Поникарова
Валентина Николаевна

ДЕФЕКТОЛОГИЯ. ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ. ЧАСТЬ III

учебное пособие

Курск
ЗАО «Университетская книга»
2023

УДК 37.015.3
ББК 74.5
П 56

Автор
Поникарова В.Н., к.пс.н., доцент (ФБГОУ ВО ЧГУ)
Рецензенты:
Денисова О.А., д.п.н., профессор (ФБГОУ ВО ЧГУ)
Старовойт Н.В., к.п.н., доцент (БФУ им. Канта)

П56 Поникарова В.Н.

Дефектология. Основы логопедии. Часть II: учебное пособие/ В.Н. Поникарова. – В 3-х частях. – Часть III. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2023 – 491 с.

ISBN 978-5-907744-50-9
DOI 10.47581/2022/Ponikarova-DOL.10

Основная цель пособия – систематизировать и обобщить материал, формирующий систему знаний у студентов по основам логопедии. Пособие обобщает многолетний авторский опыт в области преподавания логопедии и включает шесть разделов: «Нарушения темпа речи», «Заикание как нарушение темпоритмической организации речи», «Технология формирования темпоритмической стороны речи при заикании», «Афазия», «Нарушения письменной речи», «Технология обследования и формирования моторных функций при нарушениях речи». Особенностью построения материала является то, что все разделы пособия можно рассматривать как самостоятельные. Каждая часть содержит расширенные конспекты лекций и рекомендуемую литературу. В пособии представлен глоссарий, который раскрывает значение используемых терминов. К пособию дано приложение. Можно отметить акцент на практический характер предлагаемой автором информации. Издание может быть использовано для подготовки студентов (бакалавриат, специалитет, магистратура) и слушателей курсов переподготовки и повышения квалификации специалистов в области дефектологии и логопедии. Все информация взята из открытых источников.

Автор выражает искреннюю благодарность рецензентам (О.А. Денисовой (ЧГУ), Н.В. Старовойт (БФУ им. И. Канта)); ЗАО «Университетская книга» и лично А.А. Горохову за плодотворное сотрудничество.

ISBN 978-5-907744-50-9

УДК 37.015.3
ББК 74.5

© Поникарова В.Н., 2023

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ I.НАРУШЕНИЯ ТЕМПА РЕЧИ 11

1. Современные представления о расстройствах темпа, ритма и плавности речи 11
2. Этиология, патогенез и клиника брадилалии 13
3. Этиопатогенез, клиника, разновидности тахилалии. 15
4. Клаттеринг как нарушение темпоритмической организации речи 18
5. Логопедическое обследование лиц с нарушениями темпа речи 26
   5.1. Логопедическое обследование при брадилалии и тахилалии 26
   5.2. Логопедическое обследование при клаттеринге 27
6. Логопедическая коррекция нарушений темпа речи 29
   6.1. Коррекционное воздействие при тахилалии 29
   6.2. Коррекционное воздействие при брадилалии 30
   6.3. Коррекционное воздействие при клаттеринге 33

Литература 36

РАЗДЕЛ II. ЗАИКАНИЕ КАК НАРУШЕНИЕ ТЕМПОРИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ 39

1. Этиология и патогенез заикания 39
   1.1. Заикание как нарушение темпоритмической организации речи 39
   1.2. Этиология заикания 40
   1.3. Патогенез заикания 47
2. Динамика и фазы развития заикания 51
3. Клиническая картина заикания 53
   3.1. Физиологические симптомы заикания 53
      3.1.1. Характеристика речевых судорог при заикании 53
      3.1.2. Характеристика степени тяжести заикании 55
   3.2. Особенности моторики при заикании 56
   3.3. Особенности речевой функции при заикании 59
   3.4. Психологические симптомы заикания 64
      3.4.1. Характеристика логофобического синдрома при заикании 64
      3.4.2 Характеристика феномена фиксированности на своем дефекте при заикании 66
   3.5. Классификации заикания 68
      3.5.1. Клиническая классификация заикания 68

      3.5.2. Клинико-патогенетическая классификация заикания 70
4. Возрастные особенности клиники заикания 71
   4.1. Особенности клиники заикания в дошкольном возрасте 71
   4.2. Особенности клиники заикания в подростковом возрасте 80
   4.3. Особенности клиники заикания у взрослых 81
   4.4. Возрастные особенности при разных клинических формах заикания 85
      4.4.1. Возрастные особенности при невротическом заикании 85
      4.4.2. Возрастные особенности при неврозоподобном заикании 86
5. Логопедическая диагностика заикания 87
6. Дифференциальная диагностика заикания 91
   6.1. Дифференциальная диагностика невротического и неврозоподобного заикания 91
   6.2. Дифференциальная диагностика заикания и клаттеринга 92
   6.3. Дифференциальная диагностика заикания и синдрома Жиля де ля Туретта 94
   6.4. Дифференциальная диагностика заикания и спастической дисфонии 96
   6.5. Дифференциальная диагностика заикания и дизартрии 98
7. Современный комплексный подход в преодолении заикания. 100
   7.1. Общая характеристика комплексного подхода в преодолении заикания 100
   7.2. Логопедическая коррекция закания 101
      7.2.1. Общая характеристика коррекционно-логопедической работы при заикании 101
8. Педагогические технологии коррекции заикания на разных этапах онтогенеза 108
   8.1. Особенности логопедической работы с заикающимися детьми дошкольного возраста 108
      8.1.1. Особенности логопедической работы с заикающимися детьми младшего возраста (2,5–4 года) 108
      8.1.2. Особенности логопедической работы с заикающимися детьми дошкольного возраста 112
      8.2. Особенности логопедической работы с заикающимися школьного возраста 115
   8.3. Логопедическая работа с заикающимися подростками и взрослыми 117
   8.4. Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами ... 123
9. Психотерапевтическое направление коррекции заикания 124

10. Клиническое направление коррекции заикания ... 126
10.1. Особенности лечебно-оздоровительной работы при заикании ... 126
10.2. Инструментальные методы коррекции заикания ... 127
10.2.1. Метод фотостимуляции в коррекции заикания ... 127
10.2.2. Использование метода биологической обратной связи ... 128
10.3. Медикаментозное лечение заикания ... 131
Литература ... 133
Раздел III. ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ УСТНОЙ РЕЧИ ПРИ ЗАИКАНИИ .. 137
1. Характеристика интонационной и темпоритмической стороны речи ... 137
1.1. Понятие интонационной стороны речи, ее категориальный аппарат 137
1.2. Темпо-ритмическая организация речи ... 139
1.3. Развитие темпо-ритмической стороны речи в онтогенезе ... 142
1.4. Развитие слоговой структуры слова в онтогенезе ... 143
1.5. Развитие интонационной стороны речи в онтогенезе ... 146
2. Характеристика темпо-ритмической стороны речи при заикании ... 147
2.1. Заикание как нарушение темпо-ритмической стороны речи ... 147
2.2. Особенности темпо-ритмической стороны речи при заикании ... 154
3. Содержательная характеристика образовательных технологий ... 155
3.1. Феноменология образовательной технологии ... 155
3.2. Краткая характеристика современных образовательных технологий 160
4. Диагностика темпо-ритмической стороны при заикании ... 165
4.1. Диагностика темпо-ритмической стороны при заикании (по Т.Г. Визель) ... 165
4.2. Диагностика просодической стороны речи при заикании (по Д.К. Вильсону и др.) ... 166
5. Дидактические основы коррекции темпо-ритмической стороны при заикании ... 167
6. Отдельные технологии формирования темпо-ритмической стороны при заикании ... 171
6.1.Технология коррекция ритма речи (по Т. Г. Визель) ... 171
6.2. Технология работы над ритмической способностью (по Г.В. Дедюхиной) ... 175
6.3. Технология коррекции темпо-ритмической стороны речи при заикании с использованием фонетической ритмики ... 183

6.4. Технология коррекции темпо-ритмической стороны речи при заикании в процессе логопедической ритмики ... 196
7. Информационно-коммуникационные технологии в коррекции заикания ... 203
7.1. Характеристика информационно-коммуникационных технологий ... 203
7.2. Виды информационно-коммуникационных технологий ... 204
7.3. Обзор информационно-коммуникационных технологий для коррекции темпо-ритмической стороны устной речи ... 205
7.4. Компьютерные устройства и приложения в коррекции заикания ... 211
Литература ... 215
РАЗДЕЛ IV. АФАЗИЯ ... 220
1. Исторический аспект изучения афазии ... 220
1.1. Общая характеристика афазий ... 220
1.2. История изучения афазий ... 221
1.2.1. Ранние этапы изучения афазий ... 221
1.2.2. «Классическое» направление в изучении афазий ... 221
1.2.3. Характеристика «ноэтического» направления в учении об афазии ... 224
1.3. Современные подходы к изучению афазий ... 229
2. Этиология афазий ... 234
2.1. Травмы головного мозга ... 234
2.2. Опухоли мозга ... 236
2.3. Сосудистые поражения мозга ... 237
2.4. Дегенеративные заболевания нервной системы ... 244
3. Патогенез афазии ... 246
4. Симптоматика афазий ... 250
4.1. Общая характеристика симптоматики афазий ... 250
4.2. Нейропсихологическая симптоматика афазий ... 251
4.3. Неврологическая симптоматика афазий ... 253
4.4. Психологическая симптоматика афазий ... 255
4.5. Речевая симптоматика афазий ... 257
5. Клиника афазий ... 258
5.1. Акустико-гностическая сенсорная афазия ... 258
5.2. Акустико-мнестическая афазия ... 260
5.3. Семантическая афазия ... 262

5.4. Афферентная моторная афазия ... 264
5.5. Эфферентная моторная афазия ... 266
5.6. Динамическая афазия ... 268
5.7. Травматические афазии ... 270
5.8.2. Нарушения чтения при афазии ... 274
5. Особенности афазий в детском и подростковом возрасте ... 276
6.1. Этиология афазий в детском и подростковом возрасте ... 277
6.1.1.Черепно-мозговые травмы в детском и подростковом возрасте ... 277
6.1.2. Опухоли головного мозга в детском и подростковом возрасте ... 278
6.1.3. Инсульты в детском и подростковом возрасте ... 279
6.2. Симптомы афазий в детском и подростковом возрасте ... 281
6.3. Диагностика афазий в детском и подростковом возрасте ... 283
7. Содержание логопедического обследования при афазии ... 284
7.1. Схема логопедического обследования при афазии ... 284
7.2. Специфика обследования при афазиях детского возраста ... 285
7.3. Логопедическое заключение ... 287
8. Дифференциальная диагностика афазий ... 288
8.1. Дифференциальная диагностика афазии у детей и взрослых ... 288
8.2. Дифференциальная диагностика афазии и алалии ... 290
8.3. Дифференциальная диагностика афазии и дизартрии ... 292
8.4. Дифференциальная диагностика афазии и посттравматического мутизма ... 295
8.5. Дифференциальная диагностика афазии и общемозговых поражений ... 296
8.6. Дифференциальная диагностика классических афазий и ППА ... 296
9. Коррекционно-востановительная работа при афазии ... 299
9.1. Теоретические основы коррекционно-восстановительной работы при афазии ... 299
9.2. Компенсация речевых функций при афазии ... 302
10. Технологии коррекционно-восстановительной работы при афазии ... 303
10.1. Восстановление речи при моторной афазии (афферентного и эфферентного типа) ... 303
10.2. Восстановление речи при динамической афазии ... 304
10.3. Восстановление речи при сенсорной афазии ... 306
10.4. Восстановление речи при акустико-мнестической афазии ... 307

10.5. Восстановление речи при семантической афазии ... 309
10.6. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению нарушений чтения и письма при афазии ... 310
10.6.1. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению нарушений чтения при афазии ... 310
10.7. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии в детском и подростковм возрасте ... 315
11. Восстановление неречевых высших психических функций (ВПФ) при афазии ... 317
11.1. Преодоление нарушений неспецифических компонентов нейропсихологического синдрома ... 317
11.2. Преодоление нарушений различных видов гнозиса и праксиса ... 318
11.2.1. Преодоление нарушений предметного гнозиса ... 318
11.2.2. Преодоление нарушений лицевого гнозиса ... 320
11.2.3. Преодоление нарушений цветового гнозиса ... 321
11.2.4. Преодоление расстройств оптико-пространственной апрактоагнозии по доминантному типу ... 322
11.2.5. Преодоление расстройств конструктивной деятельности ... 323
11.2.7. Восстановление праксических и гностических функций нарушенных по субдоминантному типу ... 324
11.2.8. Восстановительное обучение с использованием средств невербальной коммуникации ... 325
12. Психотерапия в коррекции афазий ... 326
13. Инструментальные методы лечения афазий ... 328
14. Лекарственная терапия афазий ... 330
Литература ... 331
РАЗДЕЛ V. НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ ... 335
Часть 1. Специфика нарушений письменной речи ... 335
1. Предпосылки письменной речи ... 335
2. Письмо как разновидность письменной речи ... 337
2.1. Структура письма ... 337
2.2. Графический навык ... 339
2.3. Классификация дисграфий ... 342
3. Нарушения чтения ... 347
3.1. Чтение как разновидность письменной речи ... 347

