

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Институт психологии и образования

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Учебное пособие



Казань
2015

УДК 376.1-058.264
ББК 74.57
О-75

*Печатается по решению
заседания учебно-методической комиссии
Института психологии и образования КФУ
Протокол № 3 от 7 ноября 2014 г.*

Научный редактор
кандидат психологических наук, доцент кафедры
специальной психологии и коррекционной педагогики КФУ
Т.В. Артемьева

Рецензенты:
кандидат психологических наук,
доцент **А.Т. Курбанова (КФУ);**
кандидат психологических наук,
доцент **Р.Ш. Серодеева (ЧОУ ВПО АСО (КСЮИ))**

О-75 Основы логопедии: учебное пособие / А.И. Ахметзянова, Н.И. Болтакова, И.А. Нигматуллина, Т.Ю. Корнийченко, Л.Н. Суздальцева, А.Т. Файзрахманова. – Казань: Казан. ун-т, 2015. – 175 с.

ISBN 978-5-00019-392-1

Учебное пособие содержит основные сведения о различных формах нарушения речи, а также вопросы организации коррекционной работы. Структура и содержание материала соответствуют Государственному стандарту по логопедии для вузов. Учебное пособие адресовано студентам заочного отделения, слушателям системы повышения квалификации и подготовки кадров, практикующим логопедам.

ISBN 978-5-00019-392-1

УДК 376.1-058.264
ББК 74.57

© Издательство Казанского университета, 2015
© Коллектив авторов, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Дислалия.....	4
2. Нарушения голоса	25
3. Ринолалия	37
4. Дизартрия.....	50
5. Заикание	70
6. Дисграфия, дислексия	87
7. Алалия	104
8. Афазия	117
Литература	134
Глоссарий.....	137
Приложения	147

1. ДИСЛАЛИЯ

Дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая частичное расстройство и *lalio* – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Дислалия является одним из самых распространенных дефектов речи. По данным отечественных и зарубежных исследователей недостатки произношения имеются у 25 – 30 % дошкольников, у 17 – 20 % младших школьников.

Формы дислалии

Выделяют *две основные формы дислалии* в зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих дефект звукопроизношения; *функциональную и механическую* (органическую). *В тех случаях, когда не наблюдается органических нарушений* (периферически или центрально обусловленных), говорят о *функциональной дислалии*. *При отклонениях в строении периферического речевого аппарата* (зубов, челюстей, языка, нёба) говорят о *механической* (органической) *дислалии*.

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

Функциональная дислалия

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

Причины возникновения – биологические и социальные:

– общая физическая ослабленность ребенка вследствие соматических заболеваний, особенно в период активного формирования речи;

– задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции), запоздалое развитие речи, избирательное нарушение фонематического восприятия;

– неблагоприятное социальное окружение, препятствующее развитию общения ребенка (ограниченность социальных контактов, подражание неправильным образцам речи, а также недостатки воспитания, когда родители культивируют несовершенное детское произношение, задерживая тем самым у него развитие звукопроизношения).

Выделяются три основные формы функциональной дислалии:

- акустико-фонематическая;
- артикуляторно-фонематическая;
- артикуляторно-фонетическая.

Акустико-фонематическая дислалия. К ней относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи. В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха. При этом нарушении система фонем у ребенка не полностью сформирована. Ребенок не опознает тот или другой акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. Вследствие этого при восприятии речи происходит уподобление одной фонемы другой на основе общности большинства признаков. В связи с неопознанием того или другого признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному восприятию слов (*гора* – «кора», *жук* – «щук», *рыба* – «лыба»). Эти недостатки мешают правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.

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

При втором варианте нарушения артикуляторная база оказывается полностью сформированной. Усвоены все артикуляторные позиции, но при отборе звуков принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слова правильно и неправильно). Это приводит к смешениям звуков в силу их недостаточной дифференциации, к неоправданному их употреблению.

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

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

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса *-изм*: **ротацизм** – дефект произношения *р* и *р'*, **ламбдацизм** – *л* и *л'*, **сигматизм** – свистящих и шипящих звуков, **йотацизм** – йот (*ј*), **каппацизм** – *к* и *к'*, **гаммацизм** – *г* и *г'*, **хитизм** – *х* и *х'*. В тех случаях, когда отмечается замена звука, к названию дефекта прибавляют приставку *пара-*: **параротацизм**, **парасигматизм** и др.

Механическая дислалия

Механическая (органическая) **дислалия** – нарушенное звукопроизношение, обусловленное анатомическими дефектами периферического речевого аппарата (органов артикуляции).

Причины возникновения:

1) аномалии зубочелюстной системы: диастемы между передними зубами;

2) отсутствие резцов или их аномалии;

3) непоправимое положение верхних или нижних резцов или соотношения между верхней и нижней челюстью (дефекты прикуса). Эти аномалии могут быть из-за дефектов развития или быть приобретенными вследствие травмы, зубных заболеваний или возрастных изменений;

4) укороченная уздечка языка (подъязычная связка);

5) язык или слишком большой, едва уместяющийся во рту и от этого неповоротливый, или слишком маленький и узкий, что также затрудняет правильную артикуляцию;

6) аномальное строение твердого нёба (высокий свод);

7) аномалии прикуса: прогнатия, прогения, открытый прикус.

Этапы логопедического обследования ребенка

Г.В. Чиркиной и Т.Б. Филичевой (1991) выделены следующие этапы логопедического обследования детей дошкольного возраста:

1) ориентировочный этап, на котором проводится опрос родителей, изучение специальной документации, беседа с ребенком;

2) дифференцировочный этап, включающий обследование когнитивных и сенсорных процессов с целью отграничения детей с первичной речевой патологией от сходных состояний, обусловленных нарушением слуха или интеллекта;

3) обследование всех компонентов языковой системы, включая звукопроизношение и фонематические процессы;

4) заключительный (уточняющий) этап, включающий динамическое наблюдение за ребенком в условиях специального обучения и воспитания.

При логопедическом обследовании детей с дислалией необходимо тщательно исследовать строение и подвижность органов артикуляции, состояние фонематических процессов и произносительной стороны речи, включающей общее звучание речи (темп, ритм, голос, тембр, дыхание, паузацию, дикцию) и звукопроизношение.

Обследование начинается с проверки изолированного произношения звуков. Затем исследуют произношение звуков в словах и предложениях.

Методика логопедического воздействия при дислалии

Основной целью логопедического воздействия при дислалии является формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. Чтобы правильно воспроизводить звуки речи (фонемы), ребенок должен уметь: узнавать звуки речи и не смешивать их в восприятии; отличать нормированное произнесение звука от ненормированного; осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением и оценивать качество воспроизводимых в собственной речи звуков; принимать необходимые артикуляторные позиции, обеспечивающие нормированный акустический эффект звука; безошибочно использовать нужный звук во всех видах речи. Логопед должен найти наиболее экономный и эффективный путь обучения ребенка произношению.

Логопедические занятия проводятся регулярно, не менее 3 раз в неделю. Необходимы домашние занятия с помощью родителей (по заданию логопеда). Их следует проводить ежедневно в виде кратковременных упражнений (от 5 до 15 минут) 2–3 раза в течение дня.

Этапы логопедического воздействия

I. Подготовительный этап

Основная цель его – включить ребенка в целенаправленный логопедический процесс. Для этого необходимо решить ряд общепедагогических и специальных логопедических задач.

Одной из важных общепедагогических задач является формирование установки на занятия. В задачи подготовительного этапа входит развитие произвольного внимания, памяти, мыслительных операций, особенно аналитических операций, операций сравнения и вывода.

К специальным логопедическим задачам относятся: умение опознавать (узнавать) и различать фонемы и формирование артикуляторных (речедвигательных) умений и навыков.

II. Этап формирования первичных произносительных умений и навыков

Цель данного этапа заключается в том, чтобы сформировать у ребенка первоначальные умения правильного произнесения звука на специально подобранном речевом материале. Конкретными задачами являются: постановка звуков, формирование навыков правильного их использования в речи (автоматизация умений), а также умений отбирать звуки, не смешивая их между собой (дифференцировать звуки).

При первичной постановке правильного произношения фонем пользуются тремя основными способами.

Первый способ основан на подражании. Пользуясь слухом, зрением, тактильно-вибрационными и мышечными ощущениями, ребенок воспринимает звучание и артикуляцию фонемы и сознательно пытается воспроизвести требуемые движения речевых органов, требуемое звучание.

Второй способ состоит в механическом воздействии на речевые органы при помощи каких-либо приспособлений (шпатель, проволочные зонды) или пальцев. При этом способе используется некоторая исходная артикуляция и на ее основе механическим путем речевые органы пассивно приводятся в требуемое положение или движение.

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

Процесс автоматизации звука заключается в тренировочных упражнениях со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и не содержащими нарушенных звуков.

В логопедической практике встречаются случаи, когда требуется дальнейшее продолжение работы над звуком, в частности по его разграничению с другими звуками, т.е. дифференциации.

При работе над дифференциацией звуков одновременно подключается не более пары звуков.

III. Этап формирования коммуникативных умений и навыков

Цель его – сформировать у ребенка умения и навыки безошибочного употребления звуков речи во всех ситуациях общения.

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

Недостатки произношения отдельных звуков и приемы их постановки

Сигматизм

Недостатки произношения свистящих *с, с', з, з' ц* и шипящих *ш, ж, ч, щ* обозначаются термином сигматизм.

В случаях стойкой замены одних фонем другими, когда, например, *ш* заменяется на *с* или *с* на *ш* и т.п., говорят о парасигматизме.

Свистящие фонемы

Механизм образования фонемы *с* состоит в следующем. Губы слегка растягиваются в улыбку, исключая те случаи, когда последующими фонемами являются гласные *о* и *у*, что приводит к упреждающему округлению губ. Это ясно видно, если сравнить артикуляцию фонемы *с* в слогах *са, со, су*.

Зубы либо сжаты, либо сближены, оставляя лишь узкую щель (около 1–2 мм). Язык упирается кончиком в десны нижних резцов, спинка его выгнута, а боковые края прилегают к верхним коренным зубам и боковым поверхностям нёба. Вдоль языка, по его середине, образуется желобок, который у альвеол открывается наружу узким круглым отверстием. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход воздуха в нос. Голосовые связки разомкнуты и свободно пропускают выдыхаемый воздух в глоточную и

ротовую полость. Встречая во рту препятствие в виде узкой щели между спинкой языка и альвеолами, струя выдыхаемого воздуха вызывает свистящий шум, высота которого определяется малой величиной полости, образуемой между передней частью спинки языка и передними зубами.

Особенность артикуляции мягкой фонемы *с'* заключается в более высоком подъеме спинки языка, а также в некотором его перемещении вперед, что приводит к еще большему сокращению размера полости между языком и резцами. Растягивание губ становится более выраженным.

Отличие фонемы *з* от *с* и *з'* от *с'* состоит в том, что при звонких согласных голосовые связки смыкаются и приходят в колебание, а также в том, что напор выдыхаемой струи воздуха становится при звонких слабее и щель между спинкой языка и альвеолами уже, чем при глухих.

Фонема *ц*, как слитная, представляет собой тесное соединение смычного согласного *т* и щелевого *с*.

В первый момент язык смыкается передней частью спинки с альвеолами, а кончик упирается в десны нижних резцов. Мягкое нёбо поднято, голосовые связки разомкнуты. Вслед за этим смычка взрывается, и спинка языка отскакивает в положение, присущее артикуляции фонемы *с*.

Основные виды сигматизма

Губно-зубной сигматизм. Фонема *с* произносится с оттенком *ф* ввиду того, что в образовании щели, помимо языка, принимает участие нижняя губа, сближенная с верхними резцами. Тот же оттенок приобретает фонема *ц*, а к *з* как бы примешивается оттенок фонемы *в*.

Межзубный сигматизм. Отсутствует характерный для фонемы *с* свист, вместо которого слышится более низкий и слабый шум, что обусловлено положением языка, просунутого между зубами. В результате такой артикуляции круглая щель у альвеол заменяется плоской, образуемой между языком и верхними резцами. Аналогично изменяются артикуляция и звучание фонем *з* и *ц*.

Боковой сигматизм. Вместо *с* слышится своеобразный хлюпающий шум, подобие которого можно получить, если, сжав зубы, с силой произнести шепотом фонему *л*. Причина такого искажения фонемы лежит в том, что кончик языка и передняя часть его спинки образуют смычку с резцами и альвеолами, а боковой край языка с одной стороны не прилегает к коренным зубам, в результате чего образуется боковая щель,

через которую с шумом выходит струя выдыхаемого воздуха. Иногда такие щели образуются с обеих сторон.

Носовой сигматизм. Произношение фонем *с*, *ц* и *з* характеризуется резким отклонением в характере присущего им шума и сопровождается появлением носового оттенка у последующей гласной фонемы. Носовой оттенок гласных обусловлен в этих случаях тем, что предшествующие им согласные произносятся при наличии значительной щели между мягким нёбом и задней стенкой глотки, вследствие чего струя выдыхаемого воздуха проходит через нос.

Призубный сигматизм характеризуется, как и межзубный, отсутствием свиста или заметным его притуплением, а часто и прямой заменой фонем *с*, *ц* и *з* фонемами *т* и *д*. В последнем случае дефект принимает вид парасигматизма.

Причиной призубного сигматизма (парасигматизма) является почти полное или полное замыкание ротовой полости. Предрасполагающим обстоятельством к этому служит так называемый глубокий или закрытый прикус, при котором резцы нижней челюсти полностью перекрываются резцами верхней челюсти. Призубный сигматизм часто сопутствует тугоухости, особенно в тех случаях, когда она наиболее выражена по отношению к высоким тонам. Иногда этот вид сигматизма охватывает не только группу свистящих фонем, но и группу шипящих.

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

Шипящие фонемы

Механизм образования фонемы *ш* состоит в следующем. Губы слегка округлены. Зубы либо сжаты, либо сближены, оставляя лишь узкую щель (около 1–2 мм). Язык поднят «чашечкой» («ковшом») к нёбу. Боковыми краями он прилегает к верхним зубам, а передним краем – к нёбу за альвеолами, оставляя по средней линии полулунную щель. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки разомкнуты и свободно пропускают выдыхаемый воздух в глоточную и ротовую полость.

Встречая во рту препятствие в виде щели между передним краем языка и нёбом струя выдыхаемого воздуха вызывает шум, более низкий, чем при фонеме *с*, и воспринимаемый на слух как шипение.

Более низкий шум при произнесении **ш**, чем при произнесении **с**, определяется сравнительно большим размером полости, которая образуется между поднятым к нёбу языком и передними зубами. Некоторое дополнительное понижение шума достигается округлением губ.

Различие в механизме образования фонем **ш** и **ж** состоит в том, что при последней смыкаются и приходят в колебание голосовые связки, несколько слабее становится напор струи выдыхаемого воздуха, несколько уже щель между языком и нёбом.

Фонема **щ**, как мягкая, отличается от фонемы **ш** более высоким положением спинки языка и легким перемещением его кпереди, вызывающим некоторое уменьшение размеров полости между языком и передними зубами и способствующим вместе с подъемом спинки языка известному повышению шипящего шума.

Фонема **ч**, как слитная, представляет собой тесное соединение смычного согласного типа **т** и щелевого **щ**. В первый момент язык смыкается передним краем с нёбом за альвеолами. Спинка и боковые края языка занимают такое же положение, как при фонеме **ш**. Мягкое нёбо поднято, голосовые связки разомкнуты. Вслед за этим смычка взрывается, и передний край языка отскакивает в положение, присущее артикуляции фонемы **щ**.

Основные виды нарушений звуков ш и ж

Среди нарушений этих звуков отмечается несколько видов искаженного произношения.

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

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

Заднеязычное произношение ш и ж. Щель образуется сближением задней части спинки языка с твердым нёбом. В этом случае шум,

напоминающий шум при звуке *х* звонком фрикативном *з*, как в южнорусских областях. Кроме случаев искаженного произношения *ш* и *ж*, наблюдаются различные замены шипящих другими звуками. Среди них наиболее частыми оказываются замены шипящих свистящими.

Недостатки произношения звуков *ш* и *ч*

При наличии *ш* недостатков в произношении фонем *ш* и *ч* обычно не наблюдается, за исключением тех случаев, когда имеет место парасигматизм в виде замены *ш* на *с'* и *ч* на *ц'*. Мало того, как указывалось, нередко наряду с дефектной фонемой *ш* наблюдается правильное звучание фонем *ш* и *ч*.

Для исправления фонемы *ш*, произносимой как *с'* проще всего воспользоваться зондом или шпателем.

При замене фонемы *ч* посредством *ц'* (или *ц*) рекомендуется тот же механический прием, что и при коррекции *ш*.

Основные приемы постановки свистящих и шипящих звуков

Виды нарушений	Методика постановки	
	свистящих звуков	шипящих звуков
<i>I. Межзубный сигматизм</i>	1. По подражанию 2. С механической помощью, используя спичку или зонд «уточка», задвинуть кончик языка за нижние резцы 3. Пение <i>т'</i>	1. По подражанию 2. С механической помощью, используя зонд «рамка», поднять кончик языка к альвеолам 3. От артикуляционного упражнения «Чашечка». Инструкция: занеси «чашечку» в рот, не разлив чай 4. От английского <i>t</i> с сомкнутыми зубами и вытянутыми вперед губами 5. От <i>p</i> , остановив вибрацию и вытянув губы вперед трубочкой
<i>II. Боковой сигматизм</i>	1. Через межзубное произношение	1. Через межзубное произношение.
<i>III. Носовой</i>	1. От <i>ф</i> с положением языка	1. Произнести <i>ш</i> при

<i>сигматизм</i>	между нижней губой и верхними резцами 2. Произнести <i>с</i> при зажатых крыльях носа. 3. Через межзубное произношение	зажатых крыльях носа. 3. Через межзубное произношение
<i>IV. Губно-зубной парасигматизм</i>	1. Выполнить артикуляционное упражнение «Заборчик», произнести звук <i>с</i> , придерживая нижнюю губу. 2. Пение <i>т</i>	Произнести звук <i>ш</i> , вытянув губы вперед и придерживая нижнюю губу
<i>V. Призубный парасигматизм</i>	1. Через межзубное произношение. 2. С механической помощью	1. Через межзубное произношение. 2. С механической помощью
<i>VI. а) Шипящий парасигматизм б) Свистящий парасигматизм</i>	1. С механической помощью 2. Через межзубное произношение звука <i>ф</i>	1. С механической помощью

Ротацизм

Разнообразные недостатки произношения фонем *р* и *р'* носят название **ротацизма**, который может выражаться в искажении этих фонем или в замене их другими фонемами. Вторая разновидность дефекта называется **параротацизмом**.

Механизм образования фонемы *р* заключается в следующем. Положение губ зависит от смежных фонем, в частности от следующей гласной фонемы, что видно, например, при сравнении слогов *ра*, *ро*, *ру*. Между верхними и нижними резцами сохраняется некоторое расстояние. Язык принимает форму ложечки. Его боковые края прилегают к верхним коренным зубам, а передний край поднят к альвеолам, соприкасается с ними и вибрирует под напором выдыхаемого воздуха. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки сомкнуты и вибрируют. Мягкая фонема *р'* отличается по артикуляции от парной твердой дополнительным подъемом спинки языка к нёбу и некоторым его перемещением вперед.

Недостатки произношения звуков *p* и *p'*

1. Горловое произношение звука *p*

Отличие горлового *p* от правильного состоит в том, что вибрация образуется колебаниями не кончика языка.

Первый тип подобной артикуляции – это *велярное p* (*velum* – мягкое нёбо), при котором корневая часть языка сближается с нижним краем мягкого нёба и образует с ним щель. Проходя через эту щель, выдыхаемый воздух вызывает мелкую, беспорядочную вибрацию мягкого нёба, в результате чего возникает шум, который, примешиваясь к тону голоса, сообщает фонеме *p* специфическое дефектное звучание.

Второй тип – *увулярное p* (*uvula* – язычок), при котором вибрирует только язычок. При этом вибрация носит гармонический характер и слышится отчетливый рокот.

2. Встречается **двугубный *p***. Первый вариант – «кучерское» произношение, образуемое вибрацией обеих губ. Второй вариант – без вибрации – воспроизведение *p* с помощью образования двугубной щели, когда слышится нечто вроде английского *w*.

3. При **боковом произношении *p*** вибрация присутствует, но место ее передвигается.

Смычка образуется следующими способами:

а) поднятая спинка языка + нёбо. При этом получается звучание *pl*;

б) кончик языка или один из боковых краев языка + внутренняя поверхность щели: вибрация получается грубой, как результат— «щечный» звук *p*;

в) язык + верхняя губа: вибрация грубая, и проскальзывает звук *n*;

г) смычка кончика языка или чаще одного из его боковых краев с нёбом происходит или правее, или левее средней линии – звучание *p* несколько смягченное.

4. Вместо *p* порой встречается **носовой звук** типа английского или немецкого *ng*, образуемого путем смыкания корневой части языка с мягким нёбом при свободном проходе воздуха из глотки в нос.

5. В некоторых случаях приходится сталкиваться с так называемым **одноударным *p***, при котором передний край языка лишь один раз соприкасается с альвеолами, вибрация отсутствует, слышится звук, напоминающий английский (альвеолярный) *d*. Попытки произнести длительный рокочущий звук не удаются.

б. Возможно и **глухое произношение** звука **р**. При одноударном и глухом произношении звука **р** артикуляция оказывается наиболее близкой к норме.

Кроме того, имеется *несколько видов параротацизма*.

У дошкольников часто наблюдается замена звука **р** на **л** или **л'** и на **д**. В данных вариантах параротацизма место образования звука остается более или менее правильным, но изменяется способ произношения, звук перестает быть дрожащим. В случаях замен звуков: **р** => **л**, **р** => **л'**, **р** => **д** – изменяется и *место произношения*: переднеязычный **р** заменяется среднеязычным **л**, губно-зубным **л'**, заднеязычным **д**, и *способ произношения*: дрожащий заменяется щелевыми или взрывными звуками. Возможна замена звука **р** парным мягким **р'**.

В большинстве случаев тот или иной вид ротацизма охватывает как твердый **р**, так и мягкий **р'**. Нередко, однако, при нарушенном **р** отмечается сохранный **р'**. Реже наблюдается обратное.

Приемы постановки звука р

В легких случаях возможна постановка звука по подражанию.

Первый вариант заключается в том, что язык всей своей массой плотно присасывается к нёбу, как при щелканье языком или при сосании конфеты, и одновременно через нос вдыхается воздух, который затем быстрой и сильной струей выдувается на «прилипший» к нёбу язык. При удачном приеме удастся получить первую вибрацию кончика языка в виде глухого *трр* или сочетания *дзз*. Упражняя и укрепляя это сочетание, можно получить полный раскат *трррр*, а затем озвончить его – *дрррр*.

Другим приемом является постановка звука **р** от **д**, повторяющегося на одном выдохе: *ddd*, *ddd* – с последующим более сформированным произнесением последнего.

Применяется также чередующееся произношение звуков **т** и **д** в сочетаниях *тд*, *тд* или *тдд*, *тдд* в быстром темпе, ритмично. Они артикулируются при слегка открытом рте и при смыкании языка не с резцами, а с деснами верхних резцов или альвеолами. При многократном произнесении серий звуков **д** и **т** ребенка просят сильно подуть на кончик языка, и в этот момент возникает вибрация.

Иногда вибрация возникает в результате выполнения упражнения «Болтушка»: высунутый широкий язык на звуке **а** быстро «болтается» сначала между губами, затем – между зубами и, наконец, – за альвеолами.

Возникает одноударный звук **p**, который произносится в слогах: *ра-ра-ра*, *ро-ро-ро*, *ру-ру-ру*, *ры-ры-ры* с форсированным произнесением последнего слога. Во время тренировки выдыхаемая струя должна быть сильной. После многократных повторений можно получить вибрацию: *pppa-pppa-pppa*.

Фрикативный **p** ставится от звука **ж** без вибрации при его протяжном произнесении, без округления губ и с перемещением переднего края языка несколько вперед, к альвеолам. При этом звук произносится со значительным напором воздуха.

Во время длительного произнесения фрикативного **p** под язык подкладывают зонд с шариком на конце.

Аналогично можно получить вибрацию с механической помощью при быстром произнесении на выдохе звука **d** (*dddddd...*). Движения языка, сливаясь с быстрыми движениями зонда (шпателя, пальца), переходят в вибрацию: *drrrr...*

Звук **p'** требует более низкого положения кончика языка (у верхнего края зубов). Если вначале ребенок овладел произношением только твердого **p**, то одновременно с его закреплением необходимо начать работу над мягким **p'**. Рекомендуется предварительно разъяснить разницу в артикуляции при звуке **p** и **p'**, а затем произносить слоги: *ари, аря, арю*. Иногда (в частности, при массивной подъязычной связке) легче удастся поставить звук **p'**. В этих случаях следует автоматизировать звук **p'** и одновременно продолжать постановку звука **p**. В результате в большинстве случаев оказывается необходимым провести дифференциацию между звуками **p** и **p'**.

Дифференциация звука **p** и его заменителя необходима во всех случаях параротацизма.

Ламбдацизм

Недостатки произношения фонем **л** и **л'** носят название *ламбдацизма*. Те разновидности дефекта, которые выражаются в замене этих фонем какими-либо другими, носят название *параламбдацизма*.

Механизм образования фонемы **л** состоит в следующем. Положение губ зависит от смежных, главным образом последующих фонем, что видно, например, при сопоставлении слогов *ла*, *ло*, и *лу*. Верхние и нижние резцы находятся на незначительном расстоянии друг от друга. Язык упирается своим кончиком в верхние резцы или их десны. Боковые края

языка не смыкаются с коренными зубами, в результате чего по бокам остаются проходы для выдыхаемого воздуха. Такой проход может быть лишь с одной стороны, чаще слева. Корневая часть языка поднята, благодаря чему при наличии боковых проходов с обеих сторон язык принимает форму седла. Мягкое нёбо поднято, закрывает проход в нос. Голосовые связки сомкнуты и вибрируют.

Мягкая фонема *л'* отличается по артикуляции от твердой тем, что поднимается не корневая часть языка, а передне-средняя часть его спинки, смыкается не только кончик языка с деснами, но и значительная поверхность передней части спинки языка с альвеолами. Нередко фонема *л* вообще произносится при опущенном кончике языка путем смыкания передней части спинки с альвеолами.

Недостатки произношения фонемы *л* имеют ряд разновидностей, причем многие из них совпадают с рассмотренными видами ротацизма (параротацизма). Сюда относятся, в частности, выражение фонемы в словах в виде удлинения смежных гласных, произнесение *л* в виде краткого гласного звука типа *ы*, фрикативного *г*, замена *л* фонемой *ј*, фонемой *л'* или полумягким (вологодским) звуком *л*, фонемой *н* или, наконец, воспроизведение фонемы *л* в виде заднеязычного носового звука *ng*, (как в конце английского слова *long*, или немецкого *lang*).

Пожалуй, наиболее распространенным видом ламбдацизма является воспроизведение в качестве фонемы *л* двугубного сонанта *w*, который слышится, например, в английских словах *why*, *what*. Этот звук напоминает *в* или краткое *у* и получается в результате присоединения к голосу легкого шума от трения струи выдыхаемого воздуха о стенки щели, образуемой сближенными губами. Язык при этом оттянут вглубь рта, как при гласной фонеме *у*.

Приемы постановки звука *л*

Ребенку предлагают по данному образцу, пользуясь зеркалом, свободно высунуть язык и зажать его между зубами, а затем, не меняя положения языка, произнести протяжно [а] или [ы]. Уже при этом положении речевых органов может получиться протяжное *л*.

В тех случаях, когда возникают особые затруднения в образовании боковых щелей, например при параламбдацизме, проявляющемся в замене *л* фонемой *н*, можно рекомендовать применение зонда. Зонд укладывается поперек языка и прижимает его боковые края, после чего кончик языка упирается в верхние зубы. При таких условиях струя выдыхаемого

воздуха устремляется в проходы, образуемые с помощью зонда между боковыми краями языка и верхними коренными зубами.

В тех случаях, когда ламбдацизм затрагивает не только фонему *л*, но и ее мягкую пару *л'* исправление первой служит надежной базой для усвоения второй, что обычно легко достигается в открытых слогах с гласными переднего ряда (*ли, ле*), а затем и с другими гласными при сопоставлении слогов, включающих *л'* и *л*.

Йотацизм

Недостаток произношения *ј* называется *йотацизмом*.

Уклад органов артикуляции. Губы несколько растянуты, но меньше, чем при *и*. Расстояние между резцами 1–2 мм. Кончик языка лежит у нижних резцов. Средняя часть спинки языка сильно поднята к твердому нёбу. Задняя ее часть и корень продвинуты вперед. Края упираются в верхние боковые зубы. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в полость носа. Голосовые складки колеблются и образуют голос. В зависимости от фонетического положения звук может артикулироваться при более узкой или более широкой щели. Выдыхаемая струя воздуха слабая.

Недостатки произношения фонемы *ј* (йот) встречаются преимущественно у дошкольников и состоит обычно в ее замене фонемой *л'*.

Взамен артикуляции, присущей фонеме *ј*, используется нижний или верхний вариант артикуляции фонемы *л'*.

Исправление недостатка в простейших случаях может быть достигнуто путем временной замены фонемы *ј* гласной фонемой *и*. Ребенку предлагается произнести сочетания гласных типа *иа, аиа, ио, аио, аи, ои* и т.п., несколько протягивая фонему *и*. В таком же виде произносятся простейшие слова с восходящими и нисходящими дифтонгами; *иа, яблоко; ио, иожик; аи, играи; ои, стои* и т.п. Далее включаются более трудные слова: *маиак, смеиотся, играиут* и т.п. Наконец следуют самые трудные: *обезиана, пиот, шиут* и т.п.

Постепенно длительность гласного *и* сокращается и из слогового звука он превращается в неслоговой.

Можно воспользоваться механическим способом постановки *ј* от фонемы *з'*. Ребенка побуждают произнести слог *за* (протягивая согласную фонему) и нажимают шпателем на самую переднюю часть языка, в

результате чего получается нечто среднее между *з'а* и *ж'а*. Затем шпатель продвигается несколько глубже, пока не послышится четкое *йа*.

Каппацизм, гаммацизм, хитизм

Недостатки произношения фонем *к* и *к'* носят название *каппацизма*; *г* и *г'* – *гаммацизма*; *х* и *х'* – *хитизма*. Те разновидности дефекта, которые связаны с заменой этих фонем какими-либо другими, называются *паракаппацизмом*, *парагаммацизмом*, *парахитизмом*.

Механизм образования фонемы *к* состоит в следующем. Положение губ зависит от смежных, главным образом последующих, фонем, что видно, например, при сопоставлении слогов *ка*, *ко*, *ку*. Между верхними и нижними резцами сохраняется некоторое расстояние. Кончик языка опущен, а задняя часть спинки смыкается с нёбом, место смычки колеблется в зависимости от фонетических условий: при *ка* оно находится примерно на границе между твердым и мягким нёбом, при *ко* и *ку* перемещается глубже (язык смыкается уже с мягким нёбом). В момент произнесения звука смычка между языком и нёбом взрывается, освобождая путь находящемуся позади под давлением воздуха, который с характерным шумом вырывается наружу. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки разомкнуты.

Фонема *г* по механизму своего образования отличается от *к* лишь смыканием и последующей вибрацией голосовых связок уже в момент, предшествующий взрыву.

Особенность артикуляции фонемы *х*, отличающая ее от *к*, состоит в том, что спинка языка не полностью смыкается с нёбом, оставляя по средней линии щель, проходя через которую, струя выдыхаемого воздуха вызывает шум, присущий фонеме *х*.

Мягкие фонемы *к'*, *г'*, *х'* отличаются от парных твердых перемещением смычки или щели, образуемых языком и нёбом, вперед, к средней части твердого нёба.

Основные виды каппацизма

В одних случаях вместо *к* слышится характерный негромкий гортанный щелчок. Этот звук получается в результате того, что голосовые связки плотно смыкаются, действием выдыхательных мышц под ними создается повышенное давление воздуха, после чего смычка взрывается и воздух с шумом прорывается через голосовую щель.

В других случаях имеет место паракаппацизм в виде замены фонемы *к* на *т*. В третьем случае взрывная фонема *к* заменяется фрикативной *х*, что опять-таки характеризует дефект как паракаппацизм.

Исправление недостатка

Если не удастся исправить фонему *к* на основе подражания с показом артикуляции перед зеркалом и пластического изображения смычки языка с нёбом кистями рук, то следует воспользоваться механическим способом постановки *к* от *т* с помощью шпателя. Ребенка побуждают произнести слоги *та-та-та*. Повторному произнесению тех же слогов предшествует нажим шпателем на переднюю часть спинки языка, удержание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *та* должно получиться *кя*. Наконец шпатель продвигается еще глубже, благодаря чему получается чистое *ка*.

Так же ставится звук *г* от слога *да*, но его можно получить и озвончением *к*.

Звук *х* ставится от звука *с* аналогичным приемом: сначала слышится *ся*, вслед за ним *хя* и наконец *ха*.

Недостатки произношения твердых и мягких согласных звуков

В произношении согласных звуков, имеющих твердую и мягкую пару, наблюдаются дефекты твердости и смягчения согласных звуков.

Возможны три варианта дефектов твердости и смягчения согласных звуков:

а) замены мягких согласных звуков в речи их парными твердыми звуками (*масо* – «мясо», *пат* – «пять» и т.д.);

б) смягчение твердых согласных, замена их парными мягкими («дом» – *дём*, «заяц» – *зьяць*, «тарелка» – *тярелка* и т.д.);

в) смешение твердых и мягких звуков в речи, т.е. наряду с правильным произношением твердых и мягких согласных наблюдаются отклонения как в ту, так и в другую сторону.

Подготовительные упражнения для постановки мягких звуков – выгибание средней части спинки языка и ее опускание.

Попытка исправить дефект на основе подражания предполагает слуховое восприятие звучания и зрительное восприятие артикуляции мягких фонем при их сопоставлении с соответствующими твердыми. Следует пояснить ребенку, что при произнесении твердых губных язык имеет плоскую форму, при мягких же его кончик упирается в нижние резцы, а спинка выгибается к твердому нёбу. Приоткрыв рот, надо

показать перед зеркалом различие в положении языка и побудить ребенка воспроизвести увиденное.

Далее следует пробное повторение за логопедом слогов: *па-ня, ана-аня, ап-ань, та-тя, ата-атя, ат-ать, ма-мя, ама-амя, фа-фя, афа-афя, аф-афь*, и т.п.

В более трудных случаях, когда попытки вызвать мягкие согласные по подражанию оказываются безуспешными или малоэффективными, рекомендуется применение механического способа, который состоит в следующем. В качестве исходной, используется фонема *т*, от которой с помощью механического воздействия на язык ставится фонема *т'*. Выбор данной пары согласных определяется тем, что фонема *т'* может отличаться от фонемы *т* (также, впрочем, как *д* от *д'*, *н* от *н'* и *л* от *л'*) не только подъемом спинки языка (верхний вариант артикуляции), но и опущенным к нижним резцам кончиком языка (нижний вариант артикуляции). Благодаря этому, предложив ребенку произнести несколько раз фонему *т* или слог *та* и удерживая при этом кончик языка шпателем за нижними резцами (прижимая передний край языка), можно автоматически получить фонему *т'* в изолированном виде или в открытом слоге.

Тот же механический способ применяется при постановке *д'* от *д* и *н'* от *н*. Целесообразно ставить звуки в следующем порядке: *ф', в', н', м', с', з', р', л'*.

Закрепляя мягкие согласные на материале слогов, слов и фраз, необходимо уделить специальное внимание упражнениям, направленным на их дифференциацию с твердыми звуками.

Недостатки произношения звонких и глухих согласных звуков

В произношении согласных звуков, имеющих звонкую и глухую пару, наблюдаются дефекты озвончения и оглушения.

Виды дефектов озвончения и оглушения:

1. Дефекты озвончения, т.е. замена звонких согласных звуков их парными глухими (*Попушка пошла ф паню* – «Бабушка пошла в баню»).

2. Дефект оглушения (*В волосах савязана бондом ленда* – «В волосах завязана бантом лента»), который обусловлен смешением парных звонких и глухих звуков.

Подготовительные упражнения:

а) поочередное воспроизведение то беззвучного вдоха и выдоха, то стоны на вдохе и на выдохе;

б) сопоставление громкого и шепотного произношения гласных звуков, как отрывистого, так и длительного.

Исправление недостатка следует начинать с фрикативных фонем **з** и **ж** как более легких для усвоения. В качестве же исходной следует избрать фонему **в**, которая обычно произносится правильно, звонко. Логопед произносит протяжно фонему **ф**, а затем, не прерывая выдоха, включает голос и переходит на фонему **в** (**ф___в**).

В следующий момент то же упражнение вместе с логопедом сопряженно (одновременно) проделывает ребенок, контролируя одной рукой вибрацию гортани логопеда, а другой – своей собственной гортани.

Затем таким же образом произносится фонема **с**, которая при включении голоса преобразуется в фонему **з** (**с___з**).

