ — заблудились в лесу; АМ — лай собаки; МУ — мычание коровы; КАР — карканье вороны и т. п.). Сначала все эти звуки и звукосочетания произносятся логопедом (а позднее и самим ребёнком) перед

зеркалом. Внимание ребёнка привлекается к особенностям артикулирования звуков, что значительно облегчает их восприятие (опора на сохранный зрительный анализатор).

Для развития понимания речи сначала предлагаются самые простейшие «бытовые инструкции», на первых порах сопровождаемые мимикой и жестом (подай книгу, закрой дверь, позови бабушку и пр.). Затем мимика и жест полностью исключаются и ребёнок выполняет инструкцию только на основе понимания *речи*.

В дальнейшем большое внимание уделяется накоплению пассивного и активного словаря. Достигается это путём многократного повторения одних и тех же фраз в разных вариациях, благодаря чему они в конце-концов усваиваются ребёнком (возьми яблоко, помой яблоко, очисти яблоко, разрежь яблоко, съешь яблоко). Таким же образом усваиваются и грамматические «стандарты».

Правильность понимания ребёнком речи постоянно проверяется при помощи картинок или показа реальных предметов. Например, на картинке изображена девочка, которая даёт кролику морковку. Чтобы убедиться в правильности понимания ребёнком каждого слова и связи между словами, по этой картинке ему могут быть заданы такие вопросы: «Кто кормит кролика?» (ребёнок указывает на девочку); «Кого кормит девочка?» (указывает на кролика); «Чем девочка кормит кролика?» (указывает на морковку).

Когда ребёнок сможет по подражанию воспроизводить отдельные слова и звукосочетания, следует не только для логопедических занятий, но и для домашнего общения с ним установить точно сформулированные речевые инструкции обиходного характера, которые он должен будет постепенно усвоить в результате многократного повторения. Например: «Ложись спать», «Пойдём гулять», «Давай рисовать» и пр. Это значительно облегчит общение с ребёнком и поможет упорядочить его поведение, не говоря уже о том, что таким путём он постепенно начнёт овладевать пониманием речи и собственной разговорной речью.

В возможно более ранние сроки должно быть начато обучение ребёнка грамоте, поскольку зрительное восприятие написанного слова значительно облегчает усвоение его звукового состава (слуховое восприятие при сенсорной алалии, как уже было отмечено, отличается большой неустойчивостью). Такое обучение требует использования специальных методов.

Очень важно выявить имеющееся у ребёнка специфическое нарушение слуховой функции в возможно более ранние сроки, поскольку именно раннее начало коррекционной работы даёт наибольший эффект. Признаки такого нарушения проявляются уже на первом году жизни. В частности, ребёнок почти не реагирует на звуки, не узнаёт мать по голосу, мало лепечет — всё это должно привлечь внимание родителей. Самым явным признаком неблагополучия является то, что, в отличие от нормально развивающихся сверстников, к концу первого года жизни ребёнок так и не овладевает пониманием хотя бы нескольких слов. В этом случае необходимо немедленное обращение к специалистам. Под их руководством родители смогут своевременно приступить к развитию и совершенствованию слуховой функции ребёнка, используя для этого звучащие игрушки, музыку, пение и пр. Регулярные занятия значительно повышают способность к восприятию и различению звуков, развивают слуховое внимание ребёнка, что является необходимым условием для возможности восприятия и понимания речи.

Детей с сенсорной алалией сравнительно немного. К сожалению, система их обучения развита значительно слабее, чем в отношении детей с моторной алалией. Часть их попадает в школу для детей с тяжёлыми нарушениями речи, часть — в школы для слабослышащих или умственно отсталых. Но в любом случае совершенно незаменимой остаётся роль родителей. Их доброжелательное отношение к ребёнку и эмоционально-положительный систематический речевой контакт с ним таят в себе большие возможности для воспитания у него полноценной речи.

## **Глава 13**

### **АФАЗИЯ**

Афазия — это полная или частичная утрата уже имевшейся речи, обусловленная органическим поражением тех отделов головного мозга, которые имеют отношение к осуществлению речевой функции. В буквальном переводе на русский язык слово «афазия» означает отсутствие речи (фазис — речь).

*Причинами* возникновения афазий могут быть разного рода травматические повреждения и инфекционные заболевания головного мозга, опухоли, нарушения мозгового кровообращения и пр. Чаще всего афазии, в особенности сосудистого происхождения, наблюдаются у лиц пожилого возраста. Однако в последние десятилетия этот вид речевой патологии, к сожалению, существенно «помолодел» и нередко встречается у людей среднего и молодого возраста и даже у детей. У последних об афазии можно говорить лишь тогда, когда до наступления речевого расстройства речь у них была уже достаточно сформирована, то есть не ранее трёхлетнего возраста. Это случаи так называемой «ранней детской афазии».

Сам характер развития афазии может быть различным. Так, в случаях травматического повреждения головного мозга или острых нарушений мозгового кровообращения речевое расстройство наступает сразу и проявляется резко. Переход от нормальной речи к её полной утрате или грубому расстройству здесь вполне очевиден и для самого больного, и для окружающих его людей. Иное наблюдается в случаях постепенного роста опухоли или при нерезко выраженных, вяло текущих нарушениях мозгового кровообращения. Здесь симптоматика афазии нарастает постепенно, по мере охвата болезненным процессом всё более обширных мозговых зон. К тому же по мере роста опухоли и ухудшения в связи с этим речевой функции одновременно вступают в действие и процессы компенсации, как бы скрадывающие симптомы расстройства речи. В этих случаях афазия



развивается постепенно и сравнительно незаметно для окружающих и самого больного. При вяло текущих нарушениях мозгового кровообращения симптомы речевых расстройств могут то проявляться более резко, то почти полностью исчезать, что на ранних стадиях развития болезненного процесса также не позволяет провести чёткую грань между нормальной и нарушенной речью. Афазия, так же как и алалия, представляет собой системное нарушение речи, при котором речь страдает не каким-то «частным» образом, не в отдельно взятом звене, а именно как система, то есть сразу во всех своих звеньях. Так, при афазии обычно нарушаются и понимание речи, и все основные стороны собственной речи больного (звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй), и речевая память, и письменная речь (как чтение, так и письмо). Другое дело, что при разных формах афазии на первый план может выступать преимущественное нарушение тех или иных компонентов речи, тогда как другие остаются *относительно* более сохранными, но так или иначе всё равно страдает вся речь в целом.

Во всех случаях афазии речь страдает не на элементарном уровне, а как сложнейшая психическая функция. Это типично языковое расстройство, при котором человек утрачивает способность использовать при построении (или восприятии и последующей расшифровке) речевых высказываний те знаки, которые приняты в языке для обозначения определённых звуков, слов и для выражения их связи между собой. В этом отношении афазия имеет много общего с алалией, только при алалии эта неспособность к *языковому* выражению мыслей *не формируется* изначально, а при афазии она *утрачивается* уже после сформирования. Напомним для сравнения, что, например, при дизартрии, механической дислалии, ринолалии человек не может нормально произносить звуки речи ввиду отсутствия необходимых для этого «материальных» условий — нет достаточной подвижности языка или имеются дефекты в строении артикуляторного аппарата. При алалии и афазии же «внешняя» возможность для нормального произношения звуков и слов имеется, но человек не знает, как этой возможностью правильно

воспользоваться, что и приводит к неуместному употреблению им в речи даже правильно произносимых звуков, к неусвоению (при алалии) или потере (при афазии) их смысловозначительной роли. То же самое относится и к употреблению слов или выражению их грамматической связи между собой.

В зависимости от локализации (то есть конкретного места) поражения головного мозга характер нарушения речи при афазии будет различным. Это объясняется тем, что, несмотря на целостность работы головного мозга, разные его отделы вносят различный «вклад» в осуществление речевой функции. Например, лобные отделы отвечают за построение общей программы высказывания, височные — за восприятие и понимание речи и т. д. С учётом этого обстоятельства и строится классификация афазии, которая здесь не рассматривается.

*Симптоматика* афазии, как правило, не ограничивается наличием речевых симптомов, о которых выше уже упоминалось. Наряду с ними наблюдаются также неврологические и психические симптомы. *Неврологические симптомы* при некоторых формах афазии чаще всего выражаются в нарушении двигательных функций (параличи и парезы конечностей и артикуляторных мышц, а также явления апраксии — нарушения произвольных целенаправленных движений и действий, приобретённых в индивидуальном опыте жизни, при отсутствии явлений паралича или пареза: человек как бы «разучается» выполнять эти действия, не может «найти» составляющих их элементов, в том числе и тех элементов, из которых состоит артикулирование отдельных речевых звуков). *Психические симптомы* выражаются в расстройствах памяти, внимания, мыслительных процессов, в нарушениях со стороны эмоционально-волевой сферы и пр.

В случаях острого наступления афазии (например, при травмах, сосудистых катастрофах) она обычно проявляется как «тотальная», то есть у больного утрачивается и собственная речь и понимание речи окружающих.

Как правило, вначале общая картина нарушения представляется гораздо более тяжёлой, чем это обусловлено самим поражением головного мозга (сказываются проявления общего торможения мозговой деятельности, наличие отёков в соседних с поражённым участком отделах и т. п.). В дальнейшем даже без всякой коррекционной работы не пострадавшие непосредственно участки коры головного мозга постепенно начинают функционировать, в результате чего проясняется как подлинная степень, так и сам характер нарушения речевой функции. В частности, становится понятным, что именно преимущественно пострадало — собственная речь больного или понимание им речи окружающих. Знание этой особенности первоначального проявления афазии позволит родственникам больного не впадать сразу в панику, а буквально с первых минут и часов стать верными союзниками и ближайшими помощниками специалистов.

При афазии речь обычно не утрачивается полностью — даже в самых тяжёлых случаях остаются какие-то её «осколки», хотя они уже и не выполняют функции общения. Таким речевым осколком нередко оказывается так называемый *эмбол*. Это отдельное слово, звуко- или словосочетание, оставшееся у больного взамен всей речи, которым он чисто рефлекторно реагирует на все случаи речевой коммуникации. В качестве таких эмболов могут выступать, например, звуко- или словосочетания типа «а-та-та» или сочетания слов типа «так-так-так» и др. Если с таким больным поздороваться, то он ответит: «ТАК-ТАК-ТАК». На вопрос о здоровье, о погоде и на любой другой заданный вопрос он ответит точно так же. И если он сам захочет о чём-либо спросить, то будет неоднократно и упорно, с разными интонациями повторять то же самое звуко- или словосочетание в надежде на то, что его всё-таки, наконец, поймут. В некоторых случаях эмбол может играть роль «пускового механизма» — он предшествует остальным высказываниям. Сам факт существования таких эмболов объясняется инертностью нервных процессов, застойными явлениями в определённых участках коры, в силу чего этот симптом относится не к положительным, а к

негативным явлениям. По этой причине восстановительную работу обычно приходится начинать с затормаживания эмбола, препятствующего восстановлению нормальной речи.

К другим часто встречающимся при афазии речевым симптомам относятся персеверации и парафазии. *Персеверации* — это навязчивые повторения отдельных слов или фраз (нередко и действий), в основе которых лежит инертность нервных процессов — запаздывает поступление сигнала о прекращении действия, в том числе и речевого. (Persevero в переводе с латинского означает «упорствую»). По своим внешним проявлениям персеверации иногда напоминают клоническое заикание, выражающееся в многократном повторении отдельных звуков или слогов, например: МА-МА-МА-МАШИНА. *Парафазии* — это неправильное, неуместное употребление звуков или слов, их замены неподходящими словами или звуками (para — греч. — возле, около). При замене отдельных звуков, обычно характеризующейся большой неустойчивостью (СКОЛ или СМОЛ вместо СТОЛ) говорят о литеральной парафазии, а при заменах одних слов другими, чаще близкими по звуковому составу (СЛОН вместо СТОЛ) или по смыслу (ЧАЙНИК вместо ЧАШКА) — о вербальной. Однотипные нарушения могут наблюдаться также при чтении (паралексии) и при письме (параграфии). Сам факт наличия парафазии свидетельствует о нарушении у больного дифференцированности значений отдельных звуков и слов. При разных видах афазии характер парафазии различен, что нередко может иметь диагностическое значение.

*Восстановительная работа* при афазии сложна и продолжительна. В её основу положен целый ряд принципов, постепенно сформировавшихся в практике преодоления афазии и получивших глубокое теоретическое обоснование. Рассмотрим наиболее важные из них, поскольку понимание этих принципов необходимо и неспециалистам, чья жизнь так или иначе может столкнуться с проблемой афазии. (Некоторые из этих принципов лежат в основе коррекционной работы и при других речевых расстройствах, однако

их необходимо конкретизировать в применении к афазии).

### **1. Комплексный медико-педагогический характер воздействия.**

Необходимость комплексной медико-педагогической помощи больным с афазией определяется самими особенностями данного речевого расстройства, сложная и многообразная симптоматика которого далеко не ограничивается одной лишь патологией речи.

В силу тяжести обуславливающих афазияу причин на первых стадиях её проявления речь чаще всего идёт о спасении жизни больного, в связи с чем на первый план, безусловно, выступает медицинская часть комплекса. Логопедическая работа может быть начата лишь после того, как жизнь больного будет вне опасности, причём дозировка занятий определяется лечащим врачом и увеличивается очень постепенно, с учётом состояния больного. Такая работа проводится на фоне продолжающегося медикаментозного и другого лечения.

**2. Возможно более раннее начало** восстановительной работы. Весь накопленный опыт восстановления речи у больных с афазией свидетельствует о том, что результаты логопедической работы во многом зависят от сроков её начала после наступления афазии. Наилучших результатов удаётся достигнуть тогда, когда логопедическое воздействие осуществляется на фоне спонтанно протекающих у больного восстановительных процессов. В то же время логопедическая работа, впервые начатая через несколько месяцев или даже лет после наступления афазии, оказывается почти безрезультатной. (Подобных случаев было много в годы Великой Отечественной войны). Следовательно, общий принцип таков: чем раньше — тем лучше. Однако начинать вызывание у больного речи можно лишь с того момента, когда появляются самые первые признаки её спонтанного восстановления, что является своего рода сигналом о возможности принятия больным логопедической помощи, о её «доступности» для него. Преждевременное же форсирование этого процесса может дать лишь обратный результат и привести к ещё большему

торможению речи, не говоря уже о возможном ухудшении общего состояния больного.

**3. Поэтапность восстановления речевой функции.** Важность выделения разных этапов (то есть выдерживания определённой последовательности) в деле восстановления речи у больных с афазией связана с неодинаковым характером повреждения разных участков головного мозга, а значит и с необходимостью различного подхода к восстановлению их функций.