3.2. Симптоматика нарушений чтения ... 348
4. Текст и текстовая деятельность ... 350
4.1. Психолингвистическая характеристика текста ... 350
4.3. Особенности текстовой деятельности ... 364
5. Особенности нарушения письменной речи у неправшей ... 367
6. Дизорфография ... 368
6.1. Определение понятия «орфография». Разделы орфографиии ... 368
6.2. Психолингвистический и психолого-педагогический аспекты овладения орфографией ... 369
6.2.1. Психологические и речевые предпосылки процесса овладения малдшими школьниками офрографическими умениями и навыками. ... 369
6.2.2. Психологическая характеристика овладения орфографией младшими школьниками. Психологическая природа орфографических ошибок ... 371
6.3. Механизмы и симптоматика дизорфографии ... 376
6.3.1. Механизмы дизорфографии ... 376
6.3.2. Симптоматика дизорфографии у младших школьников ... 378
7. Обследование детей с нарушениями письменной речи ... 380
Часть 2. Коррекция нарушений чтения и письма ... 381
1. Коррекция акустической дисграфии и фонематической дислексии ... 381
2. Коррекция аграмматической дисграфии и дислексии ... 384
3. Коррекция оптической дисграфии и дислексии ... 385
4. Коррекция нарушений чтения и письма у неправшей ... 388
5. Коррекция текстовой деятельности ... 391
6. Коррекция дизорфографии ... 401
Литература ... 406
РАЗДЕЛ VI. ТЕХНОЛОГИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ ... 412
1. Содержательная характеристика образовательных технологий ... 412
1.1. Феноменология образовательной технологии ... 412
1.2. Краткая характеристика современных образовательных технологий ... 417
2. Характеристика моторной сферы человека ... 422
2.1. Специфика моторной сферы ... 422

2.2. Понятие праксиса и его виды ... 425
3. Патология моторной сферы ... 427
3.1. Элементарные двигательные нарушения ... 427
3.2. Нарушения праксиса ... 430
4. Особенности развития мелкой моторики в онтогенезе ... 432
4.1. Основные направления развития моторики ... 432
4.2. Зрительно-моторная координация ... 435
5. Особенности моторного развития в условиях дизонтогенеза ... 437
5.1. Особенности моторики при нарушениях интеллекта ... 438
5.2. Особенности моторики при задержке психического развития ... 440
5.3. Особенности моторики при нарушениях зрения ... 441
5.4. Особенности моторики при нарушениях слуха ... 442
5.5. Особенности моторики при нарушениях опорно-двигательного аппарата ... 443
5.6. Особенности моторики при нарушениях речи ... 444
6. Диагностика моторной сферы ... 448
6.1. Нейропсихологический подход к изучению моторики ... 448
6.2. Психолого-педагогический подход к изучению двигательной сферы ... 450
6.3. Клинический подход к изучению моторики ... 453
6.4. Логопедическое обследование моторики ... 453
7. Развитие моторики у лиц с нарушениями речи ... 454
Литература ... 459
ГЛОССАРИЙ ... 462
ПРИЛОЖЕНИЕ ... 474

РАЗДЕЛ I.НАРУШЕНИЯ ТЕМПА РЕЧИ

1. Современные представления о расстройствах темпа, ритма и плавности речи

Темп и ритм являются динамическими свойствами функциональной системы устного высказывания. Их характеристики зависят не только от врожденных качеств центральной нервной системы. Изменения темпа и ритма устной речи наблюдаются у каждого человека в течение дня, они существенно зависят от физического и психического состояния. У здорового человека эти показатели устной речи являются отражением эмоционального состояния. При эмоциональном напряжении ускорение темпа речи может привести к нарушению связности речевого высказывания. У соматически больных речь замедляется, становится аритмичной, прерывается частыми паузами. Еще существеннее нарушается темп и ритм устной речи при неврологических заболеваниях. При болезни Паркинсона, например, речь становится монотонной, тихой, невнятной, иногда доходящей до непонятного бормотания.

Психофизиологический аспект темпа и ритма движений.

Ритм является предметом изучения разных областей человеческого знания. В философии ритм определяется как «форма организации временных искусств, а шире - восприятия протекающих во времени процессов».

По мнению В.И. Вернадского, при всем разнообразии органического и неорганического мира обнаруживаются связи и взаимодействия, которые выражаются прежде всего в ритмических процессах. Темп (лат. tempus -время) обозначается как «скорость осуществления, исполнения или интенсивность развития чего-либо. Данные многообразных явлений, окружающих человека, показывают, что темп и ритм - качества, присущие движению.

Нервные процессы, возникающие в головном мозге и определяющие структуру движения, И.П. Павлов называет «динамическим стереотипом».

По мнению И.П. Павлова, динамичность стереотипа связана с возможностью изменения процессов в центральной нервной системе под влиянием условий, вызвавших их образование. При выработке двигательных ритмических реакций основным звеном, связывающим отдельные действия в единую цепь, является условная реакция на время.

Вопросы центральной организации движений получают дальнейшее развитие в трудах П.К. Анохина, Н.А. Бернштейна и А.Р. Лурия.

В фундаментальных трудах Н.А. Бернштейна, посвященных физиологии движений, отражена решающая роль необходимости создания учения об управлении движениями.

Согласно теории Н.А. Бернштейна, движения управляются и регулируются сложной иерархической функциональной системой, включающей в себя субкортикальные и кортикальные уровни:

А - уровень палеокинетических регуляций, рубро-спинальный, обеспечивающий бессознательную регуляцию тонуса мускулатуры тела;

В - уровень синергии и штампов, таламо-паллидарный, обеспечивающий внутреннее согласование составных частей движения;

С - уровень пространственного поля, пирамидно-стриарный, обеспечивающий согласование двигательного акта с внешним пространством при ведущей роли зрительной афферентации;

Д - уровень действий, теменно-премоторный, кортикальный, обеспечивающий смысловую сторону действия;

Е - высший кортикальный уровень символических координации и психологической организации движений.

По мнению Н.А. Бернштейна, каждая двигательная задача выполняется в зависимости от ее содержания на том или ином уровне центральной нервной системы.

Центральным звеном организации движения является координация (лат. coordinatio - упорядочение). Она обеспечивает согласование, упорядочение разнообразных двигательных действий (сокращение различных мышц) в единое целое согласно поставленной цели. Это проявляется в плавности, соразмеренности движений.

В онтогенезе координация движений развивается постепенно по мере созревания мозга, на основе опыта и упражнения. Основное значение в развитии механизмов координации принадлежит системе обратной связи. Сигналы, поступающие по этой системе в центральную нервную систему, вызывают непрерывную цепь автоматических поправок фазно-тонической деятельности мышц, что придает движению точность, синхронность, необходимые темп и силу.

Ю.Т. Шапков, рассматривая взаимодействие темпа и ритма движений, считает, что законченный двигательный цикл при рассмотрении его во временной характеристике является единицей темпа, в то время как рассмотрение слагающих его микроэлементов по временным, силовым и пространственным характеристикам является критерием ритма. Физиологическими закономерностями, обуславливающими образование темпо-ритма, является выработка условнорефлекторных связей на время или образование «динамического стереотипа» и усвоении ритма.

Таким образом, изучение темпа и ритма движений является важным для понимания психофизиологических механизмов организации и нарушения моторных функций организма, в том числе и речевых движений.

Уже на самых ранних этапах онтогенеза закладываются основы для постепенного формирования у ребенка сложного чувства ритма, создается готовность к овладению ритмическими структурами. В процессе развития происходит формирование сложных функциональных связей в мозговых структурах, обеспечивающих адекватную интегративную деятельность мозга, а также межполушарной асимметрии, проявляющейся в специфичности правого и левого полушарий и их взаимодействия.

При постижении ребенком пространства и времени двигательная сфера является той основой, при помощи которой он устанавливает отношения с окружающим миром.

Темпо-ритмические характеристики устной речи постепенно оформляются в процессе речевого онтогенеза и становятся достаточно стабильными и индивидуальными у взрослого человека.

Нарушения показателей ритма, темпа и плавности наблюдаются при таких расстройствах речи, как брадилалия, тахилалия, клаттеринг и заикание.

2. Этиология, патогенез и клиника брадилалии

Брадилалия – патологически замедленный темп речи (менее 10-12 звуков в секунду).

Этиология брадилалии – наследственные факторы (Ю.А. Флоренская, Д.Вейс, М. Зееман, М.Е. Хватцев); экзогенные факторы (интоксикация, астенизация); психологические причины (воспитание, подражание) – А. Либманн, А.Гутцман, М. Надолечны, Э.Фремельс.

Патогенез брадилалии – патологическое усиление тормозного процесса над возбуждением (М.Е. Хватцев, Ю.А. Флоренская, В.С. Кочергина); экстрапирамидные моторные нарушения (М. Зееман); неправильное течение кортикальных возбуждений во времени (А Куссмауль).

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением и симптомом при некоторых заболеваниях (олигофрения, менингоэнцефалит, дистрофических, органических заболеваниях ЦНС, травмах, опухолях), где брадилалия сочетается с брадикинезией, астенизацией, общей заторможенностью и т.д.

Речевая симптоматика характеризуется замедлением темпа внутренней и внешней речи, наличием интер – и интравербальными замедлениями; при скандированной речи может быть нарушена артикуляция звуков. Характерно нарушение чтения и письма.

Голос при брадилалии монотонный, немодулированный; иногда с назальным оттенком; отмечаются колебания музыкального акцента и высоты голоса.

Неречевая симптоматика выражается в нарушениях общей моторики, тонкой моторики, мимической моторики отмечается замедление темпа, нарушение координации, амимия. Психическая деятельность характеризуется замедленностью и расстройством восприятия, внимания (страдает переключаемость), памяти, мышления (стереотипии, персеверации).

Осознание дефекта отмечается, как правило, в более тяжелых случаях.

Преодоление брадилалии осуществляется комплексно: медицинское воздействие (повышение активности нервной деятельности и нормализацию психических процессов); физиотерапия (регуляция общего тонуса, центральной и вегетативной нервной системы, укрепление физического здоровья); психотерапия (изменение установки на собственную речь и микросоциальное окружение, на воспитание социальной функции речи); физическая культура

(тонизирующие комплексы в среднем, а затем в ускоренном темпе), включая логоритмику. Логопедическое воздействие направлено на убыстрение речевых движений, речевых реакций с помощью скороговорок; темпа внутренней речи; темпа письма и чтения; выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи. Длительность курса 6-12 месяцев.

Работа по устранению брадилалии проводится комплексно. Она состоит из следующих направлений:

1. Медицинское воздействие (лечебное укрепление нервной системы медикаментами, физиотерапевтическими процедурами).
2. Специальные виды лечебной физкультуры.
3. Логопедические занятия, основной целью которых является выработка четких и быстрых речевых движений.
4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, развитие речевой и общей моторики, внимания, памяти). Большой эффект дают занятия с быстрой маршировкой и бегом под музыку, частые переключения движений в зависимости от изменения характера музыки, разнообразные подвижные игры, сопровождаемые речью.

Все логопедические занятия проводятся на чуть ускоренной речи. Но начинают эту работу очень постепенно и осторожно. Сначала логопед дает образец нормального темпа, произнося легкую для проговаривания фразу. Затем «задает» темп отхлопыванием, дирижированием и т. д., и дети повторяют фразу многократно, постепенно ускоряя темп речи и следуя за все убыстряющимися хлопками логопеда. При этом необходимо следить, чтобы дети не переутомлялись, так как их возможности весьма ограниченны.

На следующем этапе детей упражняют в быстром произнесении (по очереди) заученного стихотворения по строчкам. Логопед показывает на ребенка, а тот быстро произносит очередную строчку. Для оживления занятий нужно вводить в них элементы игры, «обмана», например логопед смотрит на одного ребенка, а указывает на другого. Эмоциональная атмосфера занятия способствует лучшему усвоению навыка, развивает внимание.

Затем проводят различного рода инсценировки, рассказывание сказок по ролям. При этом логопед добивается не только ускоренного темпа речи, но и ее выразительности.

На последних этапах работы детей упражняют в произнесении скороговорок и закрепляют навыки нормальной речи.

Прогноз относительно брадилалии тем более благоприятен, чем раньше она будет выявлена и чем раньше начнется комплексное воздействие. В тех случаях, когда брадилалия является синдромом соматического, неврологического или психического заболевания, прогноз зависит от успешности лечения основного заболевания.

3. Этиопатогенез, клиника, разновидности тахилалии.

Тахилалия (тахифразия) - это патологически ускоренный темп речи (20-30 звуков в секунду). Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы.

Основными *причинами* тахилалии являются: наследственные факторы (Д. Вейсс); центральные, органические нарушения речевого механизма (Д. Вейсс, М. Зееман) и функциональные причины (М.Е. Хватцев). Центральное звено в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения (В.М. Бехтерев, М.Е. Хватцев).