Работа над звонкими фрикативными согласными заканчивается постановкой фонемы **ж**, что также достигается включением голоса в момент длительного произнесения фонемы **ш** (**ш___ж**).

Значительно большие трудности могут возникнуть при постановке звонких взрывных **б**, **д** и **г**.

Начинать следует с фонемы **б**, которая должна быть дана в качестве образца в ряде слогов **ба-ба-ба**. При этом полезно несколько удлинять тот момент произнесения фонемы, когда голос звучит еще при сомкнутых губах, до взрыва. В некоторых случаях целесообразно вначале произносить фонему **б** с некоторым раздуванием щек, побуждая к такой артикуляции и ребенка. При таком произнесении легче воспроизвести задержку на смычном моменте.

Если указанный прием не приведет к цели, то следует воспользоваться другим, связанным с постепенным подходом к требуемой артикуляции. Ребенка побуждают дуть сквозь пассивно сближенные губы. Щеки и губы при этом раздуваются. Для контроля используется зеркало, ко рту подносится полоска бумаги или рука ребенка. В следующий момент к дутью прибавляется голос, в результате чего должен получиться гудящий звук, нечто вроде **в**, которое, однако, артикулируется не как обычно, а двумя сближенными губами. Достигнув этого, логопед прикладывает вытянутый указательный палец горизонтально между нижней губой и подбородком, после чего быстрым движением пальца вверх и вниз производит попеременное смыкание и размыкание губ. Если ребенок, выполняя требование, продолжает непрерывно тянуть двугубное

в, то в результате механического смыкания и размыкания его губ должно получиться многократное произнесение фонемы **б** (**бббб...**). Постепенно движения пальца замедляется, что приводит к появлению ряда слогов с неопределенными гласными, средними между **э** и **ы** (**бэбэбэ..** или **быбыб...**). После того как достигнуто правильное звучание **б** при замедленном темпе, можно попробовать получить у ребенка произнесение подобного же ряда слогов самостоятельно, без механической помощи логопеда.

Усвоение фонемы **б** служит базой для постановки **д**. Наличие фонемы **д** служит предпосылкой постановки третьей звонкой взрывной фонемы – **г**, которая нередко получается по аналогии в результате сопоставления таких пар слогов: *па-ба, та-да, ка-га*.

*Добившись воспроизведения звонких взрывных согласных, необходимо упражнениями на материале разнообразных слогов, слов и фраз закрепить их в речи и дифференцировать от парных глухих (**п-б, т-д, к-г**).*

2. НАРУШЕНИЯ ГОЛОСА

Человеческий голос складывается из совокупности разнообразных по своим характеристикам звуков, образующихся при участии голосового аппарата. Источником голоса является гортань с колеблющимися голосовыми складками. Расстояние между голосовыми складками принято называть «голосовой щелью». При вдохе голосовая щель полностью раскрыта и приобретает форму треугольника с острым углом у щитовидного хряща. В фазе выдоха голосовые складки несколько сближаются, однако при этом не замыкают полностью просвет гортани.

В момент фонации, т.е. воспроизведения звука, голосовые складки начинают колебаться, пропуская порции воздуха из легких. Зарождающийся в гортани звук еще не похож на звучный голос, каким мы его слышим. Свой естественный тембр, а также в определенной степени силу и высоту голос приобретает благодаря резонаторам – воздухоносным полостям, различным по форме и объему. К ним можно отнести глотку, полость носа, околоносовые пазухи. С помощью артикуляционного аппарата (ротовая полость, зубы, губы, твердое и мягкое нёбо, нижняя челюсть) происходит образование гласных и согласных звуков, оформление звуков в слова. При речи без голоса – шепоте – голосовые складки в отличие от разговорной речи не смыкаются, а лишь сближаются. Выдыхаемая воздушная струя встречает в гортани небольшое сопротивление, образующиеся звуки имеют характер шумов, которые благодаря артикуляционному аппарату и резонаторам приобретают окраску различных гласных и согласных звуков.

В логопедии под нормой речи понимают общепринятые варианты употребления языка в процессе речевой деятельности. Это в полной мере относится и к определению нормы голоса. Здоровый голос должен быть достаточно громким, высота его основного тона соответствующей возрасту и полу человека, соотношение речевого и носового резонирования должно быть адекватным фонетическим закономерностям данного языка.

Нарушения голоса определяются как отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Они весьма распространены как у взрослых, так и у детей. Частота случаев патологии гортани у детей за последние два десятилетия возросла.

Это объясняется разными причинами – плохой экологической обстановкой, большими голосовыми нагрузками при несоблюдении гигиенических требований и отсутствии навыков голосовой культуры. Нередки осложнения после реаниматологических манипуляций и хирургического лечения, которые спасают жизнь человека, но вызывают осложнения в виде хронической патологии гортани с тяжелым нарушением голоса. Данные Л.Б. Дайняк (1982) свидетельствуют об увеличении у детей хронических ларингитов, что всегда считалось главным образом патологией взрослых.

Большинство нарушений голоса является следствием заболеваний и различных изменений собственно голосового аппарата. Но они могут также сопутствовать тяжелым расстройствам речи, входя в структуру дефекта при дизартрии, ринопалии, заикании, афазии.

Патология голоса у детей и взрослых обычно представляется в двух формах – афонии (полной утрате голоса) и дисфонии (частичном его нарушении). Однако эти термины не отражают диагностического содержания, а только свидетельствуют о степени проявления дефекта. Помимо основных признаков нарушения (утраты силы, звучности голоса, изменения его высоты, искажений тембра в виде осиплости и охриплости, нарушений резонаторного баланса носовой и ротовой полостей) могут отмечаться голосовое утомление и ряд субъективных ощущений, связанных с сенсорными расстройствами, например постоянное першение с потребностью откашляться, ощущение помехи, комка в горле, давления, саднения и боли. Все перечисленные симптомы или большинство из них, как правило, присущи почти каждому голосовому расстройству и поэтому не являются диагностическими признаками. Для того чтобы правильно выбрать методы коррекционной работы, следует исходить из характера патологии, ее локализации, причин и развития дефекта, т.е. из этиологии и патогенеза.

Дефекты голоса делятся на центральные и периферические, каждый из них может быть органическим и функциональным.

Органическая патология возникает:

- 1) при нарушении анатомических структур (опухолях, состояниях после их удаления, травмах);
- 2) хронических воспалительных процессах (хронических ларингитах, воспалениях дыхательных путей и пр.);
- 3) поражениях центральных и периферических нервов.

Наиболее распространены и в то же время наиболее многообразны **функциональные нарушения голоса**. Они не сопровождаются воспалительными процессами или какими-либо анатомическими изменениями гортани. Причины функциональной патологии могут быть самыми разными – начиная с голосового переутомления, плохой постановки голоса и кончая различными инфекционными заболеваниями и влиянием психических факторов. Некоторые из перечисленных причин могут выступать в совокупности, и определение «пускового» момента затруднительно. Не всегда можно четко разграничить функциональные и органические расстройства, например, при спастических нарушениях. Кроме того, нарушение голоса может одновременно быть и органическим и функциональным.

К патологии голоса центрального генеза можно отнести *функциональную* или *психогенную афонию*. Возникает она внезапно как реакция на психотравмирующую ситуацию у людей, склонных к истерическим реакциям, чаще у девочек и женщин. К периферическим функциональным нарушениям относятся *фонастения, гипо- и гипертонусные афонии и дисфонии*.

К периферическим органическим нарушениям относятся *дисфонии и афонии при хронических ларингитах, парезах и параличах гортани, при состояниях после удаления доброкачественных и злокачественных опухолей*.

Методика коррекционной работы

Фонопедические методы коррекции голоса применяются только при хронических расстройствах, которые не исчезают самостоятельно или при медикаментозном лечении. Спонтанное развитие дефекта всегда бывает отрицательным. Прогноз специального восстановительного обучения при патологии голоса различной природы определяется рядом факторов:

- а) тяжестью нарушения;
- б) длительностью голосового расстройства;
- в) типом нервной системы пациента;
- г) его отношением к своему дефекту;
- д) состоянием физического и музыкального слуха;
- е) компенсаторными возможностями организма.

Для всех форм нарушений голоса можно определить общие этапы коррекционной работы:

- 1) рациональная психотерапия;
- 2) коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- 3) тренировка кинестезии и координации голосового аппарата фонопедическими упражнениями;
- 4) автоматизация восстановленной фонации.

Перед началом занятий для установления контакта, взаимопонимания выясняется, что является определяющим в настроении и поведении обучающегося, как он относится к своему дефекту. Это позволяет правильно выбрать тактику поведения и приемы убеждения. При первой беседе объясняется сущность нарушения, в доступной форме раскрывается механизм голосообразования, намечаются пути восстановительной работы.

Обучающегося необходимо убедить в обратимости нарушения, вселить бодрость, надежду на успех восстановления и одновременно поставить перед ним условие активного включения в восстановительный процесс. Механическое выполнение упражнений не приведет к положительному результату. Психотерапевтическая направленность осуществляется на протяжении всего обучения. Для взрослых прогноз восстановления должен быть реалистическим. Следует заранее предупредить, что в некоторых случаях функция голосового аппарата не полностью восстанавливается, а голос не всегда достигает нормы. Но обязательно увеличивается его сила, звучность, исчезает утомляемость при речевой нагрузке, нормализуется дыхание.

Восстановление голоса при парезах и параличах гортани

После психотерапевтической подготовки начинается работа над дыханием. При поражениях нижнего гортанного нерва резко ограничена двигательная функция самой гортани, а голосовая складка на пораженной стороне может быть полностью неподвижна. Одновременно с фонацией страдает физиологическое и фонационное дыхание. Особенно это выражено при медиальной позиции голосовой складки. Восстановить двигательную функцию гортани при параличах невозможно. Для восстановления голоса выбираются такие функциональные тренировки голосового аппарата, которые включают его компенсаторные механизмы. Тренировки должны максимально увеличить подвижность здоровой половины гортани, а на парализованной стороне хотя бы частично восстановить двигательную функцию голосовой складки. Необходима

также нормализация физиологического и фонационного дыхания. Осуществление этой задачи вызовет смыкание голосовых складок за счет компенсаторного перехода здоровой половины гортани за среднюю линию и сближения ее с неподвижной половиной гортани. В этом случае при организованном дыхании и даже частичном колебании пораженной голосовой складки голос восстановится или значительно улучшится. Тренировки для активизации двигательной функции гортани сочетаются с нормализацией дыхания, поскольку они физиологически связаны и взаимно обусловлены. Занятия начинаются с упражнения «Дутье в губную гармошку». Дутье следует медленно, протяжно, втягивая и выдувая воздух на одной ноте. Физически здоровые обучающиеся начинают тренировки с 45–60 сек. за прием, постепенно увеличивая нагрузку в течение двух недель до 2 мин. Первую неделю упражнение выполняют 8–10 раз в день по 45–60 сек. В дальнейшем число тренировок может быть доведено до 15 раз по 2 мин. за прием. Если дутье вызывает головокружение, то продолжительность упражнения сокращается до 15–20 сек. Продолжительность каждого вдоха и выдоха через губную гармошку в начале занятия значительно укорочена даже тогда, когда упражнение совершенно не затрудняет пациента. Плавность, полнота вдоха и длительность выдоха достигаются постепенно по мере тренировок. «Дутью в губную гармошку» отводится значительная роль в функциональных тренировках голосового аппарата. Оно удлиняет выдох, необходимый для правильного голосоведения, а равномерные движения вдыхаемой и выдыхаемой воздушной струи массируют гортань. Этим приемом достигается увеличение подвижности здоровой половины гортани и некоторая активизация парализованной, т.е. под действием воздушной струи происходит стимуляция мышц гортани, участвующих в фонации. Одновременно с «дутьем в губную гармошку» предлагается комплекс дыхательных упражнений, которые тренируют направленный удлиненный выдох.

Комплекс А. Исходное положение – сидя на стуле прямо или стоя:

- 1) вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубокий, выдох продолжительный);
- 2) вдох через нос, выдох через рот;
- 3) вдох через рот, выдох через нос;
- 4) вдох и выдох через одну половину носа, затем через другую (попеременно);

- 5) вдох через одну половину носа, выдох через другую (попеременно);
- 6) вдох через нос, замедленный выдох через нос с усилением в конце;
- 7) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы;
- 8) вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковременно задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями).

Через 7–10 дней от начала дыхательных упражнений добавляются упражнения для активизации мускулатуры шеи, наружных и внутренних мышц гортани. Такой интервал лучше соблюдать, чтобы на раннем этапе восстановления не перегружать занятий упражнениями. Последовательное включение тренировок позволяет обучающимся полностью овладеть ранее предложенными заданиями.

Комплекс Б. Упражнения выполняются сидя:

- 1) исходное положение – руки в замок на затылке. Отклонение головы назад с легким сопротивлением рук;
- 2) исходное положение – сжатые в кулак кисти упираются в подбородок. Наклоны головы вперед с легким сопротивлением рук;
- 3) исходное положение – ладони рук прикрывают уши. Наклоны головы в стороны к плечам с сопротивлением рук;
- 4) движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед. Сжатие челюстей;
- 5) надувание щек;
- 6) доставание кончиком языка мягкого нёба;
- 7) поднятие мягкого нёба при зевке.

Оба комплекса упражнений легко выполнимы. Их можно рекомендовать для самостоятельных тренировок 6 раз в течение дня по 4–5 раз каждое упражнение.

На данном этапе логопедические упражнения желательно сочетать со специальными занятиями для установления диафрагмального типа дыхания в кабинете лечебной физкультуры. Упражнения второго этапа подготавливают голосовой аппарат к фонации. В результате тренировок исчезает рефлексорный кашель, ощущение инородного тела в горле, значительно удлиняется выдох и появляются слабые колебательные движения края парализованной голосовой складки. После этого можно переходить к следующему этапу работы – голосовым упражнениям для тренировки кинестезии и координации голосового аппарата. Дыхательные упражнения и «дутье в губную гармошку» рекомендуется продолжать до завершения коррекционного обучения.

Голосовые упражнения строятся с учетом воздействия различных звуков на сам механизм голосообразования. Звонкие согласные и гласные звуки влияют на функцию голосового аппарата посредством импеданса. В момент фонации при формировании различных звуков в надставной трубе возникает различное противодействие за счет меняющихся объемов полостей и сужений в рото-глоточном канале. Устанавливается взаимосвязанная система колебаний резонаторов и голосовых складок. Поскольку этот акустический механизм зависит от индивидуального анатомического строения артикуляционного и голосового аппарата, а также способа образования звуков, одни звуки всегда имеют больший импеданс, чем другие. Вместе с тем путем тренировок его можно «подобрать» для каждого голосового аппарата таким образом, что при малых затратах мышечной энергии можно добиться хорошего акустического эффекта. В этом и состоит постановка голоса.

Начинается коррекция голоса с произнесения звука *м*. Выбор этой фонемы определяется ее лучшей физиологической основой для установления правильной фонации. Она отличается незначительной напряженностью, струя воздуха, проходящая через рот, слаба. Это звук довольно большого импеданса.

Упражнение 1. Предлагается произносить звук *ж* кратко при спокойном положении гортани, направляя звук так, чтобы он как бы «ударился» в твердое нёбо и вызвал большую резонанцию вышележащих полостей. Постепенно, по мере тренировок, длительность фонации увеличивается и голос становится более ясным, звучным. Как только обучающийся без затруднений начинает выполнять это упражнение, переходят к произнесению открытых слогов.

Упражнение 2. После длительного произнесения звука *м* слитно с ним произносятся кратко все гласные звуки при резком опускании нижней челюсти: *ма, мо, му, мэ, мы*. Упражнения проводят со всеми звонкими согласными звуками.

Дальнейшее закрепление кинестезии голосоведения происходит при произнесении пар слогов с ударением на втором слоге.

Упражнение 3. Произнести слоги:

ма–ма на–на

ма–мо на–но

ма–му на–ну и т.д. и сочетания слов с перемещающимися ударениями.

Упражнение 4. Произнести:

мама–мама–мамама;

нана–нана–нанана и т. д.

По достижении громкого полноценного звучания различных слоговых сочетаний переходят к упражнению 5.

Упражнение 5. Тренировка сочетаний гласных звуков с *j*. Звук произносится с незначительным шумом, голосовые складки колеблются. Большой импеданс *j* и звучание гласных на твердой атаке оказывают активизирующее влияние на смыкание голосовых складок. Гласный звук должен звучать коротко, твердо, а *j* – длительно: *ай... яй..., ой... ей..., уй... юй..., эй... ей...*

В дальнейшем после получения звучного голоса и закрепления кинестезии необходима координация дыхания и голосообразования. Для этой цели используется произнесение гласных звуков и их сочетаний по два, три, четыре и пять на одном выдохе.

Упражнение 6. Произнести гласные звуки и их сочетания: *a, ao, ау, аз, ай, аоу, аоэ, аои, аоуэи, аоуи* и т.д.

Сначала сочетания произносятся отраженно за логопедом, затем самостоятельно. Данный этап занятий можно считать законченным, если упражнения выполняются легко, без напряжения, нет жалоб на голосовую утомляемость, а голос достаточно громкий и звучный.

По завершении работы над звуковыми и слоговыми упражнениями начинается этап автоматизации восстановленного голоса. Для этого подбираются слова, начинающиеся с прямых ударных слогов – *ма, мо, му, мэ, мы*. При произнесении слов типа *манка, море, муха, мыло* легко включается верхний резонатор и закрепляются наилучшие условия голосообразования. Далее приступают к фразовой речи и чтению стихотворений и прозы. На завершающем этапе речевой материал подбирается не по фонетическому принципу, а с учетом возраста и интересов обучающихся.

Одновременно с работой над речевым материалом выполняются вокальные упражнения. Они позволяют закрепить восстановленную голосовую функцию в более короткие сроки, расширяют диапазон и увеличивают звучность голоса. Вокальные упражнения проводятся в диапазоне одной, полутора октав, малой или первой в зависимости от

высоты восстановленного голоса. Пропеваются гаммы, трезвучия, затем короткие мелодии без резких тональных переходов.

Восстановленным можно считать громкий звучный голос при организованном речевом дыхании и отсутствии жалоб на утомляемость и различные неприятные ощущения в горле. При оториноларингологическом обследовании отмечается смыкание голосовых складок за счет компенсации здоровой половины гортани и появление колебаний голосовой складки на пораженной стороне. Глоттография выявляет равномерные колебания голосовых складок с четко выраженными фазами.

Продолжительность коррекционно-логопедической работы 2–4 месяца, в зависимости от тяжести нарушения и времени начала занятий.

Гипотонусные нарушения голоса

Большую группу функциональных расстройств голосового аппарата составляют гипотонусные нарушения (как тождественные употребляются термины гипофункциональные или гипокинетические), в основе которых лежат миопатические парезы (греч. *mus (myos)* – мышца), т.е. парезы внутренних мышц гортани. Мышцы, образующие голосовые складки, при фонации активно работают. Они раскрывают голосовые складки, сближают их, замыкая голосовую щель; фиксируют их в определенном положении, натягивают, что необходимо для полноценного голоса. Все мышцы голосовых складок, левой и правой, парные за исключением одной. При гипотонусных расстройствах повреждение наступает в одной, максимум двух парах мышц на самой периферии их иннервации. После лечения и специальных голосовых тренировок возможно восстановление их тонуса, поэтому данную патологию принято относить к функциональным нарушениям. Миопатические парезы возникают на почве перенесенных инфекций: гриппа, острых респираторных и вирусных заболеваний, при длительных перенапряжениях голоса. Нередко несколько причин действует в совокупности. Особо неблагоприятны для голосового аппарата так называемые «малые простуды», при которых на фоне небольших катаральных явлений и легкой отечности слизистой оболочки носоглотки и гортани ведется активная голосовая нагрузка. Голос вынужденно форсируется, что часто приводит к парезам внутренних мышц гортани и гипотонусной дисфонии. Страдают мышцы, смыкающие голосовые складки, нарушается голосовая функция, а физиологическое дыхание остается нормальным. Однако выпадение

функции одних мышц обуславливает нарушение действия их антагонистов (мышц-сжимателей).

Дефекты голоса могут быть выражены от легкой осиплости до резкой охриплости и даже афонии. Отмечается большая утомляемость голоса, напряжение и боль в мышцах шеи, затылка, а иногда и грудной клетки. Ларингоскопическая картина характеризуется несмыканием голосовых складок, синхронная их подвижность может сохраниться, но быстро истощается при фонации. Щель между голосовыми складками приобретает различные формы в зависимости от того, какие мышцы поражены.

У людей, избравших голосоречевые профессии, подобное нарушение нередко создает тяжелую психотравмирующую ситуацию, которая при наличии предрасположенности и астенизирующих факторов приводит к развитию невротических состояний. Их внимание постоянно приковано к качеству звучания голоса. Дисфония сочетается с быстрой не только голосовой, но и общей утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, неуверенностью в себе, тревогой, бессонницей, пониженным настроением. Продолжая работать, форсируя голос, они еще более ухудшают свое состояние. Люди с выраженными невротическими расстройствами, помимо голосовосстановительных занятий, нуждаются в консультации, а иногда и в лечении у психиатра.

После вводной беседы психотерапевтической направленности, ориентирующей больного на ответственное отношение к логопедическим занятиям, следует приступить к коррекции дыхания. Помимо дыхательной гимнастики, выполняемой, если есть возможность, в кабинете лечебной физкультуры, дыхательными упражнениями необходимо заниматься и на логопедических занятиях.

Главная задача восстановления голоса при миопатических парезах – установление костно-абдоминального типа дыхания, удлинение фонационного выдоха и воспитание правильного голосоведения. Некоторые упражнения комплекса «А», описанные выше, выполняются при сочетании дыхания с произнесением звука на мягкой атаке (исходное положение – сидя на стуле):

- 1) вдох через нос, выдох через нос, имитируя стон;
- 2) вдох через нос, выдох через нешироко открытый рот с произнесением на мягкой подаче голоса фонемы *а*;
- 3) вдох через рот, выдох через нос, имитируя стон;

4) вдох через нос, замедленный выдох через нос, имитируя стон с усилением в конце;

5) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы с длительным произнесением слегка приглушенного двугубного звука *в*;

6) вдох через нос, выдох толчками, т.е. кратковременно задерживая дыхание, через рот с имитацией стога.

При выполнении дыхательных упражнений необходимо следить за тем, чтобы вдох всегда был быстрым, а выдох как можно более продолжительным.

Расстройства голоса при гипотонусных нарушениях так же, как и при хронических ларингитах, которые часто осложняются миопатическими парезами, сопровождаются парестезиями – рядом неприятных ощущений в глотке и гортани. Для их устранения (или облегчения) целесообразно использовать прием, снимающий ощущения першения в горле. Задержав дыхание, при закрытом рте и неплотно сжатых зубах беззвучно «произносить» звук *ы* два-три раза подряд. Массаж в течение 1–2 мин. круговыми движениями большого и указательного пальцев передней поверхности шеи, начиная с области корня языка и спускаясь к ключичным впадинам, ослабляет мышечные зажимы и настраивает голосовой аппарат к работе. Такой массаж можно проводить 6–7 раз в день, первый раз – утром натощак.

Дыхательные упражнения и массаж поверхности шеи подготавливают голосовой аппарат к фонации, с нахождением оптимального тона голоса. Как уже описывалось выше, полноценный звук голоса легче всего получить при произнесении сонорных *м, н, л*. Они обладают достаточно большим возвратным импедансом, не требуют сильного напряжения гортани. Одновременно вызвать звучный голос при подаче «в маску», т.е. в верхнем резонаторе, не представляет больших трудностей. При сомкнутых губах, без напряжения издается как бы стон на мягкой атаке звука и ощущении вибрации переносицы и темени. Методом проб и ошибок, с неоднократными повторениями попыток, подбирается наиболее чистое звучание голоса. Правильность полученного тона определяется на слух и по ощущению комфорта в голосовом аппарате. Если такие попытки не дают желаемого результата, что иногда возможно у людей с плохим музыкальным слухом, применяется другой прием. Тон задается звучащим камертоном. Камертон С-128 ставится на темя и обучающемуся предлагается «подстроить» голос в тон звучания камертона. Для лучшего ощущения звука «в маске» уже после того, как полноценный тон найден, можно при мягком «мычании» слегка

похлопывать по крыльям носа. В дальнейшем этот прием используется и при произнесении слоговых упражнений.

После нахождения оптимального тона звук вводится в слоги: *ма, мо, му, мэ, мы; на, но, ну, нэ, ны; ла, ло, лу, лэ, лы; ва, во, ву, вэ, вы; за, зо, зу, зэ, зы; ока, око, оку, окэ, окы.* Затем идут сочетания парных слогов с ударением на последнем гласном:

<i>мама, мамо, маму, мамэ, мамы;</i>	<i>вава, ваво, ваву, вавэ, вавы;</i>
<i>нана, нано, нану, нанэ, наны;</i>	<i>заза, зазо, зазу, зазэ, зазы;</i>
<i>лала, лало, лалу, лалэ, лалы;</i>	<i>жажа, жажо, жажу, жажэ, жажы.</i>

В дальнейшем можно переходить к произнесению вариантов слогов по пять и по семь на одном выдохе, например: *ма-мо-му-мэ-мы, на-но-ну-нэ-ны* и т.д. Или: *мама-мама-мамама, лала-лала-лалала.* Подобные тренировки не только содействуют устойчивости правильного голосообразования, но и координируют фонацию и дыхание. С этой же целью можно предложить произнесение сочетаний гласных по две – пять фонем слитно, на одном выдохе, выдерживая единый тон голоса.

Следует отметить, что у людей с небольшой длительностью заболевания улучшение голоса, достигнутое в голосовых тренировках, практически сразу переходит в спонтанную речь. Объясняется это оживлением старых стереотипов нормального голоса, постепенное восстановление голоса наступает параллельно с дыхательными занятиями.

Особую группу составляют люди, у которых голосовое нарушение имеет длительный срок и уже сформировался стойкий навык патологического голосообразования, так называемая «привычная охриплость». Все функциональные тренировки они могут выполнять голосом нормального тембра, но в спонтанной речи охриплость сохраняется. В подобных случаях требуется более длительная работа над голосом: при тщательном слуховом контроле отрабатывается чтение текстов, стихотворений.

Лучше выбирать стихотворение с короткой строкой и максимальным набором сонорных, со звонкими согласными и гласными в тексте. Например:

<i>«Все мое», – сказало злато;</i>	<i>«Все куплю», – сказало злато;</i>
<i>«Все мое», – сказал булат.</i>	<i>«Все возьму», – сказал булат.</i>

А.С. Пушкин. Золото и булат

Постепенно восстановленный голос делается устойчивым во всех видах речи.

Продолжительность курса восстановительных занятий варьируется от 1,5 до 4 месяцев. По завершении фонопедии рекомендуется продолжать функциональные тренировки голосового аппарата самостоятельно не менее одного месяца.

3. РИНОЛАЛИЯ

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

В зависимости от характера нарушения нёбно-глоточного смыкания выделяют две основные формы ринолалии: открытую и закрытую.

Открытая ринолалия

При открытой форме ринолалии ротовые звуки характеризуются повышенным носовым оттенком – гиперназализацией (от лат. *nasus* – нос). Открытая ринолалия может быть функциональной или органической.

В качестве причин **функциональной открытой** ринолалии может выступать гиподисфункция мягкого нёба без явных признаков органического повреждения. Чаще всего она встречается у физически ослабленных детей с пониженным мышечным тонусом. Вследствие этого отмечается недостаточный подъем мягкого нёба при фонации.

Органическая открытая ринолалия может быть *приобретенной* или *врожденной*.

Приобретенная открытая ринолалия образуется при парезах и параличах мягкого нёба, при перфорации твердого и мягкого нёба.

Врожденная открытая ринолалия чаще всего бывает обусловлена расщелиной твердого и/или мягкого нёба, иногда в сочетании с расщелиной верхней губы.

При врожденных расщелинах верхней губы и нёба изменяется механизм образования звуков, что обусловлено особенностями строения и функции нёбно-глоточного аппарата. Нарушается анатомическая целостность мягкого нёба, которое представляет собой отдельные сегменты. При фонации они приближаются к боковым стенкам глотки и как бы сливаются с ними. Вследствие этого изоляция носовой и ротовой полостей оказывается недоступной, воздушная струя при произнесении ротовых звуков попадает в носовую полость и звуки приобретают открытый носовой оттенок – гиперназализацию.

Причины возникновения расщелин. Появление многообразных форм расщелин нёба зависит от времени возникновения и действия факторов, нарушающих ход развития нёба, характера этих факторов, степени нарушения хода развития зародыша.

Факторы, влияющие на возникновение расщелин:

1. Генетические – неблагоприятная наследственность, наличие расщелин у прямых или косвенных родственников.

2. Биологические – заболевания матери во время беременности (грипп, ОРВИ, паротит, токсоплазмоз).

3. Химические – контакт с вредными веществами: ядохимикатами, кислотами, экологическое состояние окружающей среды, влияние алкоголя, никотина, наркотиков, бесконтрольный прием лекарственных препаратов, в частности перенасыщение организма плода витамином А и прием препаратов группы кортизонов.

4. Социальные – стрессовые ситуации, психические травмы.

5. Эндокринные заболевания матери.

Классификация врожденных расщелин верхней губы и нёба

Все формы расщелин могут быть сведены к двум основным: сквозным и несквозным (изолированным). Различие их состоит в размере и расположении.

Расщелины нёба	
Сквозные	Несквозные (изолированные)
Односторонние	Полные
Двусторонние	Частичные
	Скрытые

Сквозные расщелины характеризуются тем, что несращение проходит сквозь губы, альвеолярный отросток, твердое и мягкое нёбо. Сквозные двусторонние расщелины проходят по обеим сторонам межчелюстной кости между ней и альвеолярным отростком. Сошник и носовая перегородка обычно развиты достаточно, мягкое нёбо развито плохо, зев расширен. При сквозной односторонней расщелине межчелюстная кость обычно хорошо развита и соединена с непораженной стороной альвеолярного отростка. Мягкое нёбо развито достаточно хорошо. В зависимости от того, с какой стороны произошло сращение, расщелину называют правосторонней или левосторонней.

Несквозные (изолированные) расщелины разделяют нёбо пополам. Полные несквозные расщелины характеризуются тем, что несрастание доходит до области резцового отверстия. Альвеолярный отросток развит хорошо, мягкое нёбо подтянуто к боковым стенкам глотки, ткани его развиты недостаточно, зев очень широкий.

Частичные несквозные расщелины могут быть по величине близкими к полным, а иногда величина их бывает незначительной.

К группе несквозных расщелин относят скрытые расщелины твердого нёба, которые также называются подслизистыми или субмукозными. Такая расщелина не видна, так как она затянута слизистой оболочкой. Для ее выявления необходимо попросить ребенка широко открыть рот и резко сказать: *а*. При наличии расщелины задняя поверхность неба слегка втягивается в виде треугольника.

Фонация и артикуляция звуков при ринолалии имеют отличительные особенности

Нарушения голосовой функции при ринолалии

Основной голосовой характеристикой, наиболее страдающей при врожденных расщелинах нёба, является тембр. Нарушения тембра голоса выражаются в сочетании **гиперназализации** (характерного носового оттенка гласных и звонких согласных звуков вследствие отсутствия изоляции носовой и ротовой полостей при фонации) и **носовой эмиссии** (утечки воздуха через нос при произнесении звуков, требующих ротового давления).

Причиной стойкой носовой эмиссии и гиперназализации в послеоперационный период может являться нёбно-глоточная недостаточность. Первичные пластики твердого и мягкого нёба восстанавливают целостность анатомических структур, однако в ряде случаев сохраняется неполное разделение носовой и ротовой полостей при фонации – нёбно-глоточная недостаточность.

У многих детей с расщелинами голос нарушается по ряду параметров. Исследования отечественных (Ермакова И.И.) и зарубежных (McWilliams В.Ж.) авторов показывают, что часто их голос бывает охриплым, а при ларингоскопии выявляется гиперемия и гипертрофия голосовых складок. Приблизительно у 20 % детей с расщелиной нёба имеются узелки голосовых складок. Это является компенсаторным следствием повышения активности гортани в случае потери силы голоса. Характерным является слабость голоса, зажатое, сдавленное звучание, иногда сиплое и хриплое. Тусклый звук голоса обедняет естественные интонации, мелодику речи. По данным И.И. Ермаковой, примерно до семи лет у детей с врожденными расщелинами верхней губы и нёба из всех голосовых характеристик страдает только тембр голоса в виде присутствия гиперназализации. По остальным качествам голос не отличается от нормального. После семи лет голос начинает ухудшаться:

снижается сила, появляется истошаемость, осиплость. Прекращается расширение диапазона.

Состояние звукопроизношения. Неразборчивость устной речи детей с расщелинами нёба в значительной степени обусловлена специфическим нарушением звукопроизношения. Страдает произношение как гласных, так и согласных звуков.

В процессе речевого дизонтогенеза формируются приспособительные (компенсаторные) изменения уклада органов артикуляции:

- высокий подъем корня языка и сдвиг его в заднюю зону ротовой полости; расслабленный, малоактивный кончик языка;
- недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных и губно-зубных согласных;
- чрезмерное напряжение мимической мускулатуры;
- возникновение дополнительной артикуляции (ларингализации) за счет участия стенок глотки.

При открытой форме ринолалии артикуляция нарушается тотально. Все оральные звуки становятся назальными. При этом глухие звуки воспринимаются как близкие к звуку *x*, звонкие – к фриктивному *z*, из них губные и губно-губные – к звуку *m*, а переднеязычные – к звуку *n* с незначительной модификацией звучания (Ермакова И.И., 1996).

Снижение физиологического носового резонанса при произношении назальных звуков характерно для закрытой формы ринолалии. При нормальном произношении звуков *m*, *m'*, *n*, *n'* нёбно-глоточный затвор остается открытым, и воздух проникает непосредственно в носовую полость. Причиной закрытой формы ринолалии являются органические изменения в носовой полости и функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания.

Звукообразовательным процессам как при открытой, так и при закрытой форме ринолалии присущи антропофонические признаки, проявляющиеся в искажении звучания фонем, и фонологические признаки, заключающиеся в замене одной фонемы другой.

Возможен вариант смешанной ринолалии, которая обусловлена утечкой воздуха через нос при патологически уменьшенном носовом резонаторе, в результате чего страдают акустическая и артикуляционная характеристики всех звуков речи. Причиной смешанной ринолалии является сочетание непроходимости носа и недостаточности нёбно-

глоточного смыкания органического или функционального происхождения.

Первичным ведущим расстройством в структуре речевого дефекта при ринолалии являются *фонетические дефекты*: нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные патологическими особенностями строения и деятельности речевого аппарата. Как вторичный дефект могут выступать фонематические и лексико-грамматические нарушения.

Схема комплексного обследования детей с ринолалией

Исследование ребенка начинается с беседы с мамой и изучения медицинской документации.

1. Данные анамнеза

1. Вид расщелины.
2. Сроки хирургического вмешательства.
3. Наследственность по прямой и косвенной линии. Есть ли у кого-нибудь из родственников расщелины губы и/или нёба, а также другие нарушения строения артикуляционного аппарата.
4. От какой по счету беременности ребенок, чем закончились предыдущие беременности.
5. Протекание беременности: наличие токсикозов в 1-й или 2-й половине, травм (указать каких) в 1-й или 2-й половине, контакт с вредными веществами, химическими препаратами как до наступления беременности, так и во время ее протекания, острые и хронические заболевания матери во время беременности (грипп, ОРВИ, почечная и сердечная недостаточность и т.д.), резус-конфликт, психические травмы и стрессовые ситуации.
6. Протекание родов: срочные, недоношенность, время прохождения родов: быстрые, затяжные, с применением вспомогательных средств, асфиксия, родовые травмы.
7. Раннее физическое развитие ребенка: когда начал держать головку, сидеть, ходить.
8. Раннее речевое развитие: когда появились гуление, лепет, первые слова, фраза.
9. Занимался ли с логопедом, где, в течение какого времени, есть ли положительная динамика.

10. Заключение специалистов: хирурга-стоматолога, ортодонта, педиатра, оториноларинголога, невролога.

II. Логопедическое обследование

Задачей данного обследования является определение характера и степени выраженности проявлений дыхательных, голосовых и артикуляционных расстройств и их влияния на нарушения звукопроизношения и просодики. Наиболее подробно этот аспект исследования разработан в методике Т.В. Волосовец.

1. Состояние артикуляционного аппарата (строение и функция):

Губы – наличие послеоперационных рубцов, толстые, тонкие, без патологии. Уздечка верхней губы – норма, укорочена. Подвижность достаточна, ограничена. Переключаемость движений – достаточна, недостаточна.

Для определения подвижности губ и переключаемости артикуляционных движений предлагаются традиционные упражнения артикуляционной гимнастики: «улыбка», «трубочка», чередование «улыбки» и «трубочки» и т.д. Упражнения выполняются отраженно за логопедом, возможно использование зеркала.

Преддверие полости рта – глубокое, неглубокое, не сформировано.

Зубы – крупные, мелкие, редкие, зубной ряд – сформирован, не сформирован.