При локальных поражениях головного мозга часть нервных клеток оказывается полностью разрушенной, а часть находится лишь в заторможенном состоянии, из которого эти клетки ещё способны выйти и вновь начать функционировать. В ходе восстановления речи у больных с афазией обязательно учитывается это очень важное обстоятельство. На ранних этапах работы все усилия специалистов направляются на *растормаживание* того, что оказалось заторможенным. На более поздних этапах основной задачей является *перестройка* выпавшей функции за счёт привлечения к работе новых функциональных систем, что достигается уже не прямыми, а обходными методами воздействия. Ниже мы рассмотрим основное содержание коррекционного воздействия на обоих названных этапах (см. с. 263—272).

**4. Предупреждающий характер логопедического воздействия.** Под этим подразумевается такой подход к восстановлению речи у больных с афазией, который позволяет максимально предупредить появление у них стойких аграмматизмов и других нежелательных речевых симптомов. Особенно важно это учитывать на ранних этапах работы, поскольку именно от методики первичного растормаживания речи во многом зависит характер и сроки её дальнейшего восстановления. Так, если растормаживать только существительные в именительном падеже или глаголы в неопределённой форме, то больному будет очень трудно «вспомнить» в дальнейшем системы склонений и спряжений, и он будет строить фразы аграмматично. Именно

поэтому так важно сразу восстанавливать целые предложения, при договаривании которых уже с самых первых шагов слова употребляются больным в нужной грамматической форме. Например: КНИГА ЛЕЖИТ НА СТОЛЕ, А ЦВЕТЫ СТОЯТ... (на окне); ВЫ ПИЛИ ЧАЙ ИЗ... (чашки).

Для более прочного оживления речевых стереотипов (например, определённого вида окончаний, суффиксов, приставок, предлогов), а значит и для предупреждения аграмматизмов нужно избегать многократного повторения одних и тех же образцов, а предлагать больному как можно больше упражнений одного и того же типа (котЁНОК, тигрЁНОК, козлЁНОК, воронЁНОК; ПРИходят, ПРИбегают, ПРИлетают, ПРИплывают, ПРИползают; НА столе, НА стуле, НА окне, НА шкафу, НА дереве и т. д.).

**5. Использование «обходных» путей, или принцип опоры на сохранные анализаторы.** Это один из ведущих теоретических принципов восстановительного обучения больных с афазией на поздних этапах восстановления речи. Необходимость опоры на сохранные анализаторы определяется тем, что некоторые виды речевой деятельности в силу разрушения соответствующих мозговых структур уже не могут выполняться прежними привычными способами — система ранее воспитанных условных связей распалась.

Возможность широкого использования сохранных анализаторов в процессе восстановления речи у больных с афазией определяется следующим. При формировании любой психической функции в раннем детском возрасте в её осуществлении всегда принимают участие разные анализаторы. Например, различение звуков речи осуществляется маленьким ребёнком не только на слух, но и зрительно (внешний вид артикуляции взрослых), и по ощущению положения его собственных речевых органов и пр. В дальнейшем развитие идёт по пути сужения участвующих в осуществлении той или иной функции мозговых механизмов и выделения ведущего, наиболее рационального из них (в данном случае — слуха). Однако все остальные «способности» к различению звуков при этом не

утрачиваются, а как бы уходят в запасной фонд, с тем чтобы при любом нарушении «ведущего звена» вновь вступить в работу и обеспечить более или менее полноценное выполнение выпавшей функции.

Учитывая всё сказанное, при утрате больным способности, например, к различению звуков речи на слух, связанной с разрушением соответствующих отделов коры головного мозга, это различение в ходе логопедической работы переводится на иные пути и начинает реализовываться при помощи иных механизмов. В частности, для этой цели используется зрительный анализатор (внимание больного привлекается к различному положению губ при произнесении разных звуков), кинестетическое чувство (ощущение различного положения речевых органов при произнесении того или иного звука), тактильно-вибрационное чувство (ощущение вибрации голосовых связок при произнесении звонких согласных звуков в отличие от глухих) и т. п. Вся эта сложная и продолжительная работа обычно позволяет восстановить способность больного к различению речевых звуков и пониманию им речи окружающих, однако добиться этого можно лишь за счёт больших усилий.

**6. Работа над всеми сторонами речи.** Необходимость такой всесторонней работы над речью у больных с афазией связана с отмеченными выше особенностями нарушения речи. Вряд ли требуется более подробное раскрытие этого важнейшего принципа. Наряду с устной речью обязательно восстанавливают чтение и письмо, что в свою очередь способствует более полноценному восстановлению устной речи. Делается это специальными методами и в наиболее оптимальные для данного больного сроки.

**7. Положительный эмоциональный фон работы.** Необходимость положительной эмоциональной окраски всей проводимой с больным работы определяется не только сложной картиной имеющихся при афазии нарушений, но и крайней психической травмированностью самого больного. Поэтому самое первое, что необходимо в данной ситуации сделать — это внушить больному несомненную уверенность в улучшении его состояния и



восстановлении речи, чему наилучшим образом будут способствовать положительные эмоции. Самое непосредственное отношение это имеет и к условиям домашней жизни больного, к стилю общения с ним ближайших родственников и знакомых.

Мы остановились здесь лишь на тех принципах и особенностях логопедической работы при афазии, которые важно знать и неспециалистам, чтобы дать им возможность сразу и с пониманием дела подключиться к активной помощи логопеду. С целью вооружения их самыми необходимыми знаниями изложим далее и основное содержание работы с больным на ранних и поздних этапах восстановительного обучения.

*Растормаживание* речевой функции на раннем этапе проводится двумя путями — путём применения медикаментозных средств и путём логопедического воздействия. Здесь результаты достигаются наиболее быстро и с наименьшей затратой усилий как логопеда, так и самого больного. Этому способствует и сильное желание больного восстановить только что утраченную речь, в которой он ощущает острую потребность. По этой причине очень важно с наибольшей полнотой использовать все возможности раннего этапа восстановительного периода.

Основная цель педагогического растормаживания — любыми путями втянуть в деятельность нарушенные функции, как бы заставить больного непроизвольно сказать то, что произвольно он сказать не может. С этой целью используется метод стимуляции речи, являющийся прямым методом воздействия, направленным прямо и непосредственно на восстановление речевой функции. В достижении этой цели очень помогает использование так называемых автоматизированных рядов (порядковый счёт, называние дней недели, месяцев и т. п.). Так, логопед начинает считать: «Один, два, три...», а дальше больной нередко непроизвольно подключается и продолжает счёт уже самостоятельно. Точно так же можно начать рассказывать хорошо известное больному стихотворение или петь в его присутствии знакомую ему и любимую им песню. Можно произносить

первую часть хорошо известных больному пословиц, например: «Тише едешь...», «Цыплят по осени...» и т. д. Больным, интересовавшимся литературой и искусством, можно предложить договаривать названия наиболее известных им литературных, художественных или музыкальных произведений. Например: Повесть Пушкина «Капитанская... (дочка)»; романы Льва Толстого «Анна... (Каренина)» и «Война и... (мир)»; опера Бородина «Князь... (Игорь)»; балет Чайковского «Лебединое... (озеро)» и т. п.

Всё это примеры так называемого «жесткого» контекста, поскольку больной может добавить здесь лишь вполне определённое слово. Но уже сама по себе эта возможность очень окрыляет больного и наилучшим образом способствует снятию торможения в речевых отделах коры, как бы «смыванию» его. Забегая несколько вперёд, отметим, что в ходе дальнейшей работы постепенно осуществляется переход к «полужёстким» и всё более и более свободным контекстам, допускающим возможность выбора слов, например: СВЕТ... (включили, выключили, погасили, зажгли). Так постепенно больной подводится к свободным самостоятельным ответам.

Во многих случаях имевшиеся у больного речевые связи удаётся «оживить» в процессе вызова слов по принципу их смыслового противопоставления непосредственно во фразах, например:

зимой холодно, а летом... ;

лук горький, а сахар...;

кашу едят, а воду...;

днём светло, а ночью...;

кипяток горячий, а лёд...;

бегают быстро, а ползают...;

сажа чёрная, а снег...; , дедушка старый, а мальчик...;

орлы летают высоко, а вороны... и т. п.

Для растормаживания речи хорошо использовать также сохранённые и привычные для больного формы деятельности, в ходе которой могут «всплывать» какие-то слова или даже целые высказывания. Этой цели могут

служить, например, рисование, лепка, вязание, различные настольные игры. Растормаживанию речи способствуют и привычные формы поведения — «чтение» газет и журналов, слушание радио, просмотр эмоционально приятных больному телевизионных передач.

В ходе работы необходимо учитывать общие закономерности восстановления речи. В первую очередь у больных восстанавливается то, что было раньше приобретено, проще по структуре, лучше «затвержено», то есть чаще использовалось в практической деятельности, имеет большее жизненное значение. Поэтому, как показывает практика, обычно лучше всего и быстрее всего восстанавливается то, что имеет отношение к профессиональной деятельности больного, к его любимым занятиям. Но при этом нельзя затрагивать тревожащие больного темы, вспоминать конфликтные ситуации, в том числе и связанные с работой. Ввиду сказанного неоценимую помощь в деле растормаживания речи могут оказать родственники больного, хорошо знающие круг его интересов и наиболее хорошо упроченный в его памяти и не опасный для него речевой материал.

Особенностью раннего этапа восстановления речи является то, что здесь не соблюдается принцип «перехода от простого к сложному», требующий строгой постепенности в подборе речевого материала и движения от отдельных слов ко всё более и более усложняющимся фразам. Здесь более приемлем обратный путь — путь от фразы к слову, поскольку при афазии мы имеем дело не с воспитанием речи заново, как бы на пустом месте, а с её *восстановлением*. По этой причине у людей, углублённо изучавших, например, математику, астрономию, ещё до появления в их речи самых простых обиходных слов могут «всплыть» математические формулы и разного рода сложные термины, включённые в часто ранее употреблявшиеся больным фразы.

На первом этапе восстановительного обучения особенно важно добиться того, чтобы речь больного (пусть даже самая несовершенная) стала служить целям общения, то есть чтобы восстановилась основная её функция

— коммуникативная. С этой целью прежде всего вызываются к жизни слова, необходимые для элементарного общения, для выражения самых необходимых потребностей, причём с самого начала они включаются во фразу, например: «Хочу есть», «Дайте пить», «Вот суп» и т. п. Чрезвычайно важно также специальное, преднамеренное создание таких ситуаций, которые вызвали бы у больного потребность в общении. Иными словами, даже к больному, полностью утратившему речь, нужно относиться как к потенциально говорящему человеку. Любое высказывание больного всячески поощряется, на неправильностях речи внимание не фиксируется. Максимальные усилия прилагаются к тому, чтобы любое высказывание больного понималось с первого раза — это наилучшим образом убеждает его в том, что он *может* говорить и может быть понятым.

Очень большую помощь в налаживании речевой коммуникации оказывает проведение с больным самых элементарных бесед, в процессе которых логопед (а в дальнейшем и кто-то из близких) предлагает ему такие вопросы, на которые в крайнем случае можно ответить лишь положительным или отрицательным кивком головы. Например: «ВЫ УЖЕ ПОЗАВТРАКАЛИ? К ВАМ СЕГОДНЯ ПРИХОДИЛИ РОДСТВЕННИКИ?» Даже такая «беседа» создаёт у больного иллюзию *речевого* общения, что чрезвычайно важно. В дальнейшем больной использует для ответа слова, содержащиеся в самом вопросе, например: «ВЫ ПИЛИ ЧАЙ?» — «ПИЛ»; «У ВАС СЫН ИЛИ ДОЧЬ?» — «СЫН» и т. п.

Постепенно можно переходить и к совместному с больным составлению небольших связных рассказов, при котором его роль сводится лишь к договариванию последних слов каждой начатой собеседником фразы.

Например, женщине можно предложить рассказать о приготовлении макарон, что делается примерно следующим образом:

наливаете в кастрюлю холодную... (воду);

ставите кастрюлю на газовую... (плиту);

доводите воду до... (кипения);

сыплете в воду немного... (соли);  
затем кладёте в неё... (макароны);  
они варятся около пятнадцати... (минут);  
готовые макароны промываете холодной... (водой).

В заключение нужно обязательно вместе с больным порадоваться тому, что он так хорошо справился с составлением большого и сложного рассказа. Для мужчины в подобной ситуации следует подобрать более знакомую ему и более интересующую его тему. Так постепенно в процессе всех описанных выше и многих других видов работы больной выводится из состояния афазии без фиксации его внимания на трудностях речевого общения, а исключительно на положительном, «приподнятом» эмоциональном фоне.

*На позднем этапе* восстановления речи, когда все возможности растормаживания уже исчерпаны (основным признаком этого является прекращение «всплывания» новых слов и речевых отрезков), переходят к восстановлению «выпавших звеньев», что, как уже отмечалось выше, достигается обходными методами. В этих случаях функцию разрушенных нервных клеток должны взять на себя другие клетки головного мозга, которым эта функция не свойственна. Таким образом, речь здесь идёт о создании в процессе обучения новых функциональных систем на базе сохранных или о воссоздании нарушенных механизмов. Это требует много времени и сил.

На этом этапе, в отличие от этапа растормаживания, обязательно учитывается вид афазии с присущим ему своеобразием речевой симптоматики. Например, если при одной из форм сенсорной афазии (акустико-гностической) утрачивается способность различения звуков речи на слух, а при афферентной моторной афазии страдает собственная речь больного из-за невозможности «найти» нужные артикуляции звуков, то, естественно, работать с этими больными нужно будет по-разному. Эта часть восстановительного обучения требует профессиональных знаний и останавливаться на ней более подробно здесь не имеет смысла.

Общая продолжительность логопедической работы по восстановлению речи у больных с афазией составляет в среднем от одного до двух лет с периодическими перерывами в 1—3 месяца. Смысл таких перерывов (помимо необходимого больному отдыха) состоит в следующем. «Запущенное» на том или ином этапе коррекционной работы восстановление речи продолжается в течение некоторого времени спонтанно и при наступившем перерыве в занятиях, причём иногда оно протекает даже более рациональными для данного больного путями. Обучение здесь носит именно пусковой характер — при его помощи снимается торможение, благодаря чему может происходить дальнейшее движение вперёд на основе подсказанного больному приёма. Естественно, что очень большую положительную или отрицательную роль в этом отношении играет поведение окружающих больного людей.