Психологический аспект *механизма* тахилалии предполагает учет нарушений моторного и акустического восприятия (А. Либманн, Г. Гутуманн), дискоординацию процессов мышления и речи: течение мысли быстрее, чем возможность ее артикуляционного оформления (Э.Фрешельс); особенности поведения (вспыльчивость, возбудимость) и эмоционально-волевой сферы (эмоциональная лабильность).

Отмечается также неустойчивость и повышенная переключаемость внимания, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти.

Различают чистые формы тахилалии, функциональную тахилалию, протекающую с вторичным явлением заикания (Ю.А. Флоренская, н.П. Тяпугин); параллельную форму в ряду энцифалитов, где она сочетается с полилалическим симптомокомплексом или с дизартрическим и дизритмическим расстройствами. (В.М. Бехтерев, Ю.А. Флоренская).

Неречевая симптоматика характеризуется быстрым темпом общей моторики, наличием гиперактивности, моторного беспокойства и тиков, а также убыстрением всех психических процессов; нарушением со стороны ВНС (преимущественно вазомоторные реакции).

Коррекция тахилалии предполагает использование медикаментозного воздействия (общеукрепляющее, общеуспокаивающее дифференцированное воздействие); физиотерапию; психотерапию. Используется коллективно-психологический метод на фоне разъяснительной психотерапии (Ю.А. Флоренская, З.С. Ходорова), включающей рациональную психотерапию и аутогенную тренировку. Большое значение имеет привлечение внимания к речи, упорядочение ее темпа, воспитание логического мышления. Логопедическая работа включает ряд этапов: режим молчания; усвоение медленного темпа на материале громкого чтения; редактирование высказывания: соответствие фразы и содержания; работа над коллективным рассказом; подготовка к публичному выступлению.

В ходе коррекции тахилалии используется логопедическая ритмика.

«Чистая» тахилалия в основном расстройство только темпового характера. При баттаризме и полтерн, помимо темпа речи, имеются нарушения синтаксического, морфологического, лексического и грамматического порядка.

Патологически ускоренный темп речи нередко сочетается с другими нарушениями речи лексико-грамматического и фонетического характера. Их обозначают как полтерн и баттаризм.

Баттаризм – неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи.

Полтерн – патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинки, спотыкания, необоснованные паузы).

Необходима дифференциальная диагностика тахилалии, ее разновидностей и заикания.

Система лечебно-педагогической комплексной работы строится с учетом общедидактических и специфических принципов. Можно выделить следующие общие установки комплексного воздействия.

В коррекционной работе осуществляется опора на связи между анализаторами обще- и речедвигательными, общедвигательным и слуховым; зрительным, речедвигательным и речеслуховым. Нормализация темпа и ритма общих движений способствует четкости и точности речевых движений; умение более быстро воспринимать и воспроизводить различные ритмические структуры помогают ребенку правильно оформить речь и т. д.

Коррекционное воздействие необходимо направить на внешнюю и внутреннюю речь пациента, страдающего брадилалией и тахилалией. Например, при брадилалии необходимо в занятия включать задания на развитие невербального и вербального мышления, на быстрое речевое оформление мысли и др.

Содержание и форма проведения занятия должны быть связаны с основной деятельностью ребенка (игровой, учебной), а его возраст должен определять подбор неречевого и речевого материала, методику работы, индивидуальный подход.

Учет личностных особенностей страдающего нарушениями темпа речи позволяет вести систематическую, целенаправленную работу по коррекции его поведения, эмоционально-волевых проявлений с целью его социальной адаптации.

Наряду с систематической коррекционной работой логопеда необходима и постоянная самостоятельная работа ребенка над речью и поведением.

Указанные положения реализуются в ходе индивидуальной и коллективной (групповой) логопедической работы. Групповая работа имеет ряд преимуществ: в коллективе легче создать проблемную, игровую, речевую ситуацию, организовать общение. Сначала инициатива принадлежит логопеду, а детям — исполнительная роль. Постепенно инициатива переходит кзанимающимся: они самостоятельно осуществляют контроль над темпом и ритмом общих движений и речи.

Методика преодоления нарушений темпа речи включает медицинское воздействие (медикаментозное, физиотерапевтическое, психотерапевтическое

лечение), а также дидактические методы, логопедическую ритмику, физкультуру.

Медицинское воздействие при брадилалии направлено на повышение активности нервной деятельности и нормализацию психических процессов. Лекарственное лечение и физиотерапия носят тонизирующий характер. Медикаментозная терапия при тахилалии включает общеукрепляющее, общеуспокаивающее лечение, дифференцированное воздействие в зависимости от выраженности раздражительности, беспокойства, двигательной расторможенности, гиперактивности и т. п.

Применяются различные бальнеологические процедуры для регуляции общего тонуса, центральной и вегетативной нервной системы, улучшения самочувствия, укрепления физического здоровья.

Психотерапия направлена на перевоспитание личности страдающего брадилалией или тахилалией, на изменение установки на собственную речь и микросоциальное окружение, на воспитание социальной функции речи.

Занятия физической культурой (включая гимнастику и ритмику) при брадилалии содержат тонизирующие комплексы движений для рук, ног, туловища в сочетании с дыхательными голосовыми упражнениями, которые проводятся сначала в среднем, а затем ускоренном темпе.

Гимнастические упражнения при тахилалии способствуют воспитанию тормозных реакций, выдержки, внимания, сосредоточенности, произвольного переключения движений: торможению ненужного движения и активизации необходимого. Все упражнения рекомендуется проводить под счет, мелодичную музыку, размеренно, спокойно, плавно, в медленном темпе. Общеукрепляющие упражнения чередуются со спортивными играми, которые проводятся в перемежающемся ритме и темпе движений.

1. Медицинское воздействие (медикаментозное и физиотерапевтическое укрепление нервной системы).

2. Логопедические занятия (упорядочение темпа речи, воспитание логического мышления, внимания, нормализация просодической стороны речи: ритма, мелодики, пауз).

3. Специальные виды лечебной физкультуры.

4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, общей и речевой моторики).

Продолжительность занятий 9 — 10 мес.

Вся указанная работа проводится обязательно в коллективной форме, пусть небольшой, но группой. Ю. А. Флоренская подчеркивала, что коллектив используется как начало, сдерживающее, дисциплинирующее и снижающее повышенную психомоторную возбудимость.

На протяжении всех занятий дети приучаются к медленной, спокойной и плавной речи (вначале дети говорят в темпе, даже несколько более медленном, чем нормальный).

На первых порах детям бывает очень трудно выдерживать такой непривычный для них замедленный темп речи. Для этой цели логопед должен «задавать» нужный темп каким-то дополнительным образом: отхлопывать такт в ладоши, отстукивать по столу, дирижировать. Дети могут также произносить фразы под удары в мяч, под прыжки, под метроном. Такие приемы помогают детям сохранять заданный темп во время всего занятия.

На занятиях по музыкальной ритмике дети должны произносить стихи, фразы под неторопливую музыку, маршировку, разведение рук в стороны и т. д. Так изо дня в день дошкольников упражняют в замедленной речи. После того как навык неторопливой речи станет прочным, детей упражняют в нормальном темпе, в выразительной, эмоциональной речи.

При тахилалии часто бывает нарушена последовательность, логичность мышления. Этому также следует уделять большое внимание. В таких случаях полезно учить детей составлять рассказ по плану, подсказывая им последовательность изложения. Эффективен такой вид рассказывания, когда логопед начинает каждую фразу, а все дети по очереди договаривают. При этом все фразы должны быть объединены одной темой. Подобные упражнения развивают у детей логичность мышления и одновременно позволяют им тренироваться в неторопливом темпе речи.

После окончания курса занятий необходимо в течение года очень внимательно следить за речью ребенка, так как тахилалия имеет тенденцию к возвращению. Нужно беречь приобретенные ребенком навыки и не позволять ему ускорять темп речи. Если в течение года сохранится нормальный темп речи, значит, тахилалия исчезла прочно.

4. Клаттеринг как нарушение темпоритмической организации речи

В зарубежной специальной литературе понятия баттаризм, полтерн и клаттеринг являются идентичными. M. Ogilvie выделяет 23 синонима клаттеринга в английской литературе.

По данным D. Weiss разнообразие терминов, предложенных для данного речевого расстройства, обусловлено тем, что клаттеринг «открывался» многократно. Впервые он упоминается как Battarism, Wherryism и Spoonerism (термины, производные от имен царя Battaros, архидиакона Wherry, епископа Spooner, имевших такие особенности речи). Некоторые авторы используют латинские термины, такие как tumultus sermonis (хаотическая речь), agitophasia (возбужденная речь), tachyphemia (ускоренная речь), paraphrasia praeceps (нарушение формулирования вследствие чрезмерно ускоренного темпа речи). В настоящее время в англоязычной литературе наиболее часто используется термин cluttering (клаттеринг), а в немецкой - poltern (полтерн).

Клаттеринг как клиническое и лингвистическое явление стал привлекать к себе внимание ученых и практиков относительно недавно, хотя первые упоминания появились в литературе в начале XIX века. В начале XX века клаттеринг был вычленен из группы сходных речевых состояний.

В 60-е годы XX века значительный интерес к этому нарушению был связан с признанием его как самостоятельного расстройства речи, что явилось

началом экспериментального изучения его этиологии, патогенеза, клинической картины и методов коррекции.

Клаттеринг – это дезорганизация темпа, ритма и плавности речевого высказывания несудорожного характера. Характеризуется чрезмерно быстрой, невнятной, монотонной речью, повторением слов и слогов, артикуляционными нарушениями, лексико-грамматическими ошибками, неправильной расстановкой логических ударений и пауз. Речевому расстройству сопутствует общая моторная расторможенность, дефицит памяти и внимания, некритичность по отношению к своей речи и поведению. Нарушение распознается в ходе логопедического обследования с использованием традиционных и специальных методик. Коррекционное вмешательство направлено на нормализацию темпа речи, развитие языковых навыков, совершенствование звукопроизношения.

Общие сведения

Клаттеринг (в переводе с англ. – загромождение, засорение) – коммуникативная проблема, характеризующаяся ускоренной, дизаритмичной, неплавной речью. Наряду с брадилалией, тахилалией и заиканием относится к расстройствам темпо-ритмической стороны речи. Клаттеринг-синдром чаще встречается у лиц мужского пола. Обычно выявляется в возрасте 7-8 лет.

В зарубежной логопедии активно изучается со второй половины прошлого столетия, что привело к созданию в 2007 г. Международной Ассоциации по клаттерингу, членами которой стали 18 государств. В российской логопедической науке клаттеринг не выделяется в самостоятельное речевое нарушение. В клинико-педагогической классификации ему ближе всего соответствует термин «полтерн», или «спотыкание». Между тем, некоторые отечественные специалисты рассматривают клаттеринг в рамках неврозоподобного заикания.

Причины клаттеринга

Профессор Д. Вейс, выпустивший первое учебное пособие по данной проблеме в 1964 г., выделил первичные (чистые) и вторичные формы речевого расстройства. К «чистым» формам он отнес генетически обусловленные случаи клаттеринга, описав аутосомно-доминантное наследование патологии у некоторых поколений одной семьи. Не исключается, что в ряде случаев имеют место спонтанные мутации, возникающие «де ново». Кроме этого, клаттеринг является одним из специфических признаков синдрома ломкой Х-хромосомы – сцепленного с полом наследственного заболевания, характеризующегося также умственной отсталостью, аутистическим поведением, гиперкинезами. При первичных формах клаттеринга речевые особенности заметны с детского возраста.

Несудорожные запинки и неплавная речь могут сопутствовать различным неврологическим расстройствам: энцефалитам, псевдобульбарному параличу, хорее, болезни Паркинсона, олигофрении и пр. В этих случаях речь идет о вторичном клаттеринг-синдроме, который развивается у лиц с ранее нормальной речью на фоне основной патологии. В целом же, этиология данной речевой проблемы изучена недостаточно, является предметом научных дискуссий и дальнейших исследований.

Патогенез

Клаттеринг является симптомом общей дезорганизации психомоторного развития – двигательной активности, поведенческой сферы, речевой коммуникации. Это свидетельствует о нарушении деятельности стриопаллидарной системы и регулирующего влияния корковых отделов ЦНС. В результате дисфункции мозговых структур ослабляется организация и произвольный контроль общей моторики, психических функций и речи. Структуру речевого дефекта составляют расстройство плавности речевого потока, нарушение планирования устного сообщения и его темпо-ритмических характеристик. По всей видимости, патогенез клаттеринга имеет много общих черт с заиканием, т. к. часто сочетается с последним.

Классификация

Универсальная классификация клаттеринга отсутствует, что объясняется малоизученностью проблемы. С учетом преимущественно нарушенного звена речи выделяют 2 типа клаттеринга:

- *Моторный*. Характеризуется ускоренным темпом речи и артикуляционными нарушениями, приводящими к многочисленным метатезам, элизиям слогов или звуков. В раннем возрасте у детей отмечается задержка развития речи, в школьные годы – трудности чтения и письма (дислексия, дисграфия).
- *Сенсорный*. Прежде всего, страдает плавность речи, что обусловлено сниженным слуховым контролем и трудностью подбора нужных слов. Типично растягивание гласных, прерывание речи различными восклицаниями, отражающими сложности формулировки мысли.