Прикус – нормальный, прогения, прогнатия, открытый (боковой, передний). Сужение верхней челюсти, протрузия (выступление межчелюстной кости).

Язык – форма и размер – обычные, массивный, маленький, длинный, короткий, широкий, узкий. Корень языка – норма, гипертрофия. Кончик языка – истонченный, широкий. Уздечка языка – норма, короткая, спайка с тканями подъязычной области. Позиция в полости рта – правильно стабилизирован, оттянут назад, лежит на дне полости рта. Подвижность языка достаточная, недостаточная. Переключаемость движений – достаточная, недостаточная. Проверка производится с помощью традиционных артикуляционных проб: «иголочка», «лопаточка», «чашечка», «часики», «маляр», «почисти зубки», «лошадки» и т.д. Тонус мышц языка – норма, повышен, понижен. Наличие тремора (мелкого дрожания языка), девиации (отклонения языка в сторону), гиперсаливации (повышенного слюнотечения).

Твердое нёбо – неоперированная расщелина, сформированное твердое нёбо – широкое, узкое, плоское, высокое, готическое (разновидность высокого), наличие дефектов переднего или среднего отделов твердого неба.

Мягкое нёбо – неоперированная расщелина, сформированное мягкое нёбо – короткое, длинное, подвижное, малоподвижное. Для того чтобы правильно определить степень подвижности мягкого нёба, детям предлагают произнести звук **a** на твердой атаке. Ребенка просят широко открыть рот и резко и громко крикнуть: **a**. В зависимости от того, насколько активно в этот момент движется нёбная занавеска, логопед выносит заключение о ее подвижности.

1. Состояние мимической мускулатуры в покое и динамике – наблюдается ли патологическая активность лицевых мышц, компенсаторные гримасы при фонации. Состояние лицевой мускулатуры оценивается в процессе наблюдения за речевой деятельностью и с помощью проб, позволяющих оценить работу мимических мышц. Детям предлагают сделать веселое лицо (засмеяться), сердитое лицо (нахмурить брови), поднять брови, прищурить поочередно правый и левый глаз, надуть щеки, втянуть щеки и т. д.

2. Состояние дыхательной функции:

- физиологическое дыхание;
- фонационное дыхание.

При оценке физиологического дыхания важно определить его тип: ключичный, грудной, ниже-диафрагмальный (косто-абдоминальный). Исследование производится визуально в положении лежа, сидя, стоя. Далее определяется наличие ротового выдоха – сформирован, не сформирован. С этой целью ребенку предлагается подуть на бумажную игрушку или шарик.

При определении качественных характеристик фонационного (речевого) дыхания следует обратить внимание на длительность и направленность ротового выдоха при фонации (в момент речи) и наличие носовой эмиссии. Ребенок произносит слова или предложения, и логопед оценивает характер ротового выдоха. Объективную информацию о наличии носовой эмиссии можно получить с помощью специального прибора – назометра.

3. Состояние голосовой функции:

- тембр голоса;

- высота голоса;
- сила голоса.

Особенности голосовой функции выявляются в ходе беседы с детьми.

Объективная оценка тембра голоса производится с помощью назометра и назофарингоскопического исследования. Обращается внимание на наличие носовой эмиссии и гиперназализации.

Для проверки силы звучания голоса можно предложить ребенку произносить слова или фразы шепотом, тихим, громким голосом, меняя громкость произнесения отраженно за логопедом.

Высота голоса определяется с помощью пения гамм в различных диапазонах или произнесения слов и фраз с повышением или понижением голоса.

4. Состояние звукопроизношения

На данном этапе основной целью является оценка сформированности звукопроизносительной стороны речи у ребенка. Материалом может служить набор предметных картинок, а также перечень определенных слов и фраз.

Обследование начинается с проверки изолированного произнесения звуков, затем предлагают повторить слова и фразы, содержащие определенные звуки, отраженно за логопедом. Можно предложить детям назвать предметные картинки. В последнюю очередь проверяется произнесение звуков в спонтанной речи.

Исследование наиболее целесообразно осуществлять в игровой форме. Например, волшебник может превратить детей в комарика, который должен позвенеть – *з-з-з*, в пчелку, которая собирает с цветов мед и жужжит – *ж-ж-ж*, в собаку, которая защищает своего хозяина и рычит – *р-р-р* и т. д.

Примерный перечень слов для отраженного произнесения: *пони, пена, баба, белый, Вова, Витя, Фома, Филя, Таня, тетя, дом, дядя, сова, сено, зайка, Зина, шапка, жук, цапля, щетка, чай, лапа, Ляля, рыба, река*. При составлении проверочных фраз рекомендуется использовать слова простой слоговой структуры, например: ***На Тане пальто.***

5. Просодическая сторона речи

Оценивая состояние просодических характеристик речи, важно обратить внимание на мелодико-интонационную выразительность,

соблюдение темпо-ритмической организации речи, выраженность эмоциональных оттенков, расстановку пауз, логических ударений, громкость, разборчивость речи в целом. Исследование проводится на материале стихотворений, сказок, поговорок.

Поскольку при ринолалии ведущим является расстройство фонетической стороны речи, обусловленное анатомическим дефектом артикуляционного аппарата, обследование в первую очередь направлено на выявление первичных нарушений. Однако, в некоторых случаях, первичные нарушения голоса и звукопроизношения могут стать причиной отклонений в формировании других компонентов речевой системы: фонематического восприятия, лексико-грамматического строя у детей дошкольного возраста, а у школьников и письменной речи. В связи с этим, обследуя ребенка, важно определить, не осложняется ли ринолалия фонетико-фонематическим недоразвитием речи, общим недоразвитием речи, дисграфией.

6. Состояние фонематического восприятия и способности к фонематическому анализу

Учитывая, что особенности устной речи детей с ринолалией оказывают влияние на формирование других речевых процессов, важно оценить состояние фонематического восприятия.

Исследование проводится в трех направлениях: дифференциация изолированных звуков, на уровне слогов и на уровне слова. Ребенка просят определить пары звуков, используя игровые моменты: «Кто как жужжит?» – «з-з-з»: комар, «ж-ж-ж»: жук (дифференциация **з-ж**); «с-с-с»: вода течет, «ш-ш-ш»: змея шипит (дифференциация **с-ш**); «д-д-д»: играем на барабанах, «т-т-т»: стучат колеса поезда (дифференциация **д-т**); «р-р-р»: собака рычит, «л-л-л»: самолет гудит – где собака, а где самолет.

Для дифференциации слогов предлагаются слоговые ряды, в которых нужный слог выделяется поднятием руки.

Для проверки фонематического восприятия на уровне слова ребенку предлагают картинки, названия которых отличаются одним звуком: *мышка-миска, козы-кожи, коза-коса, зуб-суп, том-дом, удочка-уточка, вата-фата, башня-пашня, лак-рак*. Требуется определить, разные это слова или одни и те же. Дети показывают картинки, объясняя значение слов, и повторяют их за логопедом.

Для того чтобы трудности проговаривания не влияли на качество дифференциации, необходимо предлагать задания, исключая артикулирование.

7. Состояние активного и пассивного словарного запаса существительных, прилагательных, глаголов, местоимений, наречий

С помощью предметов, предметных и сюжетных картинок логопед определяет возможности понимания и использования ребенком различных частей речи.

8. Состояние грамматического строя речи

На данном этапе исследуется характер употребления ребенком грамматических конструкций. Материалом могут служить игрушки, предметы, предметные и сюжетные картинки. Оценивается умение согласовывать прилагательные с существительными в роде, числе и падеже; числительные с существительными; употребление числа и рода глаголов; использование предложных и беспредложных падежных форм существительных.

III. Психолого-педагогическое обследование

1. Психологическая база речи.

Восприятие, мышление, память, внимание составляют психологическую базу речи. Важно получить сведения об особенностях психического развития детей с ринолалией. Знание этих особенностей необходимо для проведения дифференциальной диагностики различных форм речевых расстройств и отграничения их от речевых нарушений, связанных с интеллектуальной недостаточностью, задержкой психического развития, расстройствами эмоционально-волевой сферы и поведения. Исследование может проводиться совместно с психологом. При этом используются различные методики, разработанные для обследования высших психических функций (Эльконин Д.Б.)

2. Педагогический анамнез

Данные педагогического обследования помогут получить информацию об уровне сформированности умений и навыков детей с ринолалией и предотвратить возможные трудности в процессе обучения.

Обследование включает изучение уровня развития игровой деятельности, сенсорного развития (выполнение действий с дидактическим материалом, предметами, игрушками), состояния общей и мелкой моторики.

Направления коррекционной работы

1. Коррекция физиологического и фонационного дыхания.
2. Развитие полноценного нёбно-глоточного смыкания.
3. Формирование артикуляционных укладов и артикуляционных движений.
4. Устранение назального оттенка голоса.
5. Коррекция звукопроизношения.
6. Автоматизация сформированных навыков в свободном речевом общении.
7. Нормализация просодической стороны речи.

Эти направления подразумевают устранение первичных нарушений в структуре речевого дефекта. Если у ребенка является сохранным фонематическое восприятие и отсутствуют нарушения лексико-грамматического строя речи, коррекционная работа может ограничиться данными направлениями.

Если ринолалия сопровождается фонетико-фонематическим недоразвитием речи, то помимо перечисленных направлений необходимо развивать у детей фонематическое восприятие и навыки звукового анализа и синтеза, с целью предупреждения возможного последующего возникновения нарушения письменной речи – дисграфии.

В некоторых случаях ринолалии сопутствует общее недоразвитие речи. У таких детей страдают все компоненты речевой системы, и при выборе направлений коррекционной работы следует учитывать наличие вторичных нарушений. Логопедические занятия с такими детьми должны включать упражнения по формированию лексического запаса, грамматической правильности речи и развитию связных высказываний. Таким образом подготавливается необходимая база для успешного обучения в школе и предотвращается возникновение дисграфии.

Специфика коррекции нарушений произносительной стороны речи при ринолалии

Подготовительный этап коррекции произносительной стороны речи при ринолалии направлен на решение следующих задач:

- формирование направленной воздушной струи и комбинированного типа дыхания;
- развитие орального праксиса, перемещение языка в полости рта вперед, создание предпосылок для правильного звукопроизношения;
- формирование фонематического слуха.

Своеобразие логопедической работы на *подготовительном этапе* проявляется в:

- пролонгированности процесса активизации мускулатуры артикуляционного аппарата;
- индивидуализации выбора артикуляционных упражнений с учетом состояния речевой моторики ребенка;
- сочетании общепринятых и специальных артикуляционных упражнений;
- максимальном использовании произвольных движений при совершенствовании артикуляционного праксиса;
- ограничении количества выполняемых одновременно артикуляционных упражнений (не более трех);
- формировании адекватных фонематических представлений.

Особенности *этапа постановки звуков* при ринолалии:

- максимальное использование сформированных артикуляционных движений опорных звуков;
- использование специфических приемов постановки гласных и согласных звуков (прием беззвучной артикуляции и др.), особенности использования механической помощи (зажимание пальцами крыльев носа и др.);
- выбор корригирующих приемов на основе четких критериев: максимальные кинестетические ощущения и минимальное напряжение артикуляционной мускулатуры, что препятствует эмиссии воздуха в нос;
- первоначальное уточнение артикуляции гласных звуков, последовательность коррекции согласных определяются доступностью их ребенку и связаны с особенностями строения его артикуляционного аппарата (И.И. Ермакова указывает, что при длинной и подвижной нёбной занавеске легко начинать с фрикативных звуков; нёбно-глоточная недостаточность требует начинать с взрывных фонем. Общим является первоначальный выбор глухих звуков, так как для них необходимо большее давление воздуха, они являются более ощутимыми);
- использование промежуточных, приближенных артикуляций – аналогов звуков (Г.В. Чиркина, 1969);
- вызывание звука непосредственно в составе слога, а не в изолированном положении;
- не рекомендуется использование утрированного, чеканного, протяжного произношения поставленного звука, так как при этом

возрастает напряжение артикуляционной мускулатуры, увеличивается время смычки, усиливается эмиссия воздуха в нос.

Приемы постановки отдельных звуков при ринолалии представлены в таблице.

Приемы постановки согласных звуков при ринолалии

Звук	Приемы постановки звука
ф	Постановка звука осуществляется на длительном правильном выдохе, при котором верхние зубы касаются нижней губы.
п	1. Похлопывание губами во время дутья. 2. «Поплевывание» сначала с высунутым языком, затем – только губами. 3. При недостаточном нёбно-глоточном смыкании для уменьшения утечки воздуха «поплевыванию» учат при зажатых пальцами крыльях носа. Затем упражнение выполняется с открытыми крыльями носа
т	1. Межзубный т можно вызвать «поплевыванием» при положении губ в улыбке и слегка высунутом кончике языка. 2. От п . Положение языка: распластанное на нижней губе. Произнести слоги <i>па-па-па</i> . 3. От с . Произносить звук с ритмично, смыкая и размыкая резцы, закусывающие язык

На *этапе автоматизации звуков* при ринолалии Г.В. Чиркина, А.Г. Ипполитова, И.И. Ермакова выделяют ряд особенностей:

- допускается автоматизация звуков-аналогов;
- предпочтителен выбор звукосочетаний, где поставленный согласный произносится не в прямом открытом слоге, а в интервокальной позиции;
- координация фонации, дыхания, артикуляции автоматизируемых согласных;
- ранний переход от автоматизации на уровне звуков, слов к автоматизации на уровне фразы;
- отработка новых артикуляционных навыков не на произнесении стабильного речевого материала, а на материале, максимально приближенном к разговорной речи. Параллельно с коррекцией звукопроизношения у детей с расщелинами нёба идет работа по формированию навыков правильного голосообразования и выполнению фонопедических упражнений для исправления недостатков голоса.

4. ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем. (Логопедия / под ред. Л.С. Волковой)

Термин «дизартрия» образован от греческих слов *arthson* – сочленение и *dys* – частица, означающая расстройство.

Дизартрические расстройства наблюдаются при самых разных очаговых поражениях мозга: коры левого, а также правого полушарий, подкорковых структур, продолговатого мозга, могут быть как у взрослых, так и у детей. У детей дизартрии чаще всего связаны с перинатальной патологией, т.е. поражением нервной системы ребенка во время беременности и родов. Часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе (до 85 %). Менее выраженные проявления дизартрии могут быть и при отсутствии выраженных двигательных расстройств.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии могут носить самый разнообразный характер. В легких случаях – это искажение произношения нескольких звуков, а в тяжелых – речь становится полностью невозможной из-за паралича артикуляторных мышц. Такие тяжелые проявления носят название **анартрия** (а – отсутствие).

Классификация дизартрии

В основу современной классификации дизартрий положен принцип локализации поражения с учетом неврологического подхода (Правдина О.В. и др.).

В соответствии с этой классификацией выделяют пять форм дизартрии:

1. бульбарная;
2. псевдобульбарная;
3. экстрапирамидная (или подкорковая);
4. мозжечковая;
5. корковая.

Классификация на основе синдромологического подхода предложена Панченко И.И. применительно к детям с ДЦП.

В основе этой классификации лежит выделение различных неврологических симптомов и синдромов. Такой подход обусловлен тем, что у детей очаг поражения головного мозга не всегда четко локализован, имеет диффузный и более распространенный характер, что проявляется в преобладании смешанных и осложненных форм дизартрии.

На основе синдромологического подхода выделяют восемь основных форм дизартрии:

- 1) **спастико-паретическая** (ведущий синдром – спастический парез);
- 2) **спастико-ригидная** (ведущие синдромы – спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности);
- 3) **гиперкинетическая** (ведущий синдром – гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии);
- 4) **атактическая** (ведущий синдром – атаксия);
- 5) **спастико-атактическая** (ведущий синдром – спастический парез и атаксия);
- 6) **спастико-гиперкинетическая** (ведущий синдром – спастический парез и гиперкинез);
- 7) **атактико-гиперкинетическая** (ведущий синдром – атаксия и гиперкинез);
- 8) **спастико-атактико-гиперкинетическая** (ведущий синдром – спастический парез, атаксия, гиперкинез).

Классификация дизартрии по степени понятности речи для окружающих была предложена французским невропатологом G. Tardier, применительно к детям с церебральным параличом.

В соответствии с этой классификацией выделяют **четыре степени тяжести проявления речевых нарушений**.

Первая самая легкая степень, когда нарушения звукопроизношения незначительны и выделяются только специалистом.

Вторая – нарушения звукопроизношения заметны каждому, но речь в целом понятна для окружающих.

Третья – речь мало разборчива, частично понятна для окружающих.

Четвертая – отсутствие речи или речь непонятна для окружающих (анартрия).

Структура дефекта при дизартрии

Основными признаками являются дефекты звукопроизношения, нарушения голоса, нарушения движений органов артикуляции и

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

Нарушения артикуляционной моторики, сочетаясь между собой, составляют **первый синдром дизартрии** – синдром артикуляционных расстройств, который может иметь различные формы и проявления.

Виды нарушений артикуляционной моторики при дизартрии

Нарушения мышечного тонуса, характер которых зависит от локализации поражения мозга. Выделяют следующие формы:

спастичность – повышение мышечного тонуса в мускулатуре языка, губ, лицевой и шейной мускулатуре;

гипотония – пониженный или резко пониженный мышечный тонус (атония) в артикуляционной мускулатуре или отдельных группах мышц;

дистония – меняющийся характер мышечного тонуса (в покое пониженный мышечный тонус, при попытке активных движений и речи тонус резко возрастает).

Нарушения мышечного тонуса приводят к параличам и парезам.

Паралич – выпадение функции какой-либо мышцы вследствие нарушения иннервации.

Парез – уменьшение силы и амплитуды произвольных движений, обусловленное нарушением иннервации мышц.

Характерным признаком нарушений артикуляционной моторики при дизартрии являются **дискоординационные расстройства**. Они проявляются в виде:

гиперметрии – чрезмерной амплитуды и нарушений точности и соразмерности артикуляционных движений;

гипометрии – уменьшения объема и амплитуды артикуляционных движений.

Нарушения реципрокной иннервации

Точность и дифференцированность любого движения обеспечивается работой определенной группы мышц, причем одни мышцы напряжены, сокращаются, а другие в это же время расслабляются. Совместная работа мышц и их антагонистов обеспечивает выполнение того или иного движения.

Например, сужение языка требует сокращения волокон поперечных мышц языка при одновременном расслаблении волокон вертикальных

мышц и пучков подъязычно-язычных и шилоязычных мышц, участвующих в уплотнении и расширении языка.

Такие координационные взаимоотношения называются **реципрокной (взаимосочетанной) иннервацией мышц-антагонистов**. Если избирательной и согласованной иннервации не происходит, то нарушается выполнение любого движения и, как следствие, расстраивается звукопроизношение.

Наличие насильственных движений и оральных синкинезий

Насильственные движения могут быть в виде подергивания губ или языка, гримасы, насильственной улыбки. Могут возникать в любое время при речи или в покое.

Гиперкинез (от греч. hyper – чрезмерно и kinesis – движение) – чрезмерные, излишние, насильственные произвольные движения, появляющиеся при органических и функциональных поражениях нервной системы. К гиперкинезам относят тремор, атетоз, хорею, дрожательный паралич, миоклонию и др.

Синкинезии (от греч. syn – с, вместе и kinesis – движение) – дополнительные, (содружественные) движения, произвольно присоединяющиеся к произвольным. Встречаются у здоровых лиц (синкинезии физиологические) и при двигательных нарушениях (синкинезии патологические). К синкинезиям, в частности, относятся движения рук при ходьбе.

Нарушения проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Нарушения сигнала, поступающего от рецепторов, расположенных в органах и тканях (например, в мышцах языка), по афферентным нервным волокнам к центральной нервной системе. Дети плохо ощущают движения губ, языка.

Недостаточность артикуляционного праксиса, апраксия и диспраксия

Апраксия (лат. apraxia – бездеятельность, бездействие) – нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих его элементарных движений; возникает при очаговых поражениях коры больших полушарий головного мозга.

Выделяют два типа диспраксических расстройств: кинестетический и кинетический.

Кинестетическая оральная апраксия проявляется в постоянных поисках нужных положений языка, губ.

Кинетическая оральная апраксия проявляется не при произнесении отдельного звука, а при произнесении серии звуков, когда необходима последовательность плавно меняющихся друг друга артикуляций, при этом нарушается временная организация артикуляционных укладов.

Нарушения рефлексов орального автоматизма. Проявляются в сохранении и появлении ранних рефлексов (сосательный, хоботковый, ладонно-ротовой и др.).

Отмечается либо чрезмерное обострение оральных рефлексов (рвотного, глоточного), либо их недостаточность и даже отсутствие.

Второй синдром дизартрии – синдром нарушений речевого дыхания и просодической стороны речи (голоса и интонационно-ритмической стороны речи).

При дизартрии всегда отмечаются нарушения речевого дыхания, что связано с нарушением иннервации дыхательной мускулатуры и задержкой созревания дыхательной системы. Эти нарушения проявляются в виде большей частоты, недостаточной глубины, нарушений ритма дыхания. Нарушения голоса и мелодико-интонационной стороны речи связаны с нарушениями движений и парезами мышц мягкого нёба, голосовых связок, мышц гортани. Нарушения голоса при дизартрии разнообразны, специфичны для каждой из форм дизартрии.

Структура дефекта при дизартрии может включать в себя, кроме речевых нарушений, специфические отклонения в психическом развитии ребенка. Эти вторичные нарушения могут быть непосредственно связаны с первичными поражениями мозга или появляться в течение жизни как следствие нарушенного развития.

Возникновение дизартрии в раннем возрасте или врожденная патология может привести к нарушению и повреждению всего речевого развития ребенка. Поэтому у детей с дизартрией можно наблюдать задержку темпов речевого развития, задержку психического развития, нарушения в формировании словарного запаса и грамматического строя речи (ОНР).

При дизартрии наряду с речевыми нарушениями часто наблюдаются расстройства общей моторики (всегда у детей с ДЦП), мелкой моторики пальцев рук, могут наблюдаться расстройства сосания, глотания, жевания.

Если очаговые поражения появляются после формирования речи ребенка или у взрослого человека, то они могут проявляться только дизартрией. Если развитие речи не закончено, а поражения врожденные,

то дизартрия становится базой для системных задержек развития речи в целом и нарушений общего психического развития ребенка.

Таким образом, дизартрия может быть самостоятельным нарушением либо составной частью сложного сочетанного нарушения развития или его первичной причиной.

Этиология дизартрии

Независимо от фактора и времени вредоносного воздействия, причиной дизартрии является органическое нарушение нервной системы, приводящее к двигательным расстройствам.

Пренатальные причины

Инфекционные или вирусные заболевания матери во время беременности (краснуха, герпес, грипп, стрептококки, токсоплазмоз). Под воздействием инфекции в разные периоды развития плода могут развиваться пороки развития мозга.

Токсикозы беременных.

Патология развития плаценты.

Эндокринные или соматические заболевания матери во время беременности (гипертония, пороки сердца, анемия, сахарный диабет).

Прием беременными лекарственных препаратов, алкоголя, химические факторы.

Натальные причины

Асфиксия в родах. Затрудненное снабжение плода кислородом во время родов может возникнуть вследствие обвития плода пуповиной, неправильного предлежания плода. Кислородное голодание плода может привести к кровоизлияниям и нарушениям снабжения тканей мозга кислородом, гибели нервных клеток.

Травматический фактор во время родов: сжатие головы в родовых путях, неправильное предлежание плода, долгие, затяжные роды или стремительные, быстрые роды, крупный плод. Родовая травма приводит к кровоизлияниям, деформациям черепа и гибели нервных клеток.

Постнатальные причины

Инфекционные заболевания мозга или мозговых оболочек (менингиты, энцефалиты).

Опухоли головного мозга, инсульты, черепно-мозговые травмы.

Сравнительная характеристика различных форм дизартрии
(по материалам Винарской Е.Н.)

Очаг поражения мозга	Неврологические симптомы и синдромы. Клинические проявления	Нарушения звукопроизношения	Нарушения голоса и просодической стороны речи
<i>Бульбарная дизартрия</i>			
<p>Одностороннее или двустороннее поражение периферических двигательных нейронов V, VII, IX, X, XII пар черепно-мозговых нервов. Поражение ядер, корешков или периферических ветвей лицевого (VII), языкоглоточного (IX), блуждающего (X), подъязычного (XII), а также тройничного нерва (V).</p>	<p>Избирательные вялые (правосторонние, левосторонние, возможно двусторонние) параличи мышц языка, губ, мягкого нёба, гортани, глотки, поднимающих нижнюю челюсть и дыхательных мышц. Атрофия и атония этих мышц. Язык вялый, дряблый. Снижены или отсутствуют нёбный, глоточный, нижнечелюстной рефлекс. Расстройства как произвольных, так и непроизвольных</p>	<p>Гласные и звонкие согласные могут быть оглушены. Артикуляция гласных приближена к нейтральному звуку <i>Ә</i>. Артикуляция согласных упрощена, смычные заменяются на щелевые. У щелевых упрощается характер щели. Возможны избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательными параличами.</p>	<p>Голос слабый, глухой, истощающийся. Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости (открытой ринофонии). Речь невнятная, смазанная, монотонная, замедленная, неплавная.</p>

	движений в пораженных группах мышц. Расстройства глотания, жевания, гиперсаливация.		
<i>Псевдобульбарная дизартрия</i>			
Двустороннее (иногда неравномерно латерализованное) поражение центральных двигательных кортико-бульбарных (корково-ядерных) путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов, находящихся в продолговатом мозге	Центральный спастический паралич мышц лицевого аппарата. Гипертонус мышц. Язык напряжен, отодвинут назад. Рефлексы (глоточный, нёбный, нижне-челюстной) выражены и усилены. Возможны автоматизмы в виде насильственного смеха и плача. Паралич двусторонний, хотя возможно его преобладание с одной стороны. Страдают произвольные движения, непроизвольные	Нарушается произношение согласных, особенно переднеязычных верхнего подъема языка (<i>Р, Л, Ш, Ж, Ц, Ч</i>). Мягкие согласные более сохранены. Смычные артикулируются как щелевые, а щелевые со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. Артикуляция гласных и согласных сдвинута назад. Наблюдается гнусавый оттенок гласных заднего ряда и твердых соноров.	Голос слабый, сиплый, хриплый. За счет спастического состояния мышц изменены резонаторные свойства глотки, гортани, ротовой полости, изменен тембр голоса, наблюдается гнусавый оттенок голоса (ринофония).

	могут быть сохранены. Особенно нарушены самые тонкие, наиболее дифференцированные движения кончика языка.		
<i>Экстрапирамидная (подкорковая) дизартрия</i>			
Поражение подкорковых ядер (базальных ядер), таламуса и нарушение их связи с другими структурами мозга. Нарушения в работе экстрапирамидной системы.	Непроизвольно меняющийся мышечный тонус, дистония. Наличие гиперкинезов. Нарушения проприоцептивной афферентации от мышц артикуляционного аппарата. Распад, расстройство врожденных синергий в акте речи.	Отсутствие стабильных и однотипных нарушений звукопроизношения, большая трудность автоматизации звуков.	Расстройства темпа, плавности, громкости речи, высоты и тембра голоса, акцентуации и мелодики. Речь напряженная неплавная, нестабильная по громкости. Изменяется слитность произношения слогов, речь становится замедленной, ненормативной, акцентной. Нарушена членораздельность речи.
<i>Мозжечковая дизартрия</i>			
Поражение мозжечка и его связей с другими отделами	Статическая и динамическая атаксия. Пониженный		Речь скандированная, замедленная, нарушается

центральной нервной системы.	тонус мышц. Ограниченные движения языка, с проявлениями гипо- или гиперметрии. Дискоординация в работе мышц и нарушения баланса в их работе.		плавность, темп, ритм, ударения. Речь невнятная, напряженная, монотонная.
Корковая дизартрия			
Первый вариант корковой дизартрии (по материалам Волковой Л.С.)			
Одностороннее или двустороннее поражение нижнего отдела центральной извилины	Избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата.	Нарушается произношение звуков, связанных с тонкими движениями языка, особенно переднеязычных верхнего подъема.	Нарушения темпа и ритма речи за счет замедленного произношения переднеязычных звуков и слогов с этими звуками.
Кинестетическая постцентральная корковая дизартрия Афферентная форма корковой дизартрии (второй вариант по Волковой Л.С.)			
Одностороннее поражение постцентральных полей доминантного, обычно левого полушария.	Кинестетическая оральная апраксия. Возможно односторонний гемипарез и расстройства кожной и мышечной чувствительности на той же	Замены звуков по признаку места образования, способу образования, твердости и мягкости, нарушения звукопроизношения	Голос и тембр речи не нарушены. Нарушены плавность речи, наблюдается замедленность речи.

	половине тела. Оральная апраксия с характерными поисками нужного движения.	непостоянны. Один звук может быть и заменяющим и заменяемым. Трудность произношения согласных, гласные не страдают. Наибольшая трудность – выбрать нужный артикуляционный уклад из возможных и близких.	
--	--	---	--

Кинетическая премоторная корковая дизартрия
Эфферентная форма корковой дизартрии
(третий вариант по Волковой Л.С.)

Одностороннее поражение коры доминантного (обычно левого) полушария головного мозга в нижних отделах премоторных полей (передняя центральная извилина).	Апраксия кинетического типа. Распад схемы артикуляционных действий, распад временной организации артикуляционных движений и трудности переключения с одного движения на другое.	Слово произносится как ритмическая структура из открытых слогов. Призвуки гласных при произнесении согласных. Отсутствуют плавные слияния слогов. Пропуски звуков в стечениях согласных. Упрощение и расщепление аффрикат.	Голос более громкий. Речь напряженная замедленная.
---	---	--	--

		Замена щелевых на смычные. Артикуляция напряженная, замедленная, более длительное по времени произношение согласных. Персеверации (циклическое повторение, настойчивое воспроизведение).	
--	--	--	--

Дизартрии у детей

Выделение клинических форм дизартрии у детей является затруднительным и условным, так как у них редко бывают локальные поражения мозга, с которыми связаны четко определенные синдромы, позволяющие отнести дизартрию к той или иной форме.

Органические поражения мозга у детей предшествуют развитию речи, поэтому искажается ход онтогенеза всей речевой деятельности. Классификация дизартрий у детей сложна в связи со смешанной симптоматикой и клинической картиной.

Детская псевдобульбарная дизартрия

Детская форма псевдобульбарного паралича встречается особенно часто как остаточный синдром раннего поражения мозга. Детская псевдобульбарная дизартрия имеет сложный патогенез: могут наблюдаться и центральные спастические параличи, и экстрапирамидные нарушения мышечного тонуса, различные гиперкинезы и другие двигательные нарушения. Принято считать, что детская псевдобульбарная дизартрия связана с очагами поражения в коре головного мозга, а именно в передних отделах центральной извилины.

Многие авторы (Волкова Л.С., Семенова К.А., Мастюкова Е.М.) выделяют спастическую и паретическую формы псевдобульбарной

дизартрии. Эти формы дизартрии характерны для детской практики и чаще всего встречаются у детей с ДЦП.

Спастическая форма. Отмечается выраженная спастичность артикуляционной и фонационной мускулатуры. Подвижность мышц, вследствие пареза, резко ограничена. Затруднено произвольное расслабление, попытка движения вызывает повышение мышечного тонуса в мышцах. Особенностью этой формы дизартрии является наличие синкинезий. Самой характерной синкинезией является движение нижней челюсти и нижней губы при попытке поднять кончик языка вверх. Характерна сохранность рефлекторных движений при отсутствии произвольных.

Паретическая форма. Отмечается выраженный парез речевых мышц со значительной слабостью и ограничением движений, незначительное повышение тонуса в отдельных мышечных группах и понижение в других группах, преобладание паретического компонента над спастическим. Отмечается трудность в удержании артикуляционной позы, истощаемость движений, жевание ослаблено. Паретичность лицевых мышц может проявляться в виде амимии.

При паретической форме псевдобульбарной дизартрии страдает произношение губных звуков, требующих мышечных усилий (*п, б, м*), нарушены переднеязычные звуки с подъемом кончика языка вверх (*р, л, ш, ж, ч*). Паретичность и ослабление движений мягкого нёба приводит к носовому оттенку речи. Речь при паретической форме медленная, афоничная, отмечается слюнотечение.

Гиперсаливация характерна для псевдобульбарной дизартрии, что связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц, со снижением чувствительности в артикуляционном аппарате.

Правдина О.В. выделяет паретическую, спастическую, гиперкинетическую, смешанную и стертую формы детского псевдобульбарного паралича.

Винарская Е.Н. пишет: «Считается, что детская псевдобульбарная дизартрия больше, чем у взрослых, связана с очагами поражения головного мозга, а именно нижней трети передних центральных извилин. Во многих случаях имеются очаги поражения лобных долей, подкорковых ядер, кортико-бульбарных путей различного уровня. Поэтому

наименование дизартрии *псевдобульбарной* недостаточно корректно в патогенетическом и топическом отношениях. Выделяемые варианты такой “псевдобульбарной” дизартрии – паралитический, спастический, гиперкинетический, рудиментарный – имеют всего лишь описательный характер».

Стертая дизартрия. Более легкую степень проявления дизартрии принято называть **стертой дизартрией**. Этот термин был предложен Токаревой О.А. и Правдиной О.В. применительно к проявлениям детской псевдобульбарной дизартрии.

Корнев А.Н. дает следующее определение стертой дизартрии: «Избирательные, негрубые, но довольно стойкие нарушения звукопроизношения, которые сопровождаются легкими своеобразными нарушениями иннервационной недостаточности артикуляторных органов».

Карелина И.Б. ввела новое определение – «минимальные дизартрические расстройства» (МДР).

Правдина О.В. отмечает, что «стертые формы детской псевдобульбарной дизартрии встречаются очень часто и часто их путают с обычными дислалиями. При отсутствии выраженных нарушений в движениях языка можно отметить недостаточность силы движений, неточность, приблизительность, повторение движений вызывает быстрое утомление, иногда наблюдается посинение или затруднение сохранения определенной позы. Такие незначительные нарушения артикуляции выявляются только при специальном исследовании, но приводят к неточностям звукопроизношения, различным искажениям звуков, смазанности, стертости речи».

Дифференциальная диагностика дислалии и стертой дизартрии

Критерий	Дислалия	Стертая дизартрия
Анамнез	Во время беременности и родов нет отклонений.	Имеются нарушения течения беременности (угроза выкидыша, токсикозы, заболевания матери во время беременности и др.). Отмечаются низкий балл по шкале АПГАР, асфиксии в родах, диагностируются перинатальные энцефалопатии или эмбриопатии.

Раннее развитие (от 0 до 3 лет)	Раннее психомоторное развитие соответствует возрастным нормам.	Отмечаются незначительные задержки психомоторного развития, задержки речевого развития. Наблюдаются отказ от грудного вскармливания или трудности грудного вскармливания, вялость сосания, частые срыгивания. В более позднем возрасте отказ от жевания твердой пищи. Возможно наличие тяжелых заболеваний в первый год жизни (заболевания ЖКЗ, грипп, операционные вмешательства и наркоз).
Неврологическая симптоматика	Норма	Выявляются компенсированные состояния мышечной слабости (миотонии), пирамидной недостаточности, компенсированной гидроцефалии или гипертонического синдрома. Выявляются незначительные неврологические синдромы и симптомы: патологические рефлексy, нарушения тонуса мышц.
Общая моторика	Норма	Общая моторная неловкость, сложность и затруднения при выполнении некоторых физических упражнений. Двигательная недостаточность различных форм.
Мелкая моторика	Норма или незначительные проблемы.	Недостаточность развития мелкой моторики. Выявляются трудности в овладении навыками самообслуживания, рисования, вырезания, лепки, письма.
Особенности артикуляционного аппарата	Могут быть выявлены особенности строения, приводящие к механической дислалии	Асимметрия в строении губ, языка, мягкого нёба. Сглаженность носогубных складок.

	(особенности прикуса, укороченная уздечка языка и др.). Не наблюдается нарушений в функциях мышц артикуляционного аппарата.	
Артикуляционная моторика	Движения губ, языка симметричны, в работе хорошо отрабатываются, ребенок быстро обучается, хорошо выполняет движения после показа.	Выявляется либо паретичность, либо спастичность мышц лица или языка, дистония мышц языка, гиперкинезы, проявляющиеся в виде тремора языка. Наблюдаются оральные синкинезии, гиперсаливация. Различные нарушения артикуляционной моторики в виде асимметрии движений языка, губ. Объем движений недостаточный, движения неточные, затруднения при удержании артикуляционной позы, переключении с одной артикуляционной позы на другую. Обучение артикуляционным движениям затруднено, требует больше времени.
Звукопроизношение	Страдает артикуляция только согласных звуков. Нарушения произношения отдельных звуков постоянны и не зависят от условий их реализации. Автоматизация звуков не вызывает затруд-	Возможны отдельные нарушения произношения гласных (нечеткое их произношение, легкий носовой оттенок). Чаще наблюдаются искажения произношения звуков, чем замены. Нарушения произношения согласных могут иметь вариативный характер, зависеть от места в слове, окружения (стечения). Изолированно звуки могут произноситься правильно, но в потоке речи искажаться, произноситься нечетко, смазано. Процесс

	нений.	постановки и автоматизации затруднен, требует больше времени.
Голос	Нарушения голоса не наблюдаются.	Могут иметь место различные нарушения голоса (слишком тихий слабый голос, хриплый голос).
Темпо-ритмическая организация речи	Нет нарушений темпо-ритмической стороны речи.	Характерен либо несколько ускоренный, либо замедленный темп речи.
Дыхание	Нет нарушений дыхания.	Дыхание поверхностное, укорочен фонационный выдох. Наблюдается дискоординация дыхания, голосообразования и артикуляции.