Необходимо постоянно помнить о том, что восстановление речи при афазии протекает на патологическом фоне: притуплённость сознания больного, его общая ослабленность, нередко возникающие головные боли и головокружения, быстрая утомляемость, расстройства памяти, внимания, эмоционально-волевой сферы и пр. По этой причине не следует заниматься с больным при его плохом самочувствии, причём на начальных этапах работы общаться с ним лучше индивидуально (это относится и к общению в условиях семьи).

Признаками утомления больного является уменьшение количества правильных ответов, «застревание» на одном слове (больной стереотипно повторяет его в ответ на любой вопрос), непроизвольное появление уже заторможенных эмболов в ответ на различные задания, более заметное проявление аграмматизмов, появление зевоты и т. п. Во всех этих случаях речевое общение с больным следует прекратить. Возобновляется оно лишь после необходимого отдыха.

В общении с больным, особенно на ранних этапах восстановления речи, необходимо соблюдать оптимальный для каждого больного интервал

между заданным вопросом и ожидаемым ответом на него. Дело в том, что реакции больного с органическим поражением головного мозга существенно замедляются, в силу чего такому больному требуется значительно больше времени для того, чтобы осмыслить заданный вопрос и «собраться с ответом». По этой причине произвольное (без учёта индивидуальности больного) укорочение интервалов между вопросом и ответом ставит его в крайне дискомфортные условия и вместе с тем создаёт гораздо худшее представление о его речи, чем это есть на самом деле: больной оказывается «неспособным» отвечать даже на самые элементарные вопросы. Указанные интервалы сокращаются постепенно, по мере восстановления речи. (При неумелом подходе бывают такие случаи, что после трёх заданных и оставшихся без ответа вопросов больной через некоторое время вдруг правильно отвечает на первый из них. Это значит, что для него был необходим именно такой интервал между вопросом и ответом).

На более поздних этапах восстановительной работы необходимо постепенно расширять круг лиц, с которыми общается больной. Здесь следует иметь в виду, что даже хорошо общающийся с логопедом больной нередко оказывается не в состоянии общаться при помощи речи с другими людьми — он не привык к особенностям их голоса, темпа и ритма речи, а также может испытывать стеснение, неловкость перед ними за свою не совсем полноценную речь. Большую роль для больного играет «приятность» или «неприятность» собеседника. По этой причине самыми первыми «гостями» в доме должны быть добрые по своей натуре и очень доброжелательно настроенные по отношению к больному люди, способные вызвать его к речевому общению, а не затормозить последнее.

Учитывая невозможность во многих случаях возвращения больных к их прежней работе, необходимо подобрать для них какой-либо наиболее подходящий и доступный вид занятий. Это может быть, например, рисование, лепка, рукоделие, разного рода плетение, работа по дереву или металлу и т. п. По месту диспансеризации больных обычно организуются

группы трудовой терапии, поскольку она рассматривается как важнейшая составная часть общего лечебно-коррекционного комплекса: именно она способна вернуть больному веру в свои силы и возможности, поднять его настроение, приобщить к окружающим. Овладение любыми трудовыми навыками создаёт атмосферу занятости и наилучшим образом отвлекает человека от мыслей о болезни, о своей «ненужности», «бесполезности», «выброшенности из жизни» и пр. Одновременно это способствует и нормализации обстановки в семье. Само собою разумеется, что у всех родных, а также у ближайших знакомых к этим занятиям больного должно быть уважительное и заинтересованное отношение, чего они и в самом деле вполне заслуживают. К сожалению, нам приходилось наблюдать оставленных без внимания, как бы «отброшенных» больных, полностью изолированных от общества и влачащих жалкое существование. Они являют собою живой укор тем людям, которые в свое время обязаны были им помочь. О необходимости именно такой *своевременной* помощи (потом уже будет ничего не поправить!) и идёт здесь речь.

*Афазия у детей* встречается значительно реже, чем у взрослых, и существенно отличается по своим проявлениям. При этом чем младше возраст ребёнка, тем больше детская афазия по своей картине приближается к алалии, то есть не к нарушению, а к грубому недоразвитию всех сторон речи. В более старшем возрасте детская афазия приближается к афазии взрослых.

Детская афазия в целом проявляется менее стойко и более диффузно. Это объясняется тем, что детский мозг находится ещё в стадии развития и поэтому его нервные клетки ещё не успели приобрести окончательную «специализацию» в выполнении определённых функций, а значит и их повреждение не даёт столь чёткой картины нарушений, как у взрослых. По этой же самой причине функцию «выпавших» нервных клеток у детей гораздо легче могут взять на себя соседние участки коры. А это значит, что общий прогноз при детской афазии значительно более благоприятен.



Благоприятность прогноза, при прочих равных условиях, определяется ещё и тем, что детский мозг имеет тенденцию к росту и развитию.

Однако в то же время у детей, по сравнению со взрослыми, ещё мал речевой опыт, в силу чего речевые навыки у них значительно менее упрочены. Особенно это касается навыков чтения и письма (если ребёнок вообще успел ими в той или иной степени овладеть). По этой причине и опора на такие непрочные навыки в процессе логопедической работы будет менее результативна. К тому же, у детей более выраженными оказываются проявления аграмматизма.

Результаты восстановления речи у детей во многом определяются состоянием их школьных навыков, которые нередко растормаживаются в первую очередь и начинают играть ведущую роль в процессе выхода ребёнка из состояния афазии.

*Логопедического обследования* больных с афазией в привычном смысле этого слова вообще не проводится. Это объясняется следующими обстоятельствами.

Во-первых, такое обследование было бы очень утомительно для больного в силу тяжести его общего состояния.

Во-вторых, характерная для начального периода афазии слишком быстрая истощаемость всех психических функций, в том числе и речевой, не позволяет получить достоверных сведений о состоянии речи больного: они слишком сильно колеблются в результате даже самых незначительных изменений в окружающей обстановке. Следовательно, здесь необходима не однократная «проверка», а достаточно длительное наблюдение.

В-третьих, сам факт проведения логопедического обследования явился бы для больного дополнительной психической травмой, поскольку оно окончательно убедило бы его в невозможности выполнения почти всех предложенных ему речевых заданий.

Однако сказанное совсем не означает, что логопедическое обследование больных с афазией излишне. Оно обязательно проводится в

общем комплексе с неврологическим и психологическим обследованиями и преследует вполне определённые цели. В его ходе логопед должен составить себе достаточно отчётливое представление о состоянии разных «сторон» речи больного: и понимания, и собственной экспрессивной речи, и возможности повторения, и письменной речи (чтения и письма). Отдельно исследуется состояние звукопроизношения, слуховой дифференциации звуков, фонематического анализа слов, а также словарного запаса и грамматического строя речи. Только делается всё это совершенно незаметно для больного, в процессе дружеской и непринуждённой беседы с ним, с приветливой и подбадривающей улыбкой на лице. Все необходимые записи проводятся уже потом.

Результаты логопедического обследования крайне важны для определения конкретной формы афазии, поскольку все названные выше компоненты речи при разных формах нарушаются по-разному. Это обязательно должно учитываться при выборе методов коррекционного воздействия, в особенности на поздних этапах восстановительного обучения, когда приходится идти «в обход». Без выявления первично пострадавшего звена и ясного понимания механизма нарушения дальнейшее успешное продвижение вперёд здесь становится невозможным.

*Эффективность* восстановительной работы при афазии и её продолжительность зависят от многих условий:

**1. От локализации, характера и степени поражения головного мозга.** Чем более значимые для речи и более обширные участки головного мозга оказались вовлечёнными в болезненный процесс, тем, естественно, хуже прогноз. Что касается самого характера болезненного процесса, то он также влияет на эффективность логопедической работы. Одно дело, когда этот процесс полностью закончился и другое — когда возможно дальнейшее нарастание болезненных симптомов (выраженные сосудистые расстройства, опухоли).

**2. От возраста больного.** При афазиях у взрослых результаты

восстановительной работы гораздо более положительны и устойчивы у лиц сравнительно молодого возраста, у которых мозг находится в активном состоянии и обладает достаточными компенсаторными возможностями. В старческом же возрасте, когда и вне афазии в мозгу постепенно начинают нарастать необратимые процессы, восстановительная работа по понятным причинам способна дать значительно меньший эффект. Об эффективности преодоления детской афазии мы уже говорили.

**3. От времени начала логопедической работы после наступления афазии.** Здесь очень важно не упустить спонтанно и под влиянием медикаментозного лечения протекающие у больного восстановительные процессы, добавив к ним ещё и исключительно важную стимулирующую роль логопедического воздействия.

**4. От состояния речевой функции до заболевания.** Чем лучше и совершеннее была речь больного до наступления афазии, чем в большей степени у него были автоматизированы навыки чтения и письма, тем лучше будут результаты восстановления. Если же и прежде речь больного была далека от совершенства и у него не имелось достаточно упроченных речевых стереотипов, то в процессе восстановительного обучения на такую речь будет труднее опереться даже на этапе растормаживания. То же самое относится и к состоянию школьных навыков у детей, о чём уже упоминалось выше.

**5. От личностных особенностей больного.** При прочих равных условиях значительно лучших результатов в восстановлении речи достигают те больные, которые отличаются достаточной настойчивостью и целеустремлённостью, активностью общей жизненной позиции. Это объясняется тем, что на поздних этапах восстановительного обучения, когда вся работа строится на использовании «обходных» методов, очень многое начинает зависеть от сознательных усилий самого больного, от его собственного старания и активности. Люди пассивные и «уклоняющиеся» от занятий не смогут двигаться дальше по пути улучшения речи и останутся

лишь при тех результатах, которых удалось добиться на ранних этапах работы.

**6. От ближайшего социального окружения больного и общих условий его жизни.** Эта зависимость так велика, что нередко все усилия специалистов буквально разбиваются о стену непонимания и неправильного поведения по отношению к больному самых близких ему людей. Последние должны до глубины души прочувствовать и понять всю трагичность того положения, в котором оказался больной, и оказать всемерное содействие его скорейшему выходу из этого состояния. Для этого нужно суметь сохранить прежнее уважительное отношение к больному и всей манерой своего поведения, всеми своими поступками убедить его в том, что его положение в семье никак не изменилось в связи с болезнью, его по-прежнему любят и все готовы оказать ему всемерную помощь и поддержку. Только на таком положительном фоне общения с больным и можно рассчитывать на успех.

В наиболее лёгких случаях при афазии иногда наблюдается спонтанное (самопроизвольное) восстановление речи, когда без всякой специальной помощи она восстанавливается почти в прежнем виде.

## **Глава 14**

### **ЗАИКАНИЕ**

Заикание принято относить к нарушениям темпа и ритма речи, обусловленным судорогами мышц речевого аппарата в процессе речи. У человека, страдающего заиканием, такие судороги могут возникать то в мышцах языка, то в мышцах губ, то в области голосовых связок или в мышцах дыхательного аппарата. Это приводит к периодическому «застреванию» на отдельных звуках, а значит и к нарушению правильности чередования ударных и безударных слогов, то есть речевого ритма. Темп речи при заикании характеризуется неравномерностью: то он резко замедляется из-за прерывания речи судорогами речевых мышц, то некоторые отрезки речи в промежутках между судорогами произносятся в ускоренном темпе (пока «идёт»).

Заикание чаще всего возникает в детском возрасте, в период от 3 до 5 лет, когда ребёнок овладевает фразовой речью. В этот период к его ещё не вполне созревшему речевому аппарату предъявляются повышенные требования, и поэтому он бывает особенно подвержен разного рода «поломкам». (Ребёнку этого возраста уже многое хочется сказать, но его речевой аппарат может «не успевать» за мыслью). Большинство детей проходят этот ответственный этап речевого развития благополучно, у некоторых же развивается заикание. Что же может послужить причиной его возникновения?

*Причины заикания* условно принято подразделять на две большие группы — предрасполагающие, или отдалённые, и производящие, или ближайшие.

Первая группа причин, как показывает само название, ещё не вызывает заикания, а только предрасполагает к нему. Такого рода *предрасполагающую роль* могут сыграть следующие неблагоприятные для речевого развития факторы:

1. Отягощённая наследственность (наличие у родителей заикания, различных нервно-психических и других хронических заболеваний, изначально обуславливающих некоторую ослабленность нервной системы ребёнка).
2. Осложнённое протекание беременности и родов у матери, что может в дальнейшем неблагоприятно сказаться на состоянии нервной системы ребёнка — вызвать её неустойчивость к разного рода неблагоприятным воздействиям.
3. Тяжело протекающие или часто повторяющиеся соматические заболевания раннего возраста, истощающим образом действующие на нервную систему и снижающие её устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям.
4. Отставание ребёнка в речевом развитии, которое может ещё более осложнить и без того непростой период овладения им фразовой речью и тем самым значительно увеличить вероятность возникновения заикания. Это особенно касается нервно ослабленных детей.
5. Перегрузка речевым материалом (слишком раннее разучивание сложных по содержанию стихотворений с последующей демонстрацией «достижений»), что непосильно для ещё не зрелого речевого аппарата ребёнка.
6. Нервная, беспокойная обстановка в семье, неправильные воспитательные приёмы, в силу чего ребёнок находится в постоянном нервном напряжении.

Все перечисленные и многие другие неблагоприятные факторы в той или иной степени ослабляют нервную систему ребёнка и делают её менее устойчивой, более ранимой. Именно в этом и состоит их предрасполагающая роль. Теперь уже достаточно лишь небольшого внешнего толчка — и произойдёт срыв, который может вылиться в самые различные невротические расстройства, в том числе и в заикание. Но пока оно ещё не

наступило, можно многое сделать в отношении его профилактики. Об этом никогда не следует забывать, и было бы крайне непростительно упускать такую возможность.

Другая группа причин, так называемые *производящие*, уже непосредственно вызывают заикание, как бы «производят» его. Эти причины играют роль непосредственного толчка. Они крайне разнообразны, поэтому назовём для примера лишь некоторые из них:

1. Действие так называемого сверхсильного раздражителя, что в повседневной жизни нередко называют «испугом». Понятие «сверхсильности» раздражителя очень относительно и в каждом конкретном случае зависит от степени ослабленности нервной системы ребёнка и особенностей его воспитания. Для возникновения заикания иногда бывает достаточно сильной грозы, громкого окрика, резкого стука двери, неожиданно раздавшегося лая собаки, попадания в тёмную комнату (в особенности если до этого рассказывались какие-то страшные истории) и т. п. Заикание в этих случаях может возникать сразу и проявляться резко. Как это можно объяснить?

При функционировании нервной системы в ней постоянно взаимодействуют два основных нервных процесса — возбуждение и торможение, которые в норме бывают хорошо уравновешены и могут беспрепятственно сменять друг друга. Постоянная смена возбуждения и торможения происходит и во время речи. При действии же «сверхсильного» раздражителя имеет место резкое перенапряжение возбудительного процесса, приводящее к нарушению нормального взаимодействия между возбуждением и торможением. Одним из проявлений этого нарушения и является возникновение заикания.