В зависимости от результатов обследования лиц с нарушениями плавности речи предложено делить на три группы: пациенты с «чистым» клаттерингом, с сочетанием заикания и некоторых признаков клаттеринга, с клаттерингом, осложненным неврозоподобным заиканием.

Симптомы клаттеринга

У детей с данным речевым нарушением отмечаются своеобразия устной речи, психических процессов, моторики. Ключевой признак – ускоренная прерывистая речь с постоянными повторами звуков, слов, словосочетаний. Речь изобилует словами-эмболами, непреднамеренными паузами. Часто выявляются нарушения артикуляции, сопровождаемые искажением и элизией звуков, ошибочным воспроизведением слов со сложной слоговой структурой, недоговариванием окончаний.

Нарушена последовательность и логика изложения мыслей; каждая новая фраза произносится в отрыве от предыдущей. Высказывание начинается громко, но к концу переходит в тихое бормотанье. В целом речь бессвязная, невнятная, «замусоренная». Создается впечатление, что стремительный поток мыслей говорящего опережает экспрессивное высказывание.

В школе дети с трудом овладевают грамматическими и синтаксическими правилами, что приводит к специфическим расстройствам учебных навыков.

Они имеют неряшливый, трудноразборчивый почерк, делают многочисленные ошибки и описки в словах, не дописывают буквы, сбивчиво и бессвязно излагают мысли. Такая особенность получила название «дезинтегрированное письмо». При чтении вслух часть слов пропускается или искажается, окончания «проглатываются». Имеются расстройства музыкального восприятия: нелюбовь к пению и музыке, неспособность к воспроизведению простейшего ритма.

Психологический портрет пациента с клаттерингом характеризуется такими определениями, как неаккуратный, импульсивный, нервозный, многословный, суетливый, неуправляемый. Диапазон внимания сужен, типичны отсутствия концентрации, частая отвлекаемость. Снижен объем памяти различных модальностей (визуальной, аудиальной, двигательной и др.). Характерна моторная расторможенность, бесконтрольность поведения. Осознание своего речевого дефекта у детей и взрослых зачастую отсутствует.

Осложнения

Прежде всего, клаттеринг – это коммуникативное нарушение, поэтому при нем, главным образом, страдает функция общения. Человек, бессвязно и невнятно излагающий свои мысли, не реагирующий на замечания, не может восприниматься окружающими, как интересный и приятный собеседник. Ребенок с клаттерингом рискует столкнуться с непониманием и стать изгоем в своей социальной группе. Нередко такие дети проявляют девиантное поведение.

Речевой дефект значительно сужает круг профессиональной реализации таких пациентов, исключая из него публичные сферы деятельности, а также специальности, связанные с вербальным общением, обслуживанием, обучением. Школьная неуспеваемость еще более ограничивает перспективы развития и обрекает на «неуспешность» во взрослой жизни. Особенно сложными и трудно корригируемыми является случаи клаттеринга, осложненного заиканием.

Клаттеринг-синдром отмечается при генетическом заболевании – синдром Мартина-Белл (синдром фрагильной Х-хромосомы).

Синдром Мартина-Белл – это наследственная болезнь, которая характеризуется стойким интеллектуальным снижением, расстройствами аутистического спектра и специфическими фенотипическими особенностями.

Получил свое название по фамилиям исследователей, впервые описавших патологию. В 1943 году физиологи из Великобритании Д. Мартин и Д. Белл изучали случаи олигофрении у мужчин из одной семьи, в которой женщины имели нормальное интеллектуальное развитие.

Генетическая основа заболевания была выявлена в 1969 году американским генетиком Г. Лабсом. Синдром Мартина-Белл является результатом дефекта гена FMR1, расположенного в Х-хромосоме. Наследование происходит по доминантному сцепленному с полом типу с неполной пенетрантностью. У мужчин присутствует только одна Х-хромосома, поэтому мутантный аллель всегда провоцирует болезнь.

Ключевой симптом – недостаточность познавательных функций. Типичный симптом заболевания – своеобразие речи. Она ускоренная, сбивчивая, изобилует повторами, эхолалиями и персеверациями. Отмечается гиперактивность, дефицит коммуникативных способностей, замкнутость. Лицо удлиненное, ушные раковины большие, лоб выступающий, кончик носа загнутый.

Диагностика основывается на клинико-анамнестических данных и результатах биогенетического анализа. Лечение симптоматическое, включает использование медикаментов и психолого-педагогическую коррекцию.

Диагностика

В настоящее время отсутствуют общепринятые критерии диагностики клаттеринга, их разработка и обсуждение ведется логотерапевтами всего мира. Определенные сложности связаны еще и с тем, что данная речевая патология часто путается с заиканием, что затрудняет своевременное начало необходимой коррекционной работы. Диагностический алгоритм складывается из следующих основных этапов:

- *Консультация логопеда*. Выясняются особенности пренатального и раннего развития ребенка, возраст появления запинок в речи, наличие сходных дефектов у членов семьи. Уточняются сопутствующие заболевания, запрашиваются заключения педиатра, психолога, детского невролога, результаты медицинских обследований (ЭЭГ, МРТ головного мозга и пр.).
- *Исследование речи*. Производится оценка темпо-ритмического контура речи, особенностей голоса, звукопроизношения, слоговой структуры, сформированности грамматических категорий и связного высказывания, состояния слухоречевой памяти. У школьников изучаются навыки чтения, анализируются письменные работы. При клаттеринге, в отличие от заикания, отсутствуют речевые судороги, логофобия, речевые и двигательные уловки.
- *Изучение психических особенностей*. С помощью тестирования, наблюдения и экспериментальных методик оцениваются психомоторные функции, личностные особенности, познавательное развитие. Обращается внимание на критичность ребенка к собственному поведению и речи. На основе полученных данных исключается интеллектуальная недостаточность, СДВГ.

Дифференциальная диагностика клаттеринга и других нарушений

Дифференциальная диагностика клаттеринга и клаттеринг-синдрома представлена в таблице 1.

Заикание – это нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Заикание является одним из наиболее сложных и длительно протекающих нарушений речевой деятельности, которое характеризуется расстройством темпа, ритма, плавности устной речи.

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

Таблица 1

Дифференциальная диагностика клаттеринга и клаттеринг-синдрома

Критерии дифференциальной диагностики	«Чистый» клаттеринг	Клаттеринг-синдром
Этиология	Биологические факторы Социальные факторы	Биологические факторы Дефект гена FMR1, расположенного в Х-хромосоме
Патогенез	Нарушение внутреннего программирования речи	Вторичное нарушение речи как когнитивной функции
Клиника	Специфические нарушения речи Несудорожные запинки Нарушения модально-специфического внимания и памяти Поведение «пересмотра»	Нарушение интеллекта Специфические нарушения речи как когнитивной функции
Лечение	Психологическое воздействие Логопедическая помощь	Симптоматическая терапия
Прогноз	Относительно благоприятный	Неблагоприятный

Эти явления вызываются судорогами мышц тех или иных органов речи. Заикание мешает речевому общению, затрудняет взаимоотношения с окружающими.

В настоящее время заикание рассматривается как полиэтиологическое речевое расстройство, в возникновении которого имеет значение ряд факторов.

Заикание характеризуется определенной симптоматикой – биологической и психологической.

К биологической симптоматике относятся важнейшие признаки заикания – речевые судороги, моторные нарушения, состояние центральной и вегетативной нервной системы.

Психологическая симптоматика включает речевые запинки, эмболы, особенности организации устной и письменной связной речи.

В настоящее время выделяют два принципиально различных патогенетических механизма заикания: первичное поражение *эмоциогенных* (при невротическом заикании) и *моторных* (при неврозоподобном) структур мозга (Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова).

Имеются особенности симптоматики заикания, связанные с возрастом – так называемый возрастной патоморфоз.

В возрастной динамике заикания выделяют:

1 фаза — дошкольный период. Расстройство появляется эпизодически с длительными периодами нормальной речи. После такого периода может наступать выздоровление. Во время этой фазы заикание отмечается тогда, когда дети взволнованны, огорчены или когда им нужно много говорить.

2 фаза возникает в начальной школе. Расстройство носит хронический характер с очень небольшими периодами нормальной речи. Дети осознают и болезненно переживают свой недостаток. Заикание касается основных частей речи — существительных, глаголов, прилагательных и наречий.

3 фаза наступает после 8—9 лет и длится до подросткового возраста. Заикание возникает или усиливается только в определенных ситуациях (вызов к доске, покупка в магазине, разговор по телефону и др.). Некоторые слова и звуки являются более трудными, чем остальные.

4 фаза бывает в позднем подростковом возрасте и у взрослых. Выражен страх перед заиканием. Типичными являются подмена слов и приступы многословия. Такие дети избегают ситуаций, требующих речевого общения.

Течение заикания обычно хроническое, с периодами частичных ремиссий. От 50 до 80 % детей с заиканием, особенно в легких случаях, выздоравливают.

Осложнения расстройства включают снижение успеваемости в школе из-за стеснительности, страха речевых нарушений; ограничения в выборе профессии. Для страдающих хроническим заиканием типичны фрустрация, тревога, депрессия.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика клаттеринга и заикания

Критерии дифференциальной диагностики	«Чистый» клаттеринг	Заикание
Этиология	Биологические факторы Социальные факторы	Биологические факторы Психогенные факторы
Патогенез	Нарушение внутреннего программирования речи	Нарушение темпоритмической организации речи в виде судорог мышц речевого аппарата
Клиника	Специфические нарушения речи Несудорожные запинки Нарушения модально-специфического внимания и памяти Поведение «пересмотра»	Судорожные запинки Имеют определенное положение во фразе Нарушения речи носят постоянный характер Характерны невротические наслоения Феномен фиксированности на своем дефекте Логофобия Возрастная динамика
Лечение	Психологическое воздействие Логопедическая помощь	Логопедическая помощь
Прогноз	Относительно благоприятный	Благоприятный

В рамках дифференциальной диагностики клаттеринга и заикания используется методика Дали. Она представляет собой набор утверждений, поделенных на 4 категории: прагматика, речевая моторика, познавательное и языковое развитие, проблемы почерка и координации движений. Каждое утверждение оценивается по 6-бальной шкале: чем больше баллов набрано в каждой категории, тем больше вероятность наличия «чистой» формы клаттеринга.

Дифференциальная диагностика клаттеринга и заикания представлена в таблице 2.

Коррекция клаттеринга

Речевые и психологические особенности лиц с рассматриваемой логопатологией диктуют необходимость выстраивания специальной коррекционной работы. В первую очередь, она должна быть направлена на контроль темпоритмической организации речи, формирование правильной последовательности высказывания, развитие психических функций. Наработка и обобщение практического опыта по коррекции клаттеринга продолжается. Основными направлениями логопедической работы служат:

- *Нормализация* темпа речи. На занятиях используется замедленная плавная речь. Вслед за логопедом (отраженное повторение) или вместе с ним (сопряженное повторение) дети учатся произносить слова и фразы неторопливо, четко. Для упорядочения устной речи используется заданный ритм. Ведется работа над выразительностью, эмоциональностью высказывания. Полезно включение элементов логопедической ритмики.
- *Улучшение* речевых навыков. Включает отработку умения понятно и логично излагать свои мысли. На данном этапе подключаются приемы построения рассказа по картинкам, ведения диалога, заучивания стихов, медленного чтения с пересказом, самостоятельного рассказа. Ребенка учат планировать свое высказывание, т.е. сначала формулировать суждение «про себя».
- *Совершенствование* артикуляционной моторики. Имеет важное значение в контексте формирования разборчивой речи. Предполагает проведение артикуляционной гимнастики, выработку плавного речевого выдоха и звуковых переключений. При отсутствии звуков выполняется их постановка и закрепление, при искажении – коррекция произношения.

Прогноз и профилактика

В педагогической литературе еще не обобщен опыт работы с клаттерерами. В целом отмечается, что речевой прогноз может быть успешным при целенаправленной, грамотно спланированной и упорной работе. В отношении профилактики на данный момент возможно говорить лишь о предупреждении вторичного клаттеринг-синдрома: исключении нейроинфекций и других органических повреждений мозга. Для минимизации неблагоприятных коммуникативных последствий необходимо раннее выявление нарушения и начало коррекции. Изучение вопросов этиологии и механизмов, выработка критериев диагностики и методов логотерапии клаттеринга продолжается.

5. Логопедическое обследование лиц с нарушениями темпа речи

5.1. Логопедическое обследование при брадилалии и тахилалии

Обследование ведется комплексно: медицинское и психолого-педагогическое.

Содержание обследования включает: выяснение состояния нервно-психической сферы, интеллекта (по данным медицинской документации или обследования ребенка врачом-психоневрологом) и речи (на основе логопедического изучения).

У детей с брадилалией и тахилалией по медицинской документации уточняются данные, касающиеся возможных психических заболеваний, неврологической симптоматики.