Обследование детей с дизартрией

Обследование детей в логопедии всегда является комплексным и системным, что особенно важно для детей с дизартрией. Комплексность и системность предполагают, что обследуются как речевые, так и неречевые функции, выявляются первичные нарушения и вторичные наложения.

Обследование состоит из следующих разделов:

- медицинский;
- логопедический;
- психолого-педагогический.

Основные направления обследования детей с дизартрией.

Изучение анамнестических данных и анализ данных медицинского обследования.

Обследование кинетического и кинестетического праксиса и общей моторики.

Обследование мелкой моторики.

Обследование строения артикуляционного аппарата.

Обследование артикуляционной и мимической мускулатуры.

Обследование понимания речи на различных уровнях.

Обследование звукопроизношения.

Обследование дыхания и просодической стороны речи.

Обследование фонематического слуха и фонематического восприятия.

Обследование лексико-грамматической стороны речи и связной речи.

Обследование навыков чтения и письма (для детей старше 7 лет).

Обследование сенсорных функций и зрительно-пространственной ориентации.

Обследование высших психических функций и состояния эмоционально-волевой сферы.

При обследовании лиц с дизартрией наиболее диагностически важными моментами обследования являются:

1. Заключение врача-невропатолога, которое является обязательным, так как на основании заключения врача выносится логопедическое заключение.

2. Обследование артикуляционной и мимической моторики.

При обследовании лиц с дизартрией и ДЦП важно определить наличие неврологической симптоматики в оральной области. К такой симптоматике относятся:

- повышенное слюноотделение – гиперсаливация;
- определение тонуса мышц (гипертонус, гипотонус или дистония);
- наличие синкинезий;
- наличие гиперкинезов;
- наличие атаксий;
- наличие ранних (не угасших) рефлексов орального автоматизма;
- гипо- и гиперрефлексия.

3. Обследование звукопроизношения, голосовой функции и просодической стороны речи.

Диагноз «Дизартрия» ставится на основании совокупности данных обследования звукопроизношения, наличия неврологических симптомов, нарушений просодики и заключения врача-невропатолога.

Принципы коррекционной работы при дизартрии

1. Работа всегда проводится комплексно с участием медиков и мер медицинского характера, которые включают: медикаментозное лечение, физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру.

2. Раннее начало восстановительной и коррекционной работы, что особенно важно при врожденных дизартриях и дизартрии при ДЦП.

3. Работа по преодолению дизартрических расстройств всегда длительная, кропотливая, системная, регулярная.

4. Логопедическая работа направлена не только на коррекцию произношения, но и на развитие и формирование всей психической деятельности ребенка, развитие всех других компонентов речи (словаря, грамматического строя, связного высказывания).

5. Необходимо осуществлять индивидуальный подход и формировать мотивацию к занятиям.

Основные направления коррекционной работы:

1. Развитие фонематического слуха и фонематического восприятия.

2. Формирование речевого дыхания.

3. Преодоление нарушений голоса.

4. Работа над просодической стороной речи: темпом, ритмом, интонацией.

5. Развитие и формирование артикуляционной и мимической моторики.

6. Постановка звуков.

7. Развитие и формирование мелкой моторики рук.

8. Развитие и формирование общей моторики.

9. При выявленных нарушениях словарного запаса, грамматического строя, связной речи ведется работа по этим направлениям.

Основная цель коррекционной работы: развитие коммуникации и возможности использования речи как средства общения и обучения.

Правдина О.В. работу по преодолению дизартрии делит на три этапа.

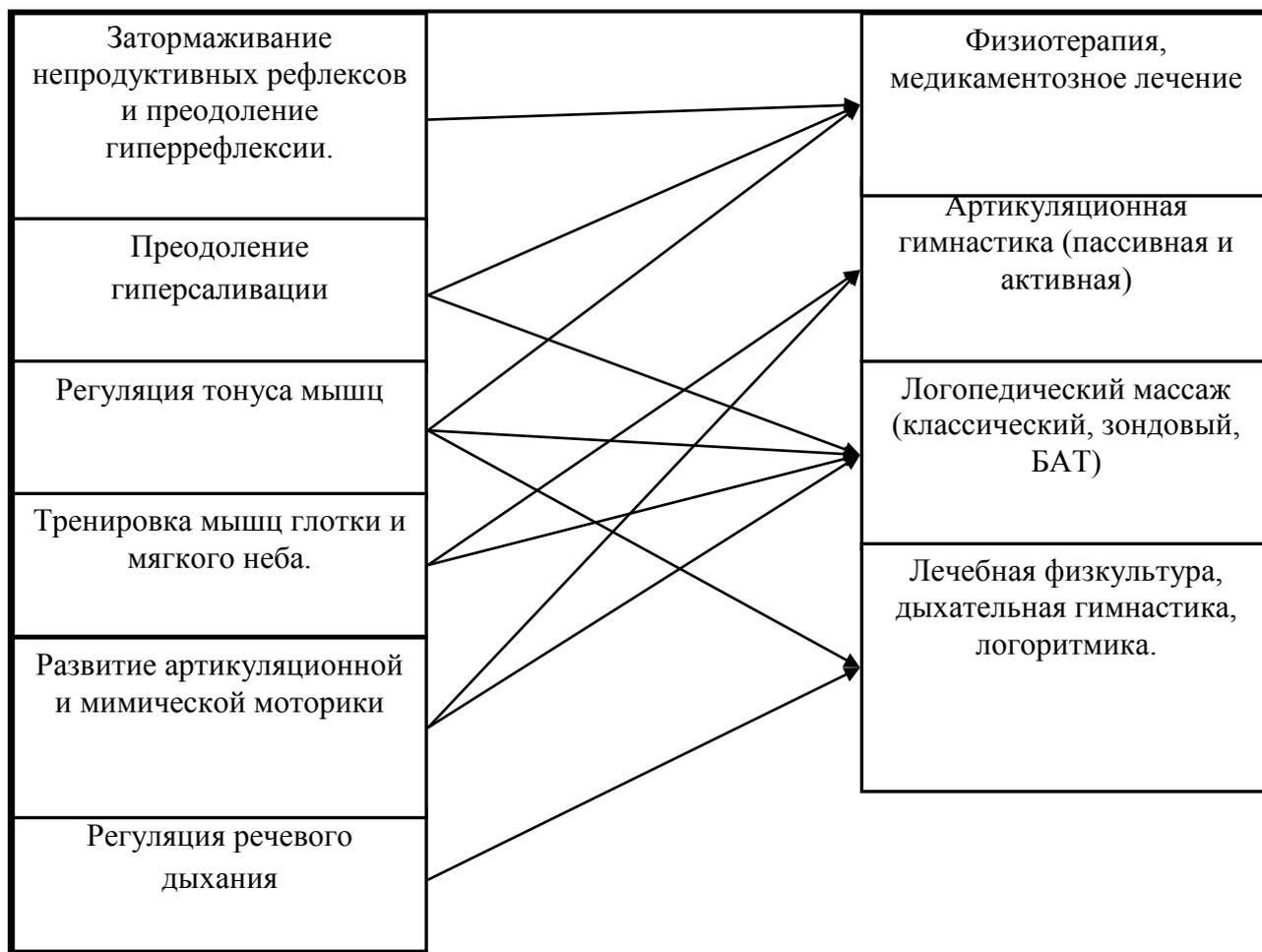
Первый этап. Подготовительный.

Работа по преодолению дизартрии начинается с преодоления наслоений и вторичных явлений, которые препятствуют правильному произношению: это преодоление обильного слюнотечения, пассивности мышц, недостатков фонематического внимания и восприятия и подготовка мышц к формированию артикуляционных укладов.

Второй этап. Преодоление основного нарушения – фонетических недостатков речи, т.е. постановка звуков.

Третий этап. Включение ребенка в активное общение.

Комплексный подход к преодолению дизартрий



5. ЗАИКАНИЕ

Заикание определяется как нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Начало этого расстройства речи падает обычно на период интенсивного формирования речевой функции, т.е. 2–6-летний возраст детей. В связи с этим некоторыми авторами оно называется *эволюционным* заиканием (Флоренская Ю.А., 1949 и др.) или заиканием развития (Беккер К.П., Совак М., 1983 и др.). Заикание, начавшееся у детей в дошкольном возрасте, рассматривается в литературе как самостоятельная речевая патология, в отличие от так называемого симптоматического заикания или «вторичного», которое наблюдается при различных заболеваниях головного мозга органического генеза или при ряде нервно-психических расстройств.

Судороги мышц

Судороги мышц речевого аппарата в процессе устной речи являются основным симптомом заикания. Речевые судороги возникают только в момент речи или при попытке начать речь и выражаются в непроизвольном сокращении мышц речевого аппарата.

Судороги мышц речевого аппарата имеют различную *локализацию*, *тип* и *силу* выраженности.

Принято выделять два основных *типа речевых судорог*: тонические и клонические.

Тонические речевые судороги	Клонические речевые судороги
Проявляются в виде насильственного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего обычно несколько мышечных групп (например, мышцы языка, губ, щек и т.п.). Акустически тоническая судорога проявляется в виде длительной паузы в речи либо в виде напряженной и протяжной вокализации.	Характеризуются насильственным многократным ритмичным сокращением мышц речевого аппарата. При этом заикающийся обычно повторяет отдельные звуки либо слоги.

Тип судорог определяется по месту локализации:

1. Дыхательные судороги в дыхательном аппарате (в диафрагме, легких).
2. Вокальные судороги в голосовом аппарате (в голосовых связках).
3. Артикуляторные судороги в артикуляционном аппарате (в мышцах языка, губ).
4. Смешанные судороги состоят из двух типов: дыхательно-артикуляторные, вокально-дыхательные.
5. Присутствие всех типов судорог определяют как генерализованный тип.

Тяжесть проявления речевых судорог

Различают тяжелую, среднюю и легкую степени проявления судорог. Оценка тяжести судорожной активности мышц речевого аппарата может не совпадать с оценкой тяжести заикания, так как это понятие включает множество факторов. Многие практики считают, что степень тяжести заикания определяется возможностью владения плавной речью в тех или иных видах речевой нагрузки. Так, легкая степень заикания квалифицируется в том случае, если судорожные запинки наблюдаются лишь в спонтанной связной речи. Средняя степень речевого дефекта определяется в тех случаях, когда запинки наблюдаются как в монологической, так и в диалогической формах речи. Тяжелая степень фиксируется в том случае, если судорожные запинки встречаются во всех формах речи, в том числе и сопряженной, и отраженной (Волкова Г.А., 1993 и др.).

Другие ученые считают, что степень тяжести заикания определяется в целом степенью фиксации заикающихся на своем дефекте (Селиверстов В.И., 1994).

Существуют и другие, более формализованные оценки степени тяжести заикания, как-то: количественные показатели темпа речи, количество и длительность пауз, количество повторов, вставок лишних звуков и других искажений речи заикающихся (Кузьмин Ю.А., 1990 и др.). Степень тяжести заикания у одного и того же заикающегося непостоянна и зависит от целого ряда условий: эмоционального состояния заикающегося в данный момент, эмоциональной значимости ситуации общения для данного заикающегося; от степени затруднений, связанных с формулированием высказывания; от наличия так называемых «трудных звуков» в словах, составляющих высказывание, и т.д.

Лингвистические факторы, способствующие появлению судорожных запинок

Появление судорожных запинок часто связано с фонетическими характеристиками звуков. К звукам, которые чаще других сопровождаются судорогами, относятся глухие и звонкие смычные согласные, в особенности *п, т, к*, кроме этого, судороги часто появляются на сочетаниях этих звуков с другими согласными, например, *тр, ст, кр* и т.п.

Судорожные запинки чаще встречаются при произнесении предложений, длинных и сложных по своей грамматической структуре.

Запинки в большей степени вероятны в тех словах, которые не характерны для индивидуального словаря говорящего (малочастотные), а также в словах или словосочетаниях, которые несут основную информационную нагрузку во фразе (информационная значимость) говорящего.

Кроме этого, на появление запинок влияет и ритмическая структура слова. Запинки главным образом возникают на предударных и ударных слогах. Напротив, они практически не появляются на заударных слогах. Наиболее же часто запинки возникают на первом слоге слова или фразы.

Речевое дыхание

В клинической картине заикания неизменно присутствуют расстройства дыхания. Неречевое дыхание заикающихся имеет свои особенности. Оно, как правило, поверхностное, ритм его недостаточно устойчив, легко нарушается при эмоциональном напряжении.

Речевое дыхание представляет собой высококоординированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания. У заикающихся эта координация нередко нарушается даже в процессе плавной речи. Перед вступлением в речь заикающиеся делают недостаточный по объему вдох, что не обеспечивает целостного произнесения интонационно-смыслового отрезка сообщения. Нередко заикающиеся (не только дети, но и взрослые) говорят на вдохе, либо в фазе полного выдоха.

Нарушение речевого дыхания у заикающихся настолько сильно выражено, что многие исследователи склонны относить причину заикания к нарушению регуляции дыхательной функции.

При коррекции заикания в практике, как правило, используется регуляция речевого дыхания как один из ведущих приемов установления плавности речи.

Сопутствующие речи движения

Речь заикающихся, как правило, сопровождается сопутствующими движениями, которые проявляются у разных заикающихся по-разному: от раздуваний крыльев носа и зажмуривания глаз до сложных движений всем туловищем. Так, у заикающихся в процессе речи могут наблюдаться кивательные движения головой, раскачивание туловищем, притоптывание, сжимание пальцев в кулаки и т.п. Эти сопутствующие движения обычно не носят характера эмоционально-выразительной жестикуляции, сопровождающей речь у незаикающихся людей.

Часто эти движения являются насильственными, но могут носить и маскировочный (уловочный) характер.

В некоторых случаях уловочные движения бывают настолько сложны, что начинают напоминать двигательные ритуалы. Так, например, перед тем, как начать речь, заикающийся закрывает глаза на несколько секунд, одновременно почесывая нос правой рукой, затем переступает с ноги на ногу и только после этого начинает говорить.

Речевые уловки

При хронически текущем заикании практически все заикающиеся используют в речи однообразные, многократно повторяющиеся на протяжении высказывания, семантически опустошенные лексемы типа: «да; вот; это самое» и т.п. Иногда произносимые звукосочетания могут быть бессмысленными («куцо»). Такие явления в литературе, посвященной проблеме заикания, принято называть эмболофразией, а сами слова – эмболами. Эмболы нередко употребляются заикающимися перед так называемыми «трудными» звуками. Например: «Я хочу... это вот, я хочу.... это вот, я хочу... пшпосмотреть...». Эмболы могут появляться в конце судороги как «вступление» в плавную речь. Довольно часто эмболы заполняют паузы, когда заикающийся затрудняется подобрать адекватные слова, соответствующие замыслу высказывания. Использование эмболов, как правило, не осознается заикающимся.

Нередко в речи заикающихся наблюдается подмена слов, которые в момент высказывания им трудно произнести, на слова, которые произнести легче. Часто речевые уловки такого рода меняют смысл высказывания, что не всегда осознается заикающимся.

Вегетативные реакции

Устная речь у заикающихся подростков и взрослых обычно сопровождается вегетативными реакциями, что может выражаться покраснением или побледнением лица, резким учащением сердцебиения. В процессе речи резко усиливается потоотделение, ладони становятся влажными, могут появиться капли пота на лбу, иногда становится влажным не только лицо, но и тело. Аналогичные вегетативные реакции могут наблюдаться и у здоровых лиц, но только в ситуациях сильного эмоционального напряжения.

Логофобия

У большого числа заикающихся, начиная с подросткового возраста, наблюдается патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения – логофобия. Логофобия включает в себя навязчивые переживания и страх возникновения речевых судорог. Этот страх усиливается в определенных ситуациях, в связи с чем у заикающихся появляется реакция избегания «речевых» ситуаций, наблюдается ограничение общения. Логофобия существенно осложняет общую картину данной речевой патологии.

Логофобия у подростков, помимо ограничения общения, главным образом со сверстниками, нередко приводит к отказу заикающихся отвечать устно перед классом. Они переходят на письменные ответы. Все эти факторы отрицательно влияют на речевое состояние заикающихся.

Течение заикания

Заикание, возникающее у детей дошкольного возраста, может наблюдаться в течение нескольких часов либо нескольких месяцев, а затем пройти либо спонтанно, либо в результате коррекционного воздействия.

В большом числе случаев заикание приобретает хроническое течение. Соответственно различают несколько типов течения данного речевого расстройства.

Регрессионный тип течения, при котором постепенно вся симптоматика заикания исчезает. Ослабляется тяжесть заикания, постепенно убывает или исчезает страх речи, уменьшаются сопутствующие и содружественные движения, т.е. это благоприятный тип течения. Уменьшение и исчезновение симптоматики заикания может происходить спонтанно, в детском возрасте под влиянием адекватных

логокоррекционных воздействий. В том случае, если заикание не проходит спонтанно в течение 6-ти месяцев от момента возникновения, можно считать, что оно приобрело хроническое течение. *При хроническом течении заикания выделяют следующие типы:*

Стационарный тип течения – характеризуется достаточной стабильностью и монотонностью протекания речевого дефекта, т.е. выраженность речевого дефекта, логофобии, сопутствующих психопатологических и моторных нарушений на протяжении определенного периода времени не претерпевает изменений. Таким образом, заикание не меняется как по тяжести проявления, так и по клинической картине.

Рецидивирующий тип течения – наблюдается чередование периодов плавной речи с периодами заикания.

Волнообразный тип течения – характеризуется периодическими колебаниями различной длительности то в сторону улучшения, то в сторону ухудшения речи, однако полного исчезновения заикания не наблюдается. Иногда эти колебания могут быть связаны с какими-либо причинами: например, ухудшение речи может наблюдаться в осенне-весенний период года, с поступлением в школу, пубертатным возрастом, службой в армии и т.п. В ряде случаев волнообразные изменения в речи и состоянии заикающегося могут проходить и без видимой причины.

Прогрессирующий тип течения – характеризуется тенденцией заикания к ухудшению. Вся симптоматика речевого дефекта усложняется, а состояние заикающегося постепенно ухудшается.

Этиология заикания

До настоящего времени нет единого взгляда на этиологию заикания. В то же время все исследователи сходятся во мнении, что при появлении заикания имеет значение ряд факторов:

1. Определенный возраст ребенка.
2. Состояние центральной нервной системы ребенка.
3. Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза.
4. Особенности формирования функциональной асимметрии мозга.
5. Наличие психической травматизации.
6. Генетический фактор.

Классификация

Исследователи выделяют невротическую, неврозоподобную и смешанную формы заикания, которые обусловлены разными патогенетическими механизмами.

Сравнительная характеристика форм заикания

	Невротическая форма	Неврозоподобная форма
Возникновение заикания	Психогения в виде испуга либо в виде хронической психической травматизации.	Нерезко выраженное органическое поражение мозга резидуального характера, причем помимо общемозговых синдромов (церебральный, гипердинамический синдромы и пр.), у заикающихся обнаруживаются остаточные явления поражения моторных систем мозга.
Возраст возникновения	Возникает остро в возрасте 2–6 лет	Чаще всего начинается у детей в возрасте 3–4 лет постепенно, без видимых внешних причин.
Моторное развитие	Чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены.	Отличаются от здоровых детей плохой координацией движений, моторной неловкостью, поведение характеризуется расторможенностью. Патология моторных функций, выраженная в разной степени: от недостаточности координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног.
Развитие речи	Нередко наблюдается раннее развитие речи: первые слова появляются к 10 месяцам, фразовая речь формируется к 16-18 месяцам жизни,	Первые слова нередко появляются лишь к 1,5 годам, элементарная фразовая речь формируется к 3 годам, развернутые фразы отмечаются лишь к 3,5 годам жизни. Наряду с задержкой развития речи имеют-

	словарный запас бурно пополняется. Звукопроизношение либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии.	ся нарушения произношения многих звуков, медленное накопление словарного запаса, позднее и неполное освоение грамматического строя речи. Начало заикания совпадает с периодом формирования фразовой речи, т.е. с возрастом 3–4 года. Возможно ОНР, сложная дислалия, дизартрический компонент.
Интеллектуальное развитие	Чаще в норме или выше нормы	Среднее и ниже среднего.
Характерные особенности личности	Отмечаются характерологические особенности типа повышенной впечатлительности, тревожности, робости, обидчивости, колебания настроения, чаще в сторону сниженного, раздражительность, плаксивость, нетерпеливость. У некоторых из них в возрасте 2–5 лет наблюдаются страхи (боязнь темноты, страх при отсутствии в комнате взрослых, невротический энурез и т.д.).	Характеризуются повышенной возбудимостью, взрывчатостью в одних случаях, и вялостью, пассивностью – в других. Повышенная утомляемость, нарушение активного внимания, психическая инертность, взрывчатость, астеничность, ригидность, дисфория, тики, энурез.
Течение заикания	Волнообразное, возникающее чаще резко,	Вначале волнообразное, затем спокойное, монотонное, с

	внезапно. Ухудшение речи зависит от психотравмирующих ситуаций.	незначительными колебаниями.
Наличие судорог	Преимущественно тонические и тоно-клонические в дыхательной и голосовой мускулатуре.	Преимущественно клонические и клонико-тонические в артикуляционной и дыхательной мускулатуре.
Наличие словесных и двигательных уловок	Сопутствующие уловки, переходящие в навязчивые движения.	Наличие сопутствующих тикозных движений, гиперкинезов в мимической мускулатуре.
Наличие логофобии	Различной степени выраженности, от легкого волнения до мутизма.	Логофобия отсутствует, возможно проявление волнения.
Наличие фиксированности на дефекте	Различной степени выраженности и неадекватная самооценка.	Фиксированность внимания низкая или отсутствует. Самооценка чаще адекватная.
Преимущество в коррекции	Психокоррекционная работа, психофармакотерапия, при необходимости логопедические занятия.	Логопедические занятия, антиорганическая медикаментозная терапия, аутогенная тренировка.

Смешанная форма заикания, как правило, включает в себя компоненты неврозоподобного заикания с невротическими наслоениями. Обычно в детстве возникшее заикание развивается как неврозоподобное, чаще имея органическую основу, но затем может обрастать нерешительностью, фиксацией на собственном дефекте, страхом речи и другими характерными для невротического заикания изменениями.

Обследование включает:

Анкетные данные:

Фамилия, имя, отчество обследуемого.

Дата рождения (год, месяц, число).

Домашний адрес, телефон.

Где воспитывается или обучается ребенок: дома, в детском саду, школе (общеобразовательной или специальной), сроки пребывания в них. Место учебы или работы подростка и взрослого.

Фамилия, имя, отчество родителей, их возраст, профессия, место работы.

Состав семьи.

Жалобы, предъявляемые родителями (воспитателями, учителями или самими заикающимися).

А. Сбор анамнестических сведений.

Б. Анализ заключения специалистов.

В. Психолого-педагогическая характеристика заикающегося ребенка.

Условия воспитания ребенка

– Социальная среда (где ребенок воспитывался – в доме ребенка, детских яслях или детском саду с дневным или круглосуточным пребыванием, дома с матерью, бабушкой).

– Особенности речевой среды: контакты с заикающимися или лицами с другой речевой патологией;

при наличии двуязычия – какой язык преобладает в общении.

– Особенности речевого общения с ребенком, недостаточность речевого общения, стимуляция речевого развития ребенка (в каком объеме читалась детская литература, соответствовала ли она возрасту; с какого возраста разучивались стихи, песни; насколько быстро запоминал, в каком объеме).

Развитие заикания

– Возраст, в котором появилось заикание.

– Предполагаемые причины и характер возникновения заикания (остро, психогенно, без видимой причины и пр.).

– Наличие периода мутизма.

– Как протекает заикание: постоянно присутствует в речи или нет.

– В каких условиях облегчается/ухудшается речь.

– Изменилось ли поведение ребенка с момента появления заикания и в чем это выразилось (состояние аппетита, сна, настроения, появление капризов, негативизма, страхов, энуреза и пр.).

– Отношение ребенка к своему речевому дефекту.

– Какие меры принимались для устранения речевого дефекта (лечение у врача, посещение логопедических занятий, пребывание в специальных

учреждениях системы здравоохранения или системы народного образования – детский сад, школа).

– Продолжительность и результативность лечения и обучения.

Психологический климат в семье, особенности взаимоотношений

– Имеют ли место частые конфликты в семье – чрезмерное заласкивание и, наоборот, излишняя строгость, неровность в обращении с ребенком; перегрузки впечатлениями (посещение кино, театра, цирка, разрешается ли подолгу смотреть телевизионные передачи и пр.).

– Отношение членов семьи к речевому дефекту заикающегося (безразличие, сопереживание, постоянная фиксация внимания окружающих на заикании, предъявление повышенных требований к речи заикающегося и др.).

Отмечаются также:

– повышенная возбудимость, или, наоборот, вялость, заторможенность, утомляемость, истощаемость.

– особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы (настроение ребенка: устойчивое, неустойчивое, легко меняется от незначительных причин; преобладает подавленное или хорошее, радостное настроение; волевые особенности: целеустремленность, самостоятельность, инициативность, решительность, настойчивость, слабость волевого напряжения и др.).

Реакция на замечания и одобрение; факторы, способствующие изменению эмоционального состояния.

Характерологические особенности ребенка (спокойный, беспокойный; легко вступает в контакт со всеми, в незнакомой обстановке смущается; конфликтный: задирист, нападает на товарищей, отнимает игрушки; добрый, ласковый; аккуратный, неряшливый и др.).

Состояние психических функций

– особенности восприятия (восприятия цвета, формы, пространственных отношений; наблюдательность ребенка);

– характеристика внимания (устойчивость, переключаемость, распределяемость, рассеянность и др.);

– особенности памяти: скорость и объем запоминания, точность воспроизведения;

– особенности мышления (уровень развития логического мышления: умение выделять существенное в сюжетной картине, тексте, при определении понятия, при сравнении, при классификации предметов;

понимание смысла загадок, пословиц; осмысление причинно-следственных отношений и др.). Для учащихся младших классов обязательно учитывается успеваемость, предпочтение тех или иных предметов, взаимоотношения с педагогами, характер ответов на уроках.

Г. Состояние общей моторики и тонких движений пальцев рук, мимической и артикуляционной моторики.

Д. Обследование речевой функции.

Выраженность заикания в различных видах речи

- 1) в сопряженной речи;
- 2) в отраженной речи;
- 3) в шепотной речи;
- 4) в автоматизированных рядах;
- 5) при чтении стихов;
- 6) при чтении прозы;
- 7) в вопросно-ответной речи;
- 8) в рассказе по заданной теме;
- 9) при пересказе прочитанного;
- 10) в спонтанной речи.

Тип речевых судорог: тонические, клонические, смешанные.

Локализация судорог:

- дыхательные: инспираторные; экспираторные;
- голосовые: вокальные; смыкательные голосовые;
- дрожащий гортанный спазм;
- артикуляционные: губные; язычные; судороги нёбной занавески.
- сложные лицевые судороги.

Наличие трудных звуков (звукофобия).

Наличие эмоционально значимых речевых ситуаций (подробно перечислить данные ситуации).

Наличие речевых уловок: замены слов; перестановки слов; эмболофразии; произвольное ограничение речевого общения.

Наличие насильственных содружественных движений и их характер.

Субъективные ощущения, испытываемые заикающимся в момент речевых затруднений: напряжение в губах; напряжение в языке; напряжение в подбородке; напряжение в горле; напряжение в груди; напряжение в области диафрагмы; общее мышечное напряжение; скованность; трудности дыхания и т.п. (Эти данные выясняются только у подростков и взрослых.)

Факторы, усиливающие заикание: волнение; утомление; беседы с незнакомыми; шум; самоконтроль и пр. (для взрослых – алкоголизация).

Факторы, улучшающие речь: шум; самоконтроль; переключение внимания, сочетание речи с движением.

Реакция на помощь собеседника: положительная; отрицательная; безразличная.

Отношение к речевому дефекту: адекватное; неадекватное; сверхценное.

Наличие страха речи: избирательно ситуационный; генерализованный и пр.

Наличие периодов речи без заикания: регулярность, продолжительность.

Влияние эмоционального состояния на проявление заикания.

Течение заикания: прогрессивное; регрессивное; стационарное; волнообразное.

Сопутствующие заиканию другие дефекты речи.

Определение степени выраженности речевых судорог: легкая степень; средне-легкая; заикание средней степени тяжести; средне-тяжелая степень заикания; тяжелая степень заикания; речь практически невозможна из-за заикания.

Логопедическое заключение

Результаты обследования заикающегося обобщаются логопедом в виде психолого-педагогического заключения. В заключении необходимо отразить обобщенные данные всех аспектов изучения заикающегося, которые позволили выявить те или иные отклонения от нормы.

В заключении логопед отражает:

а) наличие признаков органического поражения ЦНС (на основании медицинского заключения);

б) особенности речевого и моторного онтогенеза;

в) значение психогении в возникновении заикания;

г) возраст появления заикания;

д) тяжесть заикания;

е) тип и локализация судорог;

ж) зависимость проявления судорог от эмоционального состояния;

з) наличие страха речи;

и) течение заикания;

к) наличие других дефектов речи.

Таким образом, логопед имеет возможность квалифицировать клиническую форму заикания: невротическую, неврозоподобную, смешанную.

Методики логопедических занятий с заикающимися дошкольниками

Н.А. Власова различает 7 видов речи, которые в порядке постепенности необходимо применять на занятиях с детьми-дошкольниками:

- 1) сопряженная речь;
- 2) отраженная речь;
- 3) ответы на вопросы по знакомой картинке;
- 4) самостоятельное описание знакомых картинок;
- 5) пересказ прослушанного небольшого рассказа;
- 6) спонтанная речь (рассказ по незнакомым картинкам);
- 7) нормальная речь (беседа, просьбы и т.д.).

Е.Ф. Рау выделяет следующие этапы:

1. На первом этапе предлагаются упражнения в совместной и отраженной речи, в произношении заученных фраз, стихов. Широко используется декламация.

2. На втором этапе дети упражняются в устном описании картинок по вопросам, в составлении самостоятельного рассказа по серии картинок или на данную тему, в пересказе содержания рассказа или сказки, которую прочитал логопед.

3. На третьем, завершающем этапе детям предоставляется возможность закрепить приобретенные навыки плавной речи в обиходном разговоре с окружающими детьми и взрослыми, во время игры, занятий, бесед и в другие моменты детской жизни.

Н.А. Чевелева выделяет следующие этапы коррекционной работы:

1. Пропедевтический. Основная цель – привить детям навыки организованного поведения, научить слышать немногословную, но логически четкую речь логопеда, ее нормальный ритм, временно ограничить речь самих детей.

2. Сопровождающая речь. В этом периоде допускается собственная речь детей по поводу одновременно совершаемых ими действий. Наибольшую ситуативность речи обеспечивает постоянная зрительная опора. При этом она усложняется в связи с изменением характера вопросов логопеда и соответствующим подбором поделок.

3. Завершающая речь – дети описывают уже выполненную работу или часть ее. Путем регулирования (постепенного увеличения) интервалов между деятельностью ребенка и его ответом по поводу сделанного достигается разная сложность завершающей речи. При постепенном уменьшении зрительной опоры на выполненную работу осуществляется последовательный переход к контекстной речи.

4. Предваряющая речь – дети рассказывают о том, что они намерены делать. У них развивается умение пользоваться речью вне наглядной опоры, планировать свою работу, заранее называть и объяснять то действие, которое им еще предстоит сделать. Усложняется фразовая речь: дети произносят несколько связанных по смыслу фраз, пользуются фразами сложной конструкции, самостоятельно строят рассказ. В этом периоде их учат логически мыслить, последовательно и грамматически правильно излагать свою мысль, употреблять слова в их точном значении.

5. Закрепление навыков самостоятельной речи предусматривает рассказы детей о всем процессе изготовления той или иной поделки, их вопросы и ответы о своей деятельности, высказывания по собственному желанию и т.д.

С.А. Миронова выделяет следующие этапы:

1. Коррекционные задачи первого квартала состоят в обучении навыкам пользования простейшей ситуативной речью на всех занятиях. Значительное место занимает словарная работа: расширение словаря, уточнение значений слов, активизация пассивного словарного запаса. Предполагается особая требовательность к речи самого логопеда: вопросы конкретные, речь состоит из коротких точных фраз в разных вариантах, рассказ сопровождается показом, темп неторопливый.

2. Коррекционные задачи второго квартала заключаются в закреплении навыков пользования ситуативной речью, в постепенном переходе к элементарной контекстной речи, в обучении рассказыванию по вопросам логопеда и без вопросов. Большое место занимает работа над фразой: простая, распространенная фраза, конструирование фраз, их грамматическое оформление, построение сложноподчиненных предложений, переход к составлению рассказа. Изменяется последовательность изучения программного материала. Если в первом квартале на всех занятиях дети знакомятся с одними и теми же предметами, то во втором – предметы не повторяются, хотя и выбираются объекты, близкие по признаку общности темы и назначению.

3. Коррекционные задачи третьего квартала состоят в закреплении навыков пользования усвоенными ранее формами речи и в овладении самостоятельной контекстной речью. Значительное место отводится работе над составлением рассказов: по наглядной опоре, по вопросам логопеда, самостоятельного рассказа. Увеличивается практика детей в контекстной речи. В третьем квартале исчезает необходимость замедленного изучения программы, характерного для первых этапов обучения, и занятия приближаются к уровню массового детского сада.

4. Коррекционные задачи четвертого квартала направлены на закрепление навыков пользования самостоятельной речью различной сложности. Большое место занимает работа над творческими рассказами. Наряду с этим продолжается накопление словаря, совершенствование фразы, начатые на предыдущих этапах обучения. В речи дети опираются на вопросы логопеда, на собственные представления, высказывают суждения, делают выводы. Наглядный материал почти не применяется. Вопросы логопеда относятся к процессу предстоящей работы, задуманной самими детьми. Коррекционное обучение направлено на соблюдение логической последовательности передаваемого сюжета, на умение давать дополнительные разъяснения, уточнения.

Логопедическая работа с заикающимися подростками и взрослыми

С.С. Ляпидевский выделяет следующие этапы:

- 1) подготовительный (2–3 дня);
- 2) установочный (вступительная конференция, специальный инструктаж в плане психотерапии);
- 3) максимальное ограничение речи (10–14 дней);
- 4) активная перестройка речевых навыков (3–4 недели);
- 5) закрепление правильных речевых навыков (3–4 недель);
- 6) заключительный этап (выпускная конференция, специальный инструктаж).

В.М. Шкловский выделяет следующие этапы:

1. На подготовительном (диагностическом) этапе (10–15 дней) проводится изучение больного невропатологом, дефектологом и психотерапевтом; изучаются анамнестические и клинические данные, намечаются психотерапевтические и логопедические мероприятия, медикаментозное лечение.

2. На этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности (от 1 до 1,5 месяцев) проводятся логопедические занятия по нормализации дыхательной, голосовой функций, выработке речевых эталонов и т.д. Одновременно начинается аутогенная тренировка и рациональная психотерапия. Затем (спустя 15–20 дней) проводится сеанс внушения в бодрствующем состоянии. После сеанса начинается активная логопедическая работа. Достигнутые результаты закрепляются во время сеансов гипнотерапии, самовнушения и рациональной психотерапии.

Л.З. Арутюнян выделяет следующие этапы:

На **подготовительном этапе** проводится дестабилизация устойчивого патологического состояния, мобилизация внутренних психологических резервов с помощью психотерапевтических воздействий. Важным итогом занятий является изменение отношения пациента к себе и своему дефекту, что достигается переводом его из состояния «пассивного страдания» в состояние активной борьбы с недугом.

На **основном этапе** реабилитационной работы у пациентов вырабатывается новый речедвигательный навык посредством синхронизации речи с движениями пальцев руки. На этом этапе формируется новое психологическое состояние, в котором речь заикающихся связывается с чувством спокойствия, правильным интонированием, мимикой, жестом, уверенной осанкой и т.д. Новый речевой стереотип укрепляется в функциональных тренировках различной степени сложности.

6. ДИСГРАФИЯ, ДИСЛЕКСИЯ

К нарушениям письма и чтения в отечественной логопедии относят 5 терминов: *алексию, дислексию, аграфию, дисграфию и дизорфографию*.

В зарубежной литературе все нарушения письменной речи обозначаются как **дислексия**.

Аграфия – полная неспособность к усвоению письма.

Понятие «дисграфия» и «дислексия» по-разному определяется различными авторами.

Однако большинство мнений сходится на том, что *дисграфия* – это частичное (в отличие от полного – аграфии) специфическое, то есть первоначально не связанное с усвоением орфографических правил, нарушение письма.