Теперь представим себе конкретную жизненную ситуацию. Небольшая группка детей возвращается из школы. Неожиданно на них бросается большая собака. В той или иной степени испугались все, но заикаться после этого начал только один ребёнок. Это именно тот ребёнок, в отношении

которого предрасполагающие причины заикания раньше уже действовали, в силу чего сравнительно безболезненно воспринятый всеми остальными детьми раздражитель для данного ребёнка оказался сверхсильным и сыграл роль «последней капли».

2. Перенапряжение тормозного процесса, которое также приводит к нарушению нормального взаимодействия между основными нервными процессами. Это имеет место в тех случаях, когда ребёнок вынужден что-то «держаться на тормозах», более или менее длительное время скрывать свои переживания от окружающих.

Приведём конкретный пример из нашей практики. У ребёнка не складывались отношения с отчимом, которого он очень не любил, но скрывал это от матери, не желая её расстраивать. Через некоторое время у 10-летнего мальчика развилось заикание.

3. Одновременное действие двух противоположных раздражителей, которое, согласно учению И. П. Павлова о происхождении неврозов, приводит к так называемой «сшибке» основных нервных процессов с последующим нарушением их нормального взаимодействия. Сравнительно небольшие, но часто повторяющиеся «сшибки» могут иметь место при отсутствии единства требований к ребёнку со стороны взрослых, когда один из них побуждает ребёнка к какому-то действию, а другой запрещает это же самое действие. Здесь одновременно присутствуют два противоположных раздражителя, что в некоторых случаях может приводить к срыву.

Одна мама, например, объяснила нам причину происхождения заикания у своего ребёнка следующим образом. Она очень не ладила со своей свекровью, и все возникавшие между ними противоречия они постоянно переносили на ребёнка. Так, если мама говорила, чтобы мальчик собирался на прогулку, то бабушка обязательно выдвигала какие-то причины, делающие эту прогулку невозможной; если мама начинала укладывать ребёнка спать, то бабушка предлагала сначала досмотреть кино и т. п. Ребёнок при этом постоянно находился «между двух огней», не зная,



кого слушать. В результате у мальчика развилось сильное заикание.

4. Слишком резкое переучивание с левой руки на правую. Дело в том, что у «правшей» ведущим, или доминантным, в отношении речи является левое полушарие головного мозга, тогда как у «левшей» — правое. По этой причине, переучивая ребёнка с одной руки на другую, мы тем самым как бы заставляем его одновременно «поменять» и доминантность полушарий, возложив осуществление речевой функции на менее приспособленное для данной цели полушарие головного мозга. Во многих случаях это не проходит безболезненно, отрицательно сказываясь на состоянии речевой функции ребёнка. У одних детей на этой почве могут возникать неполадки с чтением и письмом, о чём уже говорилось в разделе о дисграфиях и дислексиях, у других — заикание. Поэтому не случайно сама по себе целесообразность переучивания многие учёные подвергают очень большому сомнению.

5. Подражание заикающимся. К такому подражанию более всего бывают склонны нервные и впечатлительные дети. Если в семье кто-то из родителей заикается, то в этих случаях нередко бывает трудно разграничить роль наследственности и подражания в происхождении заикания у ребёнка. По этой причине заикающимся взрослым лучше сводить к минимуму речевое общение с детьми, особенно в период становления у них речи.

В заключение следует отметить, что деление причин заикания на предрасполагающие и производящие в значительной мере условно, поскольку между ними не всегда удаётся провести достаточно чёткую грань. В частности, неправильные приёмы воспитания в одних случаях могут выступать в роли предрасполагающих, а в других — в роли непосредственно вызывающих заикание причин. То же самое относится и к случаям систематического запугивания детей или наличия у них соматических заболеваний (иногда заикание резко проявляется непосредственно после болезни). Общим правилом является то, что в каждом конкретном случае происхождения заикания обе эти группы причин обычно взаимодействуют и что сначала наблюдается действие предрасполагающих причин.

*Симптомы заикания* также принято подразделять на две группы: на физические, или первичные, и психические, или вторичные.

*К физическим* симптомам относятся следующие:

**1. Судороги речевых мышц** в процессе речи. Это самый основной признак заикания, без наличия которого не приходится говорить о данном речевом расстройстве. Судороги бывают двух видов — тонические и клонические. *Тонус* — это стойкий, длительный спазм мышцы, приводящий к длительной задержке, «застреванию» на одном звуке. Например, при артикулировании звука Д кончик языка как бы «прилипает» к зубам или при Б губы оказываются судорожно сомкнутыми, что на некоторое время делает невозможным переход к произнесению следующего звука (Д\_\_\_\_\_ОМ). *Клонус* — это многократно повторяющиеся непродолжительные судорожные сокращения речевых мышц, приводящие к непроизвольному многократному повторению одного и того же звука или слога: Д-Д-ДОМ или ДО-ДО-ДО-ДОМ. Нередко оба эти вида речевых судорог наблюдаются у одного и того же ребёнка. В зависимости от преобладания тех или иных судорог принято выделять тоническую, клоническую и смешанную формы заикания.

Тонические судороги, по сравнению с клоническими, считаются более тяжёлыми и в случаях постепенного развития заикания они обычно появляются позже клонических. При этом следует иметь в виду, что на определённом этапе нормально протекающего речевого развития у ребёнка наблюдается так называемая «клонус-фаза», характеризующаяся тем, что он иногда повторяет один и тот же слог (например, говорит «су-сумка» вместо «сумка»). В большинстве случаев это бесследно проходит, однако у некоторых детей такое повторение слогов может переходить в клоническое, а затем и в тоническое заикание. Причиной тому нередко оказывается неправильное поведение взрослых, которые запрещают ребёнку повторять слоги и требуют произносить слово «сразу». Стремясь преодолеть непроизвольное повторение слогов, ребёнок как бы сильнее «нажимает» на слог, в результате чего клонус переходит в тонус, то есть уже в самое

настоящее заикание. По этой причине лучше всего не обращать внимания на повторение ребёнком некоторых слогов и дать ему возможность самостоятельно справиться с временно возникшими затруднениями.

Как тонические, так и клонические судороги, распространяющиеся, как правило, на весь речевой аппарат, могут преобладать в дыхательном, голосовом или артикуляторном его отделах, в связи с чем выделяют разные виды заикания: дыхательный, голосовой, артикуляторный и смешанный.

**2. Сопутствующие движения.** К ним относятся судорожные сокращения неречевых мышц в процессе речи. Например, у заикающегося в моменты сильного напряжения во время речи может наблюдаться судорожное запрокидывание головы, непроизвольные судорожные движения рук, ног, туловища и пр. Возникновение сопутствующих движений связано с иррадиацией (распространением) нервного возбуждения с речевых мышц на соседние или даже отдалённые мышечные группы, не имеющие никакого отношения к речи. Естественно, что наличие сопутствующих движений существенно утяжеляет общую картину заикания.

**3. Вегетативные расстройства.** Вегетативная нервная система выполняет важную функцию в организме, связанную с иннервацией внутренних органов. В норме её нормальное функционирование регулируется корой головного мозга. Но при разного рода невротических расстройствах, к числу которых относится и большинство случаев заикания, регулирующая и контролирующая роль коры ослабляется, что приводит к появлению различных «вегетативных расстройств». Они могут выражаться в неустойчивости пульса, колебаниях артериального давления, частых сердцебиениях, повышенной потливости, побледнении или покраснении кожных покровов, появлении «гусиной кожи» и т. п. При усилении речевой судорожности обычно резко возрастают и вегетативные проявления, которые, в свою очередь, усиливают речевую судорожность. Таким образом, возникает своего рода «замкнутый круг», из которого заикающемуся очень трудно выйти собственными силами.

Особенностью всех названных симптомов заикания является то, что они возникают произвольно, независимо от сознания и воли самого заикающегося, причём могут присутствовать уже с самого первого момента возникновения заикания (по этой причине они и называются первичными).

*К психическим симптомам* заикания относятся следующие:

**1. Фобии**, или навязчивые страхи (*phobos* в переводе с греческого означает «страх»). По мере того как заикающийся начинает испытывать трудности в речевом общении и осознавать, что во многих ситуациях они оказываются почти непреодолимыми, у него может развиваться панический страх перед речью (фобия речи в целом, или так называемая *логофобия*). Нередко ещё задолго до предстоящего ответа на уроке ребёнок пребывает в состоянии мучительного страха, что ещё более провоцирует речевую судорожность. Во многих случаях страхи носят избирательный характер и выражаются в виде фобии вполне определённых ситуаций речевого общения или каких-то конкретных собеседников. Помимо навязчивого страха перед речью в целом у некоторых заикающихся может наблюдаться и страх перед отдельными звуками (так называемые *звукофобии*). Их возникновение связано с тем, что ребёнку не всегда обоснованно может показаться, будто бы на некоторых звуках он заикается особенно часто. В дальнейшем он фиксирует внимание на этих звуках, заранее «предчувствуя» и с тревогой ожидая их появления в речи, что опять-таки не способствует их свободному артикулированию. Логофобии чаще всего сопровождаются описанными выше вегетативными расстройствами, что значительно утяжеляет общую картину заикания.

**2. Навязчивые мысли о заикании.** У одних заикающихся они носят временный характер, появляясь непосредственно перед началом речи и исчезая вскоре после её окончания, у других же становятся доминирующими (преобладающими, как бы заслоняющими собой все остальные мысли). Это приводит к возникновению очень мучительного внутреннего состояния.

**3. Двигательные и речевые уловки**, или так называемые защитные

приёмы. Коль скоро у ребёнка возникли связанные с речью переживания, он постепенно начинает искать какие-то средства для облегчения речевого акта и для маскировки своего заикания. Так он приходит к использованию различных уловок, которые могут носить двигательный или речевой характер.

К числу двигательных уловок относятся *сопутствующие действия*. В отличие от сопутствующих движений, являющихся судорожными и непроизвольными, сопутствующие действия имеют сознательное происхождение и не являются судорожными. Почему ребёнок начинает прибегать к их помощи? Иногда во время речи заикающийся случайно совершает какое-то не относящееся к ней действие — поправляет волосы, застёгивает расстегнувшуюся пуговицу и т. п., и при этом вдруг замечает, что ему стало легче говорить. (Такое облегчение действительно могло иметь место по причине невольного отвлечения внимания от речи). В дальнейшем ребёнок начинает уже сознательно прибегать к этим «защитным» приёмам, хотя в силу их привычности они вскоре утрачивают свою «защитную» роль и лишь ещё больше усложняют симптоматику заикания. Часто человек уже и сам забывает о причине совершения им тех или иных действий и выполняет их чисто механически, но сознательный характер происхождения двигательных уловок всё же почти всегда можно установить.

Приведём конкретный пример. Ученик 3 класса, когда ему приходилось разговаривать стоя, постоянно переступал с ноги на ногу. По нашей неоднократной просьбе он каждый раз на несколько мгновений затормаживал эти движения, но вскоре снова их возобновлял. На вопрос о том, зачем он это делает, мальчик объяснил: однажды летом он шёл вместе с мамой через большое зелёное поле и при этом совсем не заикался во время разговора. Тогда он решил, что для избавления от заикания ему лучше всегда стараться ходить при речи. Именно так он и поступал.

К речевым уловкам относятся следующие:

а) *Эмболофразии*, или разного рода «вставки» в речь, не связанные с её

содержанием, (*emballo* в переводе с греческого означает «вбрасываю», «ввергаю»). Испытывая особый страх перед произнесением некоторых звуков речи, заикающийся, с целью избежать речевых судорог, предпосылает этим звукам какие-то другие звуки или слова, стараясь уловить такой момент, когда и «трудные» звуки смогут, наконец, «проскользнуть». Чаще всего в роли таких слов-уловок выступают следующие: И, Э, НУ, ВОТ, ЭТО, ЗНАЧИТ, ТАК СКАЗАТЬ, КАК ЕГО и т. п. Например, когда мы спросили у одного заикающегося подростка его фамилию, то получили такой ответ: «И..., э..., ну..., вот..., это..., как его — Петров». В результате использования всех этих вспомогательных слов юноша смог, наконец, выбрать удобный момент для того, чтобы произнести трудный для него звук П (звукофобия) без заикания. Естественно, что все эти вставки не украшают речь, а создают впечатление какой-то её растянутости, «водянистости».

б) *Сознательное изменение лексико-грамматического строя речи.* Заранее предвидя наступление речевой судороги, заикающийся (преимущественно подросток или взрослый) старается всеми возможными способами её избежать. С этой целью он прибегает к перестановке слов во фразе, к изменению её редакции, а иногда даже и самого её смысла. Нередко это приводит к излишнему многословию, неоднократному повторению уже сказанного, к затруднениям в формулировке мысли, что в конечном итоге придаёт речи неестественность, искусственность. Сами заикающиеся при этом чувствуют «невысказанность мысли» и не получают полного удовлетворения не только от формы, но и от содержания речевого общения.

в) *Изменение самого характера речи* (её темпа, ритма, интонации, силы голоса и т. п.). Например, некоторые взрослые заикающиеся «напускают» на себя излишнюю солидность в разговоре, говорят «покровительственным тоном», покашливают, намеренно выдерживают длительные паузы, создающие впечатление «обдумывания» ответа, говорят тихим, вкрадчивым или, наоборот, излишне громким голосом и т. п.

4. *Особенности личности заикающихся.* Возникшее заикание

сравнительно быстро начинает сказываться на формировании характера ребёнка и накладывать нежелательный отпечаток на всю его личность. Некоторые дети, чувствуя затруднения в речи, начинают избегать речевого общения и даже вообще всяких контактов с окружающими, замыкаться в себе, играть в одиночестве и т. п. (личность и поведение человека начинают меняться с того момента, как он узнаёт о своём заболевании).

К сожалению, «узнать» о наступившем заикании и понять все связанные с ним неприятности детям дошкольного возраста чаще всего помогают окружающие их взрослые (исправление сказанного с заиканием, требование «говорить нормально», высказывание упреков или, наоборот, проявление излишнего сочувствия, жалости по отношению к ребёнку и т. п.). Например, во время посещения одного заикающегося мальчика на дому нам пришлось наблюдать такую картину. Поняв, что речь пойдёт о ребёнке, бабушка вдруг схватила его и, крепко прижав к себе, с громкими рыданиями запричитала: «Ты мой бедный, несчастный, и как только ты будешь жить таким инвалидом»!.. Может ли ребёнок при таком отношении к нему со стороны самых близких людей чувствовать себя хоть сколько-нибудь полноценным человеком? Если бы только родители и родственники могли себе представить, какие усилия приходится потом прикладывать специалистам для того, чтобы избавить заикающегося от внушенных ему неправильных и крайне вредных для всей его дальнейшей жизни представлений!