Выясняются соматические и инфекционные заболевания в детском возрасте, травмы, опухоли головного мозга и др.

Схема обследования:

1) Подробно изучается *анамнез* по следующим направлениям: данные о речевых нарушениях у родителей и родственников и о наличии у них нервно-психических или хронических заболеваний; протекание беременности и родов у матери; данные о развитии речи ребенка (особо отмечается, не было ли дефектов слоговой структуры слов, аграмматизмов, повторений звуков и слогов, каков темп речи); влияние нарушенного темпа речи на учение в школе, на общение со сверстниками; особенности проявления брадилалии или тахилалии в разные возрастные периоды; условия жизни ребенка в семье (режим, взаимоотношения членов семьи, их отношение к ребенку); наклонности, интересы ребенка, его взаимоотношения со сверстниками, с коллективом; круг ситуаций, в которых эти нарушения темпа речи выражены в тяжелой форме; выраженность психических симптомов (отношения к своему дефекту, защитные приемы, влияние на речевое общение в. различных ситуациях: речь с родителями, на уроках, с незнакомыми и т. д.).

2) состояние *общей и ручной моторики* (способность к подражанию, самостоятельность, двигательная активность, наличие сопутствующих движений, тонус, темп, выразительность, координация и переключаемость движений, их сила, точность, объем), выявляется наличие брадикинезии;

3) состояние *мимики*;

4) состояние *речевой моторики, орального праксиса* посредством выполнения изолированных движений и их серий (отмечается наличие или отсутствие движения, замена данного движения другим, тонус, объем движений, активность, возможность удержания органов в заданном положении, темп движения, синкинезии);

5) *экспрессивная речь*: произношение звуков, слогов, слов, фраз; пересказ, рассказ, беседа, чтение стихотворных и прозаических текстов, вопросно-ответная форма речи, диалог, специфические формы речи (отраженная, сопряженная, шепотная, ритмическая), пение.

Отмечается: состояние звукопроизношения, возможность произнесения многосложных слов, длинных фраз, длинного связного текста;

наличие интер- и интравербального замедления или ускорения;

темп, ритм, ударение, интонация, голос (сила, тембр, модуляция, нарушение голоса) и другие дефекты устной речи;

6) *письмо*: списывание и самостоятельное письмо - диктант букв, слогов, длинных слов и фраз, длинного связного; текста. Фиксируется скорость и качество написания отдельных элементов и сложных комплексов.

У детей с баттаризмом и полтерн *особое внимание* обращается на исследование: - лексико-грамматического строя речи, семантики,

-слухового неречевого гнозиса, восприятия и воспроизведения ритмов, оптико-пространственного гнозиса и праксиса;

-слуховой, зрительной и моторной памяти;

-речевой активности.

В *логопедическом заключении* указываются:

-чистые формы брадилалии, тахилалии;

-разновидности тахилалии (баттаризм, полтерн);

-сочетание тахилалии с заиканием;

-степень выраженности (легкая, средняя, тяжелая);

-влияние патологически замедленной (ускоренной) речи на личность ребенка, на его коммуникативные возможности;

-круг ситуаций, в которых проявляется тахилалия;

-выраженность психических симптомов;

-нарушения внешней речи (звукопроизношения, лексико-грамматической и семантической сторон речи, просодии);

-нарушения внутренней речи, психических процессов (восприятия, внимания, мышления);

-особенности моторики;

-отклонения в поведении.

На основе логопедического заключения проводится дифференциальная диагностика нарушений темпа речи и заикания, дизартрии, нарушений речи у психических больных.

5.2. Логопедическое обследование при клаттеринге

При изучении детей с целью определения клаттеринга необходимо проводить исследования состояния, как речи, так и неречевых процессов.

Исследование речи. Производится оценка темпо-ритмического контура речи, особенностей голоса, звукопроизношения, слоговой структуры, сформированности грамматических категорий и связного высказывания, состояния слухоречевой памяти. У школьников изучаются навыки чтения, анализируются письменные работы. При клаттеринге, в отличие от заикания, отсутствуют речевые судороги, логофобия, речевые и двигательные уловки.

Изучение психических особенностей. С помощью тестирования, наблюдения и экспериментальных методик оцениваются психомоторные функции, личностные особенности, познавательное развитие. Обращается внимание на критичность ребенка к собственному поведению и речи. На основе полученных данных исключается интеллектуальная недостаточность, СДВГ.

В рамках дифдиагностики клаттеринга и заикания используется методика Дали. Она представляет собой набор утверждений, поделенных на 4 категории: прагматика, речевая моторика, познавательное и языковое развитие, проблемы почерка и координации движений. Каждое утверждение оценивается по 6-бальной шкале: чем больше баллов набрано в каждой категории, тем больше вероятность наличия «чистой» формы клаттеринга.

Исследование внимания: (Корректурные пробы, Счёт по Крепелину). Исследование последовательности разной модальности: слуховой, зрительной, моторной и речевой (методика .Miexner). Она включает изучение последовательности выполнения заданий в разной модальности: слуховой, зрительной, моторной и речевой. Методика состоит из: беседы, пересказа, проверки фонематического восприятия, слоговой структуры слова, изучение неречевого ритма, проверки серийного восприятия визуальной сферы и проверки серийного восприятия рецептивно-двигательных чередований Программа обследования состоит из 6 заданий.

Первое задание включает моторные ответы на звуковые ритмические стимулы. Ребенок должен прослушать ритмический рисунок, который отстукивается карандашом по столу логопедом, при этом рука экранируется и простучать в том же ритме. Второе задание направлено на моторные ответы, на зрительно - ритмические стимулы. На карточке предъявлялась графическая схема ритмического рисунка и надо простучать столько раз, сколько точек изображено и в таком порядке, в каком группы точек следуют друг за другом. Третье задание включает моторные ответы на одновременное предъявление звуковых и зрительных ритмических стимулов. Ребенку предлагается ритмический рисунок и одновременно графическая схема. Надо запомнить схему и простучать по памяти. Четвертое задание включает графическую запись (точки карандашом) в ответ на предъявление звуковых ритмических стимулов. Ребенку надо прослушать ритм и записать точками графическую схему. Проводится анализ на возможность воспроизведения простых и усложненных ритмических рисунков. Также обращается внимание на темп выполнения ритмического рисунка без количественного анализа. Пятое задание на изучение серийного восприятия визуальной сферы.

Ребенок должен рассмотреть и запомнить картинки в количестве от 5- 10 и потом через некоторое время назвать их. Учитывается количество правильных ответов. Шестое задание на изучение серийного восприятия рецептивно-двигательных чередований. Ребенку предлагалось повторить серию движений: ладонь, кулак, ребро, ладонь.

6. Логопедическая коррекция нарушений темпа речи

6.1. Коррекционное воздействие при тахилалии

Коррекционное воздействие при тахилалии осуществляется комплексно.

Коррекция тахилалии может занимать от 3 месяцев до 1 года. При тяжелых органических патологиях возможен вариант, при котором полное восстановление невозможно. Для коррекции привлекаются неврологи, психотерапевты, психиатры.

Лекарственные препараты принимаются только по назначению врача. Сами назначения зависят от основной патологии. При неврологических заболеваниях используются ноотропы (Цераксон, Кавинтон, Альфахолин, Церебролизин, Церепро), витамины группы В, миорелаксанты (Баклофен). При эпилепсии подбираются схемы из различных групп антиконвульсантов (Ламотриджин, Депакин, Карбамазепин, Зептол).

При психических патологиях подбирают схему лечения, которая может состоять из антидепрессантов, противотревожных и антипсихотических средств. Важны сеансы психотерапии, которые позволяют адаптироваться к общественной жизни.

Пациентам назначают лечебную физкультуру, физиотерапию, бальнеотерапию. Также проводится нейроседативный массаж, который приводит к глубокой релаксации организма. Процедура успокаивает больных, положительно влияет на самочувствие в случае депрессивных состояний.

Логопед обучает пациента специальным упражнениям. При тахилалии специалисты назначают речевую гимнастику, включают больным записи с нормальным темпом речи. Пациенты должны при этом имитировать и повторять слова и предложения. Могут применяться коллективные сеансы терапии. Хороший эффект показывают упражнения логопедической ритмики.

У детей развивают мышление, заставляя их пересказывать тексты по плану, при этом соблюдая нормальный темп речи. Логопед может начинать фразу или предложение, а пациент должен их закончить. За детьми наблюдают в течение года, поскольку тахилалия способна возобновляться.

Тахилалия часто сопровождается нарушениями обшей моторики, вегетативной нервной системы, лексических процессов, эмоционально – волевой сферы.

Поэтому преодоление тахилалии следует начинать с нормализаиии общих движений:

- замедления их темпа;
- тренировки координации;
- формирования ритмичности, плавности.

Основные принципы логопедической и психологической работы по устранению тахилалии разработаны Ю.А. Флоренской и З.С. Ходоровой еще в 1935 г. В настоящее время для преодоления патологически ускоренного темпа речи применяется комплексный метод. Он состоит из ряда направлений:

1. Медицинское воздействие (медикаментозное и физиотерапевтическое укрепление нервной системы).

2. Логопедические занятия (упорядочение темпа речи, воспитание логического мышления, внимания, нормализация просодической стороны речи: ритма, мелодики, пауз).

3. Специальные виды лечебной физкультуры.

4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, общей и речевой моторики).

Вся указанная работа проводится обязательно в коллективной форме, пусть небольшой, но группой. Ю.А. Флоренская подчеркивала, что коллектив используется как начало, сдерживающее, дисциплинирующее и снижающее повышенную психомоторную возбудимость.

Полезны регулярные спортивные нагрузки, традиционные общеукрепляющие процедуры (физиотерапия, закаливание и др.) в сочетании с рекомендованными врачом медикаментозными средствами, консультации психотерапевта. Важно обратить внимание на режим дня и спокойный сон.

Параллельно необходимо выполнять специальные упражнения на тренировку зрительного, слухового, речевого внимания, памяти, логики мышления.

Речевая работа по преодолению тахилалии предполагает формирование:

– медленного, плавного, ритмичного дыхания;

- правильного голосоведения;
- ритмического чтения в небыстром темпе;
- плавного, «чистого», «безошибочного» письма;
- спокойной, внятной, упорядоченной речи с правильным интонированием, паузацией и установкой логических ударений;
- нового общего и речевого поведения в коллективе;
- внимания к речи, преодоления трудностей в выборе слов и выражении своих мыслей.

Логопедическая работа во многом сходна с коррекцией заикания, но логопед учитывает механизмы и симптомы именно этого нарушения. Обязательно в логопедическую коррекцию включается логоритмика. Основой таких занятий является медленный темп. Работа по преодолению нарушений темпа речи часто является профилактикой заикания.

6.2. Коррекционное воздействие при брадилалии

Коррекционное воздействие при брадилалии также проводится комплексно. Она состоит из следующих направлений:

1. Медицинское воздействие (лечебное укрепление нервной системы медикаментами, физиотерапевтическими процедурами).

2. Специальные виды лечебной физкультуры.

3. Логопедические занятия, основной целью которых является выработка четких и быстрых речевых движений.

4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, развитие речевой и общей моторики, внимания, памяти). Большой эффект дают занятия с быстрой маршировкой и бегом под музыку, частые переключения движений в зависимости от изменения характера музыки, разнообразные подвижные игры, сопровождаемые речью.

При коррекционной работе необходимо направить лечение на внешнюю и внутреннюю речь пациента. Упражнения должны основываются на вербальном и невербальном мышлении, на ускорении речи и другое. Первоочередную задачу в коррекционной работе оказывает логопед.

Форма занятий должна включать в себя возраст и интересы ребенка, это поможет выработать индивидуальный подход и провести эффективную, целенаправленную работу над поведением.

Одна только коррекционная работа с логопедом не поможет быстро исправить проблему с речью у ребенка, важно ещё самостоятельно следить за поведением и собственной речью в повседневной жизни.

Также, положительное влияние на улучшение эмоциональности речи, моторики и мимики ребенка оказывают: физиотерапевтические процедуры; лечебная физкультура; массаж; подвижные и развивающие игры; аутогенные тренировки; пение, танцы, спорт; чтение книжек, отгадывание загадок.

Для реализации эффективного лечения помимо индивидуальных занятий, внедряются ещё и групповые занятия. Коллективная работа подразумевает избавления от страха ребенка в общении с кем-то ещё, для этого в группах логопед проводит игры, организовывает обсуждение, а затем плавно передает инициативу – детям. Участники контролируют речь и темп общих движений и речи.

Для преодоления речевого расстройства используется медицинское воздействие с медикаментозным, физиотерапевтическим, психотерапевтическим лечением; дидактические методы; работа с логопедом и лечебная физкультура.

При брадилалии лечение, в первую очередь, направлено на повышение активности нервной системы. Также применимы физиотерапевтические процедуры для урегулирования общего тонуса организма и укрепления физического здоровья в целом.