Многие авторы отграничивают нарушения процесса письма от иных трудностей, которые встречаются на первых этапах овладения письмом и от ошибок письма у детей педагогически запущенных, трудных в поведении.

Основным симптомом дисграфии является наличие стойких специфических ошибок письма. Дисграфические ошибки проявляются в заменах, смешениях, вставках. Эти ошибки совершаются в сильной позиции в слове, они закрепляются и требуют специальной коррекции.

Специфические ошибки письма:

- ошибки акустико-артикуляционного сходства: замены и смешения звонких и глухих согласных, включая их мягкие пары;
- замены и смешения твердых и мягких согласных, отражающиеся в смешениях гласных букв между собой – гласная 2 ряда на гласную 1 ряда, гласная буква 1 ряда на гласную 2 ряда;
- замены и смешения свистящих и шипящих;
- замены и смешения аффрикат и их компонентов;
- замены и смешения заднеязычных, включая и мягкие пары;
- замены и смешения соноров, включая и мягкие пары;
- замены и смешения гласных между собой: гласная 1 ряда – на гласную 1 ряда, гласная 2 ряда – на гласную 2 ряда;
- замены и смешения согласных по способу образования;
- замены и смешения согласных по месту образования;
- оптические ошибки (почти не встречаются в общеобразовательной школе);

– моторные ошибки (ошибки кинетического запуска, графический поиск при написании, лишние элементы, недописывание отдельных элементов, персеверации, антиципации);

– зрительно-моторные ошибки (смещения оптически сходных букв, неточность передачи графического образа буквы, неадекватное начертание букв);

– зрительно-пространственные ошибки (зеркальность букв, неточность оформления рабочей строки, неудержание строки во время письма);

– ошибки звукового анализа и синтеза (пропуски, вставки, перестановки).

Алексия – полная неспособность к усвоению чтения.

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Критерии выявления дислексии: наличие стойких специфических ошибок при чтении.

Параметры, характеризующие нарушения чтения у младших школьников:

Нарушена техническая и/или смысловая сторона чтения.

1. Нарушения технической стороны чтения:

– снижение темпа чтения;

– длительное формирование плавного слогового чтения (долго задерживаются на 1 этапе формирования навыка чтения, долго формируется слияние согл.+ гласный. Может формироваться побуквенное чтение (бухштабирование);

– отмечается большое количество ошибок при чтении – смешения оптически сходных букв и слогов, реверсии букв и слогов, смешения согласных и гласных букв, пропуски, повторы строк, в длинных словах встречаются аграмматизмы;

– затруднено интонирование и есть трудности с постановкой ударения.

2. Нарушения смысловой стороны чтения:

– нарушение понимания прочитанного, которое проявляется на уровне отдельного слова, предложения и текста, когда в процессе чтения не наблюдается расстройства технической стороны.

В большинстве случаев дислексия и дисграфия наблюдаются у детей одновременно, хотя у некоторых они могут встречаться и по отдельности.

В современной логопедической литературе **дизорфография** определяется как стойкое и специфическое нарушение в овладении орфографическими знаниями, умениями и навыками (Р.И. Лалаева, Л.Г. Парамонова, И.В. Прищепова и др.) Литературные данные свидетельствуют о тесной связи дисграфических и орфографических ошибок на письме, в основе которых лежит нарушение языкового и когнитивного развития (И.К. Колповская Р.Е. Левина, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева и др.)

Этиология нарушений письменной речи

Вопрос об этиологии нарушений письменной речи до настоящего времени является дискуссионным.

Отмечают наследственную предрасположенность при нарушениях письма и чтения.

Кроме того, нарушения чтения и письма могут вызываться причинами **органического и функционального** характера:

Органические обусловлены органическими повреждениями зон головного мозга, принимающих участие в процессе чтения (например, при афазии, дизартрии, алалии), это может произойти вследствие травм, а также стать результатом вмешательства патологических факторов, воздействующих в пренатальный, натальный и постнатальный периоды развития ребенка.

Функциональные причины могут быть связаны с воздействием внутренних (например, длительные соматические заболевания) и внешних (неправильная речь окружающих, двуязычие, недостаточное внимание к развитию речи ребенка со стороны взрослых, дефицит речевых контактов) факторов, которые задерживают формирование психических функций, участвующих в процессе чтения.

Понятие о речевой функциональной системе и ее роль в процессе письменной речи

Речь – это специальная человеческая психическая функция, определяемая как процесс общения посредством языка.

Различают два самостоятельных вида речи: экспрессивную и импрессивную.

Экспрессивная речь – устная речь, письмо.

Импрессивная речь – внутренняя речь.

Речь является сложной функциональной системой, в основе которой лежит использование знаковой системы языка в процессе общения. Сложнейшая система языка является продуктом длительного общественно-исторического развития и усваивается ребенком в сравнительно короткое время.

Речевая функциональная система основывается на деятельности всех анализаторов (слухового, зрительного, кинестетического, двигательного – они осуществляют восприятие речевой информации) и многих мозговых структур головного мозга, каждая из которых выполняет специфически определенную операцию речевой деятельности:

1. Выделение и дифференциация значимых акустических признаков звучащей речи обеспечивается аналитико-синтетической деятельностью кортикальных аппаратов речеслухового анализатора, куда входят вторичные отделы левой височной области коры головного мозга (зона Вернике), которые связаны с нижними отделами постцентральной и премоторной области коры.

2. Процесс артикулирования, моторной организации речевого акта осуществляется на основе тончайшей регуляции сложной координированной работы мышц речевого аппарата. Моторная организация речевого акта обеспечивается вторичными отделами постцентральной области (кинестетический аппарат) и нижними отделами левой премоторной области (кинетический аппарат). В постцентральной области происходит анализ кинестетических ощущений, поступающих от мышц речевого аппарата. В премоторной области организуются моторные программы речевого акта, создаются серии нервных импульсов, кинетические модели, обеспечивающие возможность плавного перехода от одного движения к другому.

3. Выбор языковых единиц и их комбинирование, процессы кодирования смысла в речевую форму невозможны без участия наиболее высокоорганизованных структур коры головного мозга, третичных отделов переднелобной и теменно-затылочной области. Третичные отделы коры головного мозга обеспечивают перевод последовательно выступающей акустико-моторной информации в смысловые схемы и образы. В теменно-затылочной области коры формируются также схемы, обозначающие пространственные отношения.

В процессе же письменной речи принимают участие и различные отделы затылочной и теменно-затылочной области коры головного мозга.

Таким образом, различные зоны головного мозга по-разному участвуют в речевом процессе.

Необходимым условием функционирования речевой системы в целом является своевременное созревание и включение ее отдельных компонентов в координированную деятельность.

Письмо – это сложная форма речевой деятельности, многоуровневый процесс.

Процессы письма и устной речи различаются по многим параметрам:

- по происхождению;
- способу формирования;
- способу протекания;
- психологическому содержанию;
- функциям.

Устная речь

1. Формируется к 2 годам в процессе общения со взрослыми.
2. Протекает спонтанно, произвольно, автоматизировано.
3. Устная речь ситуативна.
4. В устной речи участвуют информационно-выразительные средства: жесты, мимика, паузы.
5. Функция устной речи коммуникативная, разговорная.

Письменная речь

1. Осознанный и произвольный процесс.
2. Ее единицей является монолог.
3. Она не контекстна, в отличие от устной речи сама себя порождает, активизирует, контролирует, пользуясь методом перебора средств.
4. Не имеет дополнительных средств, поэтому избыточна.
5. Для своего развития требует абстракции, она мыслится, а не произносится.
6. Мотивы письменной речи интеллектуалистичны.
7. Письмо носит вспомогательную функцию по отношению к устной речи. Функция письма уже.

Русское письмо относится к алфавитным системам письма, т.е. звуки устной речи обозначаются определенными буквами.

Процесс письма имеет многоуровневую структуру, включает большое количество операций. У взрослого человека они носят сокращенный, свернутый характер. При овладении письмом эти операции представляют в развернутом виде.

А.Р. Лурия в работе «Очерки психофизиологии письма» определяет следующие уровни или фазы операции письма:

Психологический уровень включает ряд «звеньев», соответствующих интеллектуальным, речемыслительным действиям, посредством которых реализуется письменная деятельность. К ним относятся:

- возникновение намерения, мотива к письменной речи;
- создание замысла (о чем писать?);
- создание на его основе общего смысла (что писать?), определение содержания письменной речи;
- регуляция деятельности и осуществление контроля за выполняемыми действиями.

Психофизиологический (сенсомоторный) уровень состоит из двух подуровней: сенсо-акустико-моторного и оптико-моторного.

Сенсо-акустико-моторный подуровень состоит из звеньев, обеспечивающих «техническую» реализацию процесса письма:

- обеспечивает процесс звуко различения. Он создает основы для операций акустического и кинестетического анализа звуков, анализа слова, для умения выделять устойчивые фонемы и артикулемы;
- делает возможным установление последовательности в написании букв в слове (половник, поклонник, полковник и т. д.);
- эти процессы, в свою очередь, обеспечиваются механизмом слухоречевой памяти.

На **оптико-моторном подуровне** происходят сложные процессы перешифровки с одного кода языка на другой:

- со звука на букву;
- с буквы на комплекс тонких движений руки, т.е. в моторное предметное действие, соответствующее написанию каждой отдельной буквы.

На ранних этапах овладения письмом каждая отдельная операция является изолированным, осознанным действием. Написание слова распадается для ребенка на ряд задач:

- 1) выделить звук;

- 2) обозначить его соответствующей буквой;
- 3) запомнить ее;
- 4) изобразить букву графически;
- 5) проверить правильность написания.

По мере овладения письмом психологическая и психофизиологическая структура навыка меняется, отдельные операции выпадают из-под контроля сознания, автоматизируются, объединяются и превращаются в сложную деятельность – письменную речь.

Лингвистический уровень организации письма определяет, какими средствами осуществляется письмо. Этот уровень реализует перевод внутреннего смысла, формирующегося на психологическом уровне, в лингвистические коды – в лексико-морфологические и синтаксические единицы, т.е. в слова и фразы.

Чтение также является одним из основных видов речевой деятельности.

Чтение, как и письмо, представляет собой сложный психический процесс, включающий несколько взаимосвязанных уровней («звеньев»).

Психофизиологической основой процесса чтения является сохранность и взаимодействие зрительного, акустического и кинестетического анализаторов.

Нейрофизиологической основой чтения служит совместная работа заднелобных, нижнетеменных, височных, затылочных отделов коры левого полушария головного мозга.

Этапы становления чтения:

- 1) этап овладения звуко-буквенными обозначениями;
- 2) послоговое чтение;
- 3) этап становления синтетических приемов чтения;
- 4) этап «синтетического» («беглого», слитного) чтения.

Чтение (как уже достаточно сформированная деятельность) всегда подчинено его основной задаче – пониманию письменного сообщения. Поэтому развитие понимания читаемого в процессе формирования чтения у детей идет в тесной связи с развитием процесса восприятия. В самом начале формирования чтения понимание идет не совместно, а лишь вслед за восприятием. Постепенно, по мере развития и автоматизации навыка чтения, понимание начинает опережать процесс восприятия, что проявляется в возникновении смысловых догадок, угадывании смысла в пределах отдельных слов. На последующих этапах формирования чтения

понимание читаемых сообщений осуществляется уже на основе схватывания смысла целых слов и предложений. Здесь чтение опирается на предвосхищение «последующей» мысли, относящейся уже не к слову или фразе, а к целому абзацу или даже ко всему тексту.

Нормативно протекающий процесс чтения включает следующие взаимодействующие компоненты:

- звуко-буквенный анализ и синтез;
- удержание информации;
- смысловые догадки и процесс сличения возникающих при чтении «гипотез» с написанными словами.

Все эти процессы, однако, могут быть осуществлены лишь при наличии сложного движения глаз и при сохранности мотивов данного вида речевой деятельности.

Психологические предпосылки формирования письменной речи

1. Возможность усвоения деятельности письма и чтения обусловлена уровнем сформированности (или сохранности) устной речи, произвольного владения ею, прежде всего сформированностью операций анализа и синтеза устной речи.

2. Полноценное формирование (или сохранность) разных видов восприятия, ощущений и знаний их взаимодействия, а также пространственного восприятия и представлений, а именно: зрительно-пространственного и слухо-пространственного гнозиса, сомато-пространственных ощущений, знание и ощущение схемы тела, пространственных представлений «правого» и «левого».

3. Необходимым условием для овладения деятельностью письма является также сформированность (сохранность) двигательной сферы – тонких движений, предметных действий, т.е. различных видов праксиса руки, подвижности, переключаемости, устойчивости;

4. Следующим необходимым условием является формирование у детей (хотя бы на минимально достаточном уровне) абстрактного мышления, «символических» способов деятельности, что возможно при постепенном переводе детей от конкретных, предметно-практических способов действия к абстрактным.

5. Способность совершать операции с рядом стимулов с учетом их последовательности. Это называют сукцессивными функциями. Сюда относятся способность запоминать ряды цифр, слов, звуков, букв в заданной последовательности.

6. Не менее важным является сформированность (сохранность) общего поведения, эмоционально-волевой сферы; необходимых личностных качеств, формирование познавательных и учебных мотивов деятельности, навыков саморегуляции и контроля за собственной деятельностью.

Классификация дислексий

В основе ее лежат различные критерии: проявления, степень выраженности нарушений чтения (Р. Беккер), нарушения деятельности анализаторов, участвующих в акте чтения (О.А. Токарева), нарушение тех или иных психических функций (М.Е. Хватцев, Р.Е. Левина и др.), учет операций процесса чтения (Р.И. Лалаева).

С учетом нарушенных операций процесса чтения Р.И. Лалаева выделяет следующие виды дислексии: фонематическую, семантическую, аграмматическую, мнестическую, оптическую, тактильную.

Фонематическая дислексия связана с недоразвитием функций фонематической системы, т.е. системы фонем языка, в которой каждая единица характеризуется определенной совокупностью смыслоразличительных признаков (твердость-мягкость, звонкость-глухость, способ образования, место образования, участие нёбной занавески).

Семантическая дислексия (механическое чтение) проявляется в нарушении понимания прочитанных слов, предложений, текста при технически правильном чтении, т.е. слово, предложение, текст не искажаются в процессе чтения.

Аграмматическая дислексия обусловлена недоразвитием грамматического строя речи, морфологических, и синтаксических обобщений.

Мнестическая дислексия проявляется в трудности усвоения букв, в их недифференцированных заменах. Она обусловлена нарушением процессов установления связей между звуком и буквой и нарушением речевой памяти.

Оптическая дислексия проявляется в трудностях усвоения и в смешениях сходных графических букв и их взаимных заменах. Смешиваются и взаимозаменяются буквы, как отличающиеся дополнительными элементами (Л – Д, З – В), так и состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенные в пространстве (Т – Г,

Б – Р, Н – П – И). Данная дислексия связана с нерасчлененностью зрительного восприятия форм, с недифференцированностью представлений о сходных формах, с недоразвитием оптико-пространственного восприятия и оптико-пространственных представлений, а также с нарушением зрительного гнозиса, зрительного анализа и синтеза.

Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей. В основе ее лежат трудности дифференциации тактильно воспринимаемых букв азбуки Брайля.

Классификация дисграфии

Классификация дисграфии осуществляется на основе различных критериев: с учетом нарушенных анализаторов, психических функций, несформированности операций письма.

Классификация М.Е. Хватцева: дисграфия на почве акустической агнозии и дефектов фонематического слуха, дисграфия на почве расстройства устной речи (графическое косноязычие), дисграфия на почве нарушения произносительного ритма, оптическая дисграфия

О.А. Токарева выделяет 3 вида дисграфии: акустическую, оптическую, моторную.

А.Н. Корнев выделяет дисфонологические дисграфии (паралалическую и фонематическую): метоязыковые дисграфии, связанные с нарушением языковых операций: дисграфию, обусловленную нарушением языкового анализа и синтеза, диспрактическую дисграфию, обусловленную нарушением формирования у детей графомоторных навыков, а также неспецифическую дисграфию.

Наиболее обоснованной является классификация дисграфии, в основе которой лежит несформированность определенных операций процесса письма (разработана сотрудниками кафедры логопедии ЛГПИ им. А.И. Герцена), – классификация Р.И. Лалаевой. Выделяются следующие виды дисграфии: артикуляторно-акустическая, на основе нарушений фонемного распознавания (дифференциации фонем), на почве нарушения языкового анализа и синтеза, аграмматическая и оптическая дисграфии.

Артикуляторно-акустическая дисграфия. Ребенок пишет так, как произносит. В основе данного вида дисграфии лежит отражение неправильного произношения на письме, опора на неправильное проговаривание. Опираясь в процессе проговаривания на неправильное произношение звуков, ребенок отражает свое дефектное произношение на

письме. Проявляется в заменах, пропусках букв, соответствующих заменам и пропускам звуков в устной речи. Чаще всего наблюдается при дизартрии, ринолалии, дислалии полиморфного характера.

Дисграфия на основе нарушения фонемного распознавания (акустическая дисграфия). Связывается с недостаточным уровнем функционирования операций сложного процесса различения и выбора фонем. В случае нарушения какой-либо из операций (слухового анализа, кинестетического анализа, выбора фонемы, слухового и кинестетического контроля) страдает весь процесс фонемного распознавания. В письме детей это проявляется в виде смешений или даже полных замен букв на письме.

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза. В основе ее лежит нарушение различных форм языкового анализа и синтеза: деления предложений на слова, слогового и фонематического анализа и синтеза. Недоразвитие языкового анализа и синтеза проявляется на письме в искажениях структуры слова и предложения. Наиболее сложной формой языкового анализа является фонематический анализ. Вследствие этого особенно распространены при этом виде дисграфии будут искажения звуко-буквенной структуры слова.

Аграмматическая дисграфия связывается с недоразвитием у детей лексико-грамматического строя речи, несформированностью морфологических и синтаксических обобщений. Ошибки при этой дисграфии могут проявляться на уровне слов, словосочетаний, предложений и текстов – нарушение смысловых и грамматических связей между предложениями; искажения морфологической структуры слов; нарушение согласования слов; искажения предложно-падежных конструкций; пропуски членов предложений и др.

Наиболее ярко аграмматическая дисграфия проявляется к окончанию обучения в начальной школе.

Оптическая дисграфия связана с недоразвитием зрительного гнозиса, анализа и синтеза, пространственных представлений и проявляется в заменах и искажениях букв на письме.

Чаще всего заменяются графически сходные рукописные буквы: состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве; включающие одинаковые элементы, но отличающиеся дополнительными элементами (И–Ш, П–Т, Х–Ж, Л–М); встречается зеркальное написание букв, пропуски элементов, особенно при

соединении букв, включающих одинаковый элемент, лишние и неправильно расположенные элементы.

При литеральной дисграфии наблюдается нарушение узнавания и воспроизведения даже изолированных букв. При вербальной дисграфии изолированные буквы воспроизводятся правильно, однако при написании слова наблюдаются искажения, замены букв оптического характера. К оптической дисграфии относится и зеркальное письмо, которое иногда отмечается у левшей, а также при органических поражениях мозга.

Вторичная (неспецифическая) дислексия и дисграфия

Наблюдаются вследствие задержки психического развития, умственной отсталости, педагогической запущенности, патологического левшества (при нарушениях левого полушария или при переучивании на левую руку), при двуполушарности. «Ложная дисграфия», согласно исследованиям И.Н. Садовниковой, наблюдается при эпилепсии.

Отличительной особенностью *неспецифических нарушений чтения и письма* является отсутствие специфических предпосылок к ним. Такие дети легко дифференцируют фонемы, ориентируются в звуко-буквенном анализе слова, узнают сложные зрительные изображения, у них нет ограничений в движениях. В возникновении вторичных дислексий и дисграфий существенную роль играют дефицит произвольной концентрации, переключения и распределения внимания. Плохая слухоречевая память мешает запомнить прочитанный или диктуемый текст и правильно воспроизвести его.

Особое значение имеет темп деятельности во время письма и чтения. Дети, которые по каким-либо причинам не успевают писать и читать в заданном темпе, торопясь выполнить задание, делают самые разнообразные ошибки. Можно подумать, что у них присутствуют все виды дислексий и дисграфий сразу. Однако при снижении темпа эти дети достаточно хорошо читают и пишут.

Обследование детей с нарушениями чтения и письма

Цель обследования – выявление этиологии, симптоматики, механизмов нарушений чтения и письма. В процессе обследования определяется степень выраженности, характер, вид нарушений, что дает возможность определить направления коррекционно-логопедической работы.

При обследовании детей с нарушениями письменной речи учитывается состояние зрения, слуха, центральной нервной системы,

познавательной деятельности ребенка, которые определяются врачами-специалистами.

Обследование проводится с учетом таких основных принципов, как принцип *комплексности, системности, патогенетический, деятельностный, личностный, принцип развития.*

Схема обследования детей с расстройствами чтения и письма включает следующие разделы:

1. Анкетные данные и изучение медико-педагогической документации.
2. Анамнез.
3. Строение органов периферического отдела артикуляционного аппарата.
4. Речевая моторика.
5. Слуховая функция.
6. Состояние звукопроизношения.
7. Состояние фонематического анализа, синтеза и представлений.
8. Фонематическое восприятие (дифференциация фонем).
9. Особенности словарного запаса и грамматического строя речи.
10. Особенности динамической стороны речи.
11. Состояние зрительной функции: биологическое зрение, зрительный гнозис, мнзис, зрительный анализ и синтез, пространственные представления.
12. Состояние процесса чтения (значение букв, характер чтения слогов, слов, предложений, текста различной трудности); скорость и способ чтения (побуквенное, послоговое, словесно-фразовое чтение).
13. Состояние различных видов письма (списывание, письмо под диктовку, изложение и сочинение, письмо текстов с дефектно произносимыми звуками, с недифференцируемыми на слух звуками, с графически сходными буквами).

В логопедическом заключении указывается степень и вид нарушений чтения и письма и их соотнесенность с состоянием устной речи.

Методика логопедической работы по устранению нарушений письменной речи

Механизмы нарушений чтения и письма во многом являются сходными, поэтому и в методике коррекционно-логопедической работы по их устранению имеется много общего.

Устранение фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на основе нарушений фонемного распознавания

Логопедическая работа при данных формах дислексии и дисграфии начинается с развития фонемного восприятия. Работа по уточнению и закреплению дифференциации звуков проводится с опорой на различные анализаторы (речеслуховой, речедвигательный, зрительный и др.). При этом учитывается, что совершенствование слухопроизносительных дифференцировок осуществляется более успешно в том случае, если оно проводится в тесной связи с развитием фонематического анализа и синтеза. В работе по дифференциации звуков используются и задания на развитие фонематического анализа и синтеза.

Логопедическая работа по дифференциации смешиваемых звуков включает 2 этапа: предварительный этап работы над каждым из смешиваемых звуков; этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.

На I этапе последовательно уточняется произносительный и слуховой образ каждого из смешиваемых звуков. Работа проводится по следующему плану: уточнение артикуляции и звучания звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения; выделение его на фоне слога; определение наличия и места в слове (начало, середина, конец); определение места звука по отношению к другим (какой по счету звук, после какого звука произносится, перед каким звуком слышится в слове); выделение его из предложения, текста.

На II этапе проводится сопоставление смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане. Дифференциация звуков осуществляется в той же последовательности, что и работа по уточнению слуховой и произносительной характеристики каждого звука. Однако основной целью является их различение, поэтому речевой материал включает слова со смешиваемыми звуками.

При устранении дислексии и дисграфии каждый из звуков в процессе работы соотносится с определенной буквой. При коррекции дисграфии большое место занимают письменные упражнения, закрепляющие дифференциацию звуков.

Развитие языкового анализа и синтеза при устранении фонематической дислексии и дисграфии на почве нарушения языкового анализа и синтеза начинается с работы на уровне предложения:

1. Необходимо научить определять количество, последовательность и место слов в предложении.

2. Следующий этап работы – работа на уровне слова: развитие слогового анализа и синтеза. Необходимо научить делить слова на слоги и синтезировать слоги в слова. Работа начинается с опорой на

вспомогательные средства (хлопки, фишки), в дальнейшем необходимо, чтобы дети усвоили главное правило слогоделения: сколько в слове гласных – столько и слогов. Для формирования умения определять слоговой состав слова с опорой на гласные необходима предварительная работа по дифференциации гласных и согласных звуков и выделению гласных из речи. Дается представление о гласных и согласных звуках, об основных признаках их различия

3. Следующий этап коррекционной работы – развитие фонематического анализа и синтеза.

Термином «фонематический анализ» определяют как элементарные, так и сложные формы звукового анализа. К элементарной форме относится выделение звука на фоне слова. Более сложной формой является вычленение первого и последнего звука из слова и определение его места (начало, середина, конец слова). Самым сложным является определение последовательности звуков в слове, их количества, места по отношению к другим звукам (после какого звука, перед каким звуком). Эта форма звукового анализа появляется лишь в процессе специального обучения.

Логопедическая работа по развитию фонематического анализа и синтеза должна учитывать последовательность формирования указанных форм звукового анализа в онтогенезе. В процессе развития элементарных форм необходимо учитывать, что трудности выделения звука зависят от его характера, положения в слове, а также от произносительных особенностей звукового ряда.

При формировании сложных форм фонематического анализа необходимо учитывать, что всякое умственное действие проходит определенные этапы формирования, основными из которых являются следующие: освоение действия с опорой на материализацию, в плане громкой речи, перенос его в умственный план (по П.Я. Гальперину).

I этап – формирование фонематического анализа и синтеза с опорой на вспомогательные средства и действия.

Первоначальная работа проводится с опорой на вспомогательные средства: графическую схему слова и фишки. По мере выделения звуков ребенок заполняет схему фишками. Действие, которое осуществляет ученик, представляет собой практическое действие по моделированию последовательности звуков в слове.

II этап – формирование действия звукового анализа в речевом плане. Исключается опора на материализацию действия, формирование фонематического анализа переводится в речевой план. Слово называется,

определяются первый, второй, третий и последующие звуки, уточняется их количество.

III этап – формирование действия фонематического анализа в умственном плане. Ученики определяют количество и последовательность звуков, не называя слова и непосредственно на слух не воспринимая его, т.е. на основе представлений.

Устранение аграмматической дислексии и дисграфии

При устранении аграмматической дислексии и дисграфии основная задача заключается в том, чтобы сформировать у ребенка морфологические и синтаксические обобщения, представления о морфологических элементах слова и о структуре предложения. Основные направления в работе: уточнение структуры предложения, развитие функции словоизменения и словообразования, работа по морфологическому анализу состава слова и с однокоренными словами.

Устранения оптической дислексии и дисграфии

Работа проводится в следующих направлениях:

1. Развитие зрительного восприятия, узнавания цвета, формы и величины (зрительного гнозиса).
2. Расширение объема и уточнение зрительной памяти.
3. Формирование пространственных представлений.
4. Развитие зрительного анализа и синтеза.

В процессе работы по развитию зрительного гнозиса следует давать задания на узнавание букв (буквенный гнозис).

Проводить работу по уточнению представлений детей о форме, цвете, величине.

Необходимо уделить внимание работе по формированию пространственных представлений с учетом знаний об этапах формирования пространственных отношений в онтогенезе.

Параллельно с развитием пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза проводится и работа над речевыми обозначениями этих отношений: над пониманием и употреблением предложных конструкций, наречий.

Большое место при устранении оптической дислексии и дисграфии занимает работа над уточнением и дифференциацией оптических образов смешиваемых букв. Различение смешиваемых букв проводится в следующей последовательности: дифференциация изолированных букв, букв в слогах, словах, в предложениях, тексте.

Профилактика нарушений чтения и письма

Коррекция дислексии и дисграфии наиболее успешна при раннем ее начале. Профилактика – еще более эффективная мера, позволяющая предупредить развитие этих расстройств.

Первичная профилактика дислексии и дисграфий заключается в устранении основных этиологических факторов, имеющих отношение к указанным расстройствам. Для этого могут быть рекомендованы следующие мероприятия:

1. Меры по предупреждению перинатальной патологии плода и новорожденного: охрана здоровья будущих матерей и беременных, оптимальная организация наблюдения за беременными и профилактика осложнений беременности, предупреждение родового травматизма, инфицирования плода и новорожденного и т.п.

2. Меры по снижению соматической и инфекционной заболеваемости детей в первые годы жизни.

3. Ранняя диагностика и своевременное лечение перинатальной церебральной патологии.

4. Ранняя диагностика и коррекция нарушений развития речи у детей. Позднее появление первых слов (после 1 года 3 мес.) или фраз (после 2 лет) является достаточным основанием для вмешательства логопеда. Симптомы девиантного развития фонологической системы ребенка являются безусловным показанием для проведения курса логопедической и медико-педагогической коррекции.

Вторичная профилактика дисграфий заключается в следующем:

1. Своевременное выявление группы риска, к которой правомерно относить следующих детей:

- а) с «цепочкой» пери- и постнатальных вредностей;
- б) с поздним и аномальным развитием устной речи;
- в) с задержкой психического развития;
- г) с выраженной незрелостью изобразительных способностей;
- д) с билингвизмом.

Выявление указанного контингента детей в оптимальном варианте должно быть проведено до начала обучения в школе.

С детьми, имеющими повышенный риск возникновения дислексии и дисграфии, проводится коррекционно-профилактическая работа.

1. Исправление фонетико-фонематических нарушений.

2. Формирование функционального базиса письма и чтения.

3. Дети из группы риска нуждаются в индивидуализации темпов и методов обучения чтению и письму.

7. АЛАЛИЯ

Алалия (от греч.: *a* – отрицание и *lalio* – говорю, речь) переводится как отсутствие речи.

Алалия – это неразвитие или глубокое нарушение развития речи у ребенка, возникающее в доречевой период, имеющее системный характер и обусловленное патологией ЦНС определенных зон коры головного мозга.

Основные составляющие этого определения:

1. Неразвитие речи проявляется в ее отсутствии или крайне малом объеме у детей в период онтогенеза, когда она должна появиться.

2. Системный характер алалии означает, что при ней страдает не какая-либо одна, а практически все стороны речи: и фонетико-фонематическая, и лексико-грамматическая, и синтаксическая.

3. Обусловленность алалии патологией ЦНС в доречевой период указывает на то, что алалия – следствие каких-либо ранних патологических влияний на головной мозг ребенка.

4. Отнесенность патологии преимущественно к уровню коры свидетельствует о том, что в патологический процесс вовлечены в основном не элементарные, мышечно-двигательные или чувствительные, а высшие отделы ЦНС.

Моторная алалия – системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций порождения высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсорных операций.

В основе моторной алалии лежит расстройство или недоразвитие аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора, причиной которого является поражение коркового конца речедвигательного анализатора (центра Брока) и его проводящих путей.

Сенсорная алалия – нарушение понимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, что возникает при поражении височной доли доминантного полушария.

Причиной сенсорной алалии является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (центра Вернике) и его проводящих путей.

Поскольку экспрессивная и импрессивная речь у ребенка тесно связаны между собой, как правило, при обеих формах алалии – моторной и сенсорной – отмечается недостаточность и того и другого видов речевой деятельности. Однако при каждой из них первичный дефект и вторичные следствия разные. При моторной алалии первично расстроена экспрессивная речь, а импрессивная (понимание) – вторично; при сенсорной алалии – наоборот: первично нарушена импрессивная речь, а экспрессивная вторично. Несмотря на охват обеих сторон речи при любой

из форм алалии, при моторной алалии вторичные нарушения понимания речи могут быть легкими, а при сенсорной вторичные нарушения собственной речи – грубыми, вплоть до ее отсутствия.

Этиология алалии

В литературе о причинах алалии высказываются разнообразные мнения. Они зависят от:

- 1) мировоззренческих позиций исследователей;
- 2) от принадлежности к тому или иному научному направлению, от научно-теоретических взглядов исследователей на речевую деятельность в норме и в патологии;
- 3) от установок на природу алалии;
- 4) от предмета наук, представителями которых являются исследователи (физиологии, психологии, нейропсихологии, медицины, педагогики, лингвистики и проч.).

Поэтому одни авторы при исследовании этиологии основное внимание уделяют биологическим факторам, другие – социально-психологическим, одни придают большое значение наследственности, другие отрицают ее. Но вместе с тем большинство исследователей называют комплекс причин биологического и социально-психологического характера.

Этиопатогенетические факторы могут действовать в разные периоды развития ребенка: перинатальный период, натальный период, постнатальный период.

Перинатальный период:

- интоксикация;
- хронические заболевания матери;
- нарушения кровообращения плода;
- ушибы и падения матери с последующей травматизацией;
- неблагоприятное течение беременности с угрозой выкидыша;
- врожденная отягощенность (болезни родителей).

Натальный период:

Патология родов:

- неудачное применение средств родовспоможения;
- затяжные или стремительные роды;
- рождение ребенка с родовой опухолью, гематомой;
- асфиксия новорожденного.

Постнатальный период:

Биологические факторы:

- ранние травмы головы;
- инфекционный гепатит;
- менингит;

- менингоэнцефалит;
- длительно текущие соматические заболевания, цепочка детских инфекций, вызывающих истощение центральной нервной системы и отрицательно влияющих на ее развитие.

Социальные факторы, усугубляющие влияние биологических факторов:

- недостаточность речевых и интеллектуальных контактов;
- конфликтные отношения в семье;
- неправильные методы воспитания;
- госпитализм;
- среда, состоящая из лиц с речевой патологией;
- многоязычие или билингвизм в семье.

Наследственный фактор.

Таким образом, на современном этапе изучения алалии можно констатировать, что неспособность детей-алаликов овладеть средствами языка и способами их использования в собственной речи обусловлена сочетанием целого ряда разнообразных препятствующих этому факторов.

Концепции объяснения механизма алалии

Сенсомоторная: речевое недоразвитие при алалии связано с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией).

Психологическая: при алалии отмечается патология некоторых сторон психической деятельности.

Языковая: недоразвитие речи связано с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний.

Механизм порождения языкового высказывания

А.А. Леонтьевым была разработана целостная концепция о структуре акта речевой деятельности, центральное место в которой занимает модель порождения речевого высказывания.

По модели А.А. Леонтьева процесс порождения речевого высказывания включает пять последовательных, взаимосвязанных этапов (или «фаз»).

1. Исходным моментом высказывания является мотив, т.е. потребность выразить, передать определенную информацию.

2. Замысел. На этапе замысла происходит выделение темы и ремы будущего высказывания и их дифференциация, т.е. определяется – о чем надо сказать (тема) и что именно надо сказать об этом предмете (рема).

3. Этап внутреннего программирования – ключевой этап порождения речи. Основными операциями, на основе которых реализуется данный этап построения речевого высказывания, являются:

– операция определения основных смысловых элементов предметного речевого высказывания (операция выбора тех смысловых единиц смыслового содержания из числа всех возможных, которые «актуальны» для говорящего в данной речевой коммуникации);

– операция определения «иерархии» смысловых единиц в «контексте» будущего речевого высказывания, определение главного и второстепенного, «основного» и уточняющих моментов в содержании речевого высказывания;

– операция определения последовательности отображения смысловых элементов в речевом высказывании.

4. Этап лексико-грамматического развертывания высказывания. Это переход от плана внутренней речи к семантическому плану. Основной операцией, реализующей этот этап, является операция отбора слов (реже – целых словосочетаний) для обозначения элементов смысловой программы и отбора словоформ (требуемая грамматическая форма слов).

5. Заключительным этапом порождения речевого высказывания является этап его реализации «во внешнем плане» (во внешней речи).

Этот процесс осуществляется на основе реализации фонационной, артикуляционной, ритмико-слоговой и темпо-ритмической «автоматизированных» программ внешней реализации речи, в основе которых лежат соответствующие речепроизносительные навыки.

У детей с алалией происходит нарушение процесса порождения речевого высказывания, причем «сбой» может произойти на каждом из этапов.

Речевая симптоматика. Выражена обширно, разнообразно, что обусловлено системностью нарушения речи при алалии. Страдают все стороны речи. При любой форме алалии нарушается как импрессивная, так и экспрессивная речь. Дети имеют разный уровень понимания речи: нулевой, ситуативный, номинативный, предикативный, расчлененный. У детей с алалией своеобразно протекает развитие речи: даже если речь начинает развиваться самостоятельно, она не складывается в систему, ребенок усваивает лишь отдельные фрагменты этой системы, не постигая в своем практическом опыте всех языковых закономерностей. Выраженное недоразвитие речи проявляется во всех ее компонентах.

Фонетическая сторона речи: не формируется звуковой состав речи, характерно грубое искажение звукослоговой структуры слов, не развиты фонематические функции (ребенок длительное время затрудняется дифференцировать звуки).

Лексика очень бедная, пополняется медленно, характерны замены (вербальные парафазии) по различным признакам, трудности актуализации слов. Словарной запас у детей с моторной алалией

развивается медленно, искаженно, используется в речевой практике неправильно.

Грамматический строй речи: дети медленно, дефектно овладевают словоизменением и словообразованием, используют простую фразу, в речи выражены стойкие аграмматизмы. Сложными синтаксическими конструкциями дети самостоятельно не овладевают.