Итак, для психических симптомов заикания характерно их сознательное и «вторичное» происхождение — они как бы «надстраиваются» над физическими симптомами. Их наличие существенно осложняет общую картину заикания и затрудняет его преодоление. Нередко психические симптомы доставляют заикающимся гораздо больше неприятностей, чем само заикание. Однако они присущи не всем страдающим им. Так, заикающихся подростков условно принято делить на три группы. У первой из них страх речи полностью отсутствует, уловки также не используются; вся

картина заикания здесь ограничивается только физическими симптомами. У заикающихся второй группы страх речи имеется, но он носит умеренный характер и распространяется лишь на некоторые ситуации речевого общения. И, наконец, для заикающихся третьей группы характерен ярко выраженный навязчивый страх речи, крайняя неуверенность в себе, постоянное использование в процессе речи различных уловок.

Таким образом, раз возникшее заикание во многих случаях постепенно «обрастает» психическими симптомами, напоминая в этом отношении катящийся и всё увеличивающийся в своих размерах снежный ком. По этой причине очень важно не ожидать полного развития всей симптоматики заикания, а постараться преодолеть его на самой ранней стадии, до появления психических симптомов, то есть ещё в дошкольном возрасте. (В тех случаях, когда заикание впервые возникает в более позднем возрасте, преодолевать его также следует, по возможности, немедленно).

С учётом причинной обусловленности и особенностей проявления заикания выделяют его невротическую и неврозоподобную формы.

*Невротическое заикание* обычно развивается на фоне уже ранее имевшегося у ребёнка невроза. Такие дети ещё до появления заикания отличаются повышенной впечатлительностью, ранимостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушениями сна, аппетита и т. п. В качестве ближайшей причины заикания здесь чаще всего выступает какая-либо психическая травма (сверхсильный раздражитель), играющая роль «последней капли». В дальнейшем такое заикание обычно «обрастает» психическими симптомами — постепенно появляются фобии, уловки, переживания по поводу имеющегося дефекта и т. п. Течение заикания волнообразное, со сменяющимися друг друга усилениями и ослаблениями симптоматики, что вообще типично для невротических расстройств.

Характерной особенностью невротического заикания является и то, что при нём не обнаруживаются признаков органического поражения головного мозга. Это свидетельствует о функциональном характере нарушения. Об



отсутствии «органики» говорит и ранний анамнез: как правило, здесь не отмечается выраженной патологии в протекании беременности и родов у матери, а также отклонений в раннем общем и речевом развитии ребёнка (фразовая речь у таких детей обычно появляется к полутора годам).

*Неврозоподобное заикание*, как явствует из названия, лишь подобно невротическому, похоже на него по своим внешним проявлениям, но в основе его лежат совсем иные причины. В данном случае в процессе специальных исследований у детей обнаруживаются признаки органического поражения головного мозга. В пользу этого свидетельствует и осложнённый ранний анамнез (неблагополучное протекание беременности и родов у матери, множественные заболевания ребёнка в раннем детстве, запаздывание в речевом развитии, когда фразовая речь нередко появляется лишь в трёхлетнем возрасте).

Неврозоподобное заикание, в отличие от невротического, развивается постепенно и без видимой связи с какими-либо внешними обстоятельствами. Течёт такое заикание или стационарно, как бы «на одной ноте», или равномерно усиливаясь, но без характерных для невротического заикания постоянных колебаний и неустойчивости в проявлении симптомов. «Светлые» промежутки здесь отсутствуют. Психические симптомы выражены значительно меньше, чем при невротическом заикании, к тому же они не имеют прямой связи с определёнными ситуациями речевого общения. Преодолеть неврозоподобное заикание значительно труднее, чем невротическое.

*Обследование* заикающегося носит комплексный характер и направлено на возможно более полное выявление всех имеющихся симптомов заикания, ни один из которых в процессе коррекционной работы не может быть оставлен без внимания. В обследовании участвуют логопед, невропатолог, психиатр, психолог.

Обследование начинается с подробного выяснения анамнеза. Помимо сведений о наследственности, о протекании беременности и родов у матери и

о раннем развитии ребёнка обязательно выясняются время появления заикания и его предполагаемая причина. Окончательное представление о причине заикания должно сложиться на основе анализа всех полученных данных, поскольку на мнение родителей по этому вопросу далеко не всегда можно полагаться. Знание причины заикания (наряду с другими результатами обследования) важно для разграничения невротического и неврозоподобного заикания.

Подробно выясняются условия жизни ребёнка в семье, распорядок его дня, взаимоотношения членов семьи и их отношение к заикающемуся, — всё это чрезвычайно важно для правильной организации работы по преодолению заикания, а во многих отношениях и для определения его причин. Выясняются также предпринятые по преодолению заикания меры и их результативность. При этом необходимо вместе с родителями и самим заикающимся (если это уже позволяет его возраст) разобраться в причине неуспеха или неполного успеха предшествующей логопедической работы и сделать из этого соответствующие выводы на будущее. И, наконец, важно выяснить отношение заикающегося к своему речевому расстройству, а также те условия, которые затрудняют или облегчают его речь. Всё это вместе взятое поможет уже с самых первых шагов найти правильный подход к ребёнку, без чего вообще не может быть речи о достижении каких-либо положительных результатов.

Далее исследуется непосредственно состояние речи. Здесь важно выявить форму речевых судорог (тонические, клонические, смешанные) и их вид (дыхательные, голосовые, артикуляторные, смешанные), а также наличие сопутствующих движений, фобий, речевых и двигательных уловок и пр. Особое внимание обращается на темп речи, ускоренность которого нежелательна. Исследуется выраженность заикания при разных видах речи (самостоятельной, отражённой, сопряжённой, шёпотной, ритмической), а также при чтении, если ребёнок им владеет. Поскольку в ходе обследования важно выявить все имеющиеся трудности (то есть весь «набор» симптомов),

то и начинать надо с самого трудного — с проверки самостоятельной речи. Все остальные названные виды речи (описание их дано на с. 303) являются более лёгкими и поэтому заикание на них проявляется меньше. Кроме того, у детей обязательно выясняется общий уровень речевого развития (состояние звукопроизношения, словарного запаса, грамматического строя, связной речи, а в сложных случаях — и её понимания), поскольку при неврозоподобном заикании все эти компоненты также могут быть нарушены.

Особое внимание хочется обратить на психотерапевтичность самого процесса обследования, тем более что его следует рассматривать как уже непосредственное начало работы по преодолению заикания. Удачность или неудачность этого первого контакта с ребёнком, подростком или взрослым во многом (а нередко даже в основном) определит весь ход и эффективность логопедической работы.

Все полученные в ходе обследования данные обычно позволяют составить отчётливое представление о форме заикания и степени выраженности его первичных и вторичных симптомов, а также о личности самого заикающегося, о его отношении к речевому расстройству, об условиях его жизни и имеющихся в ней проблемах. Всё это вместе взятое логопед обязан постоянно учитывать в процессе коррекционной работы, а в случае необходимости и стараться изменить в нужном направлении.

В настоящее время для *преодоления заикания* применяется так называемый комплексный метод, включающий в себя целый ряд мероприятий. В основе этого метода лежит представление о заикании не как о каком-то местном, частичном нарушении, а как о сложном речевом расстройстве, тесно связанном со всей личностью человека, с его жизненными установками (если говорить о взрослых), с состоянием его нервной системы и пр. Естественно, что такое сложное нарушение не может быть преодолено за счёт использования каких-то отдельных приёмов — здесь необходимо воздействие на весь организм заикающегося, перевоспитание всей его личности. По этой причине комплексный метод и включает в себя

целый ряд различных медико-педагогических воздействий и мероприятий, основными из которых являются следующие:

1. Оздоровление нервной системы и всего организма заикающегося.
2. Психотерапия.
3. Непосредственная работа над речью.
4. Обеспечение благоприятного социального окружения и нормальных бытовых условий.

Все перечисленные воздействия и мероприятия в большинстве случаев осуществляются одновременно или оздоровительная часть комплекса предшествует работе над речью. Рассмотрим все их в отдельности.

*Оздоровление нервной системы* и всего организма заикающегося важно потому, что это создаёт более благоприятные предпосылки для работы над речью. Так, в результате лечения общего невроза и связанных с ним вегетативных проявлений у заикающихся заметно ослабевает страх перед речью (лого- и звукофобии), наступает состояние внутреннего облегчения, успокоения, улучшается настроение и как следствие всего этого — возрастает вера в возможность преодоления заикания. Эта часть воздействия осуществляется врачом-невропатологом в тесном контакте с родителями (в плане практической реализации назначений) и предусматривает использование различных медикаментозных средств и физиотерапевтических процедур.

Однако не менее важную роль в укреплении нервной системы заикающихся играет и общий режим их жизни и работы (если речь идёт о взрослых). Здесь очень важна спокойная обстановка в семье, способствующая сглаживанию невротических проявлений, а не их усугублению, так как при наличии постоянных конфликтов и лекарственные препараты окажутся бесполезными. Исключительно важную роль в деле нормализации нервной системы заикающегося играет и правильный режим дня, предполагающий рациональное чередование труда и отдыха, достаточный по количеству и полноценный по качеству сон, полноценное

питание, достаточное пребывание на воздухе, занятия спокойными видами спорта и т. п. В организации для ребёнка такого режима совершенно неопределима роль родителей, без активной помощи которых здесь просто не обойтись.

Помимо всего сказанного очень важно и своевременное лечение возможных соматических (телесных) заболеваний, поскольку наличие их у ребёнка (особенно в случаях хронического течения) ослабляющим образом действует как на его нервную систему, так и на весь организм в целом, что в свою очередь отрицательно сказывается на состоянии речевой функции и затрудняет преодоление заикания. Эта последняя часть комплексного воздействия осуществляется врачами соответствующей специализации.

*Психотерапия* предусматривает воздействие на психику заикающегося при помощи лечебного слова, которое является для человека не менее сильным условным раздражителем, чем реальные предметы и явления действительности. Основная цель психотерапии заключается в том, чтобы под её влиянием заикающийся изменил отношение к своему речевому недостатку и к окружающей действительности, чтобы он почувствовал себя полноценным человеком.

Психотерапия направлена в основном на преодоление психических симптомов заикания, но в результате их исчезновения или ослабления значительно уменьшаются и проявления речевой судорожности. Поэтому не случайно одним из основных условий избавления от заикания считается полное исчезновение фобий.

Обязательным условием для использования любых приёмов психотерапевтического воздействия является предварительное изучение заикающегося, проникновение в его внутренний мир, понимание всей сложности его душевных переживаний, его отношения к дефекту, особенностей взаимоотношений с окружающими людьми, условий жизни и быта и т. п. Лишь в этом случае можно полностью избежать совершенно недопустимого воздействия «невпопад» и рассчитывать на достаточную

эффективность психотерапии. Само собою разумеется, что психотерапевт должен обладать в глазах заикающегося достаточным авторитетом и что само его отношение к заикающемуся должно быть глубоко человеческим. Всякого же рода формальные внушения, «внушения ради внушений» действуют раздражающим образом и поэтому приводят к негативным последствиям.

Психотерапия подразделяется на рациональную и суггестивную. *Рациональная* (рассудочная) психотерапия адресуется к разуму человека (*rationalis* в переводе с латинского означает «разумный») и проводится в форме разъяснений и убеждений. Заикающемуся в доступной для него форме объясняют причину заикания и особенности его проявления, а также рассказывают об устранимости заикания, о характере предстоящей работы по его преодолению и о собственной роли заикающегося во всём этом процессе (это не относится к детям дошкольного возраста, у которых психические симптомы заикания к тому же значительно менее выражены или даже полностью отсутствуют). Сам характер разъяснений должен быть глубоко оптимистичным, настраивающим заикающегося на активную работу по преодолению речевого расстройства. Если его удаётся убедить в правильности сообщаемых сведений, то в дальнейшем они становятся его собственными убеждениями, в соответствии с которыми он и старается изменить своё поведение, своё отношение к дефекту. Правда, в любом убеждении содержится также некоторая доля внушения.

*Суггестивная* (*suggestio* в переводе с латинского означает «подсказывание», «внушение») психотерапия проводится в форме внушения. Она адресуется не к разуму, а идёт как бы в обход его. По образному выражению В. М. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца», минуя критику. Исключение критики здесь необходимо потому, что в обычных условиях содержание внушаемого встретило бы активное сопротивление сознания заикающегося и внушение было бы отвергнуто (например, ему не

удалось бы внушить мысль о том, что он хорошо и свободно говорит, если он прекрасно понимает, что из-за тяжелейшего заикания почти не в состоянии пользоваться речью).

По этой причине для целей внушения используют такие условия, когда кора головного мозга находится в заторможенном состоянии и сторож-критика «дремлет», не оказывая активного сопротивления поступающей в мозг «неправильной» информации. Благоприятные для внушения условия могут создаваться в гипнозе, который при заикании, однако, имеет ограниченное применение ввиду его малой эффективности (трудно путём гипноза угасить упроченный навык неправильной речи). Начиная с подросткового возраста применяется и внушение в «бодрствующем состоянии».

Важная роль в арсенале психотерапевтических средств отводится приёмам *самовнушения*, для чего опять-таки используется тормозное состояние коры головного мозга (самовнушение проводится или во время засыпания или сразу после пробуждения, когда головной мозг или уже выключился из активной работы или ещё не успел в неё включиться). В этих условиях заикающийся мысленно произносит положительные формулы внушения, например: «Я смел и уверен в себе. Я говорю хорошо и свободно. Моя речь плавная и спокойная». При этом вообще не должны употребляться слова типа «заикание», «судороги» и т. п. Такого рода самовнушения, проводимые регулярно и в течение достаточно продолжительного периода времени, могут сыграть очень важную роль в деле перевоспитания личности заикающегося и преодоления самого заикания.

В отношении детей дошкольного возраста, у которых психические симптомы заикания отсутствуют или пока ещё не получили своего полного развития, рассмотренные здесь виды психотерапии не применяются. В этих случаях она должна носить, если можно так выразиться, действенно-предупреждающий характер. Это значит, что для заикающегося ребёнка нужно постараться создать в семье и в детском учреждении такие условия

жизни, которые дали бы ему реальную возможность чувствовать себя хорошо и спокойно и тем самым способствовали бы предупреждению появления связанных с заиканием переживаний.