При лечении брадилалии с логопедом, занятия направлены на следующие моменты:

- развитие у пациента быстрой и четкой речи
- ускорение темпа речи, письма и чтения
- обучение правильной расстановки пауз и ударений

При выраженной брадикинезии важно сразу нормализовать общую моторику: координацию, ритм общих движений в ускоренном темпе. Дополнительно стоит проработать и развить слуховое, зрительное внимание, воспроизведение ритмов и т. д. Постепенно подключая речевой материал к занятиям.

Коррекция речи основывается на речевых упражнениях. Основными являются:

- Проработка произношения слов, слогов, фраз, скороговорок и т.д.
- Чтение
- Чтение под отбиваемый такт
- Слушание и повторение услышанного
- Заучивание диалогов и их проговаривание
- Сценические выступления

Все логопедические занятия проводятся на чуть ускоренной речи. Но начинают эту работу очень постепенно и осторожно. Сначала логопед дает образец нормального темпа, произнося легкий для проговаривания речевой материал (слоги, слова, короткие фразы, скороговороки и т.п.). Затем «задает» темп отхлопыванием, дирижированием и т.д., и дети повторяют данный речевой материал многократно, постепенно ускоряя темп речи и следуя за все убыстряющимися хлопками логопеда. При этом необходимо следить, чтобы дети не переутомлялись, так как их возможности весьма ограничены.

На следующем этапе детей упражняют в быстром произнесении (по очереди) заученного стихотворения по строчкам. Логопед показывает на ребенка, а тот быстро произносит очередную строчку. Для оживления занятий нужно вводить в них элементы игры, «обмана», например, логопед смотрит на одного ребенка, а указывает на другого. Эмоциональная атмосфера занятия способствует лучшему усвоению навыка, развивает внимание.

Затем проводят различного рода инсценировки, рассказывание сказок, по ролям. При этом логопед добивается не только ускоренного темпа речи, но и ее выразительности. На последних этапах работы детей упражняют в произнесении скороговорок и закрепляют навыки нормальной речи.

Для ускорения речи у детей коррекция проходит постепенно в несколько этапов:

На первом этапе логопед произносит простую фразу (например, «котёнок пил тёплое молоко»), задавая темп речи (дирижированием, хлопками в ладоши или простукиванием ритма по столу).

Дети повторяют фразу несколько раз, следуя за ускоряющимся темпом, задаваемым логопедом.

На втором этапе дети быстро произносят строчки из знакомого стихотворения.

Третий этап коррекционной работы заключается не только в стимуляции скорости речи, но и работа над ее выразительностью. С детьми ставят сценки, где они разучивают инсценировки по ролям, закрепляя требуемый темп и ритм речи.

На четвертом (заключительном) этапе дети работают со скороговорками, которые способствуют закреплению полученных навыков и развитию речевой моторики.

Улучшению речи при брадилалии способствуют занятия по логопедической ритмике: дети двигаются под заданный им ускоренный ритм, быстро

маршируют, бегают, выполняют упражнения под ритмичную музыку, играют в подвижные игры с речевым сопровождением.

Такие занятия выполняются под счет, для контроля над темпом выполняемых упражнений.

Ритмические задания для рук, ног и туловища. Выполнять их нужно быстро и четко. Например, хлопки ладонями, взмахи флажками, топтание на месте и т.д.

Пение мелодий с разными тональностями

Активные игры как без сюжета (ловушки, эстафеты и подобны), так и сюжетные (по мотивам сказок или других жизненных ситуаций).

При устранении брадилалии логопедические приемы направлены на воспитание: более быстрых и четких речевых движений, темпов письма и чтения, правильного ритма, пауз, ударений.

Рекомендуются также психологическая помощь, занятия спортом, выполнение упражнений на координацию, точность, смену скорости и ритма движений, активизация мыслительной деятельности (неречевое и речевое мышление, быстрое словесное оформление мысли), внимания, памяти, восприятия, переключений.

Осознание ритма как ведущего принципа организации функционирования мозга позволяет разрабатывать и использовать многообразные технологии развития разных видов деятельности у детей в норме и при речевых расстройствах. В случае речевой патологии использование ритмической стимуляции движений и речи способствует развитию пластичности центральных регуляторных механизмов, что повышает эффективность коррекционной работы.

6.3. Коррекционное воздействие при клаттеринге

Речевые и психологические особенности лиц с клаттерингом диктуют необходимость выстраивания специальной коррекционной работы. В первую очередь, она должна быть направлена на контроль темпо-ритмической организации речи, формирование правильной последовательности высказывания, развитие психических функций. Наработка и обобщение практического опыта по коррекции клаттеринга продолжается. Основными направлениями логопедической работы служат:

Нормализация темпа речи.

На занятиях используется замедленная плавная речь. Вслед за логопедом (отраженное повторение) или вместе с ним (сопряженное повторение) дети учатся произносить слова и фразы неторопливо, четко. Для упорядочения устной речи используется заданный ритм. Ведется работа над выразительностью, эмоциональностью высказывания. Полезно включение элементов логопедической ритмики.

Улучшение речевых навыков.

Включает отработку умения понятно и логично излагать свои мысли. На данном этапе подключаются приемы построения рассказа по картинкам, ведения диалога, заучивания стихов, медленного чтения с пересказом, самостоятельного рассказа. Ребенка учат планировать свое высказывание, т.е. сначала формулировать суждение «про себя».

Совершенствование артикуляционной моторики.

Имеет значение в контексте формирования разборчивой речи. Предполагает проведение артикуляционной гимнастики, выработку плавного речевого выдоха и звуковых переключений. При отсутствии звуков выполняется их постановка и закрепление, при искажении – коррекция произношения.

У детей с клаттерингом обнаруживаются специфические нарушения речи, особенности темпоритмической организации движений и речи, а также нарушения внимания, двигательной, зрительной и слухоречевой памяти, то коррекционная работа должна осуществляться по следующим направлениям:

1.Развитие психических функций: внимания; двигательной, зрительной и слухоречевой памяти.

2.Развитие темпоритмических характеристик движений и речи включает 4 этапа.

На первом этапе детей обучают возможности воспринимать и оценивать темпоритм движений для выработки навыка саморегуляции.

На втором этапе детей обучают возможности воспринимать и оценивать темпоритмы речи окружающих взрослых и детей на материале стихотворных и прозаических текстов.

Третий этап работы направлен на обучение регулированию собственного темпоритма речевых и неречевых движений.

На четвертом этапе дети обучаются оценке собственного темпоритма речи, что имеет большое значение для развития навыков самоконтроля.

3.Развитие внутреннего речевого планирования. Большую роль в этом процессе играет зрительная опора на предъявляемый материал. Поэтапно предлагается выбрать предмет и действие с ним, предмет, его признак и действие с ним.

4. Формирование навыков планирования своих действий, обучение самоконтролю, формирование социальных норм поведения. Эта работа должна направляться на изменение эмоционально – личностных реакций в поведении, на формирование адекватных форм реагирования, развитие социальных установок личности.

Содержание технологии развития моторного и речевого ритмов у детей включает 5 разделов:

1 Моторный ритм. Развитие темпа движений и темпа речи, координации движений на музыкальных и логопедических занятиях:

первый комплекс упражнений направлен на развитие восприятия, дифференциации и воспроизведения темпа движений;

второй – на развитие восприятия, дифференциации и воспроизведения темпа движений и речи; комплекс упражнений на развитие темпа речи в процессе произнесения слогов, одного слова, одного предложения, стихотворного текста, прозаического текста.

2 Музыкальный ритм. Развитие чувства музыкального ритма: обучение выделению метрического акцента в движении; обучение выделению неожиданного и переходного акцента в движении; развитие чувства музыкального размера.

3. Речевой ритм на музыкальных занятиях. Развитие слогового, словесного и синтагменного ритмов на музыкальных занятиях.

4 Речевой ритм на логопедических занятиях.

Развитие ритма на логопедических занятиях: слогового - формирование умения слышать и воспроизводить двусложные слоговые ритмы; развитие умения слышать и воспроизводить трехсложные слоговые ритмы;

словесного: формирование умения слышать и воспроизводить двусложный словесный ритм; развитие умения слышать и воспроизводить трехсложный словесный ритм; развитие умения слышать и воспроизводить четырехсложный словесный ритм;

синтагменного: отрабатывается на стихотворных и прозаических текстах в сочетании с движением руки - прослушивание текста стихотворения; прослушивание ритма стихотворения под движение руки педагога; татакирование ритма стихотворения детьми вместе с педагогом; татакирование ритма стихотворения в сопровождении с проговариванием самостоятельно; воспроизведение стихотворения без движения руки.

5 Логоритмические игры. Развитие темпо-ритмических и координаторных способностей на логопедических и музыкальных занятиях.

С детьми младшего школьного возраста с клаттерингом рекомендуется использовать такие формы работы, как:

пересказ отрывка текста, декламирование с жестикуляцией и без, рассказ, чтение текстов в ролях, чтение фразы по одному слову, упражнения на выразительность речи, чтение через прорезь;

упражнения на преодоление дефектов внутренней речи, ответы на вопросы, составление плана ответа, математических задач, тестов;

работа над темпом речи: движения под счет, счет, сопровождающийся движением; проговаривание по слогам с отстукиванием, чтение под метроном.

Кроме того, на занятиях рекомендуется применять различные речевые методики, логоритмику, речевые упражнения под такт, громкое чтение, прослушивание образцов правильной речи, составление рассказов, пересказов, чтение про себя и, конечно же, публичным выступлениям.

Логопеду рекомендовано выстраивать ход занятий следующим образом:

Речевые задания произносятся в замедленном темпе. Можно использовать отраженное (вслед за педагогом) или сопряженное (одновременное) повторение. Фразы, слова проговариваются неторопливо и четко. Рекомендуется в начале урока задавать нужный ритм речи и придерживаться его точно, можно использовать негромкую музыку.

Проводится работа над эмоциональностью, выразительностью речи. Логопеды просят ребенка проговаривать одну фразу с разными эмоциями, шепотом, громко и т.д.

Отрабатываются умения излагать мысли правильно. Рекомендуется заучивать наизусть стихи, составлять рассказы по картинке, вести диалоги, пересказывать прочитанное или услышанное.

Рекомендуется тренировка навыка планирования высказывания. Сначала ребенок проговаривает фразу, несколько предложений про себя, затем вслух.

В занятее рекомендуется включать артикуляционную и дыхательную гимнастики для формирования разборчивой, внятной речи. Этот прием полезен и при полтерне (спотыкании). Для занятий со школьниками выбирайте дыхательные упражнения по Стрельниковой.

Для закрепления чистоты произношения звуков проводитса их постановка, коррекцию при необходимости.

Со школьниками проводится работа над коррекцией дислексии и дисграфии.

Литература

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

2. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание. - М., 1993.

3. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание. – М., 2001.

4. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Основные логопедические технологии формирования плавной речи у заикающихся // Дефектология. – 2001. - №4. – с. 49-54

5. Бернштейн Н. А. О построении движений. — М: Медгиз, 1947. — 255с.

6. Брызгунова Е.А. Звуки и интонация русской речи. – М.: Просвещение, 1972.

7. Визель Т.Г. Коррекция Нарушений плавности фразовой речи у детей. В сб. "Диагностика и коррекция речевых нарушений". СПб., 1997, с. 63-73.

8. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М.: Владос, 2002.

9. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения. – СПб.: Детство – Пресс, 2002.

10. Дыхательная гимнастика Стрельниковой в школе здоровья Н. Семёновой «Надежда». – СПб.: Диля, 2002.

11. Калягин В.А. Если ребенок заикается. – СПб, 1998.

12. Копачевская Л.А., Лаврова Е.В. Формирование интонационной выразительности у детей с речевыми нарушениями // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. – с. 200-211

13. Крапивина Л.М. Комплексная коррекционно-педагогическа система воздействия для выработки устойчивого состояния плавной речи заикающихся детей младшего дошкольного возраста // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. – с. 166-176

14. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Владос, 2002.

15. Лопухина И.С. Логопедия. Речь, ритм, движение. – СПб.: Дельта, 2001.

16. Основы логопедии. / Под ред. Т.В.Волосовец. – М.: Академия, 2000.

17. Павалаки И.Ф. Темпо-ритмическая организация движений и речи заикающихся дошкольников. – М., 1996.

18. Парамонова Л.Г. Логопедия для всех. – М.: АСТ, 1997.

19. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.

20. Поварова И.А. Практикум для заикающихся. – СПб.: Союз, 2000.

21. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях.– часть 1. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

22. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

23. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 374 с.

24. Поникарова В.Н. Дефектология. Основы дифференциальной диагностики: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 170 с.

25. Поникарова В.Н. Дефектология. Психологические основы логопедии: Учеб. пособие. в 3-х частях. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н.– часть 1. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 351 с.

26. Поникарова В.Н. Дефектология. Клинические основы логопедии: Учеб. пособие в 3-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 293 с.

27. Поникарова В.Н. Клиническая психология: учебное пособие – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Курск, 2021.

28. Селиверстов В.И. Заикание у детей. – М.: Владос, 1994.

29. Рождественская В.И., Павлова А.И. Игры и упражнения для исправления заикания. – М.: Просвещение, 1978.