У моторного алалика не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенные артикуляционные движения или действия. При моторной алалии нарушена фонематическая реализация слов и высказываний, не формируются языковые оформления речи — звукослоговой и морфемный строй. Несформированность ритмической структуры сопровождается нарушением мелодики, темпа, ритма речи.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с моторной алалией отсутствует потребность общения в связной форме, что обусловлено нарушением общей речевой активности. Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи при моторной алалии: от полного безречья до частичного отсутствия речи.

Таким образом, типичные проявления алалии: аграмматизм (синтаксический, морфологический и морфосинтаксический – при склонении и спряжении), расстройства поиска (актуализации) слов, трудности «выбора» фонем и установления порядка их следования, нарушения слоговой структуры слов.

Проявления языковых симптомов у разных детей с алалией очень разные: от полного отсутствия экспрессивной речи или наличия в ней лишь единичных элементов языковой системы (отдельных слов, звуков, флексий) до незначительных нарушений в какой-либо одной из подсистем языка (в синтаксической, морфологической, лексической, фонематической). Последнее обычно характерно только для детей среднего и старшего школьного возраста, «выходящих» или «вышедших» из алалии. В более ранние возрастные периоды, как правило, бывает расстроена вся языковая система, и у большинства детей отмечается одинаковая степень нарушения всех подсистем языка – это равномерный тип нарушения, у меньшего числа детей с алалией выступает преимущественно расстройство какой-либо одной или нескольких языковых подсистем – неравномерный тип нарушений.

Выделяют тяжелую, среднюю и легкую степени нарушения системы языка.

Неречевая симптоматика моторной алалии.

Общая моторная неловкость, неуклюжесть, дискоординация, замедленность или расторможенность движений. В большинстве случаев отмечается вторичная задержка умственного развития. Психофизическая заторможенность или расторможенность, пониженная наблюдательность, недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы.

Сенсорная алалия (импрессивная) – недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов, у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух и сохранные способности к развитию активной речи. Причиной сенсорной алалии является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (центра Вернике) и его проводящих путей.

Речевая симптоматика сенсорной алалии. Нарушено понимание речи. Не формируется связь между словом и обозначаемым им предметом (действием), что носит название замыкательной акупатии. При сенсорной алалии часто наблюдается гиперacusия, т.е. повышенная чувствительность к звукам, безразличным для окружающих (шуршание бумаги, звук капавшей воды и т.д.), что отличает сенсорных алаликов от слабослышащих детей. Может наблюдаться эхoлaлия. Состояние голоса у слабослышащего и ребенка с сенсорной алалией различно: у слабослышащих голос лишен звучности, звонкости, у детей же с сенсорной алалией голос нормальный, звуки и слова продуцируются с нормальными модуляциями и интонациями.

В чистом виде сенсорная алалия встречается редко. Чаще наблюдается смешанная сенсо-моторная алалия или моторная алалия с сенсорным компонентом.

Классификация алалии

Алалия неоднородна по своим проявлениям и степени выраженности языкового недоразвития. Различные критерии дифференциации форм алалии позволили ученым создать несколько классификаций этого нарушения.

А. Либманн (1925) выделил следующие формы алалии:

- а) моторную слухонемоту,
- б) сенсорную слухонемоту,
- в) сенсомоторную слухонемоту,
- г) переходную форму между слухонемотой и тяжелым косноязычием.

Психологическая классификация Р.Е. Левиной (1951)

1. Дети с алалией и с неполноценным слуховым (фонематическим) восприятием.

2. Дети с алалией и с нарушением зрительного (предметного) восприятия.

3. Дети с алалией и с нарушением психической активности.

Классификация М. Зеeman (1962)

1. Экспрессивные дисфатические нарушения с типичными признаками моторных нарушений и сохранным пониманием обращенной речи.

2. Рецептивные дисфатические нарушения с преобладанием сенсорных расстройств.

Лингвистическая классификация В.К. Орфинской (1963)

Формы алалии:

– форма с первичным недоразвитием фонетической системы вследствие артикуляторной апраксии, где наиболее слабым звеном является способность к овладению звукопроизношением;

– форма с первичным недоразвитием фонематической системы;

– форма с первичным недоразвитием морфологической системы;

– форма с первичным нарушением фонематического анализа;

– форма с первичным нарушением слуховой дифференциации близких по звучанию звуков;

– форма с избирательным и неравномерным недоразвитием всех языковых систем вследствие нарушения слуховой дифференциации звуковых рядов;

– сенсомоторная амнестическая форма, обусловленная нарушением связи речедвигательного и слухового анализаторов;

– сенсорная амнестическая форма, обусловленная нарушением связи между слуховым и зрительным анализаторами;

– синтаксическая алалия, обусловленная избирательной неполноценностью двигательного анализатора (вследствие моторной неполноценности нарушается анализ воспринимаемого по пространственным и временным параметрам, что приводит к расстройствам грамматического строя речи);

– оптическая алалия, при которой неполноценность зрительного анализатора находит свое отражение в проблемах овладения лексикой.

Психолингвистическая классификация Е.Ф. Соболевич (1985)

1. Алалия с преимущественными нарушениями усвоения парадигматической системы языка.

2. Алалия с преимущественными нарушениями синтагматической системы языка.

В.А. Ковшиков (1985) выделяет *импрессивные* (сенсорные) и *экспрессивные* (моторные) формы алалии.

Топологическая (клиническая) классификация алалии

В основе этой классификации – критерий учета локализации поражения головного мозга при алалии.

Афферентная моторная алалия обусловлена патологией постцентральной зоны коры головного мозга (нижний теменной отдел левого полушария), который в норме отвечает за кинестетический анализ и синтез раздражителей, ощущений, поступающих в мозг во время речи, за кинестетические речевые программы. При нарушении этих зон может отмечаться кинестетическая артикуляторная апраксия (или ее элементы). При этом ребенок затрудняется в нахождении отдельных артикуляций, для его речи характерны замены артикуляционно спорных звуков. Ребенок также не может воспроизвести, повторить слово, фразу. Правильная артикуляция в речи закрепляется с трудом.

Эфферентная моторная алалия обусловлена патологией премоторной зоны коры головного мозга (задняя треть нижней лобной извилины – центр Брока), которая в норме отвечает за последовательность и организацию сложных комплексов двигательных программ. При эфферентной моторной алалии может наблюдаться кинестетическая артикуляторная апраксия (или ее элементы). В этом случае у ребенка страдает переключение от одной артикуляции к другой, ребенку трудно включиться в движение, выполнить серию движений. В речи детей грубо искажена слоговая структура слов (при этом нарушения звукопроизношения отходят на второй план), могут наблюдаться персеверации (патологическое произвольное повторение одних и тех же элементов речи).

Сенсорная алалия обусловлена поражением центрального отдела речеслухового анализатора. Характеризуется тем, что при сохранном элементарном слухе ребенок не овладевает пониманием речи. При этом страдает задняя треть верхней височной извилины – центр Вернике. Эта форма алалии выделяется не всеми авторами.

Классификация В.К. Воробьевой

- а) моторная алалия;
- б) сенсорная алалия;
- в) сенсомоторная алалия;
- г) синтаксическая алалия.

Особенности диагностики детей с алалией

Обследование детей в логопедии всегда является комплексным и системным, что особенно важно для детей с тяжелыми нарушениями речи. Комплексность и системность предполагают, что обследуются как речевые, так и неречевые функции, выявляются первичные нарушения и вторичные наслоения. При обследовании детей с алалией необходимо тщательно изучить медицинскую документацию, особое внимание уделить изучению анамнеза: наличие заболеваний нервной системы,

сохранность слуховой функции, уточнить были (есть) ли черепно-мозговые травмы или последствия инфекционных поражений нервной системы, ликвородинамические нарушения (гидроцефалия различной степени).

Целесообразно обследование проводить вместе с психологом. При диагностике давать задания вербального и невербального характера, учитывая возрастные и индивидуальные особенности ребенка.

1. Обследование состояния неречевых психических функций.

Исследование восприятия:

– зрительное восприятие (предъявление предметных картинок, предъявление контура, предъявление неполного рисунка, предъявление перечеркнутых фигур, предъявление наложенных друг на друга изображений предметов), исследование состояния цветового гнозиса (предъявление цветных фигур, дифференциация цвета, подбор картинок к цветовому фону);

– слуховое восприятие (определение направления звука, дифференциация звучащих игрушек).

2. Пространственный праксис.

3. Конструктивный праксис (складывание пирамидки, складывание доски Сегена, складывание разрезных картинок из нескольких частей, складывание фигурок из палочек по образцу).

4. Динамический праксис (воспроизведение простых и сложных ритмов; кулак-ребро-ладонь).

5. Исследование моторики (общая моторика, ручная, пальчиковая).

6. Исследование зрительной памяти.

7. Состояние интеллекта.

8. Исследование импрессивной речи (приводимые ниже задания предлагаются детям с алалией в возрасте 5 лет и старше):

- понимание связной речи;
- понимание распространенных предложений;
- понимание различных грамматических форм;
- понимание сложносочиненных предложений.

9. Исследование пассивного словаря:

- понимание обобщающих слов с деталями;
- понимание названий детенышей домашних и диких животных.

10. Исследование экспрессивной речи:

– общая характеристика речи;

– исследование звукопроизношения (можно проводить только у детей с эфферентной моторной алалией, у которых относительно сохранна кинестетическая основа речи);

- строение артикуляционного аппарата;

– состояние речевой моторики исследуется дифференцированно: у детей с моторной афферентной алалией не проверяется способность выполнения отдельных артикуляционных движений, так как у них не сформирована кинестетическая основа речи. По подражанию логопеду им предлагается серия движений типа: для губ – вытянуть вперед – улыбнуться – губы хоботком и подвигать ими вправо-влево. Для языка – открыть рот – показать широкий язык – поднять его на верхнюю губу – опустить на нижнюю губу – убрать в рот – закрыть рот. Для мягкого нёба – широко открыть рот – покашлять с открытым ртом – закрыть рот.

У детей с моторной эфферентной алалией не проверяется способность выполнения серии артикуляционных движений, так как у них не сформирована кинетическая основа речи. По подражанию логопеду им предлагаются отдельные артикуляторные движения: для губ – выдвинуть губы вперед–покой. Для языка – показать широкий язык или показать узкий язык;

– состояние слухо-произносительной дифференциации фонем (фонетически резко различающихся, фонетически близких).

11. Исследование активного словаря:

– состояние предикативного словаря;
– состояние номинативного словаря;
– состояние атрибутивного словаря;
– способность воспроизведения речевого материала (ряда звуков, слогов и слов) проверяется у детей с афферентной моторной алалией, у которых относительно сохранна кинетическая мелодия речи.

12. Исследование грамматического строя речи:

– исследование способностей словоизменения (изменение слова по падежам, преобразование имени существительного в именительном падеже единственного числа во множественное, образование форм родительного падежа имен существительных в единственном и множественном числе, согласование прилагательных с существительными единственного числа в роде, согласование числительных «два» и «пять» с существительными;

– исследование способности словообразования (образование существительных с уменьшительно-ласкательными суффиксами, образование прилагательных от существительных, образование глаголов движения с помощью приставок);

– характер употребления предложных конструкций.

13. Состояние фонематического анализа, синтеза и фонематических представлений:

– фонематический анализ (выделение звука на фоне слова по картинкам и на слух, выделение на слух ударного гласного из начала

слова, определение места, последовательности и количества звуков в слове);

- фонематический синтез;
- фонематические представления.

Приемы обследования детей с полным или частичным отсутствием вербальных средств общения

Из предварительной беседы с родителями выяснить, умеет ли ребенок пользоваться словесными формами общения или же отвечает на вопросы взрослого мимикой, жестом, действием, отдельными звукоподражаниями или лепетными словами. Обследование проводится в игровой форме. В ходе обследования логопед должен зафиксировать:

- называет ли ребенок игрушку или предмет, изображенный на картинке, и действие с ним, и если называет, то произносит ли он вместо слова отдельные звуки или отдельные звукосочетания, или лепетные слова, или звукоподражания, и сосуществуют ли они одновременно с общеупотребительными словами;

- умеет ли ребенок подражать звукам и звуковым комплексам, может ли воспроизводить из названного обследователем слова один слог, два слога или целиком все слово;

- использует ли ребенок имеющиеся у него звуковые средства в ответ на побуждение логопеда или делает это по собственной инициативе;

- ориентируется ли ребенок на внешние ситуационные признаки при назывании предмета, действия или употребляемые им звуковые комплексы имеют уже устойчивое значение и обобщенный характер;

- для выяснения того, насколько ребенок овладел значением слова, важно отмечать, обозначает ли он один и тот же предмет разными словами, разные предметы – одним и тем же словом или имеются звукокомплексы для каждого из предметов;

- активность и инициативность ребенка в общении;

- особенности и уровень сформированности понимания: осмысленно ли ребенок реагирует на просьбы, требования, замечания в обычных, хорошо знакомых ему ситуациях.

Логопеду необходимо проводить тщательную и всестороннюю диагностику, для того чтобы дифференцировать алалию от дизартрии (анартрии, детской афазии, умственной отсталости, нарушения слуха, детского раннего аутизма).

Этапы коррекционно-развивающей работы при алалии

Алалия – медико-психолого-педагогическая проблема. Логопедическая работа может быть эффективна только в том случае, если ведется систематически и комплексно на фоне активного

медикаментозного и физиотерапевтического лечения, проводимого врачом-психоневрологом (невропатологом, психиатром).

В логопедической работе с детьми с алалией используются следующие основные принципы:

- принцип опоры на онтогенез;
- принцип опоры на ведущую деятельность возраста;
- принцип системности;
- принцип комплексного подхода;
- принцип научности.

Воздействие направлено на всю систему речи: расширение, уточнение словаря, формирование фразовой и связной речи, формирование фонематического слуха и восприятия, коррекция звукопроизношения, слоговой структуры слова.

Перспективный план работы с детьми с алалией. Разделы работы:

1. Развитие психологической базы речи.
2. Развитие восприятия и понимания речи.
3. Развитие собственно экспрессивной речи.
4. Подготовка детей к обучению грамоте.

Этапы коррекционной работы при моторной алалии

I Этап. Формирование первоначальных речевых навыков в ситуации диалогического общения:

- формирование психофизиологических предпосылок речевой деятельности;
- формирование активного и пассивного словаря;
- работа над диалогом, небольшим простым рассказом;
- распространение предложений;
- формирование первоначальных навыков общения.

II Этап. Формирование высказывания как основной единицы речевого действия:

- формирование фразовой речи на фоне усложнения словаря и структуры фразы:
 - распространение предложений, их грамматическое оформление,
 - работа над диалогом,
 - работа над рассказами описательного характера;
- формирование высказывания как основной единицы речевого действия.

III Этап. Формирование коммуникативных умений и связной речи:

- формирование связной речи;
- формирование коммуникативных умений;
- автоматизация грамматических структур.

Коррекционно-развивающая работа при сенсорной алалии

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

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

Основным принципом работы является последовательное и систематическое воздействие на все стороны речевой деятельности ребенка в их взаимосвязи. Всю коррекционно-развивающую работу необходимо проводить на фоне медикаментозного лечения, нормализующего деятельность центральной нервной системы: стимулирующего созревание клеток коры головного мозга.

Формирование речевой деятельности направлено на:

- различение ряда неорганизованных звуков разного характера и разной интенсивности;
- пробуждение интереса к окружающим неречевым и речевым звукам;
- дифференциацию речевых и неречевых звуков;
- установление и закрепление связи звука (сочетания звуков) с предметами (изображениями);
- восприятие и различение простых слов, накопление пассивного словаря;
- установление связи между словом и предметом в ходе предметно-практических действий;
- понимание и выполнение ребенком словесных инструкций;
- восприятие и понимание стандартизированных словосочетаний и фраз;
- понимание грамматических категорий;
- анализ и синтез собственной речи и речи окружающих;
- употребление ребенком слов и предложений в ходе создания соответствующих ситуаций общения;
- развитие потребности общения, его мотивационной основы;
- обучение грамоте (глобальное чтение).

8. АФАЗИЯ

Афазия – это системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной ее потере и обусловленное локальным поражением одной или более зон мозга. В подавляющем большинстве афазия возникает у взрослых людей, однако она возможна и у детей, если поражение мозга произошло после того, как речь хотя бы частично сформировалась.

Для афазии характерны системность речевых нарушений и нарушение внутренней речи. Как правило, афазия сопровождается нарушением и других высших психических функций, а также движений, в виде парезов и параличей.

Этиология афазии

Афазия может иметь разную этиологию: сосудистую; травматическую, опухолевую.

Сосудистые поражения, к которым относятся инсульты-инфаркты мозга, нарушения мозгового кровообращения могут быть в виде ишемии – голодания мозга или геморрагии – кровоизлияния в мозг, что в любом случае поражает нервные клетки мозга.

В свою очередь, причинами ишемии могут быть: стенозы (сужения сосудов), тромбозы и эмболии в сосудах (сгустки крови и инородные тела), склеротические бляшки на стенках сосудов, длительная артериальная гипотония (слабость стенок сосудов для продвижения крови). А причинами геморрагий, приводящими к разрыву стенок сосудов, являются: высокое артериальное давление, врожденная патология сосудов по типу аневризмы и склеротические наслоения на стенках сосудов, делающие их ломкими.

Травмы мозга открытые и закрытые также разрушают мозг, но при этом возможно глобальное воздействие на весь мозг, по типу контузии, когда помимо нарушения функции возможно изменение динамики (течения) нервных процессов: замедление, истощаемость, ослабление интенсивности, вязкость.

Опухоли, как доброкачественные (по типу гематом), так и злокачественные, сдавливают вещество мозга или прорастают в него, повреждая вещество мозга.

Классификация форм афазии

У истоков *классической неврологической классификации* форм афазии стояли П. Брока и К. Вернике (XIX в). Согласно открытиям каждого из них, выделяли две формы афазии: **моторную**, которая характеризуется нарушением экспрессивной речи (высказывания) и обусловлена поражением задней области третьей лобной извилины речевого полушария (центр Брока), и **сенсорную**, которая характеризуется нарушением импрессивной речи (понимания) и обусловлена поражением

задней области верхней височной извилины речевого полушария (центр Вернике).

В основу концепции наиболее распространенной и признанной в отечественной и зарубежной афазиологии *нейропсихологической классификации* А.Р. Лурии (XX в.) легло представление о том, что очаг поражения всегда расположен на уровне вторичных полей коры речевого полушария. Он приводит к тому или иному виду речевой агнозии или апраксии, которые оказывают системное патологическое влияние на работу третичных полей коры. В результате больной испытывает трудности в использовании средств языка для передачи смысла сообщения. Таким образом, по мнению А.Р. Лурии, даже если третичные (смысловые) поля коры при афазии остаются непораженными, они не могут полноценно функционировать, потеряв гностические или практические опоры. От того, какой участок преимущественно поражен, могут быть нарушены либо речевой гнозис, как предпосылка для понимания речи, либо артикуляционный праксис, как предпосылка собственной устной речи, и т.д. Таким образом, от того, какая именно предпосылка страдает, а следовательно, где располагается очаг поражения, зависит форма афазии. Согласно нейропсихологической классификации А.Р. Лурии существует (6 форм): моторная афазия афферентного типа; моторная афазия эфферентного типа; динамическая афазия; сенсорная (акустико-гностическая или оптико-гностическая) афазия; акустико-мнестическая афазия; семантическая афазия.

Позже А.Р. Лурией была предложена нейролингвистическая классификация афазий. С позиций нейролингвистики А.Р. Лурия выделил две основные группы афазических расстройств. К первой он относил афазии, связанные преимущественно с распадом парадигматических основ речи, т.е. с распадом кодов языка (фонематических, артикуляционных, зрительных пространственных). Это афазии, возникающие при поражении коры средне-задних отделов речевого полушария, так называемые «задние» афазии. Ко второй группе – афазии, связанные преимущественно с нарушением синтагматической организации речи, т.е. с трудностями построения фразы, высказывания. Это «передние» афазии, которые появляются при поражении коры передних отделов левого полушария.

Клиническая практика показала: в чистом виде отдельные формы афазий встречаются редко. Чаще встречаются комплексные формы афазий: *афферентно-эфферентная, эфферентная с динамическим компонентом, сенсомоторная*. Это происходит, так как обычно поражаются рядом расположенные области коры.

Кроме того, клиницистами выделены такие формы афазий, как, например, *амнестическая*, связанная с поражением теменно-затылочных отделов левого (доминантного) полушария, которая проявляется в затруднениях в нахождении названий предметов и попытке заменить забытое название предмета его описанием. Они же выделили *проводниковую* форму афазии, которая является разновидностью афферентной моторной афазии, и при которой нарушается произвольность артикуляции, но сохраняется ситуативная и клишеобразная, как наиболее упроченная, речь.

Особые виды афазий возникают у левшей. Они возникают при поражении правого полушария, но менее выражены, так как компенсаторные возможности левого полушария достаточно велики. Более сложные нарушения возникают у скрытых, латентных или переученных левшей. У них речевые функции распределяются между полушариями, и поэтому отдельные признаки классических афазий отсутствуют.

На клиническую картину каждой из форм афазий (объем симптомов, их тяжесть и пр.) влияют размеры очага поражения, его глубина, этиология и этап заболевания. Например, поражение глубинных структур мозга приводит к нарушению неспецифических процессов в коре, а значит, и речевой функции. Такие нарушения, так называемые *псевдоафазии*, характеризуются речевой адинамией, снижением объема слухо-речевой памяти, но эти симптомы неустойчивы и вскоре подвергаются обратному развитию.

Диагностика афазий

Исследование корковых функций при афазиях происходит по следующей схеме:

1. Исследование общей способности к коммуникации осуществляется с помощью беседы с целью выяснения полноты собственной речи больного, понимания им ситуативной, обиходной речи и степени речевой активности.

2. Исследование понимания речи осуществляется с помощью предъявления на слух специальных одно- и многозначных инструкций; заданий по нахождению предметов. Предлагается пересказ прослушанных коротких текстов; решение логико-грамматических конструкций. Исследуется фонематический слух, слухо-речевая память, понимание смысла пословиц.

3. Исследование экспрессивной речи включает в себя исследование автоматизированной речи, повторения звуков, слогов, слов различной степени сложности, названия предметных картинок, названия действий, составления фраз и текстов по сюжетным картинкам, пересказ прочитанного текста.

4. Исследование чтения, письма и счета.

5. Исследование орального, пространственного и динамического праксиса.

6. Исследование акустического и оптического гнозиса.

7. Выявления левшечества.

Диагностические признаки основных форм афазий представлены ниже.

Афферентная моторная афазия

Эта форма афазии возникает при поражении нижних отделов постцентральной зоны левого доминантного (у правшей) полушария головного мозга на уровне вторичных полей коры.

Первичный дефект – афферентная артикуляторная апраксия, основное проявление которой – распад обобщенных артикуляторных поз звуков речи – артикулем. Больной не способен воспроизводить звуки речи – артикулировать их. В тяжелых случаях речь отсутствует, в менее тяжелых случаях ограничена в объеме – искаженно произносятся звуки близкие по способу и месту образования (гоморганные) звуки. Характерный симптом – поиски артикуляции.

Наряду с первичным дефектом обнаруживаются и системные вторичные нарушения.

К ним относится *оральная апраксия*, невозможность воспроизводить произвольные движения ротовыми органами.

Для больных с грубой артикуляционной апраксией и отсутствием экспрессивной речи характерно воспроизведение высокоавтоматизированных речевых штампов в моменты эмоционального подъема, наличие речевых «эмболов» – «осколков» слов как бы затыкающих брешь в речевых затруднениях и несущих важную коммуникативную функцию, а также автоматизмы порядковой речи.

При менее грубой степени речевого дефекта присутствует *повторная речь*, но она затруднена. Больной вглядывается в визуальный образ артикулемы собеседника. У таких больных *называние* предметов первично не нарушено. Они воспроизводят достаточно много слов-номинаций. Однако при их произнесении отмечаются трудности. Состояние *фразовой* и прежде всего *диалогической* речи также зависит от степени грубости артикуляционного дефекта. При грубой форме афферентной моторной афазии фразовая речь отсутствует. Чаще всего больные ограничиваются ответами «да» и «нет». Если присутствует фразовая речь, то темп речи замедлен, интонация утрирована. При легкой степени нарушения речевая активность достаточна, но в речи присутствуют аграмматизмы. Звуконаполнение в слове может быть неправильным, а абрис слова (звуковой образ) всегда сохраняется.

Понимание речи первично не нарушено, но ограничено. Больные понимают ситуативно-бытовую речь. Но при показе предметов, частей тела, выполнении устных инструкций допускают ошибки. Эти трудности обусловлены невозможностью полноценной опоры на проговаривание во внутренней речи из-за расстройств артикуляции. По той же причине – недостаточности артикуляционных опор – присутствуют ошибки в дифференциации фонем. Хотя первично дифференциация фонем, даже оппозиционных, не нарушена.

Чтение и письмо нарушены, но в разной степени, в зависимости от тяжести афазии. У больных с грубой афазией чтение преимущественно глобальное и «про себя». Больные могут прочитывать идеограммные слова и раскладывать подписи под картинками. Вслух затрудняются в прочитывании даже отдельных букв, хотя и показывают их по названию. Письмо сводится к написанию своей фамилии. При списывании воспроизводят текст точно таким, каким он предъявлен («рабское копирование»), но при этом не производят звуко-буквенный анализ состава слова и не восполняют пропуски букв. При негрубой степени выраженности афазии письмо доступно из-за первичного распада ассоциативной связи артикулема – графема. Допускаются пропуски букв, литеральные параграфии, нарушен звуко-буквенный анализ состава слова. При попытках письма больные многократно повторяют каждый звук слова, пытаясь привязать к нему какое-либо упроченное слово.

Эфферентная моторная афазия

Эта форма афазии обусловлена поражением вторичных полей коры нижних отделов премоторной зоны (задних отделов нижней лобной извилины) левого доминантного (у правой) полушария коры головного мозга (зона Брока). В норме эта область мозга обеспечивает плавную смену одного орального или артикуляторного акта другим, т.е. для плавности речи артикулемы должны сливаться в последовательные (сукцессивные) ряды, или, так называемые, кинетические мелодии.

Первичным дефектом при этой форме афазии является нарушение воспроизведения плавной речи из-за патологической инертности артикуляторных рядов, которое проявляется в персеверациях, препятствующих свободному переключению с одной артикуляторной позы на другую. Симптоматически это проявляется в разорванности речи, застревании на фрагментах высказывания. При этом больные легко произносят отдельные звуки.

Дефекты произносительной стороны речи вызывают системные расстройства и других сторон речевой функции.

Оральный праксис, так же как и артикуляционный, нарушен в плане серийной организации акта. Больные справляются с воспроизведением отдельных поз. Но затрудняются в осуществлении переключений.

Спонтанная речь при грубой эфферентной моторной афазии крайне бедна. Она состоит из хорошо упроченных слов, номинаций. Трудности произношения заключаются в «застревании» на фрагментах слов, слова разорваны и абрисы слов не сохраняются, речь бедна интонационно, однообразна, с ошибками в ударении. Высказывание разорвано, речевая активность невысокая. Фразовая речь почти отсутствует. Встречаются аграмматизмы типа телеграфного стиля: в словаре преимущественно существительные и глаголы в инфинитиве. У больных присутствуют элементы автоматизированной речи в виде жестких речевых стереотипов: сопряженный и отраженный счет, пение со словами. При более легкой степени выраженности афазии спонтанная речь достаточно развернута, но однообразна по синтаксической структуре. Содержит большое количество речевых штампов, маскирующих затруднения. Аграмматизмы касаются словообразования и словоизменения. При этом словарный запас разнообразный и возможна монологическая речь.

Повторная речь лучше спонтанной, но и она затруднена из-за неспособности к артикуляторным переключениям. В речи наблюдаются трудности слить звуки в слоги, послоговое произнесение слов. Повторная речь в процессе восстановления появляется раньше спонтанной. Но достаточно долго в сложных по синтаксической структуре фразах допускаются аграмматизмы, присутствуют артикуляционные трудности при произнесении слов, с трудом передается интонация вопроса, восклицания (просодическая сторона речи).

Диалогическая речь в основном ситуативного характера. При этом отмечаются частые эхолалии, использование текста вопроса для ответа, стереотипность ответов.

По сюжетной картинке больные составляют лишь фразы. Пропускают названия действий служебных частей речи, окончаний. Наличие телеграфного стиля проявляется в отдельных трудностях конструирования фразы. Высказывания бедны просодически.

Называние ограничено отдельными высокочастотными словами. Однако присутствует «застревание» на предыдущих номинациях. Больные редко дают малочастотные названия, избегают слов со сложной слоговой структурой.

Особенности **понимания речи** носят вторичный характер, являясь следствием недостаточности подкрепления из-за инертности артикуляционных рядов при проговаривании. Такое отставание особенно

сказывается на объеме слухоречевой памяти. Следы воспринимаемых на слух речевых рядов ослаблены.

Чтение у больных имеет особенности, но нарушено незначительно, так как распад связи артикулема – графема менее выражен, чем при афферентной афазии. В *письме* под диктовку большое количество литеральных парафазий, обусловленных персеверациями и пропусками не только согласных, но и гласных звуков.

Динамическая афазия

Эта форма афазии возникает при поражении мозга в заднелобных отделах коры левого доминантного (у правшей) полушария, расположенных впереди от зоны Брока на уровне третичных полей коры. Была детально исследована Т.В. Ахутиной.

Первичный дефект динамической афазии имеет два основных варианта. Первый характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются в основном готовыми штампами, не требующими «деятельности программирования». Второй характеризуется нарушением грамматического конструирования: в речи больных он выступает в виде экспрессивного аграмматизма, наиболее грубо проявляющегося в виде отсутствия или крайней обедненности грамматического оформления высказывания – «телеграфном стиле». Произносительные трудности в обоих вариантах не значимы. Весьма важным является то, что при обеих формах имеют место речевая инактивность, спонтанность.

Первичный дефект вызывает системные вторичные нарушения речевой функции.

Оральный и артикуляторный праксис практически не нарушены. Могут быть «отставленные» персеверации, проявляющиеся во всплывании фрагментов действия спустя время после его совершения. Затруднения могут возникнуть в переключении с одного вида праксиса на другой: с пальце-кистевых проб на оральные, с оральных на артикуляторные.

Спонтанная речь при грубой степени выраженности динамической афазии практически отсутствует, за исключением отдельных упроченных штампов. Интонационная картина отличается однообразием, речевая активность низкая. Часты эхолалии. Больные нуждаются в стимуляции речи извне. При менее грубой степени выраженности динамической афазии спонтанная речь больных состоит из коротких фраз, однообразных по синтаксической структуре. Часто встречаются речевые штампы, как разговорные, так и профессиональные. Речь интонационно не выразительна, мало модально-оценочных слов, служебных частей речи и

т.д. У больных встречаются аграмматизмы, связанные с трудностями конструирования фразы.

Повторная речь при грубой степени выраженности афазии носит в основном характер эхολалии, повторяемые фразы не осмысливаются. При более легкой степени выраженности афазии у больных повторная речь присутствует, но «на истощении» также появляются эхολалии. Просодический компонент изменен, употребляется много жестких речевых штампов. Ответы в диалоге стереотипны. Наиболее доступен ситуативный диалог.

Называние отдельных обиходных предметов большинству больных удается. Но предметный словарь превосходит глагольный.

При грубой степени выраженности афазии составление фразы по сюжетной картинке вызывает существенные трудности. При более легкой степени больной может составить фразу по сюжетной картинке. Однако присутствует истинный экспрессивный аграмматизм из-за трудностей речевого программирования. Больному трудно выделить субъект на картинке и «приписать» ему действия по отношению к объекту. Присутствуют ошибки и в применении предлогов.

Пересказ текстов при грубой степени выраженности афазии практически невозможен. Выявляются элементы «полевого поведения» вследствие истощения внимания, персевераций: больной отвлекается на то, что находится в поле его зрения. При более легкой степени афазии пересказ текстов осуществляется больными чаще всего в форме ответов на вопросы или по очень подробному плану. Ответы строятся по типу вопросов.

Понимание речи затруднено только при грубой степени выраженности афазии. Отмечается явление «псевдоотчуждения смысла слова» из-за трудностей включения в задание. Выражено непонимание грамматически сложно построенной речи.

Письменная речь нарушена только при грубой степени выраженности афазии. Больным доступно чтение отдельных букв в простых словах. Чтение фраз с искажениями, вызванными персеверациями, приводящими к застреванию на отдельных словах и невозможности переключиться на следующие. Страдает понимание прочитанного. Только применение специальных приемов, концентрирующих внимание больного, расширяет возможности понимания. Письмо отдельных букв и простых слов в большинстве случаев доступно. При списывании и письме под диктовку сложных слов и фраз больные допускают ряд искажений в виде пропусков и персевераторных «вставок» элементов текста. При грубой степени выраженности афазии письмо «от себя» практически недоступно из-за снижения речевой активности. При легкой степени афазии письмо «от

себя» ограничивается стереотипными речевыми конструкциями, свидетельствующими о речевой аспонтанности. В области звуко-буквенного состава грубые нарушения не выявляются, хотя имеются ошибки из-за недостаточности внимания.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия

Эта форма афазии возникает при поражении задних верхневисочных отделов левого доминантного (у правшей) полушария коры головного мозга (зона Вернике).

Первичным дефектом при сенсорной афазии является нарушение способности дифференциации смыслоразличительных признаков звуков речи, принятых в данном конкретном языке. Этот дефект зависит от состояния фонематического слуха. Расстройства фонематического слуха обуславливают грубые нарушения импрессивной речи – понимания. Появляется феномен «отчуждения смысла слова». Звуки речи теряют для больного свое константное стабильное звучание, воспринимаются искаженно, смешиваются.

При грубой степени выраженности сенсорной афазии объем **понимания речи** крайне ограничен. Больные осмысливают лишь сугубо ситуативную речь, близкую им по тематике. Выявляется грубое отчуждение смысла слова при показе частей тела и предметов. Устные инструкции не выполняются или выполняются с грубыми искажениями. При восприятии речи больные усиленно опираются на мимику, жест, интонацию собеседника. При менее грубой степени выраженности сенсорной афазии больные в общем понимают ситуативную речь, затруднено понимание более сложных неситуативных видов речи. Допускаются ошибки в осмыслении слов – парагнозии. Больным бывает легче дифференцировать слова с оппозиционными фонемами, чем слоги. Понимание слов с предметной соотнесенностью страдает больше, чем переносный смысл слов. На понимание речи влияет темп речи собеседника и ее просодические особенности. В задании – оценке правильности речевой конструкции – больные, как правило, отличают грамматические искажения, но не смысловые. Способны заметить лишь грубые смысловые искажения и с трудом воспринимают развернутые тексты, требующие совершения ряда последовательных логических операций.

Первичный дефект ведет к системному нарушению других сторон речи.

В результате этой звуковой лабильности в восприятии звуков в экспрессивной **произносительной речи** больных появляются характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции) как результат

«погони за ускользящим шумом», замены одних слов другими, одних звуков – другими: вербальные и латеральные парафазии.

Письменная речь страдает первично – из-за распада ассоциативной связи между фонемой и графемой. Особенно грубо это выступает в отношении оппозиционных фонем. Больные пытаются найти букву, опираясь на слова, в которых она наиболее упрочена. Но это часто не приводит к желаемому результату. При меньшей степени выраженности афазии трудности возникают только при письме под диктовку более сложных по конструкции текстов.

Акустико-мнестическая афазия

Эта форма афазии обусловлена очагом поражения, расположенным в средних и задних отделах височной области вторичной коры левого доминантного (у правшей) полушария головного мозга.

В отличие от акустико-гностической афазии, **первичный акустический дефект** проявляется здесь не в сфере фонематического анализа, а в сфере слуховой мнестической деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым сужение объема слухо-речевой памяти и наличие слабости акустических следов.

Этот первичный дефект приводит к определенным трудностям понимания развернутых видов речи, требующих участия слухо-речевой памяти.

В **собственной речи** больных с этой формой афазии основным проявлением является словарный дефицит, связанный как с вторичным обеднением ассоциативных связей слова внутри данного семантического куста, так и с недостаточностью зрительных представлений о предмете (т.е. содержит компонент амнестической афазии). Позже ее выделили в отдельную форму.

Семантическая афазия

Эта форма афазии возникает при поражении височно-теменно-затылочных областей коры левого доминантного (у правшей) полушария мозга – так называемой зоны ТРО (височно-теменно-затылочной). Впервые была описана Г. Хэдом, а А.Р. Лурия провел нейропсихологический факторный анализ семантической афазии.

Первичным дефектом этой формы афазии считается импрессивный аграмматизм, т.е. невозможность понимания сложных логико-грамматических оборотов речи. В основе этого дефекта лежит расстройство способности к симультанному синтезу. Поскольку в речи основными «детальями», связывающими слова в единое целое (логико-грамматическую конструкцию), являются грамматические элементы, главная трудность связана с выделением этих элементов, пониманием их

смысловой роли и объединением их в единое симультанное целое. Больше всего таких больных затрудняют слова с пространственным значением (пространственные предлоги, наречия и т.д.).