*Работа над речью.* Эта часть комплексного метода преодоления заикания реализуется логопедом при активном участии самого заикающегося и его ближайшего социального окружения.

Основная цель работы над речью заключается в восстановлении согласованной, координированной и ненапряжённой деятельности дыхательного, голосового и артикуляторного аппаратов, что способствует преодолению речевых судорог. Уделяется внимание постановке правильного речевого дыхания, воспитанию мягкой, ненапряжённой голосоподачи и спокойному, неторопливому артикулированию звуков, плавному (несудорожному) произнесению слов и небольших фраз. Всё это достигается за счёт использования специальных методов и постепенно усваивается ребёнком в процессе логопедических занятий. В дальнейшем этот способ правильного речеобразования должен быть автоматизирован путём систематических упражнений, с тем чтобы заикающийся мог постоянно пользоваться им в своей повседневной жизни. Темп речи должен быть неторопливым.

*С детьми дошкольного возраста* специальной работы по постановке дыхания и мягкой «атаки» голоса обычно не проводится. Здесь всё строится на простом подражании плавной и неторопливой речи логопеда, а затем и окружающих ребёнка взрослых людей. Все занятия проводятся в непринуждённой игровой форме, причём игры берутся самые разнообразные, с учётом возраста детей. Широко используется в ходе логопедических занятий и различная ручная деятельность детей, состоящая в изготовлении несложных поделок и сопровождаемая неторопливой речью. Все эти занятия вызывают у детей живой интерес. Они бывают при этом в приподнятом настроении и часто даже не подозревают о том, что с ними проводится какая-то специальная работа. Всё это как нельзя лучше способствует успешному



преодолению заикания.

*Дети школьного возраста* уже вполне сознательно работают над своей речью, стараясь выполнять конкретные рекомендации логопеда. Игры на логопедических занятиях отходят на задний план, уступая место более серьёзным видам работы. Широко используются специальные дыхательные и голосовые упражнения, различные «речевые зарядки» и пр. Большое внимание уделяется чтению и рассказыванию родителям школьных уроков при условии строгого соблюдения детьми необходимых речевых правил. Очень желательно присутствие на логопедических занятиях родителей, что позволит им в дальнейшем перенести применяемые логопедом приёмы в домашнюю работу с ребёнком. Это особенно важно для предварительной подготовки устных школьных заданий, которые ребёнок должен рассказывать родителям вслух. Такая подготовка необходима для закрепления навыков плавной речи и приобретения заикающимся достаточной речевой уверенности во время ответов в школе.

Важнейшим условием успешного преодоления заикания является такая организация логопедических занятий, чтобы заикание на них полностью отсутствовало. На первых порах это достигается за счёт использования «облегчённых» видов речи, позволяющих в большинстве случаев буквально сразу снять речевую судорожность. К таким видам речи относится сопряжённая (речь вместе с логопедом, в унисон), отражённая (повторение вслед за логопедом отдельных слов или фраз с сохранением при этом заданного темпа и ритма речи), ритмическая (с отбиванием ритма на каждом слоге или слове), шёпотная и др.

Исчезновение речевых судорог уже на самом первом и всех последующих занятиях оказывает на заикающегося сильное психотерапевтическое воздействие и стимулирует его к активной работе над речью, что очень важно для её успешного завершения.

В процессе работы с детьми школьного возраста, а также со взрослыми очень широко используется чтение. Оно осуществляется в несколько

замедленном темпе, выдерживанию которого способствует соблюдение знаков препинания, на которых к тому же удобнее всего делать речевой вдох. Чтение представляет собой очень благодатный материал для соблюдения заикающимися необходимых правил речи, поскольку их внимание не отвлекается на формулирование речевых высказываний. Однако чтение может использоваться лишь в том случае, если заикающийся достаточно хорошо владеет его техникой.

Поскольку при заикании нарушается темп и ритм речи, то в дидактической части комплексного метода существенное место отводится логопедической ритмике: проводятся плавные, неторопливые движения под музыку, сопровождаемые речью, что наилучшим образом способствует преодолению речевой судорожности.

После усвоения навыка плавной речи непосредственно на логопедических занятиях в дальнейшем этот навык переносится и в другие жизненные ситуации. Ребёнок постепенно приучается пользоваться такой речью дома, в школе, в разговоре со знакомыми и незнакомыми людьми. С этой целью проводится специальная тренировка речи в обычных жизненных ситуациях (обращение в присутствии логопеда с вопросами к незнакомым людям, коллективный (вместе с логопедом) поход в магазин с целью самостоятельной покупки каких-либо продуктов или товаров и т. п.). На последних этапах работы предусматриваются и специальные упражнения в так называемой эмоциональной речи, при которой соблюдение речевых правил требует от заикающегося значительно больших волевых усилий (например, свободный рассказ о каком-то волнующем ребёнка событии, о понравившемся ему фильме и др.).

Особо хочется остановиться на методах преодоления *впервые возникшего заикания*. Здесь имеются в виду случаи внезапного и острого его возникновения, что чаще всего имеет место после психотравмы. В подобных условиях все функции организма на некоторое время как бы притормаживаются, что распространяется и на речевую функцию. Последняя

из тормозного состояния выходит позже всех других функций, что связано с более поздним её появлением (по сравнению с другими функциями) у ребёнка и вообще у человека, а значит и с повышенной ранимостью. И если в этом ещё не пришедшем в норму состоянии ребёнок пытается говорить, то «неожиданно» (а по сути дела вполне закономерно) может обнаружиться или полная его неспособность к речи, или сильное заикание.

Единственно правильное поведение взрослого в подобном случае — это дать речевому аппарату ребёнка полный отдых, необходимый для восстановления нормального способа функционирования. Для этого нужно изолировать малыша от окружающих и под любым предлогом «заставить» (но без принуждения) его помолчать. Разговаривать он может только с игрушками, что обычно не сопровождается речевой судорожностью. Иными словами, нужно сделать всё возможное для того, чтобы ребёнок вообще не понял, что с ним произошло. В этом случае заикание, как правило, больше уже не возобновляется. Такой подход наиболее рационален в случаях «свежего» (до недели) заикания. В реальной жизни, к сожалению, всё делается как раз наоборот: взрослые «ахают», выражают своё крайнее беспокойство по поводу случившегося, ребёнок ещё больше пугается, и в результате неправильная, судорожная речь закрепляется по типу патологических условных рефлексов. Особенно это касается детей с ослабленной нервной системой, в силу чего именно в отношении них и должна проявляться повышенная бдительность.

*Обеспечение благоприятного социального окружения и способствующих преодолению заикания бытовых условий.*

Под ближайшим социальным окружением подразумеваются прежде всего родители и другие члены семьи заикающегося, а также педагоги школьных и дошкольных учреждений, с которыми ребёнок находится в постоянном контакте. Если логопеду удастся сделать этих людей своими союзниками и направить их усилия на возможно более полную реализацию комплексного метода преодоления заикания, то половину задачи можно

будет считать решённой. Чтобы эта мысль была более ясна, приведём доказательство «от противного».

К сожалению, в практике логопедической работы нередко приходится встречаться с такими случаями, когда семья и школа действуют буквально вразрез с установками логопеда, что крайне отрицательно сказывается на результатах логопедической работы. В частности, логопед прикладывает все усилия к тому, чтобы «приподнять» ребёнка в собственных глазах, внушить ему уверенность в успешном преодолении заикания, убедить в том, что он ничем не отличается от других детей, а учитель допускает насмешки над ним со стороны одноклассников и исключает его устные ответы на уроках (заикающимся нередко предлагают отвечать письменно или после уроков). Как же после этого ребёнок может поверить в свою «полноценность»? Далее, логопед предлагает заикающемуся на первых порах говорить в несколько замедленном темпе и тратит много времени и сил на приучение ребёнка к этому темпу, а учитель снижает оценку за то, что при ответе заикающийся «тянет резину». По этой причине дети нередко возвращаются к логопедам с резко ухудшившейся речью и в дальнейшем отказываются даже на занятиях «говорить по правилам», что буквально обезоруживает логопеда в отношении преодоления у них речевой судорожности. К этому нередко добавляется и оставляющая желать лучшего домашняя обстановка, поскольку некоторые родители продолжают сохранять установившиеся у них с ребёнком конфликтные отношения, не предпринимают никаких мер по налаживанию для него «щадящего» режима дня и пр. На фоне всего этого бессмысленно говорить об укреплении нервной системы заикающегося, о преодолении имеющихся у него вторичных психических наслоений (они, наоборот, будут усугубляться) и даже о самой работе над речью. Так что же тогда остаётся от комплексного метода? Как видим, в подобных случаях только считается, что ребёнок «занимается у логопеда», на самом же деле он понапрасну тратит время и силы. А если подобные попытки «преодоления заикания» предпринимаются неоднократно, то не только у самого ребёнка,

но и у его родителей прочно укореняется мысль о его «неизлечимости».

Ввиду всего сказанного как родителям, так и педагогам важно с самого начала понять свою исключительную, совершенно незаменимую роль в деле *практической реализации* комплексного метода преодоления заикания. Ведь за пределами логопедического кабинета ребёнок полностью находится во власти окружающих его взрослых, от поведения которых зависит или дальнейшее укрепление полученных на логопедических занятиях навыков здоровой речи или, наоборот, их разрушение. А это значит, что не только на период проведения «лечебного курса», но и в течение некоторого времени после его окончания родители и педагоги должны мобилизовать все свои усилия на активную помощь ребёнку и всестороннюю моральную его поддержку.

Что же конкретно могут сделать родители? Прежде всего они должны позаботиться о выполнении всех рекомендаций врача-невропатолога, направленных на укрепление нервной системы ребёнка. Для этого недостаточно только обеспечить регулярность приёма ребёнком лекарств или выполнение назначенных физиотерапевтических процедур. Всё это окажется эффективным лишь в том случае, если ребёнок при этом будет находиться в спокойной обстановке, не переутомляться, нормально и своевременно питаться, достаточно спать, бывать на свежем воздухе. Резко нужно ограничить и просмотр «возбуждающих» телевизионных передач, особенно в позднее время. Понятно, что всё это непросто организовать, но тем не менее сделать это необходимо.

Кроме того, для обеспечения спокойной обстановки в семье родителям в необходимых случаях придётся многое пересмотреть как в своих собственных взаимоотношениях, так и во взаимоотношениях с ребёнком. Все противоречия на некоторое время необходимо «приглушить», а выяснение разного рода конфликтных вопросов — отложить. Цена этому «перемирию» — здоровье ребёнка.

В присутствии ребёнка взрослым очень важно соблюдать

неторопливый темп речи, что значительно облегчит заикающемуся прочное овладение логопедическими речевыми правилами и введение их в свою повседневную жизнь. Необходимо также отмечать любое улучшение в речи ребёнка, радоваться этому вместе с ним, приподнимая тем самым его настроение и косвенно внушая уверенность в скором преодолении заикания.

И, наконец, одной из важных обязанностей родителей является ежедневное продолжение логопедической работы с ребёнком в домашних условиях. Для этого не нужно обладать какими-то особыми профессиональными знаниями. Правила речи ребёнку хорошо известны, он овладел ими на логопедических занятиях, нужно лишь регулярно создавать благоприятные условия для их практического использования, беседовать с ребёнком в неторопливом темпе, позволяющем ему отвечать «по правилам» на задаваемые взрослым вопросы. Кроме того, ребёнок может рассказывать выученные им стихотворения, подготовленные школьные уроки, читать вслух несложные тексты со строгим соблюдением знаков препинания — лишь бы это были упражнения в полноценной, не прерываемой судорогами речи.

В нашей практике был случай полного преодоления заикания у 10-летнего мальчика. Основную заслугу в этом мы с полным основанием приписываем его бабушке, вообще не владевшей грамотой. Приехав в город из сельской местности, эта очень уже пожилая женщина основную часть своего свободного времени проводила за вязанием. Ввиду большой занятости родителей на работе, связанной к тому же с частыми командировками, мальчик после возвращения из школы постоянно находился в обществе бабушки. Мы попросили её ежедневно слушать чтение ребёнка, указав при этом единственный ориентир для «логопедического» контроля: при условии соблюдения речевых правил мальчик не будет заикаться. Бабушка с удовольствием слушала чтение, не отрываясь при этом от вязания, а как только внук начинал спешить и соответственно «спотыкаться», она тут же останавливала его, говоря: «Славушка, читай по правилам!» В результате у

мальчика очень прочно закрепился навык плавной, спокойной речи, наилучшим образом предохранявший его от запинок. Не последнюю роль в этом, конечно, сыграла и спокойная манера обращения бабушки со своим любимым внуком. Этот очень поучительный для всех нас пример лишний раз свидетельствует о том, что для снятия у ребёнка связанных с заиканием тяжёлых психических переживаний совсем не обязательны продолжительные успокаивающие беседы с ним — достаточно просто создать вокруг него такую доброжелательную обстановку, в которой он действительно чувствовал бы себя полноценным человеком. Приобретённое чувство внутренней уверенности не замедлит положительно сказаться и на состоянии речи заикающегося, способствуя её полной нормализации.

Теперь о роли педагогов. Она столь велика потому, что педагоги в глазах ребёнка являются той «официальной инстанцией», которая оценивает меру его «соответствия» или «несоответствия». И если такого рода оценка крайне важна для любого ребёнка (не напрасно мы так часто встречаемся со «школьной дезадаптацией»), то для заикающегося она может сыграть поистине решающую для всей его дальнейшей жизни роль. И очень важно, чтобы каждый педагог достаточно хорошо осознавал всю меру своей ответственности в этом вопросе.

Прежде всего заикающийся ребёнок должен быть полностью уверен в добром отношении к нему со стороны учителя и ни минуты не сомневаться в том, что в глазах педагога он «ничем не хуже всех других детей». Это самое основное условие для «защищённого» его пребывания в школе. Далее, незаметно для заикающегося ребёнка, как бы сама собой в классе должна сложиться такая обстановка, в которой одноклассники совершенно естественным образом смогут относиться к заикающемуся ученику как к равному (ведь не только передразнивания и насмешки, но и постоянные проявления сочувствия не позволяют человеку держаться «на равных»). С этой целью нужно постараться найти в ребёнке какие-то положительные качества, способные привлечь к нему других детей и вызвать их уважение и

интерес. И в самом деле, ведь ценность любого человека состоит не только в обладании им нормальной речью...