30. Соловьева Е.Н. Путь к преодолению заикания. Система занятий. – СПб.: Детство – Пресс, 2002.

31. Троян Г.А. О некоторых нетрадиционных приемах преодоления заикания // Дефектология. – 1995. - №6. с. 16-19

32. Тугова М.А. Развитие выразительной речи у детей с речевыми нарушениями // Дефектология. – 1995. - №2. с. 7-10

33. Фесенко Ю. А., Миссуловин Л. Я., Лохов М. И., Лалаева Р. И. Психологическая и педагогическая коррекция заикания. СПб.: Ленингр. гос. ун-та им. А. С. Пушкина, 2012. 164 с.

34. Филичева Т.В., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М.: Просвещение, 1987.

35. Флерова Ж.М.Логопедия. – Ростов-наДону: Феникс, 2000.

36. Шевцова Е.Е. Артикуляционный массаж в системе преодоления заикания у детей // Дефектология. – 1998. - №1. с. 38-40

37. Шкловский В.М. Заикание — М.: ICE. 1994. — 248 с.

38. ЯрославцеваА. Формирование интонационной выразительности речи у детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями, 2002.

39. Ястребова А.В., Лазаренко О.И. Комплекс занятий по формированию у детей 5 лет речемыслительной деятельности и культуры устной речи. – М.: Аркти, 2001.

РАЗДЕЛ II. ЗАИКАНИЕ КАК НАРУШЕНИЕ ТЕМПОРИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ РЕЧИ

1. Этиология и патогенез заикания

1.1. Заикание как нарушение темпоритмической организации речи

Заикание – полиэтиологическое и полипатогенетическое нарушение темпо-ритмической организации речи, проявляющееся расстройством её нормального ритма, непроизвольными остановками в момент высказывания или вынужденными повторениями отдельных звуков и слогов, что происходит вследствие судорог органов речевого аппарата.

По данным как отечественных, так и зарубежных авторов заикающихся среди детей около 2%. Среди взрослого населения число заикающихся достигает 1%.

Отмечается превалирование заикания среди мужчин.: соотношение заикающихся мужчин и женщин колеблется от 1,4 :1 до 10 : 1. Заикание значительно чаще возникает у мальчиков, чем у девочек. В среднем это соотношение составляет 4:1. Также среди заикающихся детей встречается больше девочек, чем среди заикающихся женщин. Это объясняется более сильными компенсаторными возможностями женского организма. (лучшим врожденным развитием двигательных центров левого полушария женщины сравнительно с мозгом мужчины.)

Наиболее вероятно возникновение заикания в возрасте от 2, 5 до 5лет, этот период является критическим (т.к. происходит формирование развёрнутой обобщённой фразовой речи) для возникновения заикания.

Заикание, начавшееся у детей в дошкольном возрасте, рассматривается как самостоятельная речевая патология, в отличие от так называемого симптоматического или «вторичного» заикания, которое наблюдается при патологии головного мозга органического генеза или нервно-психических расстройств».

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

Теоретические и клинические исследования причин заикания идентифицируют его как *заболевание, имеющее разную этиологию – генетическую, физиологическую и психологическую*. Генетический риск появления заикания составляет от 12 до 69%.

А.В Ястребова, Т.П.Бессонова считают, что заикание - это «*расстройство речи с преимущественным нарушением коммуникативной ее функции*».

Некоторые исследователи рассматривали заикание как нарушение плавности речи. Распространена точка зрения о заикании как о нарушении моторного контроля.

1.2. Этиология заикания

Заикание независимо от *этиологии* этого расстройства проявляется главным образом в моторных аспектах речи.

Традиционно в этиологии заикания отмечается совокупность *экзогенных* и *эндогенных* факторов (В.А. Гиляровский, М.Е. Хватцев и др.).

В классической логопедии выделяют две группы причин заикания — *предполагающие* и *производящие*, или провоцирующие. При этом некоторые этиопатологические факторы могут как способствовать возникновению заикания, так и непосредственно вызывать его.

К *предрасполагающим* причинам относятся:

наследственность — невропатическая генетическая отягощённость у родственников первой линии (родителей, братьев, сестёр, детей), которые имели такие "гипертрофированные" черты характера, как потребность в одобрении и расположении всех окружающих людей, ночные страхи, недоверие, зацикленность на собственных переживаниях, непереносимость критики, неуверенность в себе и т. д.;

невротические особенности заикающегося (ночные и дневные страхи, дневное или ночное недержание мочи, повышенная импульсивность, эмоциональная несдержанность).;

паследственная отягощённость по подкорковой недостаточности, т. е. наследственные заболевания, которые связаны с нарушением работы отделов мозга, участвующих в координации двигательной активности (таламический синдром Дежерина — Русси, гипоталамический синдром, болезнь Паркинсона, повышение постуральных (статических) рефлексов, паллидарный тремор, гипотонически-гиперкинетический синдром, гемибаллизм);

патология, развившаяся у ребёнка ещё в утробе матери или сразу после рождения (гипоксия, ишемия и внутрижелудочковые кровоизлияния);

соматоневрологические заболевания с энцефалопатическими последствиями (нехватка кислорода плоду, инфекция во время беременности; резус-конфликт и конфликт по АВО системе; асфиксии и/или гипоксия новорождённого;

травма при родах; врождённый порок сердца; последствия черепно-мозговых травм; интоксикация этиловым спиртом, свинцом, хлороформом, наркотиками и бактериальными токсинами — дифтерией, столбняком);

ослабление или исчерпание возможностей нервной системы компенсировать нарушения в результате инфекционных и соматических заболеваний, а также при наличии трудностей социальной адаптации.

Эти причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития, к речевым устройствам и способствуют развитию заикания.

К *неблагоприятным* условиям относятся: физическая ослабленность детей, возрастные особенности деятельности мозга, ускоренное развитие речи, психическая депривация, недоразвитие ритмических центров речи.

Провоцирующие факторы: острая психогения, билингвизм или полилингвизм, ускоренный темп речи, нарушение произносительной стороны речи, подражание.

Л.З. Арутюнян предлагает рассматривать 3 возможные причины происхождения заикания.

Первая – когда оно появляется на фоне отстающего речевого онтогенеза. Обычно в анамнезе этих детей нет указаний на психотравмирующую ситуацию.

Вторая - снижение степени латерализации мозга в целом, и вербальной функции в частности, не позволяет левому полушарию в полной мере осуществлять ведущую роль по отношению к процессам в правом полушарии. При этом мозг ребенка как бы «готов» к заиканию. Известно, что уже незначительная степень эмоциональной напряженности ведет к снижению помехоустойчивости. Левое полушарие менее помехоустойчиво, чем правое, и в результате обратный звуковой сигнал может достигать их со смещением во времени, что может спровоцировать заикание.

Третья - появление заикания на почве воздействия стресса на первоначально здоровый детский мозг, в котором еще не полностью определилась латерализация функций коры. Во всех рассмотренных случаях речевая судорога является результатом временного рассогласования, нарушения саморегулировки системы речи.

В настоящее время заикание рассматривается как *полиэтиологическое расстройство* (Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова). К факторам, вызывающим заикание относятся:

Определенный возраст ребенка,

Состояние ЦНС,

Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза,

Особенности формирования функциональной асимметрии мозга,

Наличие психической травматизации,

Генетический фактор,

Половой диморфизм,

Дизонтогенез.

Определенный возраст ребенка

По данным многочисленных наблюдений в подавляющем числе случаев первые признаки появляются в возрасте 2–6 лет. Имеются лишь единичные случаи, когда заикание появлялось после семи лет. Такая возрастная избирательность появления заикания связана с тем, что формирующиеся в дошкольном возрасте координаторные механизмы речевой деятельности находятся в стадии интенсивного формирования. Физиологические исследования свидетельствуют о том, что любая функциональная система, находящаяся в стадии интенсивного развития, является избирательно ранимой под влиянием вредоносных факторов.

Состояние центральной нервной системы

Формирование мозговой организации психических процессов в онтогенезе происходит от стволовых и подкорковых образований к коре головного мозга (снизу верх), от правого полушария мозга к левому (справа налево), от задних отделов мозга к передним (сзади наперед). Вершиной церебрального функционального онтогенеза являются нисходящие контролирующие и регулирующие влияния от передних (лобных) отделов левого полушария к субкортикальным.

Нередко у заикающихся отмечается органическое поражение мозга резидуального характера, возникающее во внутриутробном, пренатальном или постнатальном периодах развития. Это поражение, как правило, бывает диффузным, в то же время обычно отмечаются те или иные отклонения в состоянии моторных структур мозга. По крайней мере, у 90% детей заикание связано с минимальной дисфункцией мозга (МДМ). Конечно, с возрастом последствия резидуальных поражений мозга сглаживаются, но никогда не исчезают полностью.

Однако, у части заикающихся исследования не обнаруживают органического поражения мозга. В то же время они характеризуются такими чертами поведения, как повышенная впечатлительность, тревожность, низкий уровень адаптации к новьм условиям, что свидетельствует об особом, более ранимом состоянии центральной нервной системы, чем в норме.

В целом для заикающихся характерна недостаточность двигательной сферы, выраженная в разной степени. Речь предъявляет высокие требования к тонко дифференцированной моторной деятельности, совершенство которой зависит от целостности и степени зрелости центральной нервной системы.

Индивидуальные особенности протекания речевого онтогенеза

В речевом развитии детей отмечаются периоды, когда их нервная система испытывает большое напряжение. Для начала заикания особое значение имеет период интенсивного формирования речи. В это время для многих детей характерно появление физиологических итераций.

Выявляется значительное несоответствие между пока еще недостаточно оформленным речевым дыханием и психической возможностью произнесения сложных фраз.

Психическая сторона речи в этот период опережает возможности ее моторной реализации. В свою очередь, наряду с наличием высокой степени речевой мотивации при заикании имеется выраженная несформированность процесса внутреннеречевого программирования. С этим несоответствием связано появление в речи у детей физиологических итераций в виде повторения слогов, слов, словосочетаний. Кроме этого, в речи имеются необоснованные паузы и ошибки в лексико-грамматическом структурировании контекстного высказывания.

Онтогенез речи при заикании имеет свои особенности. Так, Г. А. Волкова выделяет три группы детей с заиканием, отличающиеся особенностями становлениями функции говорения.

I группа. У детей с первого месяца до одного года прослеживается ускоренное развитие предречевых вокализаций и высокий уровень развития произвольной моторики. В 4 месяца отмечается активный лепет. С 9 месяцев отмечается активное подражание звукам взрослых. В 10 месяцев дети уже владеют восемью – десятью словами. После 1 года и до 3 лет развитие экспрессивной речи происходит ускоренным темпом. Фраза появляется в 1год 7месяцев; в 2года 7 месяцев появляются сложносочиненные предложения. В 2 года 4 месяца наряду с опережающим развитием экспрессивной речи может отмечаться задержка или ускоренное развитие импрессивной речи.

II группа. У детей отмечается недоразвитие экспрессивной речи и замедленное или неравномерное развитие импрессивной речи и общей моторики. Иногда отмечается недоразвитие моторики и задержка развития импрессивной речи до одного года, но экспрессивная речь развивается нормально. Лишь после второго года жизни сказывается неравномерность раннего развития и наступает задержка в развитии экспрессивной речи. В других случаях отмечается ускоренное развитие моторики и импрессивной речи, но ярко проявляется задержка развития экспрессивной речи; к 2 годам возникает ярко выраженное отставание в развитии моторики, однако развитие импрессивной речи соответствует возрасту.

III группа. У детей имеется стойкое задержанное развитие моторики и обеих сторон речи. Импрессивная речь отстает в развитии на 3 – 4 месяца: позже, чем в норме появляется слуховое сосредоточение, «комплекс оживления», понимание значения слов. На втором – третьем году жизни развитие импрессивной речи продолжается с задержкой на 5 – 6 месяцев и лишь к концу третьего года жизни разрыв сокращается до 4 месяцев. Отставание в экспрессивной речи в первый год составляет 2 – 3 месяца, первые слова появляются в 1 год 4 месяца. На втором году не отмечается скачка в развитии экспрессивной речи, описательная речь появляется к 2,5 – 3 годам. После 2 лет отставание в развитии экспрессивной речи составляет 5 – 6 месяцев.

Таким образом, большое значение в появлении заикания может иметь и темп речевого развития. Появление развернутой фразовой речи к 1,6–1,8 года жизни делает формирующуюся функциональную систему речи более ранимой.

Аналогичная ситуация возникает при некоторой задержке речевого развития. У детей с задержкой речевого развития нередко наблюдается интенсивное развитие фразовой речи в 3,5–4,5 года, что ослабляет координаторные механизмы формирующейся речевой системы и может способствовать появлению заикания.

Особенности формирования функциональной асимметрии мозга

Под *функциональной асимметрией мозга* в настоящее время принято понимать такое неравенство больших полушарий мозга в обеспечении нервно-психической деятельности, при котором в отношении одних функций главным оказывается левое, а других – правое полушарие.