Вторичными нарушениями при этой форме афазии являются замедление темпа устной и письменной речи, некоторые трудности подбора нужного слова (в развернутом высказывании), отдельные ошибки на письме и редкие аграмматизмы «согласования» при употреблении синтаксически сложных речевых конструкций. При легкой степени семантической афазии больные пишут изложения, сочинения на заданную тему, читают практически без затруднений, если не приходится оперировать логико-грамматическими оборотами речи.

Восстановительное обучение при афазиях

Основные принципы восстановительного обучения при афазиях

Основное положение восстановительного обучения заключается в утверждении наличия одного из важнейших свойств головного мозга – способности к *компенсации* нарушенных функций. Существуют два компенсаторных механизма, в связи с чем существуют два вида воздействия. Первые – это *прямые растормаживающие методы* работы, использующиеся в начальных стадиях заболевания, рассчитанные на вывод нервных элементов из угнетения и на произвольное всплывание упроченных навыков. Вторые – *обходные методы*, которые заключаются в *перестройке способа реализации нарушенной функции*. Для этого привлекаются различные межфункциональные связи, причем те из них, которые не были ведущими до заболевания, специально делаются таковыми. Обходные методы предполагают произвольное освоение способов восприятия речи и собственного говорения.

Следующее положение – это восстановление ряда неречевых высших психических функций по мере восстановления речевых.

Восстановление сложных видов речевой деятельности (фразовой, письменной, понимание логико-грамматических конструкций) происходит произвольно, за счет оживления выработанного до болезни произвольного алгоритма действия.

Необходимость раннего психолого-педагогического вмешательства в терапию больных с очаговыми поражениями мозга предполагает учитывать для выбора правильной тактики и адекватных методов восстановительной работы то, что в течение нескольких дней после заболевания мозга имеются симптомы, которые объясняются не очагом поражения, а явлением, названным «дишиазом» и состоящим в

возникновении у больных отеков, набухания мозговой ткани, воспалительных процессов.

Восстановительное обучение должно проводиться по специальной, заранее разработанной, программе, учитывающей форму афазии, степень выраженности дефекта, этап заболевания.

Соблюдение принципа системности в восстановительном процессе.

Учет индивидуальных свойств личности, тяжести соматического заболевания и условий жизни больного.

Учет коэффициента полушарной асимметрии у больного.

Этапы восстановительного обучения при основных формах афазий

Восстановительное обучение при акустико-гностической афазии

Стадия грубых расстройств:

Накопление обиходного пассивного словаря

- показ картинок с изображением предметов и действий, показ картинок по категориям («одежда», «посуда» и т.д.);
- показ частей тела на картинках и на собственном теле;
- выбор правильного названия предмета и действия с опорой на картинку.

Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи

- ответы на вопросы «да», «нет» и с помощью жеста;
- выполнение простых устных инструкций;
- улавливание смысловых искажений в деформированных простых фразах.

Подготовка к восстановлению письменной речи

- раскладывание подписей к предметам и картинкам;
- ответы на вопросы в простом диалоге с опорой на зрительное восприятие текста вопроса и ответа;
- письмо слов, слогов, букв по памяти, выработка связи «фонема – графема».

Стадия расстройств средней степени

Восстановление фонематического слуха.

Восстановление понимания значения слова

- подбор обобщающих слов, подбор определений к словам;
- заполнение пропусков во фразах.

Преодоление расстройств устной речи

- составление предложений из заданного количества слов;
- уточнение лексического и фонетического состава фразы;
- устранение элементов аграмматизма и анализ допущенных грамматических искажений.

Восстановление письменной речи

- звуко-буквенный анализ слова, письмо под диктовку слов и фраз;
- чтение слов и текстов.

Стадия легких расстройств

Восстановление понимания развернутой речи

- ответы на вопросы в развернутом неситуативном диалоге;
- восстановление смысловой структуры слова;
- подбор синонимов, антонимов, омонимов;
- коррекция устной речи;
- восстановление чтения и письма.

Восстановительное обучение при семантической афазии

Стадия расстройств средней и легкой степени

Преодоление пространственной апрактогнозии

- схематическое изображение пространственных взаимоотношений предметов;
- конструирование по образцу, по словесному заданию;
- работа с географической картой, с часами;
- восстановление способности понимания слов с пространственным значением (предлогов, наречий, глаголов);
- наглядное изображение простых пространственных ситуаций;
- заполнение пропущенных пространственных элементов в слове и фразе;
- составление фраз со словами, имеющими пространственное значение.

Конструирование сложносочиненных предложений

- уточнение значений подчинительных союзов;
- составление предложений с заданными союзами.

Восстановление способности понимания логико-грамматических ситуаций

- картинное изображение сюжета конструкции;
- введение логико-грамматических конструкций в развернутый смысловой контекст;
- работа над развернутым высказыванием;
- изложения, сочинения;
- импровизация на заданную тему;
- толкование сложных по смысловой структуре слов.

Восстановительное обучение при акустико-мнестической афазии

Стадия расстройств средней и легкой степени

Расширение рамок слухового восприятия

- показ предметов по названиям, предъявляемым парами, тройками и т.д.;
- показ частей тела по тому же принципу;

- выполнение 2-3-звеньевых устных инструкций;
- ответы на развернутые вопросы, усложненные по синтаксической структуре;
- прослушивание текстов из нескольких предложений, ответы на вопросы по содержанию;
- письмо под диктовку с постепенным наращиванием фраз;
- чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением по памяти.

Преодоление слабости слухоречевых следов

- повторение по памяти букв, слов, фраз с увеличением промежутка между прочтением и воспроизведением;
- заучивание наизусть стихов и текстов, пересказы прочитанного;
- составление предложений по опорным словам.

Преодоление трудностей называния

- анализ зрительных изображений и самостоятельное рисование названных предметов;
- смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов;
- классификация слов с самостоятельным нахождением обобщающего слова;
- толкование слов с конкретным, абстрактным и переносным значением.

Организация развернутого высказывания

- составление рассказа по серии сюжетных картинок;
- пересказ текста по подробному плану, по свернутому плану, без плана;
- развернутые диалоги на внеситуативные темы;
- отработка образцов коммуникативной и повествовательной письменной речи.

Восстановительное обучение при афферентной моторной афазии

Стадия грубых расстройств

Преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи

- показ изображений и реальных предметов и простых действий, наиболее употребляемых в быту;
- классификация слов по темам с опорой на предметную картинку;
- ответы утвердительным или отрицательным жестом на ситуативные вопросы.

Растормаживание произносительной стороны речи

- сопряженное, отраженное и самостоятельное произнесение автоматизированных речевых рядов, пение со словами, оканчивание пословиц и фраз, произнесение звукоподражаний;
- сопряженное и отраженное проговаривание простых слов и фраз;

- затормаживание речевого эмбола путем введения его в слово или во фразу;
- стимулирование простых коммуникативных видов речи
- стимулирование глобального чтения и письма;
- раскладывание подписей под картинками, письмо привычных слов-идеограмм, списывание слов, чтение.

Стадия расстройств средней степени выраженности

Преодоление расстройств произносительной стороны речи.

Восстановление и коррекция фразовой речи

- составление фраз по сюжетной картинке, по опорным словам, развернутые ответы на вопросы, составление рассказов по серии сюжетных картинок, пересказ с опорой на вопросы.

Работа над семантикой слова

- выработка обобщающих понятий, смысловое обыгрывание слов, завершение предложений, подбор антонимов и синонимов.

Восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

Стадия легких расстройств

Дальнейшая коррекция произносительной стороны речи

- отработка чистоты произнесения звуков.

Формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре

- ответы на вопросы сложноподчиненным предложением;
- пересказы текстов без опоры на вопросы, составление развернутых планок к текстам;
- речевые импровизации на заданную тему.

Восстановление смысловой структуры слова

- объяснение омонимов, метафор, пословиц, фразеологизмов.

Осмысление сложных логико-грамматических оборотов

- выполнение инструкций, включающих логико-грамматические обороты.

Восстановление чтения и письма.

Восстановление способности к звуко-буквенному анализу слова.

Восстановительное обучение при эфферентной моторной афазии.

Стадия грубых расстройств

Восстановительная программа та же, что и при *эфферентной моторной афазии*.

Стадия расстройств средней степени выраженности

Преодоление расстройств произносительной стороны речи

- выработка артикуляторных переключений в пределах слога и слова;

- отработка звуко-ритмической стороны слова – деление слов на слоги, воспроизведение контура слова, ритмизированное произнесение слов и фраз с привлечением внешних опор.

Восстановление фразовой речи

- преодоление аграмматизма на уровне синтаксической схемы фразы;
- преодоление аграмматизма на формально-грамматическом уровне – дифференциация значений флексий, родовых значений, значений времени глаголов, восполнение пропущенных в словах грамматических элементов.

Стадия легких расстройств

Дальнейшая коррекция произносительной стороны речи

- отработка чистоты произнесения звуков.

Формирование развернутой речи, усложненной по смысловой и синтаксической структуре.

Восстановление смысловой структуры слова.

Осмысление сложных логико-грамматических оборотов

- выполнение инструкций, включающих логико-грамматические обороты.

Восстановление чтения и письма

- восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова;
- восстановление навыка развернутой письменной речи.

Восстановление способности к звуко-буквенному анализу слова

- дифференциация слов по длине и слоговому составу;
- подбор слов, идентичных по звуково-ритмической основе.

Восстановительное обучение при динамической афазии

Стадия грубых расстройств

Повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой аинактивности, произвольного внимания

- ситуативный, эмоционально значимый для больного диалог;
- прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы в форме жестов или слов «да», «нет».

Стимулирование простых видов коммуникативной речи

- автоматизация в диалоговой речи коммуникативно значимых слов «могу», «хочу», «буду», «надо», автоматизация слов-штампов «дай», «иди сюда», «кто там?».

Преодоление расстройств речевого программирования

- конструирование фраз простых синтаксических моделей с опорой на картинку;
- выполнение грамматических трансформаций по изменению слов, составляющих фразу.

Преодоление расстройств грамматического структурирования стимуляция письменной речи

- чтение идеограммных слов и фраз, раскладывание подписей под картинками.

Стадия расстройств средней степени выраженности

Восстановление коммуникативной фразовой речи

- конструирование фразы и составление рассказа по сюжетной картинке и серии картинок;
- составление простых диалогов по типу речевых этюдов.

Преодоление perseverаций в самостоятельном устном и письменном высказывании

- оканчивание фраз, подбор слов заданной категории;
- письмо цифр и букв в разбивку под диктовку;
- письмо под диктовку слов и фраз, письмо слов и фраз по памяти.

Стадия легких расстройств

Восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи

- развернутый диалог на различные темы;
- автоматизация фраз определенных синтаксических моделей;
- накопление глагольного словаря;
- чтение и пересказ текстов, ролевые беседы, речевые импровизации;
- развернутые изложения текстов, сочинения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Архипова Е.Ф.* Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2008.
2. *Архипова Е.Ф.* Логопедическая работа с детьми раннего возраста / Е.Ф. Архипова. – М., 2006.
3. *Архипова Е.Ф.* Логопедический массаж при дизартрии / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2007.
4. Афазия и восстановительное обучение: тексты / под ред. Л.С. Цветковой, Ж.М. Глозман. – М.: Изд-во Московского университета, 1983.
5. *Ахметзянова А.И.* Особенности антиципационной деятельности при общем недоразвитии речи у детей старшего дошкольного возраста: дис. ... канд. психол. наук / А.И. Ахметзянова. – Казань, 2004. – 20 с.
6. *Ахметзянова А.И.* Практикум по клинической психологии / А.И. Ахметзянова. – М.: Школьная пресса, 2013. – 78 с.
7. *Ахметзянова А.И.* Основы психопатологии / А.И. Ахметзянова. – Saarbrücken, Germany: Palmarium Academic Publishing, 2012. – 160 с.
8. *Ахметзянова А.И.* Патология речи / А.И. Ахметзянова, Н.И. Болтакова, Т.Ю. Корнийченко, Л.Н. Суздальцева. – Казань: Отечество, 2012. – 167 с.
9. *Бадалян Л.О.* Невропатология / Л.О. Бадалян. – М.: Академия, 2000.
10. *Бейн Э.С.* Восстановление речи у больных с афазией / Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель. – М., 1982.
11. *Белякова Л.И.* Логопедия. Дизартрия / Л.И. Белякова, Н.Н. Волоскова. – М.: Владос, 2009.
12. *Белякова Л.И.* Заикание: учебное пособие для студентов педагогических институтов по специальности «Логопедия» / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М., АО «Молодая гвардия», 1998.
13. *Белякова Л.И.* Логопедия. Заикание / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М., 2005.
14. *Белякова Л.И.* Педагогическая помощь детям с нарушениями речи / Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова // Специальная педагогика / под ред. Н.М. Назаровой. – Разд. 2. Глава 2. – М., 2000.
15. *Бурлакова М.К.* Говори и пиши правильно: сборник упражнений для преодоления сложных речевых расстройств / М.К. Бурлакова. – М., 1997.
16. *Бурлакова М.К.* Речь и афазия / М.К. Бурлакова. – М., 1997.
17. *Визель Т.Г.* Основы нейропсихологии / Т.Г. Визель. – М.: АСТ: Транзиткнига, 2005.

18. *Винарская Е.Н.* Дизартрия / Е.Н. Винарская. – М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2005.
19. *Грибова О.Е.* Технология организации логопедического обследования: методическое пособие / О.Е. Грибова. – М., 2005.
20. *Гуровец Г.В.* Детская невропатология / Г.В. Гуровец. – М.: Владос, 2004.
21. *Карелина И.Б.* Дифференциальная диагностика стертых форм дизартрий и сложные дислалии / И.Б. Карелина // Дефектология. – 1996. – № 5. – С. 10–14.
22. *Карелина И.Б.* Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами: дисс. ... канд. пед. наук / И.Б. Карелина. – М., 2000.
23. *Корнев А.Н.* Нарушения чтения и письма у детей / А.Н. Корнев. – СПб., 1991.
24. *Корнев А.Н.* Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А.Н. Корнев. – СПб.: Речь, 2006.
25. Логопедия / под ред. Л.С. Волковой. – М.: Владос, 2003.
26. Логопедия. Заикание: хрестоматия / сост. Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М., 2003.
27. Логопедия: Методическое наследие. Кн. 1, ч. 2. Дизартрия / под ред. Л.С. Волковой. – М., 2003, 2006.
28. Логопедия: Методическое наследие: пособие для логопедов и студентов дефектол. факультетов пед. вузов / под ред. Л.С. Волковой: в 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн.1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: в 2 ч. Ч.1: Нарушения голоса. Дислалия.
29. Логопедия. Основы фонопедии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е.В. Лаврова. – М.: Издательский центр «Академия», 2007.
30. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга / А.Р. Лурия. – 3-е изд. – М.: Академ. проект. 2000.
31. *Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия. – М.: Академия, 2008.
32. Основы логопедической работы с детьми / под общ. ред. д.п.н., профессора Г.В. Чиркиной. – М.: АРКТИ, 2002.
33. *Поваляева М.А.* Справочник логопеда / М.А. Поваляева. – Ростов н/Д: Феникс, 2001.
34. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Академический проект, 2004.

35. *Правдина О.В.* Логопедия: учебное пособие для студентов дефектолог. фак-тов пед.ин-тов / О.В. Правдина. – Изд. 2-е, дополн. и перераб. – М.: Прсвещение, 1973.
36. *Пятница Т.В.* Логопедия в таблицах, схемах, цифрах / Т.В. Пятница. – Ростов н/Д: Феникс, 2009.
37. *Селиверстов В.И.* Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия / В.И. Селиверстов. – М.: Владос, 2003.
38. *Соболева Е.А.* Ринопалалия / Е.А. Соболева. – М.: АСТ: Астрель, 2006.
39. *Токарева О.А.* Дизартрия / О.А. Токарева // Расстройства речи у детей и подростков / под общей редакцией С.С. Ляпидевского. М.: Медицина, 1969.
40. *Фомичева М.Ф.* Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / М.Ф. Фомичева, Т.В. Волосовец и др. – М.: Академия, 2001.
41. *Фомичева М.Ф.* Воспитание у детей правильного произношения / М.Ф. Фомичева. – 4-е изд. – М.; Воронеж, 2000.
42. *Шипицына Л.М.* Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук. – М., 2001.

ГЛОССАРИЙ

Автоматизация звука – этап при коррекции неправильного звукопроизношения, следующий после постановки нового звука; направлен на формирование правильного произношения звука в связной речи; заключается в постепенном, последовательном введении поставленного звука в слоги, слова, предложения и в самостоятельную речь.

Автоматизация звуков – выполнение отдельных действий отделов артикуляционного аппарата, входящих в состав более сложной деятельности, произвольной, сознательной их регуляции.

Аграмматизм (греч. agrammatos – нечленораздельный) – нарушение психофизических процессов, обеспечивающих грамматическую упорядоченность речевой деятельности (опускание предлогов, несогласование в роде, числе, «телеграфный стиль»).

Аграфия (а- + греч. grapho – писать, изображать) – полная неспособность к усвоению навыка письма.

Акустика – наука, изучающая свойства, получение, распространение и прием звуковых волн в газообразных, жидких и твердых телах, а также воздействие этих волн на физические тела, живые ткани и организм в целом.

Алексия (а- + лат. lego – читаю) – полная неспособность к усвоению навыка чтения.

Анализ (греч. analysis разложение, расчленение, разбор) – операция мысленного или реального расчленения целого (вещи, явления, свойства или отношения между предметами) на составные элементы, выполняемая в процессе познания или практической деятельности; А. неразрывно связан с синтезом.

Анализатор (греч. analysis – разложение, расчленение) – термин, введенный И.П. Павловым для обозначения нервного аппарата, обеспечивающего восприятие и анализ внешних и внутренних раздражителей и формирующего специфические для данного А. ощущения; каждый А. состоит из воспринимающего раздражения прибора – рецептора, проводящего пути и центрального отдела в коре головного мозга.

Анартрия (от греч. anarthros – нечленораздельный, невнятный) – расстройство речи из-за нарушения артикуляции, возникающее вследствие поражения мышц или нервов, участвующих в произношении.

Аномалия (греч. anomalia – неровность, отклонение) – отклонение от нормы в структуре и (или) функции организма в целом или его частей; А. может быть врожденной и приобретенной.

Антиципация (лат. *anticipo* – предвосхищаю) – замена предшествующих звуков последующими.

Апраксия (лат. *apraxia* – бездеятельность, бездействие) – нарушение целенаправленных движений и действий при сохранности составляющих его элементарных движений; возникает при очаговых поражениях коры больших полушарий головного мозга.

Артикуляция (лат. *articulare* – членораздельно выговаривать) – деятельность органов речи (губ, языка, мягкого нёба, голосовых складок), необходимая для произнесения отдельных звуков речи и их комплексов.

Асфíксiя (от др.-греч. без и σφύξις – пульс, буквально – отсутствие пульса) – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислоты в крови и тканях, например при сдавливании дыхательных путей извне (удушение), закрытии их просвета отеком и т. д.

Асфиксия новорожденного – патологическое состояние, обусловленное нарушением газообмена в виде недостатка кислорода и избытка углекислого газа. Иначе говоря, А.н. – это терминальное состояние, связанное с нарушением механизмов адаптации при переходе от внутриутробного существования к внеутробному. Непроходимость дыхательных путей у новорожденного наступает в результате аспирации околоплодных вод, слизи и мекония.

Атака звука мягкая – способ подачи звука, при котором выдох и смыкание голосовых складок происходит одновременно; звук голоса возникает мягко.

Атака звука твердая – способ подачи звука, при котором сначала смыкаются голосовые складки, а затем осуществляется выдох; звук голоса возникает резко.

Атаксiя (греч. *ταξία* – беспорядок) – нарушение координации движений; одно из часто наблюдаемых расстройств моторики. Сила в конечностях может быть сохранена полностью, однако движения становятся неловкими, неточными, нарушается их преемственность и последовательность, равновесие при стоянии и ходьбе.

Атетоз (от др.-греч. *θητος* – неустойчивый) – патологические произвольные движения (гиперкинез), выражающиеся медленной тонической судорогой мышц конечностей, лица, туловища. Степень судороги изменчива, она преобладает то в одних, то в других мышечных группах, вследствие чего эти насильственные произвольные движения медленны, червеобразны, как бы плывут по мышцам, нередко распространяются на проксимальные отделы конечностей, мышцы языка, лица (вытягивание губ, перекашивание рта, гримасничанье). Важными признаками атетоза являются изменчивый тонус мышц, формирование преходящих контрактур.

Афазия (а- + греч. phasis – речь) – это системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потере и обусловленное локальным поражением одной или более зон мозга.

Афферентная моторная афазия – это такая форма афазии, которая возникает при поражении нижних отделов постцентральной зоны левого доминантного (у правшей) полушария головного мозга на уровне вторичных полей коры. Характеризуется афферентной артикуляторной апраксией, основное проявление которой – распад обобщенных артикуляторных поз звуков речи – артикулем.

Брока центр (зона) – центр моторной речи, расположенный в задней части нижней лобной извилины левого полушария.

Вернике центр (зона) – центр восприятия речи, расположен в заднем отделе верхней височной извилины левого полушария.

Высшие психические функции – сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные своему происхождению.

Гаммацизм – недостаток произношения звуков z, z' .

Генез (греч. genesis – зарождение, происхождение, развитие) – происхождение, возникновение, начало.

Гиперкинез (от греч. hyper – чрезмерно и kinesis – движение) – чрезмерные, излишние, насильственные произвольные движения, появляющиеся при органических и функциональных поражениях нервной системы. К гиперкинезам относят тремор, атетоз, хорею, дрожательный паралич, миоклонию (короткое вздрагивание мышцы или мышечного пучка) и др.

Гиперсаливация (hypersalivatio; гипер + саливация; син.: птализм, сиалорея) – патологическое повышенное неконтролируемое течение слюны. Чаще всего гиперсаливация связана не с истинной гиперпродукцией слюны, а с нарушением рефлекса.

Гипоксия (гип- + лат. oxxygenium кислород) – кислородное голодание организма.

Гипотония (гипо- + греч. tonos напряжение, тонус) – пониженный или резко пониженный мышечный тонус (атония) в артикуляционной мускулатуре или отдельных группах мышц.

Графем (греч. grapho – пишу) – основная структурная единица, входящая в систему письменного варианта данного языка, обозначение фонемы на письме буквой. Обобщенный образ буквы.

Двигательные уловки – сопутствующие движения, которые проявляются у разных заикающихся по-разному: от раздувания крыльев носа и зажмуривания глаз до сложных движений всем туловищем.

Дефект (лат. Defectus – недостаток) – недостаток к.-л. органа, выпадение какой-нибудь физиологической или психической функции.

Дефектология (лат. defectus – недостаток + греч. logos – учение) – наука о психофизиологических особенностях развития детей с психическими или (и) физическими недостатками, о закономерностях их воспитания, образования и обучения.

Диагностика (греч. diagnostikos – способный распознавать) –

1) раздел медицины, изучающий содержание, методы и последовательные ступени процесса распознавания болезней или особых физиологических состояний;

2) процесс распознавания болезни и оценки индивидуальных биологических и социальных особенностей субъекта, включающий целенаправленное медицинское обследование, истолкование полученных результатов и их обобщение в виде диагноза.

Диафрагма – мышца, отделяющая грудную полость от брюшной и участвующая в дыхании; поднимаясь и опускаясь, она тем самым изменяет форму грудной клетки, что важно для образования резонанса в речи.

Динамическая афазия – эта форма афазии возникает при поражении мозга в заднелобных отделах коры левого доминантного (у правшей) полушария, расположенных впереди от зоны Брока на уровне третичных полей коры. Динамическая афазия имеет два основных варианта. Первый характеризуется преимущественным нарушением функции речевого программирования, в связи с чем больные пользуются в основном готовыми штампами, не требующими «деятельности программирования». Второй характеризуется нарушением грамматического конструирования: в речи больных он выступает в виде экспрессивного аграмматизма, наиболее грубо проявляющегося в виде отсутствия или крайней обедненности грамматического оформления высказывания – «телеграфном стиле».

Дисграфия – это частичное (в отличие от полного – аграфии) специфическое, т.е. первоначально не связанное с усвоением орфографических правил, нарушение письма.

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Дислексия – частичное нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Дистония (дис + греч. tonos – напряжение) – меняющийся характер мышечного тонуса (в покое пониженный мышечный тонус, при попытке активных движений и речи тонус резко возрастает).

Идеограмма – письменный знак, обозначающий не звуки, а целое понятие, например цифры.

Импрессивная речь (лат. *impression* – впечатление) – восприятие, понимание речи; И.р. устная выражается в слуховом восприятии устной речи, а И.р. письменная – в зрительном восприятии текста (чтении).

Иннервация (ин- + нерв] – обеспечение органов и тканей нервами и, следовательно, связью с центральной нервной системой.

Йотацизм – недостаток произношения звука [j].

Каппацизм – недостаток произношения звуков *к, к'*.

Кинема – (греч. *kinēma* – движение) – артикуляционный различительный признак, произносительная работа одного органа речи в производстве фонемы; структурная единица (двигательного, жестикулярного) языка как системы.

Кинестетические ощущения – ощущения положения и движения органов.

Кинетическая оральная апраксия проявляется не при произнесении отдельного звука, а при произнесении серии звуков, когда необходима последовательность плавно меняющихся друг друга артикуляций, при этом нарушается временная организация артикуляционных укладов.

Коммуникативная функция речи – функция общения, заключающаяся в передаче некоторого «интеллектуального», «логического» содержания.

Коммуникативный – относящийся к собственно сообщению как передаче интеллектуального содержания, в отличие от эмоционального содержания, т.е. от выражения чувств, составляющих содержание некоммуникативных высказываний.

Компенсаторный процесс (лат. *compenso* – уравнивать, возмещать) – совокупность реакций организма на повреждение, выражающихся в возмещении нарушенной функции организма за счет деятельности неповрежденных систем, отдельных органов или их составных частей.

Коррекция нарушений речи – исправление недостатков речи. Используются также термины «устранение», «преодоление речевых нарушений».

Ламбдацизм – неправильное произношение звуков *л, л'*.

Логопедия – специальная педагогическая наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления, устранения средствами специального обучения и воспитания.

Логоррея [лого + греч. *rhoia* – течение, истечение) – безудержный словесный поток, часто представляющий пустой набор отдельных слов, лишенный логической связи; иногда сочетается с сенсорной афазией.

Назализация – приобретение звуком (главным образом) носового тембра вследствие опускания нёбной занавески и одновременного выхода воздушной струи через рот и нос.

Нарушения проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Нарушения сигнала, поступающего от рецепторов, расположенных в органах и тканях (например, в мышцах языка), по афферентным нервным волокнам к центральной нервной системе.

Нарушения рефлексов орального автоматизма – проявляются в сохранении и появлении ранних рефлексов (сосательный, хоботковый, ладонно-ротовой и др.).

Ортодонтия (орт- + греч. *odus, odontos* – зуб) – раздел медицины, занимающийся изучением, предупреждением и лечением деформаций зубных рядов и челюстно-лицевого скелета.

Паралич (др.-греч. *παράλυσις* – расслабление) – полное отсутствие произвольных движений, обусловленное теми же причинами, что и в случае пареза; глубокий парез.

Парафазия (пара- + греч. *phasis* – речь) – нарушение речевого высказывания, проявляющееся в неправильном употреблении звуков (литеральная) или слов (вербальная) в устной или письменной речи.

Парез (от др.-греч. *πάρεσις* – ослабление) – неврологический синдром, ослабление произвольных движений, обусловленное поражением двигательных центров спинного и/или головного мозга, проводящих путей центральной или периферической нервной системы, в частности пирамидного пути; неполный паралич. Ослабление какой-либо мышцы, группы мышц. Полная утрата произвольных движений – паралич.

Патология (*пато-* + греч. *logos* – учение, наука) – наука, изучающая закономерности возникновения и развития болезней, отдельных патологических процессов и состояний.

Персеверация (лат. *perseveration* – упорство) – патологическое повторение или настойчивое воспроизведение какого-либо действия, слога, слова, в основе персеверации лежат процессы, связанные с запаздыванием сигнала о прекращении действия.

Праксис – способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

Просодический – относящийся к явлениям высоты, силы, тембра, длительности, ритма, ударения, интонации и т.п.

Расщелина нёба – врожденная аномалия строения твердого или мягкого нёба, возникающая вследствие задержки слияния эмбриональных зачатков, образующих эту часть ротовой полости.

Резонанс – явление сильного возрастания амплитуды колебаний (электрических, механических, звуковых и т.д.) под влиянием внешних воздействий, когда частота собственных колебаний системы совпадает с частотой колебаний внешнего воздействия.

Речевой аппарат – система органов, принимающих участие в образовании звуков речи.

Реципрокная иннервация (от лат. *reciprocus* – возвращающийся, обратный, взаимный), сопряженная иннервация, рефлекторный механизм координации двигательных актов, обеспечивающий согласованную деятельность мышц-антагонистов (например, одновременное сокращение группы сгибателей сустава и расслабление его разгибателей).

Реципрокная иннервация обеспечивает возможность осуществления организмом координированных движений (ходьба, движения глаз, трудовые движения и многие др.).

Речь – исторически сложившаяся форма общения людей посредством языка.

Ригидность – негибкость, неподатливость, оцепенелость, обусловленная напряженностью мышц.

Ринофония (греч. *rhinos* нос + греч. *phônê* голос) – носовой (гнусавый) оттенок голоса, возникающий из-за неправильного направления голосовыдыхательной струи вследствие либо механических дефектов носоглотки, мягкого и твердого нёба, либо расстройств функции мягкого нёба.

Ротацизм – неправильное произношение звуков *p, p'*.

Семантическая афазия – эта форма афазии возникает при поражении височно-теменно-затылочных областей коры левого доминантного (у правшей) полушария мозга – так называемой зоны ТРО (височно-теменно-затылочной). Характеризуется импрессивным агграматизмом, т.е. невозможностью понимания сложных логико-грамматических оборотов речи. В основе этого дефекта лежит расстройство способности к симультанному синтезу.

Сенсорная (акустико-гностическая) афазия – эта форма афазии возникает при поражении задних верхневисочных отделов левого доминантного (у правшей) полушария коры головного мозга (зона Вернике). Сенсорная афазия характеризуется нарушением способности дифференциации смыслоразличительных признаков звуков речи, принятых в данном конкретном языке. Этот дефект зависит от состояния фонематического слуха. Расстройства фонематического слуха обуславливают грубые нарушения импрессивной речи – понимания.

Сенсорная (акустико-мнестическая) афазия – эта форма афазии обусловлена очагом поражения, расположенным в средних и задних

отделах височной области вторичной коры левого доминантного (у правшей) полушария головного мозга. Характеризуется неспособностью к удержанию в памяти, воспринятой на слух информации, проявляя тем самым сужение объема слухо-речевой памяти и наличие слабости акустических следов.

Сенсорный (лат. *sensus* – чувство, ощущение) – чувствующий, чувствительный, относящийся к ощущениям.

Сигматизм – недостаток произношения свистящих и шипящих звуков.

Синергия мышечная – координация двигательных действий (ходьба, мимика). Под синергизмом в биологии понимается совместное и однородное функционирование органов (например, мышц синергистов) и/или систем.

Синкинезии (от греч. *syn* – с, вместе и *kinesis* – движение) – дополнительные (содружественные) движения, непроизвольно присоединяющиеся к произвольным. Встречаются у здоровых лиц (синкинезии физиологические) и при двигательных нарушениях (синкинезии патологические). К синкинезиям, в частности, относятся движения рук при ходьбе.

Сопряженная речь – одновременное совместное произнесение двумя или более лицами слов и фраз.

Спастичность – это состояние повышенного мышечного тонуса. Приводит к трудности и скованности мышц и мешает нормальным движениям, походке и речи. Наиболее часто к спастичности приводят инсульт, черепно-мозговая и спинальная травмы, перинатальная энцефалопатия (детский церебральный паралич) и рассеянный склероз. Причиной спастичности является дисбаланс в нервных импульсах, которые отправляются нервной системой мышцам. Он ведет к повышенному тонусу последних.

Сукцессивный (лат. *succession* – преемственность, последовательность) – анализ и синтез, реализуемый по частям (последовательный), а не целостно.

Фарадизация – метод лечения и диагностического применения тока низкой частоты в целях активизации гортани.

Фонация (голособразование) – физиологический акт, заключающийся в напряжении голосовых складок и приведении их друг к другу, в повышении под действием межреберных мышц и диафрагмы давления воздуха в трахее и бронхах и периодическом прорыве его через голосовую щель с возникновением колебаний воздушной среды, воспринимаемых как звуки голоса.

Фонема – звук речи.

Фонема (греч. *phoneme* – звук) – минимальная единица звукового строя языка, фонемы служат для построения и различения значимых единиц языка: морфем, слов, предложений. Обобщенный образ звука.

Фонематический слух – тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

Фонематическое восприятие – специальные умственные действия при дифференциации фонем и становлению звуковой структуры слова.

Фониатрия – раздел оториноларингологии, изучающий физиологию и патологию голосового аппарата человека.

Фраза – законченный оборот речи, предложение, наименьшая самостоятельная единица речи, актуализированная единица общения.

Хитизм – недостаток произношения звуков *x, x'*.

Шкала АПГАР – используется для оценки состояния новорожденного и для определения степени тяжести асфиксии, установленной при рождении. В качестве основных показателей жизнедеятельности новорожденного избраны: сердцебиение, дыхание, мышечный тонус, живость рефлексов, цвет кожных покровов. Каждый из названных критериев оценивают по двухбалльной системе (0, 1, 2). Окончательное суждение о состоянии ребенка выносят на основании суммы баллов по всем 5 отмеченным выше критериям. Оценку состояния ребенка проводят в течение первой минуты и через 5 мин. после рождения.

Экспрессивная речь – активное устное и письменное высказывание.

Этиология (этио + греч. *logos* – учение, наука) – 1) учение о причинах возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.

Эфферентная моторная афазия – это такая форма афазии, которая обусловлена поражением вторичных долей коры нижних отделов премоторной зоны (задних отделов нижней лобной извилины) левого доминантного (у правшей) полушария коры головного мозга (зона Брока). Характеризуется нарушением воспроизведения плавной речи из-за патологической инертности артикуляторных рядов.

Эхолалия (эхо- + греч. *lalia* – речь, болтовня) – непроизвольное повторение слышимых звуков, слов и фраз.

Язык – система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации.

Звукофобия – боязнь произнесения отдельных звуков и звукосочетаний, слов (чаще стечение согласных тр, др, стр, кр и т.д.).

Эмболофразия – использование в речи однообразных, многократно повторяющихся на протяжении высказывания, семантически опустошенных лексем типа: «да; вот; это самое» и т.п.

Логофобия – патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения.

Фонопедия – это комплекс педагогического воздействия, направленный на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани специальными упражнениями, коррекцию дыхания и личности обучающегося.

Высота звука – это субъективное восприятие органом слуха частоты колебательных движений. Качество высоты звука зависит от частоты колебаний голосовых складок в 1 с.

Тоновый диапазон (объем голоса) – возможность продуцировать звуки в определенных пределах от самого низкого тона до самого высокого.

Сила голоса, его мощность – акустическая характеристика звука, которая зависит от интенсивности амплитуды колебаний голосовых складок и измеряется в децибелах: чем больше амплитуда этих колебаний, тем голос сильнее.

Динамический диапазон – максимальная разница между звуком самым тихим (*piano*) и самым громким (*forte*).

Тембр звука – акустическая характеристика звука, отражающая его акустический состав, т.е. строение. Каждый звук голоса состоит из основного тона, определяющего его высоту, и многочисленных добавочных или обертонов более высокой, чем основной тон, частоты.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Обследование голосовой функции

Карта «Голосовой скрининг»

Для обследования состояния голоса больших групп населения логопед может использовать карту «Голосовой скрининг». В ее основу положена карта, разработанная Вооне (1973, 1977). В карте использована пятибалльная шкала тяжести нарушений, принятая в системе Баффало III. В первых четырех пунктах приведены основные параметры голоса и их нарушения, выраженность которых отмечают, очерчивая кружком соответствующую цифру – от 0 до 5, а пятый пункт – общая оценка голоса. В карте есть место для внесения дополнительных замечаний. Исследователь должен также обвести кружком слово «да» или «нет», означающее необходимость (или ее отсутствие) проведения контрольных обследований, указать примерные даты.

При голосовом скрининге желательно использовать следующие тесты:

1. Счет от 1 до 10.
2. Связная речь в течение 1 мин.
3. Чтение в течение 1 мин.
4. Протяжное произнесение гласных *и, ю, а, э* в течение 5 с.

Если по одному из пунктов поставлен балл 2 или выше, то такого ребенка необходимо через некоторое время повторно обследовать, для того чтобы установить, насколько стойкий характер носит это изменение и следует ли принимать меры для его исправления.