Долг учителя заключается ещё и в том, чтобы помочь заикающемуся ребёнку преодолеть нередко возникающий у него страх перед ответами на уроках. Наличие или отсутствие такого страха во многом определяется уже самим отношением учителя к заикающемуся ребёнку, которое последний обычно очень тонко чувствует (не напрасно он спокойно отвечает на уроках одного учителя и панически боится отвечать или даже вообще отказывается это делать на уроках другого). Для преодоления страха заикающегося перед ответами первое время лучше всего спрашивать его с места, предлагая несложные вопросы, которые не требуют пространных ответов. При этом можно поддержать и подбодрить его улыбкой, приветливым взглядом, одобрительным кивком головы и т. п. Многого здесь не требуется, главное — чтобы он чувствовал доброжелательность со стороны учителя.

После обретения ребёнком необходимого спокойствия в процессе таких эпизодических ответов можно будет постепенно приучать его и к ответам у классной доски. Начать здесь лучше с рассказывания хорошо выученных им стихотворений, когда заикание обычно проявляется значительно меньше, или с чтения заранее подготовленных текстов. Если эти первые опыты окажутся положительными и помогут ребёнку преодолеть трудный для него психологический барьер, то в дальнейшем он будет чувствовать себя в классе спокойно. А это значит, что ему тем самым будет оказана буквально неоценимая помощь в деле преодоления заикания.

Логопедическая работа с заикающимися обычно проводится не индивидуально, а в группе, что принципиально важно. Дело в том, что заикание более всего проявляется в условиях общения с другими людьми, в различных ответственных ситуациях, тогда как наедине с собой человек говорит, как правило, нормально. Поэтому в процессе логопедической работы важно научить его владеть правильной речью именно в присутствии других людей, в условиях общения в коллективе, что одновременно будет



способствовать и постепенному исчезновению у заикающегося вторичных психических наслоений, обретению им внутренней уверенности. Лишь в особо трудных случаях начинать приходится с индивидуальной работы с ребёнком, которая должна подготовить его к включению в логопедическую группу.

Преодоление заикания может проводиться как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях. И то и другое имеет свои положительные и отрицательные стороны, поэтому при выборе типа логопедического учреждения в каждом конкретном случае необходимо учитывать степень тяжести заикания, личностные особенности ребёнка (или взрослого) и условия его жизни и быта.

Преимущество стационарного лечения состоит в том, что в этих условиях значительно легче реализовать комплексный метод преодоления заикания во всей его полноте. Так, здесь можно организовать чёткий распорядок дня, необходимое лечение нервной системы и любую форму психотерапевтического воздействия наряду с регулярностью (ежедневностью) логопедических занятий. Значительно облегчается в этих условиях и соблюдение правил речи для заикающихся, поскольку ими пользуются все без исключения (в том числе и весь обслуживающий персонал). Положительную роль играет и отсутствие конфликтных ситуаций, от которых многие заикающиеся не застрахованы в условиях семьи.

Однако стационарная форма лечения не подходит для тех детей, которых отрыв от семьи приводит в состояние стресса. В подобных случаях вместо улучшения речи может наступать даже её ухудшение. Кроме того, обратный переход от «тепличных» стационарных условий к обычным условиям жизни в некоторых случаях проходит не совсем гладко и может привести к ухудшению речи. Это объясняется тем, что при таком переходе заикающийся должен сразу предстать перед всеми своими родными и знакомыми «в новом виде», с несколько иной, непривычной для них манерой речи. При этом ребёнку (или взрослому) предстоит совершенно

самостоятельно перенести усвоенные им в стационаре речевые правила на процесс общения со всеми людьми и во всех, в том числе и сложных для него, жизненных ситуациях. Нельзя не учитывать и того немаловажного обстоятельства, что все эти люди «остались при своих прежних понятиях» и будут относиться к заикающемуся привычным для них, но уже не вполне подходящим для него образом. Каждому ли ребёнку удастся выйти без потерь из такой ситуации?

Из сказанного ясна необходимость подготовки родителей заикающегося к его встрече после окончания курса стационарного лечения — они обязаны сделать всё возможное для обеспечения постепенности возврата ребёнка к прежним условиям жизни. А это значит, что дома нужно создать спокойную и в то же время несколько празднично-приподнятую атмосферу. Нужно порадоваться вместе с ребёнком его хорошей речи и ни в коем случае не фиксировать внимания на возможных отдельных запинках. В круг друзей и знакомых его нужно вводить очень постепенно, причём начинать с наиболее доброжелательно настроенных по отношению к нему детей и взрослых. (Из собственной практики нам известны случаи резкого ухудшения речи заикающихся, после того как в доме устраивался праздник по поводу их возвращения и все разом приглашались «посмотреть на результаты лечения»). Членам семьи необходимо «подстроиться» под несколько замедленную речь ребёнка, дав ему тем самым возможность соблюдать речевые правила. Устанавливается также щадящий режим дня, о котором говорилось на с. 297. Все эти простые меры позволят избежать «трудностей перехода», что очень важно для сохранения и дальнейшего упрочения достигнутых результатов.

В амбулаторных условиях значительно труднее соблюсти все необходимые для успешного преодоления заикания условия, но зато страдающий им человек остаётся в привычной для него обстановке. Это даёт ему возможность *постепенно*, шаг за шагом, при постоянной поддержке и помощи логопеда и к тому же сравнительно незаметно для окружающих

перестроить свою речь и саму манеру общения с ними на новой основе. Обновлённые отношения со всеми родными и знакомыми, основанные на приобретении заикающимся большей уверенности в себе, в этих условиях тоже сложатся постепенно, а значит и более прочно. В ходе всего этого процесса неизбежно несколько «перестроятся» и окружающие заикающегося люди, которые постепенно превратятся в союзников в его борьбе за хорошую речь. Однако амбулаторная форма занятий окажется малоэффективной для тех заикающихся, у которых резко выражены проявления невроза, особенно если это сочетается с неблагоприятной, конфликтной домашней обстановкой.

Для заикающихся детей дошкольного возраста наиболее подходящими, по нашему мнению, являются условия полустационара, которые обеспечиваются в речевом (логопедическом) детском саду. Здесь ребёнок имеет возможность, не отрываясь полностью от семьи, систематически получать необходимую ему медико-педагогическую помощь и в то же время постепенно переносить навыки плавной речи во все жизненные ситуации.

В каких бы условиях ни проводилась лечебно-коррекционная работа с заикающимися, очень важно довести её до полного завершения. Дело в том, что в случае недостаточной автоматизации навыков правильной, несудорожной речи заикающийся невольно перестаёт («забывает») пользоваться речевыми правилами, что нередко приводит к возврату заикания. Это даже не рецидив в собственном смысле слова, а именно не доведённая до конца работа. Поэтому родителям следует иметь в виду, что работа по преодолению заикания чаще всего проводится в несколько приёмов, отдельными курсами, между которыми устраиваются более или менее длительные перерывы. Это связано с тем, что для полной автоматизации навыка плавной речи и перестройки личности заикающегося требуется достаточно продолжительное время, и было бы слишком утомительно для ребёнка в течение всего этого времени посещать логопедические занятия.

Во время перерыва в занятиях ежедневная работа над речью

продолжается в домашних условиях. Соблюдаются при этом и все рекомендации логопеда и других специалистов. В этих условиях речь ребёнка может не только сохраняться на достигнутом уровне, но даже улучшаться, и это вполне закономерно. Бывают и такие случаи, когда в результате достигнутого улучшения надобность в проведении повторного курса занятий просто отпадает. Такие случаи мы наблюдали даже у некоторых (достаточно волевых) взрослых, которые выписывались из стационара лишь с улучшением речи, а затем путём самостоятельной работы над ней полностью избавлялись от заикания и в связи с этим отказывались от повторного поступления в стационар. И наоборот, в условиях резкого прекращения работы над речью всё, как правило, «раскручивается» в обратном направлении и в дальнейшем приходится начинать почти с нуля. Очень важно, чтобы и родители и сами заикающиеся, достигшие соответствующего возраста, хорошо это понимали.

Необходимо учитывать и то, что даже прочно устранённое заикание при особо неблагоприятных условиях может давать *рецидивы*. По этой причине важно сознательно предпринимать необходимые меры для их профилактики, которые сводятся в основном к следующему:

1. Поддержание возможно более спокойных условий жизни как в семье, так и в школе (на работе). Правда, здесь не всё зависит только от родителей или самих заикающихся, но всё же собственная роль тех и других в этом вопросе далеко не последняя. Те неблагоприятные условия, которые можно изменить, подлежат обязательному изменению, а ко всему остальному необходимо несколько перестроить отношение и не расстраиваться бесчисленное количество раз по одному и тому же поводу. Спокойное отношение к таким «неизменяемым» обстоятельствам нужно внушить и ребёнку. Например: «Ну что же поделаешь, бабушка уже старенькая, больная, не надо на неё обижаться за то, что она тебя часто бранит» (в некоторых семьях при подобных обстоятельствах складываются буквально невыносимые, конфликтные условия жизни, но ведь должен же найтись в

семье хотя бы один умный в этом плане человек, тем более что это необходимо для здоровья ребёнка!). Если же речь идёт о постоянных и травмирующих заикающегося его конфликтах с друзьями, то это обстоятельство нужно обязательно устранить из его жизни, даже если ради этого придётся поменять друзей. Одним словом, искреннее желание изменить обстоятельства жизни к лучшему всегда подскажет правильный выход из неблагоприятной обстановки.

2. Исключение переутомления, особенно длительного. Оно истощающим образом действует на нервную систему ребёнка со всеми вытекающими отсюда нежелательными последствиями (вспомните о причинах заикания). У некоторых же детей день расписан буквально по минутам, поскольку родители не хотят «ничего упустить». Заикающегося дошкольника они водят и на музыку, и на рисование, и на занятия по английскому языку, и на подготовительные занятия для поступления в гимназию, а тут ещё и логопед... Не надо быть специалистом в вопросах речевой патологии, чтобы понять бесполезность логопедических занятий в подобных условиях. То же самое относится и к случаям недопустимо большой перегруженности заикающихся взрослых.

3. Предельное ограничение речевого общения и особо строгое соблюдение щадящего режима при любых неблагоприятных жизненных ситуациях (болезни, операции, несчастные случаи, непредвиденные конфликты и пр.). Здесь важно понимать, что при подобных обстоятельствах чаще всего в первую очередь страдает самое слабое звено, в отношении которого поэтому и нужно заранее проявить необходимую заботу.

Говоря о взрослых заикающихся, нельзя не упомянуть о вредности курения и употребления алкогольных напитков, поскольку оба эти фактора оказывают разрушающее воздействие на нервную систему, при неблагоприятном состоянии которой нельзя рассчитывать на успешное преодоление заикания.

Наиболее полные и устойчивые результаты в преодолении заикания

достигаются у детей дошкольного возраста. В целом же его устранимость в каждом конкретном случае зависит от целого ряда факторов и прежде всего — от степени обеспечения необходимых для преодоления заикания условий, о которых шла речь в данной главе.

## *Глава 15* **НАРУШЕНИЕ ТЕМПА РЕЧИ**

### ***ТАХИЛАЛИЯ***

Тахилалия — это ускоренная речь (в переводе с греческого *tachys* — это «быстрый», «скорый»). При тахилалии, в отличие от заикания, не наблюдается речевых судорог и страха речи. Характерно и то, что в сложных и ответственных ситуациях речь страдающих тахилалией, в отличие от речи заикающихся, не только не ухудшается, но даже улучшается, что можно объяснить повышением самоконтроля над нею. От ускорения темпа (вместо 10—12 звуков в секунду произносится 20—30) существенно страдает выразительность речи, её понимание слушателем.

Большую роль в происхождении тахилалии играет наследственная предрасположенность и значительно меньшую — подражание. Возникает тахилалия чаще всего в детстве, на фоне уже имеющегося у ребёнка невроза и заметно усиливается в пубертатном (13—15-летнем) возрасте. Для многих детей, страдающих тахилалией, характерна суетливость в поведении, повышенная моторная возбудимость, а также раннее развитие фразовой речи и склонность к многоречивости. На фоне тахилалии может появляться заикание, возникающее без видимого внешнего повода.

Методы преодоления тахилалии имеют много общего с методами преодоления заикания — здесь также необходимо комплексное медико-педагогическое воздействие. Проводится медикаментозное лечение, направленное на затормаживание двигательных реакций, и одновременно воспитывается более упорядоченное поведение ребёнка. В частности, его приучают доводить всякое начатое им дело до конца и делать его спокойно, без ненужной спешки и суеты. На этом более спокойном общем фоне легче будет замедлить и темп речи.

Преодоление тахилалии проводится преимущественно в процессе

групповых занятий, поскольку коллектив для этих детей является большим сдерживающим началом. Работу лучше всего начать с режима молчания, что позволит успокоить ребёнка и несколько «приглушить» сформировавшийся навык быстрой речи. Затем речь вне логопедического кабинета должна быть резко ограничена, чем обеспечивается реальная возможность для контроля над нею. Используется как самоконтроль над речью, так и контроль со стороны окружающих (в виде постоянных напоминаний о необходимости говорить медленнее).

В ходе логопедической работы широко используется сопряжённая и отражённая речь (см. с. 303), позволяющая дать чёткий образец для подражания и в то же время задержать, замедлить стремительный речевой поток. Замедлению речевого темпа способствует и ритмическая речь, когда ритм задаётся путём отстукивания рукой или при помощи метронома. Обращается внимание на чёткое артикулирование каждого звука (для контроля можно использовать речь перед зеркалом), на достаточно длительное произнесение гласных, на соблюдение словесных и логических ударений. Широко используется чтение, в процессе которого особое внимание обращается на соблюдение знаков препинания. Замедлению речевого темпа способствует также усиление громкости голоса, увеличение расстояния до слушателя и пр. Очень полезно участие детей в художественной самодеятельности, чтение басен в лицах и любые другие упражнения в выразительной речи.

Для преодоления тахилалии чаще всего требуется проведение нескольких лечебных курсов.

### ***БРАДИЛАЛИЯ (БРАДИФРАЗИЯ)***

Под брадилалией понимается замедленный темп речи (в переводе с греческого *bradys* — медленный, *phrasis* — выражение). Это речь с вялой и нечёткой артикуляцией, с растягиванием гласных звуков, с удлинением пауз между словами, произносимая монотонным голосом. Такая речь производит



тяжёлое впечатление и быстро утомляет слушателей. В основе брадилалии лежит замедленное протекание нервных процессов, что не только отражается на речи, но и проявляется в общей вялости и заторможенности человека. Брадилалия нередко наблюдается при олигофрении (умственной отсталости). Она может быть и следствием перенесенного менинго-энцефалита, а также травм и опухолей головного мозга. Вместе с тем, она встречается и как самостоятельное нарушение темпа речи у медлительных по своей натуре людей.

Для преодоления брадилалии используется комплексное воздействие. Большая роль отводится активизации нервных процессов, что достигается за счёт применения лекарственных средств и физиотерапии. Широко используются гимнастические упражнения и логопедическая ритмика с *постепенным* ускорением темпа движений. В необходимых случаях проводится общеукрепляющее лечение, на этом фоне существенно облегчается проведение логопедической работы с детьми.

В логопедическом процессе используются те же самые виды работы, что и при тахилалии, но не с замедлением, а наоборот, с *постепенным* ускорением темпа.

## *Глава 16*

# РАССТРОЙСТВА РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Необходимость отдельного рассмотрения нарушений речи у детей с неполноценным слухом объясняется следующим.

Во-первых, нарушение нормального функционирования одного из ведущих речевых анализаторов приводит к особенно серьёзным отклонениям в речевом развитии детей, на что нельзя не обратить внимание читателя.

Во-вторых, правильное понимание этой проблемы родителями и своевременное принятие ими коррекционно-профилактических мер позволит многое сделать для сохранения речи детей.

Случаи наследственной глухоты, передающейся из поколения в поколение, довольно редки. Что касается врождённой глухоты, то причинами её может быть недоразвитие слухового аппарата ребёнка (при действии вредностей на 4—5-й неделе внутриутробного развития) или его повреждение во второй половине беременности вследствие болезней матери, токсемикозов, гормональных расстройств, резус-конфликта и пр. Причиной рано приобретённой глухоты может явиться асфиксия при рождении. Примерно в 80% всех случаев слух у детей нарушается в возрасте до 2 лет. Причинами этого могут быть детские инфекции (в особенности менингит, корь, скарлатина), отиты, применение антибиотиков (прежде всего — стрептомицина) и др.

Принято различать две основные категории детей с нарушением слуха: глухих и слабослышащих, а среди глухих — рано- и позднооглохших. Последние до наступления глухоты уже успели приобрести речь, поэтому в отношении них должна проявляться специальная забота о сохранении имеющейся речи. Беспокоиться об этом следует буквально с самых первых дней утраты слуха. (При наступлении глухоты в 3—5 лет и при отсутствии специальной работы над речью у ребёнка к школьному возрасту сохраняется лишь небольшой запас искажённых слов). В дальнейшем изложении мы

больше не будем касаться проблемы глухоты и рассмотрим нарушения речи у детей при сниженном слухе.

Принципиальная разница между слабослышащими и глухими заключается в том, что имеющаяся у слабослышащих степень сохранности слуха позволяет им хотя бы в самой минимальной степени *самостоятельно* обогащать свой словарный запас, тогда как для глухих это полностью исключено.

Слабослышащие дети имеют разную степень снижения слуха. Принято различать три степени тугоухости, из которых самая тяжёлая — третья. Однако гораздо большее значение имеет не степень потери слуха, а состояние речи ребёнка, поскольку при одной и той же степени тугоухости возможности речевого общения могут быть весьма различными. В связи с этим комплектование школ слабослышащих осуществляется в основном не по состоянию у детей слуха, а по уровню их речевого развития.

Состояние речи у детей со сниженным слухом зависит от следующих условий:

1. От степени снижения слуха (чем больше снижен слух, тем хуже условия для развития речи).
2. От времени наступления тугоухости (чем раньше, тем хуже).
3. От условий воспитания ребёнка, то есть от того внимания, которое уделяется развитию его речи. Этот последний фактор настолько важен, что во многих случаях он может «перевесить» первые два, причём в самых неблагоприятных случаях только на него и могут возлагаться все надежды.

Мы рассмотрим преимущественно нарушения речи у слабослышащих с первой степенью тугоухости, владеющих развёрнутой речью, тем более что часть этих детей обучается в общеобразовательных школах. К тому же, именно этой категории детей больше всего способны помочь сами родители.

Все имеющиеся у слабослышащих нарушения речи условно могут быть разделены на две большие группы — на непосредственно связанные со

снижением слуха и на не связанные с его снижением. Ко второй группе нарушений следует отнести, например, заикание, дизартрию, открытую и закрытую органическую ринолалию, а также «моторные» формы дислалии и оптические дисграфии и дислексии. Эти виды речевой патологии у слабослышащих как по своей причинной обусловленности, так и по методам коррекционного воздействия приближаются к однотипным нарушениям речи у детей с нормальным слухом.

Что касается речевых расстройств, которые непосредственно связаны с неполноценностью слуховой функции, то они достаточно разнообразны. Однако если попытаться как-то объединить и обобщить все эти нарушения, то здесь правильнее всего будет говорить об общем недоразвитии речи на почве снижения слуха. И действительно, у слабослышащих детей речевая функция страдает в целом: нарушается как понимание речи окружающих, так и собственная произносительная речь ребёнка во всех её основных звеньях (звукопроизношение, словарный запас, грамматический строй). Рассмотрим кратко каждый из этих аспектов.

*Понимание речи* у слабослышащих страдает по причине неполноценности её слухового восприятия. Ведь прежде чем понять сказанное, нужно его правильно воспринять, то есть правильно услышать, что в условиях снижения слуха оказывается далеко не всегда возможным. Слабослышащий ребёнок вообще не воспринимает на слух некоторые звуковые частоты, что лишает его возможности различения многих звуков. В частности, высокочастотные звуки С и Ц в словах типа СВЕТ — ЦВЕТ в условиях проведённого нами специального исследования не различали 84% слабослышащих учащихся даже с преимущественно первой степенью тугоухости. А это значит, что для них существенно затруднено слуховое восприятие и последующее понимание тех слов, в состав которых входят эти звуки. Но ведь большинство слабослышащих не различает на слух далеко не одну пару звуков. Каким же образом им удаётся понимать речь окружающих?

Правильному пониманию речи в условиях неполного её восприятия может способствовать следующее:

Во-первых, *учёт конкретной ситуации речевого общения*. Допустим, ребёнок, не различающий на слух звуки П и Б, слышит в разговоре слово БОЧКА, которое для него звучит «неотличимо» от слова ПОЧКА. Если общая тема разговора посвящена разного рода заготовкам, то слабослышащий поймёт, что речь идёт о бочке для засолки овощей, а не о почке, которую можно застудить или которая может болеть. Если же говорят об операциях или болезнях, то это же самое «сомнительное» слово даже в условиях его изолированного произнесения будет истолковано в соответствии с темой разговора. И, наконец, третье толкование этому слову будет дано в ситуации сбора сосновых или ольховых почек.

Во-вторых, *учёт смысла соседних слов*. Например, ребёнок, не способный различить на слух слова ТУШЬ и ДУШ, безошибочно понимает их смысл в таких словосочетаниях: ГОРЯЧИЙ (или ХОЛОДНЫЙ, ТЕПЛЫЙ) ДУШ и ЧЁРНАЯ ТУШЬ.

В-третьих, *учёт грамматической формы соседних слов*. Так, различению слов ПАПА и МАМА может помочь ориентировка на окончание употреблённого рядом с ними глагола прошедшего времени: МАМА ПРИШЛА, тогда как ПАПА ПРИШЁЛ.

В-четвёртых, *зрительное восприятие артикуляции «сомнительных» звуков*, играющих решающую роль для понимания смысла слов. Естественно, что речь здесь может идти только о различающихся «по виду» звуках — типа С и Ш, З и Ж, П и Т, Б и Д и т. п. Опора на зрительное восприятие артикуляции звуков поможет различить слова типа МИШКА и МИСКА, ПАПА и ТАТА, БЕЛИТЬ и ДЕЛИТЬ и т. п.

Подобными способами «домысливания» в условиях затруднённого восприятия речи нередко пользуются и нормально слышащие люди (например, при разговоре по телефону или в шумном помещении), для слабослышащих же такое «затруднённое восприятие» имеет место

постоянно. Однако для правильного «домысливания» необходимо иметь достаточный словарный запас и владеть основными грамматическими нормами языка. То и другое у слабослышащих оставляет желать лучшего, что будет видно из дальнейшего изложения. Следовательно, в вопросах понимания речи им трудно полностью компенсировать свою слуховую недостаточность, однако усовершенствование лексико-грамматической стороны речи улучшит и возможность её понимания.

*Словарный запас* слабослышащих детей отличается целым рядом своеобразных, типичных именно для этой категории детей особенностей. Основные из них следующие:

1. Малый запас слов. Их именно мало, потому что ребёнок со значительной степенью снижения слуха лишь немного может самостоятельно уловить из речи окружающих и тем более прочно усвоить (имеются в виду те случаи, когда с ним не проводится никакой *специальной* работы по обогащению словаря).

2. Неточность понимания значений употребляемых ребёнком слов, выражающаяся в большинстве случаев в расширении и размытости этих значений. Так, название предмета может заменяться названием действия, признака или другого предмета (УМЫВАТЬСЯ вместо УМЫВАЛЬНИК или вместо МЫЛО; ГОРЯЧИЙ вместо УТЮГ; ТЕМПЕРАТУРА вместо ТЕРМОМЕТР и т. п.). Приведённые примеры во многом объясняются всё той же бедностью словарного запаса — как говорится, «не до тонкостей», лишь бы уловить, о чём вообще идёт речь...

3. Замены близких по звучанию слов, что характерно и для процесса восприятия речи (так называемые «ослышки»). Слабослышащий нередко улавливает лишь общий ритмический рисунок слова, то есть количество слогов в нём и место ударения. С этой точки зрения слова внутри каждой из приведённых ниже групп могут восприниматься ребёнком как одинаковые:

КОЧКА — ГОРКА — КОШКА — НОРКА — ПОРКА;

МОЛОТОК — ПОТОЛОК — ПОРОШОК — ПЕТУШОК;

## ВОРОТА — ВОРОНА — ХОРОШИЙ.

4. Искажение окончаний слов, нередко до полной неузнаваемости слова, например: МОЙ вместо МОСТ; ПАРОЛЬ вместо ПАРОМ. Такие особенности произношения слов типичны именно для детей со сниженным слухом, что объясняется безударностью большинства окончаний в русском языке, а значит недостаточной разборчивостью их звучания. В таком приблизительном, усечённом виде они и усваиваются детьми. Это ещё лишний раз свидетельствует о необходимости особенно чёткого проговаривания каждого слова в процессе общения со слабослышащим ребёнком.

5. Опускание безударных приставок и суффиксов по причине недостаточно хорошей слышимости тех и других, например: БЕЖАЛИ вместо ПОБЕЖАЛИ или вместо ПРИБЕЖАЛИ; СТОЛ вместо СТОЛИК.

6. Выпадение согласных звуков при их стечении, например: ТРАУС или РАУС вместо СТРАУС; ЛОН вместо СЛОН.

7. Замены акустически близких звуков, не различаемых ребёнком на слух, что приводит к изменению смыслового значения слов (КОЛОС вместо ГОЛОС, ГАРДИНА вместо КАРТИНА).

Нередко при произнесении одного и того же слова может иметь место сразу несколько из перечисленных видов искажений, что изменяет слово до полной неузнаваемости, например: РАУТ вместо СТРАУС, АРОТ вместо КОРОБКА. Всё это вместе взятое позволяет судить о том, насколько неотчётливы и неустойчивы представления слабослышащего ребёнка о смысловом значении и звуковом составе употребляемых им в речи слов. Естественно, что это крайне затрудняет для него также процесс слухового восприятия и узнавания слов, произносимых окружающими людьми. Если бы даже ребёнок правильно услышал сказанные слова (чего на самом деле нет), то ему было бы трудно соотнести их с имеющимися у него далеко не точными их «копиями». Единственный способ как-то исправить это положение заключается в чётком и достаточно громком произнесении всех

слов при разговоре со слабослышающим ребёнком. Только в этом случае он получит реальную возможность для того, чтобы с самого начала усваивать все слова в их точном значении и правильном звуко-слоговом и грамматическом оформлении.

*Грамматический строй речи* по уже рассмотренным выше причинам у слабослышающих детей также грубо нарушен. Связь между словами в предложении в русском языке выражается в основном при помощи окончаний и предлогов, которых многие дети со сниженным слухом в обычных условиях просто не слышат. А это значит, что они не могут овладеть практическим навыком согласования слов в роде, числе и падеже, что и приводит к тяжёлому и трудно преодолеваемому аграмматизму. Фразовая речь, по существу, часто просто отсутствует — имеется лишь набор грамматически не связанных между собой слов.

В течение всех лет школьного обучения педагогам с большим трудом и не всегда достаточно успешно приходится перевоспитывать изначально неправильно сформировавшуюся (или даже заново воспитывать вообще не сформировавшуюся) речь слабослышающего ребёнка. По этой причине хочется ещё и ещё раз призвать родителей к тому, чтобы при малейшей возможности постараться уже в самом раннем возрасте поставить развитие речи ребёнка на правильные «рельсы». И сделать это можно только путём максимального обеспечения её слышания. Мы не касаемся здесь достаточно эффективных специальных методов обучения, практикуемых уже в дошкольном возрасте, а говорим лишь о средствах, доступных самим родителям.

*Звукопроизношение* у слабослышающих детей не может формироваться нормально ввиду неполноценного функционирования одного из ведущих в этом плане анализаторов — речеслухового. Не слыша многих речевых звуков или воспринимая их на слух в «усечённом» виде (выпадают некоторые из составляющих эти звуки частот), ребёнок не может им правильно подражать (как помним, в ходе становления звукопроизношения речеслуховой



анализатор как бы ведёт за собой речедвигательный). Это приводит к тому, что до 96% слабослышащих учащихся даже в старших классах школы имеют дефекты в произношении звуков речи, причём преобладающими являются полиморфные формы нарушения (на одного ребёнка приходится от 4 до 31 неправильно произносимых звуков).

Зная о большой «предрасположенности» ребёнка со сниженным слухом к дефектному произношению многих звуков, важно уже с самого раннего его возраста предпринимать в этом отношении необходимые профилактические меры (громкое и отчетливое произнесение звуков взрослыми и привлечение внимания ребёнка к артикуляции говорящего, о чем уже упоминалось выше). Однако при этом не следует «замыкаться» лишь на чисто «слуховой» стороне проблемы. Важно также обратить внимание на правильность строения речевого аппарата ребёнка и на подвижность его артикуляторных органов — и то и другое нередко бывает нарушено. Своевременное устранение этих не связанных с состоянием слуховой функции препятствий на пути к овладению правильным звукопроизношением значительно улучшит последнее даже при том же самом состоянии слуха.

Во всех случаях нарушения у детей слуховой функции необходимо возможно более раннее обращение к специалистам, что, однако, не может заменить повседневной заботы и помощи этим детям со стороны родителей.