Карта «Голосовой скрининг»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
Возраст _____ Пол _____
Эксперт _____ Дата _____
Время дня _____ Место _____

Оценка тяжести нарушения

	Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
1 Ларингеальный тон Придыхательный Резкий Хриплый	1	2	3	4	5

2	Тон Слишком высокий Слишком низкий	1	2	3	4	5
3	Громкость Чрезмерная Недостаточная	1	2	3	4	5
4	Носовой резонанс Гиперназальный Гипоназальный	1	2	3	4	5
5	Общая оценка	1	2	3	4	5

Примечания:

Контрольные обследования: Да. Нет. Если да, то указать даты.

Карта «Групповое поведение»

Необходимо получить образцы голоса в различных условиях. По мнению Milisen (1971), образцы должны быть получены в двух ситуациях: когда человек знает и когда он не знает, что его голос проверяют. Наблюдения следует проводить во время неформального общения небольших групп в классе и при большом скоплении людей [Irwin, 1965]. При непосредственном общении один на один ребенка и взрослого многие аспекты голосового поведения могут не проявиться. Хорошие образцы использования голоса ребенком можно получить при наблюдении за непринужденной, но тщательно спланированной игровой ситуацией. В одних случаях ребенку можно сказать, что его проверяют, в других – сделать это незаметно для него. Такой вид проверки называется наблюдением за групповым поведением. В школе наблюдение может проводить учитель. При использовании непрофессиональных наблюдателей их необходимо предварительно научить методике наблюдения. Наблюдателю не обязательно принимать непосредственное участие в групповых действиях. Однако желательно, чтобы он по возможности участвовал в них. Это позволит ему направлять действия детей, поощряя их к разговору, изучать различные параметры использования голоса.

В школах и клиниках можно легко проводить наблюдение за групповым поведением. Для этого вполне достаточно 45 мин. Группы формируют по возрастному принципу. Детей поощряют к активному участию как в спокойных играх, так и в шумных действиях. Для наблюдения за группой из 3–6 детей достаточно относительно небольшой комнаты. Наблюдение за большими группами можно проводить в просторных помещениях, спортивных залах или на открытом воздухе.

Каждый показатель оценивается по пятибалльной шкале, где 1 означает норму, 5 – тяжелые нарушения, а 2, 3, 4 – переходные состояния от нормы к тяжелой патологии. Поведение маленького ребенка мы предпочитаем оценивать без родителей и вне класса, а где-нибудь в игровой комнате или в спортивном зале. Пункт 1 включает описание поведения в начальный период обследования. С ребенком, который уверен в себе, наблюдатель легко находит общий язык в отсутствие родителей и учителя. Застенчивый ребенок труднее идет на контакт с незнакомым человеком. В пункте 2 описываются различная деятельность ребенка в течение определенного периода, игры в игрушки и обращение с

различными предметами, его потребность в помощи, наличие или отсутствие тенденции к разрушительным действиям. В пункте 3 описывают его отношения со взрослыми и другими детьми. Для правильного заполнения пункта 4 наблюдатель должен тщательно вслушиваться в голос ребенка. Необходимо дать ответы на следующие вопросы. Соответствует ли высота голоса возрасту и полу, как она изменяется при увеличении громкости? Изменяется ли она соответственно увеличению громкости? Каков средний уровень громкости? Какой у ребенка голос: с придыханием, резкий, хриплый? Есть ли гипер- или гипоназальность? При выявлении отклонений от нормы в высоте тона, громкости, тембре или резонансе наблюдатель должен выяснить, как эти отклонения проявляются в различных условиях. Например, что происходит с хриплым голосом при повышении громкости, ухудшается ли он или становится более чистым. Отмечают любые провалы высоты тона и монотонность голоса в групповой ситуации.

Пункт 5 – перенапряжение голоса – особенно важен при оценке группового поведения. Отмечают различные формы перенапряжения голоса: крик, вопль, визг, радостные восклицания, громкий разговор, чрезмерная болтливость, громкий шепот, напряженная вокализация, взрывная вокализация, твердая голосовая атака, реверсивная фонация, покашливание и кашель.

Пункт 6 касается фонетической стороны речи ребенка. Необходимо тщательно отмечать следующие моменты: как много ребенок говорит, разборчивость речи, общая аккуратность артикуляции, ритм речи. В пункте 7 наблюдатель отмечает состояние слуха ребенка, т.е. его реакцию на шум и речь. В пункте 8 описывают уровень развития речи, т.е. указывают, насколько хорошо ребенок понимает, что ему говорят, может ли он выразить, мысли соответственно своему возрасту, правильна ли его речь в грамматическом отношении, использует ли он жестикуляцию для общения. В пункте 9 описывают действия ребенка, которые отражают его способность к учебе. В пункте 10 отмечают координацию движений – грубых, например: ходьбу, бег, прыжки, удары ногами, и более тонких, как-то: хватание, строительство сооружений из кубиков, рисование, вырезание, письмо. В пункте 11 наблюдатель отмечает общее впечатление о ребенке и описывает те аспекты поведения, которые были оценены по шкале тяжести – в 2 балла и выше. В пункте 12 наблюдатель дает рекомендации по дополнительному обследованию ребенка.

Карта «Групповое поведение»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Возраст _____ Пол _____
 Эксперт _____ Дата _____
 Время дня _____ Место _____

Оценка тяжести нарушения

		Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяже- лое
1	Предшествующее поведение	1	2	3	4	5
2	Деятельность Использование предметов и игрушек Потребность в помощи Склонность к разрушительным действиям	1	2	3	4	5
3	Взаимоотношения Со взрослыми С детьми	1	2	3	4	5
4	Использование голоса Ларингеальный тон, высота тона, провалы высоты тона, громкость, резонанс, монотонность Изменяются ли эти параметры в различных условиях?	1	2	3	4	5

5	Перенапряжение голоса Крик, вопль, визг, приветственные восклицания, чрезмерная разговорчивость громкий шепот, напряженная или взрывная вокализация; твердая голосовая атака, реверсивная фонация, кашель, откашливание	1	2	3	4	5
6	Особенности речи Разборчивость, артикуляция, ритм	1	2	3	4	5
7	Слух Реакция на шум Реакция на речь	1	2	3	4	5
8	Уровень развития речи Понимание, способ- ность выражения, грамматика, использование жестов	1	2	3	4	5
9	Способность к учебе Уровень развития навыков	1	2	3	4	5
10	Координация движений Грубая и тонкая: ходьба, бег, прыжки, удары, хватание, игра в кубики,	1	2	3	4	5

	рисование, вырезание, почерк					
11	Общее впечатление Голос, речь, разборчивость, описание параметров, оцененных в 2 балла и выше	1	2	3	4	5
12	Рекомендации	1	2	3	4	5

Карта «Голос»

В карте «Голос» используются пятибалльные шкалы с равными интервалами, где 1 означает норму, а 5 – очень тяжелое нарушение. Карта состоит из 12 основных пунктов: ларингеальный тон, высота тона, громкость, носовой резонанс, ротовой резонанс, дыхательный объем, состояние мышц, перенапряжение голоса, темп речи, речевое напряжение, разборчивость речи, общая оценка голоса. Если данный критерий не отклоняется от нормы, то обводят 1. Если есть отклонения от нормы, то логопед обводит соответствующий описательный термин (они указаны под большинством пунктов). Например, тон может быть определен как слишком высокий, тогда на шкале высоты логопед обводит цифру 2 или большую. Отметки нельзя ставить между цифрами. Аналогичная процедура применяется в отношении всех 12 пунктов. В конце карты отмечают три адекватные параметра голоса и три параметра, требующие улучшения.

Замечание относительно пункта 11 – разборчивости речи: цифра 1 означает полную (100 %) разборчивость речи. Цифра 2 – речь разборчива на 75 %, и только немногие слова или фразы непонятны. Цифра 3 – понятно 50 % речи, но с большим трудом, сущность короткой фразы можно понять только на основании 2–3 разборчивых слов. Цифра 4 – понятно 25 % речи за счет отдельных разборчивых слов и фраз. Цифра 5 – речь совершенно неразборчива, понять ее невозможно (0 %).

Примечания:

Адекватные параметры	Параметры, требующие улучшения
1	1
2	2
3	3

Карта «Голос»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Возраст _____ Пол _____
 Эксперт _____ Дата _____
 Время дня _____ Место _____

Оценка тяжести нарушения

		Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
1	Ларингеальный тон Придыхательный Резкий Хриплый	1	2	3	4	5
2	Тон Повышен Снижен	1	2	3	4	5
3	Громкость Чрезмерная Недостаточная	1	2	3	4	5
4	Носовой резонанс Гиперназальный Гипоназальный	1	2	3	4	5
5	Ротовой резонанс Глоточный оттенок	1	2	3	4	5
6	Дыхательная поддержка Объем	1	2	3	4	5
7	Мышцы Гипертензия Гипотензия	1	2	3	4	5
8	Перенапряжение голоса Выраженность	1	2	3	4	5
9	Темп речи Слишком быстрый Слишком медленный	1	2	3	4	5
10	Речевое напряжение выраженность	1	2	3	4	5
11	Разборчивость речи	1	2	3	4	5
12	Общая оценка голоса	100 % 1	75 % 2	50 % 3	25 % 4	0 % 5

Карта «Перенапряжение голоса»

Перенапряжение голоса оценивают с помощью специальной карты у тех детей, у которых в карте «Голос» перенапряжение было оценено в 2 балла или выше. В карте «Перенапряжение голоса» содержатся перечень 11 часто встречающихся форм перенапряжения, общая оценка степени перенапряжения и список из 3 форм перенапряжения, которые необходимо устранять. Ребенка необходимо наблюдать в различных ситуациях, чтобы всесторонне оценить перенапряжение голоса. Сюда входит наблюдение в классе, в группе детей, в спортивном зале, на игровой площадке и беседа с логопедом. Можно научить родителей пользоваться этой картой, с тем чтобы они могли оценивать голос ребенка в домашних условиях, во время игры на улице и в других ситуациях вне школы. Особое внимание следует обращать на разговор в шумной обстановке. Детей старшего возраста и подростков можно научить оценивать свой голос с помощью этой карты. Каждую форму перенапряжения оценивают по пятибалльной шкале. Если данная форма перенапряжения отсутствует, обводят цифру 1. При оценке конкретных форм перенапряжения учитывают их частоту и интенсивность. После оценки всех 11 форм выводят суммарную оценку перенапряжения голоса. Затем логопед указывает три основные формы перенапряжения, которые необходимо устранить. Ниже даны определения, которые логопед может использовать в процессе оценки перенапряжения голоса по системе Баффало III.

Примечания:

Громкий крик иногда достигает 90–100 дБ. Визг – это резкий громкий крик на высоких тонах. Приветственные восклицания можно услышать на спортивных мероприятиях, игровой площадке, в спортивном зале.

Громкая речь

При измерении громкости речи на расстоянии примерно в 45 см ее определяют следующим образом: тихая – 70 дБ, средней громкости – 80 дБ, громкая – 100 дБ [Black, 1961].

Чрезмерная разговорчивость

Чрезмерная разговорчивость означает, что человек просто много говорит. Такая разговорчивость особенно вредна в случае ее сочетания с другими формами перенапряжения голоса. Дети с узелками на голосовых складках говорят примерно в три раза больше, чем их сверстники [F. B. Wilson, 1971].

Громкий шепот

Громкий шепот сопровождается большими усилиями, высоким давлением и большой скоростью воздушного потока. При этом бывает видно напряжение мышц лица и шеи.

Напряженная вокализация

Напряженная вокализация заключается в голосовой имитации звуков, издаваемых машинами, грузовиками, самолетами и т.п. Это происходит во время игры или когда ребенок рассказывает об источниках шума.

Взрывная вокализация

Взрывное образование звуков чаще происходит во время игры, но иногда и при спокойном разговоре. Оно заключается в создании высокого давления воздуха в подскладочном пространстве при плотно сомкнутых голосовых складках и последующем внезапном их открытии во время грубой вокализации. У многих детей такое повышение давления в подскладочном пространстве проявляется отрывистой речью типа стаккато.

Твердая голосовая атака

Твердая голосовая атака – наиболее часто встречающееся нарушение голосообразования [Flower, 1959]. Механические аспекты твердой голосовой атаки практически не отличаются от таковых при взрывной вокализации. Иными словами, во время атаки происходит повышение давления и затем внезапное высвобождение звука, но здесь это не так резко выражено, как при взрывной вокализации.

Erickson (1974) предложил анализировать твердую голосовую атаку, исходя из частоты ее возникновения в течение 1 мин. чтения вслух, 1 мин. непринужденного естественного разговора и при произнесении отдельных репрезентативных гласных.

Реверсивная фонация

Реверсивная фонация состоит в том, что звуки произносятся на вдохе. Она редко возникает во время обычного разговора или чтения и, как правило, появляется во время игры или какой-либо напряженной деятельности. У детей она возникает во время игры или имитации звуков поезда или грузовика [D. K. Wilson, 1968].

Откашливание и кашель

Первый чрезмерный и сильный кашель, а также энергичное и слишком частое откашливание – весьма распространенные формы перенапряжения голоса [Greene, 1972; Peacher, 1952; D. K. Wilson, 1966].

Разговор в шумной обстановке

Известно, что разговор в шумной обстановке приводит к перенапряжению голоса. Это происходит при прослушивании рок-музыки, во время езды в автомобиле, спортивных машинах, работы на тракторах и комбайнах.

Карта «Перенапряжение голоса»

Фамилия и имя ребенка _____

Дата рождения _____

Возраст _____ Пол _____

Эксперт _____ Дата _____ Время дня _____

Место _____

Оценка тяжести нарушения

		Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
1	Крик, вопль, визг, приветственное восклицание	1	2	3	4	5
2	Громкая речь	1	2	3	4	5
3	Чрезмерная разговорчивость	1	2	3	4	5
4	Громкий шепот	1	2	3	4	5
5	Напряженная вокализация	1	2	3	4	5
6	Взрывная вокализация	1	2	3	4	5
7	Твердая голосовая атака	1	2	3	4	5
8	Реверсивная фонация	1	2	3	4	5
9	Откашливание	1	2	3	4	5
10	Кашель	1	2	3	4	5
11	Разговор в шумной обстановке	1	2	3	4	5
12	Общая оценка перенапряжения голоса	1	2	3	4	5

Карта «Речевое напряжение»

При изучении нарушения голоса необходимо оценивать речевое напряжение. Эту карту заполняют на тех детей, у которых речевое возбуждение в карте «Голос» было оценено в 2 балла и выше. Применение карты «Речевое напряжение» может быть полезным для установления задач терапии при различных нарушениях голоса, включая узелки голосовых складок, дисфонию вследствие напряжения мышц и истерическую дисфонию. Наша шкала базируется на работе Mulac и Sherman (1974), которые провели факторный анализ характеристик речевого напряжения. Они рассмотрели 18 факторов и показали, что 4 из них имеют важное значение для описания речевого возбуждения. Фактор I включает гипертензию мышц различных частей тела, например лица, кистей и предплечий, гримасы и подергивания, а также отсутствие мимики и соответствующей жестикуляции. Фактор II, ингибция, проявляется монотонным бесцветным голосом, бесстрастным выражением лица и слишком тихим голосом. Фактор III, нарушение плавности, проявляется поиском слов, остановками речи, дрожащим или напряженным голосом, отсутствием слитности, заиканием, перерывами, тяжелым дыханием, паузами вокализации. Фактор IV-V, возбуждение, включает ерзанье, покачивание, хождение из угла в угол, шарканье ногами, бегающие движения глаз.

По нашей пятибалльной шкале 1 означает норму, 2 – легкое, 3 – умеренное, 4 – тяжелое, 5 – очень тяжелое речевое напряжение. Четыре упомянутых фактора являются первыми четырьмя пунктами нашей карты, в пятом пункте дается общая оценка речевого напряжения. При оценке в 3 балла наблюдается умеренное нарушение речи, при 4 баллах – тяжелое, при 5 баллах – речь нарушена настолько, что затрудняет общение с другими людьми.

Карта «Речевое напряжение»

Фамилия и имя ребенка _____	Дата рождения _____
Возраст _____	Пол _____
Эксперт _____	Дата _____
Время дня _____	Место _____

Оценка тяжести нарушения

		Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
1	Ригидность Описание	1	2	3	4	5
2	Ингибиция Описание	1	2	3	4	5
3	Нарушение плавности Описание	1	2	3	4	5
4	Возбуждение Описание	1	2	3	4	5
5	Общее речевое напряжение	1	2	3	4	5

Примечания:

Адекватные параметры	Параметры, требующие улучшения
1	1
2	2
3	3

Карта «Резонанс»

Карта «Резонанс» состоит из 12 пунктов. Ее используют в качестве дополнения к карте «Голос», если в карте «Голос» ротовой или носовой резонанс оценены в 2 балла и выше. Каждый пункт карты «Резонанс» оценивают по пятибалльной шкале, а в заключение указывают три адекватных параметра резонанса и три параметра, которые требуют улучшения.

Вначале логопед определяет, является ли голос гиперназальным (пункт 1) или гипоназальным (пункт 2). Следует помнить, что у одного человека может быть и то и другое одновременно. Если это так, то оценивают оба параметра. Перечисляют дефектные звуки, вызванные нарушением резонанса. При гиперназальности в качестве резонатора используется полость носа из-за нёбно-глоточной недостаточности.

При гипоназальности из-за обструкции задних отделов носовых ходов носовой резонанс отсутствует, особенно при произнесении звуков *м* и *н*. Ротовой резонанс (пункт 3) оценивают при явном смещении фокуса тона из передних отделов за корень языка. При этом возникает глоточный или фарингеальный резонанс.

Тупиковый резонанс (пункт 4) представляет собой глухой звук «как из бочки», появляющийся в тех случаях, когда центр фокуса находится в полости носа (хоаны и задняя часть носовых ходов свободны, а передние отделы непроходимы). Этот звук можно получить, зажимая ноздри частично или полностью. Оценивают по пятибалльной шкале выраженностью носовой эмиссии звуков (пункт 5), особенно тех фонем, для которых необходимо создание давления, перечисляют эти звуки. Отмечают слышимый шум и назальную турбулентность [Philips, 1980].

В пункте 6 отмечают мимические движения и сужение ноздрей, которые возникают при произнесении звуков, требующих высокого давления в полости рта [Rise, 1966].

В пункте 7 отмечают уровень развития речи. В пункте 8 оценивают нарушения артикуляции и отмечают основные дефектные звуки, помимо тех, которые указаны в других пунктах.

В пункте 9 оценивают разборчивость речи. Этот пункт включен в карту, так как Subtelny и соавт. (1972) установили, что разборчивость речи является независимым параметром оценки речевого общения детей с расщелиной нёба.

Приемлемость речи, пункт 10, – очень важный параметр, который базируется на изучении речи больных с расщелиной нёба [Riski, 1979; Sinko, Hedrick, 1982; Moller, Starr, 1984].

Пункт 11 базируется на исследованиях Morris и van Demark (1983), Cochran, Kurtz, Ewanowski и Dibel (1983), Philips (1980) и предусматривает оценку нёбно-глоточной функции – от полного закрытия нёбно-глоточного клапана до тяжелой его недостаточности.

В пункте 12 дают общую оценку резонанса. Записывают три адекватных параметра резонанса и три параметра, требующих улучшения, и определяют цели лечения.

Карта «Резонанс»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Возраст _____ Пол _____
 Эксперт _____ Дата _____
 Время дня _____ Место _____

Оценка тяжести нарушения

		Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
1	Гиперназальный резонанс Гиперназальные звуки	1	2	3	4	5
2	Гипоназальный резонанс Гипоназальные звуки	1	2	3	4	5
3	Ротовой резонанс Глоточный оттенок	1	2	3	4	5
4	Тупиковый резонанс Описание	1	2	3	4	5
5	Назальная эмиссия Слышимый шум Назальная турбуленция Издаваемые фонемы	1	2	3	4	5
6	Гримасы (включая сужение ноздрей) Описание	1	2	3	4	5
7	Уровень развития	1	2	3	4	5

	речи Описание					
8	Артикуляция Описание	1	2	3	4	5
9	Разборчивость речи	1	2	3	4	5
10	Приемлемость речи	100 % 1	75 % 2	50 % 3	25 % 4	0 % 5
11	Функция небно- глоточного клапана	1	2	3	4	5
12	Общая оценка резонанса	1	2	3	4	5

Примечания:

Адекватные параметры		Параметры, требующие улучшения	
1		1	
2		2	
3		3	

Карта «Голос при нарушении слуха»

Карту применяют при обследовании детей с нарушением слуха. Если при заполнении карты «Голос» речевое напряжение, резонанс, перенапряжение голоса оценены в 2 балла и выше, то их следует более подробно описать с помощью соответствующих карт.

В карте «Голос при нарушении слуха» имеется 13 пунктов. Тщательно оценивают пункты 1, 2 и 3, обозначающие ларингеальный тон, высоту тона и громкость. В 4 пункте указывают тип резонанса: гиперназальный или гипоназальный, глоточной локализации, тупиковый. В пункте 5 оценивают состояние мышц гортани и шеи (гипертензия или гипотензия). Пункт 6 касается воздушной струи. Больного просят произнести «эхе» несколько раз подряд, и логопед на слух старается уловить утечку воздуха [Metz et al., 1984]. В пункте 7 отмечают просодические характеристики: выразительность, ударение, ритм и интонацию. Пункт 8 – правильность озвучивания или неозвучивания фонем. Наличие постоянного озвучивания фонем, или по-другому – продолжительность фонации, должно быть отмечено особо. В пункте 9 описывают перенапряжение голоса, так как оно может быть связано с изменением ларингеального тона у людей с нарушением слуха. В пункте 10 отмечают темп речи, который измеряют по числу слов в минуту. В пункте 11 тщательно оценивают разборчивость речи. Пункт 12 касается приемлемости речи, которую определяют на основании общего впечатления от прослушивания голоса и речи. В пункте 13 дают общую оценку голоса при нарушении слуха. В заключение перечисляют три адекватных параметра голоса и три параметра, требующих улучшения.

Карта «Голос при нарушении слуха»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Возраст _____ Пол _____
 Эксперт _____ Дата _____
 Время дня _____ Место _____

Оценка тяжести нарушения

		Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
1	Ларингеальный тон Придыхательный Резкий Хриплый	1	2	3	4	5

2	Тон Слишком высокий Слишком низкий	1	2	3	4	5
3	Громкость Чрезмерная Недостаточная	1	2	3	4	5
4	Резонанс Описание	1	2	3	4	5
5	Мышцы Гипертензия Гипотензия	1	2	3	4	5
6	Дыхательная поддержка Объем Утечка	1	2	3	4	5
7	Просодия Выразительность – ударение – ритм Интонация	1	2	3	4	5
8	Озвончание Продолжительная фонация	1	2	3	4	5
9	Перенапряжение голоса Формы и степень	1	2	3	4	5
10	Темп речи Слишком быстрый Слишком медленный	1	2	3	4	5
11	Разборчивость речи	1	2	3	4	5
12	Приемлемость речи	100 % 1	75 % 2	50 % 3	25 % 4	0 % 5
13	Общая оценка голоса	1	2	3	4	5

Примечания:

Адекватные параметры	Параметры, требующие улучшения
1	1
2	2
3	3

Карта «Запись голоса»

В процессе голосовой реабилитации делают три записи: в начале, в середине и в конце. Все образцы голоса и речи должны быть записаны на аудио или, если возможно, на видео.

Записи следует делать только на высококачественной аппаратуре. Записывать необходимо только голос обследуемого, так как присутствие других голосов мешает оценке. При записи не следует стараться контролировать громкость и темп, за исключением тех случаев, когда это указано в инструкции.

Карта «Запись голоса»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Дата записи _____
 Экзаменатор _____ Нарушение _____

1	Чтение вслух Отрывок _____
2	Связная речь Тема _____
3	Просодические характеристики Записанные характеристики _____ Описание их _____
4	Разборчивость речи Список слов _____% _____ Предложения _____%
5	Отдельные звуки, произносимые протяжно три раза по 5 сек. <i>и, у, э, а, е</i> Описание _____
6	Анализ слов и предложений Слова _____ Предложения _____ Описание _____
7	Ларингеальный тон Счет от 1 до 10 с различными скоростью, громкостью и высотой тона Описание _____ Кашель _____ Реверсивная фонация <i>и, а, э</i> Смех _____ Откашливание _____ Описание _____
8	Способность к улучшению _____ Результаты _____

Схема записи голоса

1. Пациент должен назвать свое полное имя.
2. Пациент должен назвать день, месяц, год записи, а также день, месяц и год своего рождения.
3. Чтение вслух. Выбирают отрывок в 75 слов (соответственно возможностям пациента). Засекают время чтения и вычисляют число слов в минуту.
4. Связная речь. Записывают в течение 1 мин рассказ пациента о какой-либо картинке, путешествии или увлечении. Определяют темп речи так же, как и в пункте 3.
5. Просодические характеристики. Некоторые из них можно оценить в процессе чтения и связного рассказа.
6. Разборчивость речи. Ее можно охарактеризовать в процентах при чтении вслух специального списка слов и предложений.
7. Отдельные речевые звуки. Для оценки ларингеального тона и резонанса записывают трехкратное произнесение звуков (каждый раз в течение 5 с). Обычно наблюдается увеличение спектрального шума при произнесении ребенком гласных начиная с *a* и кончая *э*.
8. Слова и предложения. Для оценки того или иного нарушения используют специальные слова и предложения.
9. Ларингеальный тон. Цель состоит в том, чтобы записать образцы ларингеального тона от чистого до грубого и образцы резонанса от неадекватного до адекватного. Ребенок сначала считает от 1 до 10 с различными громкостью, высотой тона и темпом. Каждую цифру нужно произносить полностью и четко. Ребенок сначала считает в нормальном темпе, затем очень медленно и наконец с максимальной скоростью. При проверке громкости ребенка просят читать с нормальной громкостью, очень тихо, но не шепотом, очень громко, но не переходя на крик. Записывают смех, откашливание и реверсивную фонацию при произнесении звуков *и*, *а* и *э*.
10. Способность к улучшению голоса. В этом пункте записывают голос больного в процессе выполнения инструкции по коррекции голоса.

Карта «Голосовая диагностика»

После проведения всех диагностических тестов логопед на основании полученных результатов заполняет карту «Голосовая диагностика». В верхней части карты записывают основную информацию о ребенке. Вписывают медицинский и голосовой диагнозы и отмечают тяжесть нарушения. Суммируют информацию о состоянии больного и его голоса. Записывают рекомендации и прогноз. В нижней части карты записывают результаты обследований. Если какой-то тест не удалось провести, ставят знак НП, чтобы подчеркнуть, что тест не пропущен. Отмечают результаты оценки высоты тона, громкости, темпа, ларингеального тона, максимального времени фонации, соотношения С/З и респираторного давления. Также фиксируют тип резонанса, результаты артикуляционных тестов, данные спирометрии, манометрии, рентгенологического исследования, назофаринголарингоскопии, разборчивость речи. Во всех случаях отмечают результаты тестов по проверке способности к улучшению голоса и речи. Отмечают, была ли проведена запись голоса на аудио и видео.

Карта «Голосовая диагностика»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Возраст _____ Пол _____
 Логопед _____ Дата _____
 Диагноз: Медицинский _____
 Нарушения голоса _____
 _____ Степень _____
 Основные медицинские сведения _____
 Основные сведения о голосе _____
 Рекомендации _____
 Прогноз: Благоприятный _____
 Неблагоприятный _____
 Непредсказуемый _____

ОБСЛЕДОВАНИЯ

Высота тона _____ Гц Приемлемые пределы _____ Гц
 Громкость: тихий _____ дБ Средний _____ дБ
 Громкий _____ дБ
 Ларингеальный тон:
 Грубость (1–5) у _____ и _____ э _____ а _____ е

Шумовой тест Янагихары _____ переход от *а* к *о* _____ от *о* к *а* _____,
(тип 0–IV)

5 с *а* _____ *е* _____ *и* _____ *у* _____ *о* _____

Максимальное время фонации:

Фонема _____ . время _____ с _____

Норма _____ с Диапазон _____ с

Коэффициент сз: с _____ с з _____ с

Коэффициент _____ норма 1,00

Респираторное проталкивающее давление: 5 см вод. ст. в течение 5 с

Выполнил _____ Не выполнил _____

Резонанс: Тип _____

Спирометрия: Прибор _____

Показание _____ Норма _____

Манометрия: Прибор _____ Показание _____ Норма _____

Рентгенологическое
исследование _____

Назофаринголарингоскопия _____

Разборчивость речи: Слова _____ %

Предложения _____ %

Способность к улучшению: Используемая
методика _____

Результаты _____

Аудио/Видеозапись _____

Карта «Эффективность голосовой терапии»

В этой карте отмечают общую степень изменения основных параметров голоса. Записывают задачи терапии, которые были определены при обследовании. Устанавливают важность каждой задачи. Ставят даты проведенных контрольных обследований в графах А, Б, В. Эту карту хранят в истории болезни, а копию помещают в тетрадку ребенка. Перед началом лечения ребенка знакомят со степенью нарушений голоса и задачами терапии. Вскоре дети овладевают навыками оценки эффективности лечения. При установлении задач лечения и определении его эффективности могут быть полезными мнения родителей и учителей.

Аудио- и видеозапись

Здесь представлены материалы, предназначенные для записей голоса с целью измерения его параметров и контроля эффективности голосовой терапии.

Чтение вслух

Если ребенок умеет читать, желательно записать образцы его чтения вслух. Для того чтобы логопед не отвлекался на незнакомый текст, а концентрировал все внимание на оценке голоса, необходимо всегда использовать один и тот же текст. Этот же текст используют и при проверке эффективности лечения.

Связная речь

Связную речь в течение 1 мин. можно записать, попросив ребенка рассказать о картинке. Особенно удобны картинки с изображением какого-либо действия. Образец связной речи можно записать, попросив ребенка рассказать что-нибудь по близкой ему теме, например, о каникулах, проведенных с семьей, любимом виде спорта или хобби. Culatta, Page и Ellis (1983) установили, что 5–6-летние дети способны связно пересказать прочитанный им короткий, полный событий рассказ. Leeper и Woodard (1978) обнаружили, что семилетние дети рассказывают более связно и быстро, описывая картинку, а не импровизируя на заданную тему. Авторы показали ребенку картинку и давали ему 1 мин для подготовки. Перед записью ребенок должен повторить рассказ несколько раз, пока речь не станет связной и в ней будет как можно меньше пауз.

Отдельные звуки

Необходимо изучить произнесение следующих гласных звуков: **и, е, э, а, ю, у, о**. Каждый звук ребенок должен произносить не менее трех раз в течение 5 с. Следует также записать согласные звуки, например: **м, н, р, л**.

Счет

Желательно записать устный счет от 1 до 10. Это нужно сделать дважды: сначала медленно и аккуратно, а затем как можно быстро, но четко произнося каждое число. Далее записывают счет на разных уровнях громкости: тихом, среднем и громком, а также на разной высоте тона: низкой, основной и высокой. Различие между образцами счета может усилить или выявить неправильное использование высоты тона и громкости, перенапряжение голоса, нарушение ларингеального тона или резонанса. Mason и Crandstaff (1972) для получения образцов различных фонетических ситуаций (от начальности до полной неназальности) у людей с гиперназальностью предлагали им считать от 60 до 100. Они также предложили проверять, уменьшается ли гиперназальность, если человек считает от 1 до 10 с усиленными передними артикуляционными движениями. Если она уменьшается, то можно предположить, что привычное отсутствие работы передних артикуляторов является одной из причин нёбно-глоточной недостаточности. Warren (1979) оценивал резонанс на основании счета от 1 до 10 и от 60 до 70.

Просодия

Borden и Harris (1984) выделили следующие просодические характеристики: ударение, интонация, продолжительность фонации. Ударение заключается в увеличении усилия, громкости, высоты тона или продолжительности. Интонация проявляется в вариации высоты тона, отражающей утвердительность предложения, вопрос и придающей речи эмоциональную окраску. Продолжительность отражает время, затраченное на произнесение гласных и согласных.

Для оценки просодии у ребенка логопед может воспользоваться материалами двух описанных ниже исследований. Garr и Osberger (1978) при обследовании глухих детей особое внимание обращали на ударение, интонации и паузы. Для тестирования просодии были использованы несколько предложений, например: *иди сюда, У него есть большая собака, Я хочу увидеть это, У меня есть новая голубая шапка*. Каждое из предложений можно изменять с помощью пунктуации или использования прописных букв. Ударение: *ИДИ сюда* или *иди СЮДА*. Интонация: *Иди сюда?* Пауза: *Иди...сюда*. Sussman и Hernandez (1979) изучали просодические черты продолжительности, ударения и интонации у подростков с нарушением слуха. Продолжительность фонации гласных перед звонкими и глухими согласными проверяли с помощью следующих слов: *бриг/крик, гроб/клоп, плед/омлет, шаг/рак, вид/кит*. Способность управлять ударением проверяли с помощью чтения последовательных триад СГ. Ребенок должен был делать ударение на указанном слоге, например: *па па па*. Ударение также проверяли, предлагая ребенку

воспроизвести голосом пары слов, например: *инсульт – инсульт, рапорт – рапорт, экспорт – экспорт*, или предложения типа *Строитель будет строить дом*. Способность контролировать интонацию проверяли с помощью предложений, которые необходимо было произносить с утвердительной или вопросительной интонацией: *Маша идет в город. – Маша идет в город? Пете купили машину. – Пете купили машину? Саша съел свой суп. – Саша съел свой суп?*

Слова и предложения

Мы предлагаем анализировать предложения, которые дети могут читать или повторять за взрослым. Маленькие дети могут повторять короткие предложения. Когда темп речи составляет два слова в секунду, а предложения состоят из 3 слов, дети в возрасте 3–9 лет делают меньше ошибок. Дети также меньше ошибаются, если взрослые читают с выражением, а не монотонно. Старшим детям можно давать более длинные предложения. Большинство детей справляются с этой задачей, дети в возрасте около 4 лет могут повторить предложения, состоящие из 6 слов, после того как взрослый человек произнесет их со скоростью 2 слова в секунду.

Можно оценивать нёбно-глоточную функцию с помощью глухих взрывных согласных, особенно, *п*, так как аэродинамика произнесения этого звука прямо зависит от степени закрытия нёбно-глоточного клапана. Следует использовать предложение: *У папы попугай Петя* и слова *папа, поп, хлоп, пан, пиво, попугай* и т.д.

Liprman (1981) для определения гиперназальности использовал чередование назальных и неназальных предложений:

1. Мама может найти меня.
2. Лучше купить большую собаку.
3. Ночью он пел песни о луне.
4. Я достаю воду из колодца.
5. Многие мальчики собирают марки и монеты.
6. Ты будешь лежать четыре часа.
7. Мне надо узнать ее имя.
8. В ее кошельке была куча безделушек.
9. Она нанизывает бусы на нитку.
10. Вася разбил блюдо.

Для оценки функции нёбно-глоточного клапана в процессе кинорентгеноскопии и видеорентгеноскопии можно использовать такие предложения.

1. Мама мажет малиновый джем.
2. Положи ребенка в коляску.
3. Мама, можно отдать мороженое Кате?
4. Светлана смотрит на солнце в небо.
5. Где шоколадный кекс?

Гиперназальность очень хорошо оценивать при чтении отрывка «В зоопарке» [Fletcher, 1972]. В нем нет ни одного назального звука *м* и *н*.

В зоопарке

Прочти этот рассказ. Здесь говорится о зоопарке, где живут звери. Сейчас стоят крепкие холода. Высоко плывут пушистые белые облака. Говорят, что пол в клетках зверей покрыт сухой травой. Это сберегает тепло. Для птиц заготавливают крупу и крошки хлеба. Птицы летают по всему зоопарку и за его пределы. Утки, гуси и лебеди плавают в пруду, где лед растаял. Скоро холода прекратятся и будет тепло.

Разборчивость речи

Для оценки разборчивости речи производят аудиозапись образцов произнесения короткого перечня слов и предложений. Образцы устного чтения, связной речи и отдельные предложения также используют для оценки разборчивости речи.

Карта «Эффективность голосовой терапии»

Фамилия и имя ребенка _____ Дата рождения _____
 Возраст _____ Пол _____
 Логопед _____

Общая оценка тяжести нарушения

	Норма	Легкое	Умеренное	Тяжелое	Очень тяжелое
Голос	1	2	3	4	5
Перенапряжение голоса	1	2	3	4	5
Речевое напряжение	1	2	3	4	5
Резонанс	1	2	3	4	5
Нарушение слуха	1	2	3	4	5

	Аспекты, требующие коррекции	Оценка тяжести				
		1	2	3	4	5
1		1	2	3	4	5
2		1	2	3	4	5
3		1	2	3	4	5
4		1	2	3	4	5
5		1	2	3	4	5

Даты очередных обследований А _____ Б _____ В _____
 Даты аудио/видеозаписи _____

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Редактор *И.Г. Кондратьева*

Компьютерная верстка – *Л.В. Голдина*

Дизайн обложки – *М.А. Ахметов*

Подписано в печать 06.04.2015.

Бумага офсетная. Печать ризографическая.

Формат 60x84 1/16. Гарнитура «Times New Roman». Усл. печ. л. 11.

Уч.-изд. л. 7,6. Тираж 100 экз. Заказ 76.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в лаборатории оперативной полиграфии Издательства КФУ

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, 4
тел. (843) 291-13-88, 291-13-47