В ходе онтогенеза комплекс структур мозга, обеспечивающий функции речи, претерпевает динамические изменения (как функциональные, так и структурные). При этом роль двух больших полушарий в 18 мес и в более старшем возрасте различна. Предполагается, что у младенцев при обработке интонационных аспектов вербальной информации, а также узнавании ключевых слов основную роль играет правое полушарие. Когда в онтогенезе возникает потребность в сложных формах вербальной перцепции, а в речи появляются синтаксические структуры (начиная с предложений из 3 слов), доминирующую роль начинает играть левое полушарие. Это доминирование становится полным к 4 – 5 годам, когда речь приобретает связность. Таким образом, критическим для формирования речи является возрастной период от первого года жизни до 4—5 лет. Этот период также обозначается как сенситивный, и в нем происходит образование прочных связей между речевыми зонами ЦНС. Хотя с наибольшей интенсивностью формирование речевых областей ЦНС протекает именно в первые годы жизни, предполагается, что их созревание продолжается на протяжении всего детства.

Известно немало наблюдений, свидетельствующих о тесной связи заикания с левшеством. На это указывает большой процент левшей среди заикающихся, значительно превышающий процент левшества в популяции. Есть указания также на то, что заикание нередко возникает при перевоспитании леворукости на праворукость. В тех случаях, когда переучивание происходит грубо, а также в неадекватно сжатые сроки, у ребенка может появиться заикание.

Следует учесть, что при левшестве у детей наблюдаются высокая общая эмоциональность, боязливость, тревожность и другие показатели, которые нередко ведут к невротическому реагированию при воздействии различных патогенных раздражителей.

Электрофизиологические исследования свидетельствуют о том, что у заикающихся нарушается ведущая роль левого полушария в организации устной речи (И. В. Данилов, И. П. Черепанов, 1970). Ослабление гармонического взаимодействия между симметричными структурами мозга у заикающихся делает такую центральную нервную систему особо ранимой, что, в первую очередь, отражается на их речевой функции.

Заикание может быть обусловлено межполушарной дискоординацией. При этом не происходит своевременная полушарная латерализация ритмического компонента просодии. В норме правополушарный ритм речи подчиняется левополушарному смысловому механизму. Чем старше становится ребенок, тем все более значительным становится вклад доминантного (левого) полушария в речевые процессы (Ч.Д. Ньокиктьен, Н.Н. Заваденко и др.).

Наличие психической травматизации

Появление заикания часто связывают с перенесенной психической травмой.

Психические травмы разделяют на острые и хронические, причем объективная сила воздействия психического фактора травмы не имеет решающего

значения. По своему конкретному содержанию психические травмы отличаются большим разнообразием. Реакция на психическую травму в виде заикания характерна для психомоторного уровня реагирования центральной нервной системы, что свойственно детям дошкольного возраста.

В большинстве случаев психическая травма является пусковым моментом в возникновении заикания. Именно вскоре после перенесения острой психической травмы или на фоне хронических конфликтных ситуаций у многих детей появляются запинки судорожного характера.

У детей заикание протекает в виде *моносимптоматического невроза*. Моносимптоматический невроз — состояние, характеризующееся преобладанием признаков нарушения функции какого-либо отдельного органа (при отсутствии органического поражения), в силу чего картина болезни приобретает характер не психопатологической симптоматики, а доминирования какого-либо соматического синдрома. Моносимптоматический невроз (невроз данного органа) часто наблюдается в дошкольном и младшем школьном возрасте, ибо в этом возрасте наиболее выражена реактивность организма.

Основным признаком *невротического* заикания следует считать психогенно-реактивное его начало у детей 2 (3)- 5 лет с нормальным речевым, интеллектуальным и общемоторным развитием. Появлению запинок в речи могут предшествовать соматическая ослабленность, общеневротические расстройства соматического и психореактивного генеза. Течение заикания имеет благоприятный характер, однако предшествующая невропатия или повторные психогении значительно утяжеляют клинику и прогноз невротического заикания.

Неврозоподобное заикание часто имеет постепенное начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи. Отмечаются задержки в речевом и моторном развитии, полиморфизм психопатологической симптоматики (сочетание неврозоподобных и церебрастенических расстройств) и речевых нарушений (наличие дислалии, тахилалии и т.д.). Отмечается судорожная готовность, склонность к гиперкинезам, стойкость сопутствующих движений. Судороги локализуются преимущественно в артикуляционном аппарате. Выявляются остаточные явления раннего органического поражения головного мозга, с акцентом на его моторных структурах, и стойкие вазовегетативные нарушения.

Существуют также *смешанные* формы заикания: невротическое заикание, возникающее на фоне резидуальной цереброорганической недостаточности, и неврозоподобное заикание, осложненное невротическими реакциями.

Генетический фактор

Считается, что отягощенная наследственность по заиканию может прослеживаться на уровне нескольких поколений. Частота возникновения заикания у родных братьев и сестер составляет 18%. Причем у дизиготных (разнояйцевых) близнецов заикание встречается в 32%, а у монозиготных (однояйцевых) — в 77%.

Заикающиеся мужчины и женщины могут иметь заикающихся детей с большей вероятностью, чем незаикающиеся родители. При этом у заикающихся мужчин процент появления заикающихся сыновей равен 22%, а дочерей — 9%. Для женщины риск появления заикающихся детей выше: в этом случая появляется 36% заикающихся мальчиков и 17% заикающихся девочек.

Исследователи из Национального института глухоты и других нарушений коммуникации (NIDCD) определили четыре различных гена, мутации в которых связаны с заиканием. К ним относятся ген 12-й хромосомы, а также гены GNPTAB, NPTG и NAGPA. Мутации в этих генах встречаются у 6 % заикающихся.

Известно также, что если среди близких родственников имеется хотя бы один заикающийся, то риск появления заикания в последующих поколениях резко возрастает, в особенности, если заикаются родители. По-видимому, по наследству передается определенная слабость центральных речевых механизмов, которые повышенно подвержены воздействию факторов риска. Генетическая наследственность той или иной патологии проявляется, как правило, только при наличии дополнительной вредности.

Предполагается, что заикание (или предрасположенность к нему) передается по рецессивному типу наследования.

Половой диморфизм

Заикание проявляется у мальчиков в четыре раза чаще, чем у девочек. Специалисты предполагают, что это явление связано с особенностями формирования моторных функций. Девочки, как правило, раньше, чем мальчики, начинают ходить и говорить, у девочек быстрее формируется и развивается мелкая моторика и артикуляция. В связи с более сжатыми сроками формирования речедвигательных механизмов, девочки оказываются более устойчивы к воздействию внешних негативных психологических воздействий – страха, испуга, стресса.

Дизонтогенез.

Дизонтогенез выражается в различных нарушениях темпа, сроков развития психики в целом и ее отдельных составных частей, а также в нарушении соотношения компонентов развивающейся психики ребенка и подростка. Причинами психического дизонтогенеза являются биологические (генетические и пр.) патогенные факторы, а также неблагоприятные социально-средовые воздействия. Основными *механизмами* психического дизонтогенеза, по мнению многих авторов, являются *ретардация* и *асинхрония* (В.В. Ковалев, Г.Е.Сухарева, Г.К. Ушаков). Наряду с указанными механизмами нарушенного психического развития, главным образом в детской психиатрии, рассматриваются также *регресс* и *акселерация*.

По мнению Г.А. Волковой заикание в дошкольном возрасте может быть обусловлено тремя типами дизонтогенеза: асинхронией, задержанным развитием и парциальным психическим недоразвитием.

Асинхрония как неравномерное дисгармоническое развитие включает признаки ретардации и акселерации. Асинхрония проявляется в задержке ре-

чевого развития, в нарушениях звукопроизношения, нарушениях просодики, в расстройстве тонкой моторике и недоразвитии психомоторики, нарушениях зрительного восприятия пространственных соотношений, в недоразвитии слухового внимания, в снижении игровой активности. При данном типе дизонтогенеза отмечается дисгармоническое развитие личности.

Заикание является также следствием *задержанного развития*. Этот тип дизонтогенеза вызывается тремя факторами: соматогенными, психогенными, церебрально-органической недостаточностью. У детей выражена задержка речевого развития органического и функционального генеза. Отмечается также нарушение импрессивной речи в виде непонимания словесной инструкции при организации их конструктивной и игровой деятельности. Отмечается также дизонтогенез слухового сосредоточения, который проявляется в расстройстве слухового внимания. Отмечается недоразвитие фонематических процессов анализа, синтеза и представлений. Развитие экспрессивной речи также протекает с задержкой и отклонениями от нормы. Отмечаются нарушения темпа речи, интонации; нарушения звукопроизношения; нарушения речевой моторики. Наблюдаются отклонения в лексико-грамматическом строе речи. Заикание может сочетаться с дизартрией, с ОНР, с дислалией. Речевые нарушения могут предшествовать заиканию и далее сопутствовать ему.

Третий тип дизонтогенеза – *парциальное психическое недоразвитие*. У таких детей недостаточно развиты ритмическое чувство, музыкальный, тембровый, звуковысотный и динамический слух. Отмечается также различная степень игровой активности.

Разумеется, перечисленные этиологические факторы не исчерпывают все причины, с которыми может быть связано появление заикания.

Однако здесь выделены те факторы, которые играют прямую или косвенную роль в возникновении заикания по данным современных многочисленных исследований.

1.3. Патогенез заикания

Патогенетический механизм заикания исследователи пытаются рассматривать с разных позиций: клинических, физиологических, нейрофизиологических, психологических.

Исходя из биогенетической теории этапности развития В.В. Ковалев высказал предположение, что патогенетическую основу проявлений психических расстройств в детском и подростковом возрасте составляют качественной различные уровни патологического нервно-психического реагирования, закономерно сменяющие друг друга:

1. *Соматовегетативный уровень* (0-3 года). Этому уровню свойственны различные варианты неврастенического синдрома: повышенная общая и нервная возбудимость, склонность к расстройствам пищеварения, нарушениям питания, расстройствам сна, нарушениям навыков опрятности.

2. *Психомоторный уровень* (4-7 лет). К нему относятся синдром гиперактивности, системные неврастенические и неврозоподобные двигательные расстройства; также заикание, мутизм.

3. *Аффективный* (5-10 лет). Для него характерны синдром страхов, повышенной аффективной возбудимости.

4. *Эмоционально-идеаторный* (11-17 лет). Этому уровню свойственны расстройства на основе сверхценных образований (сверхценный ипохондрический синдром, синдромы дисморфофобии, нервной анорексии, синдром метафизической интоксикации), а также патологические реакции пубертатного возраста (протеста, эмансипации и др.).

В.В. Ковалев подчеркивает, что симптоматика, свойственная каждому уровню нервно-психического реагирования, не исключает проявлений предшествующих уровней, однако отодвигает их на второй план и видоизменяет.

Среди разных взглядов на сущность заикания можно выделить следующее: заикание – это речевое недоразвитие разного генеза, либо это невроз, либо неврозоподобное состояние.

М.И. Пайкин, рассматривая механизм и сущность заикания в раннем детском возрасте, связывал заикание с возникновением патологического рефлекса в период голосообразования и лепета.

Р.М. Боскис называет заикание заболеванием, в основе которого лежат речевые затруднения, которые могут вызываться задержками речевого развития, переходом на другой язык, необходимостью выразить сложную мысль и пр.

Р.Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи.

Н.И. Жинкин находит, что феномен заикания может быть определен как нарушение авторегулировки в управлении речевыми движениями на уровне слога. В целом автор считает, что в основе заикания лежит общий невроз, лишь наиболее отчетливо проявляющийся в речи.

Большинство отечественных ученых, разрабатывая проблему заикания относят его к неврозам, руководствуясь павловским учением о ВНД человека, и в частности о механизме невроза. При этом часть исследователей склонна рассматривать заикание как симптом невроза (Ю.А. Флоренская, Ю.А. Поворинский и др.), другая часть – как особую форму общего невроза (В.А. Гиляровский, М.Е. Хватцев, И.П. Тяпугин, М.С. Лебединский, А.И. Поварнин и др.).

В.С. Кочергина приходит к выводу, что заикание возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения или активного торможения, или путем образования «патологического условного рефлекса». Автор констатирует, что заикание – это не симптом и не синдром, а заболевание ЦНС в целом

С.С. Ляпидевский выявил при заикании нарушение корковой деятельности, при котором нарушается взаимодействие между корой и подкоркой, что проявляется в нарушении темпа и плавности речи.

В настоящее время существует предположение, что заикание может возникнуть как психогенное нарушение. Некоторые авторы рассматривают заикание как закрепившееся патологическое поведение.

Представляют интерес нейрофизиологические исследования при организации речевой деятельности. Была показана значительная межполушарная асимметрия тока крови в некоторых областях головного мозга. Другие исследования показали, что заикающимся свойственна особая мозговая доминантность речи (С. Ортон, Л. Тревис). Авторы предположили, что заикание – результат неодновременного возбуждения нервных импульсов билатеральных мышц челюсти. Речь заикающихся прерывается из-за неодновременного возникновения потенциалов действия в речевых мышцах вследствие асинхронии работы полушарий. Другие исследователи считают, что заикающимся свойственна правополушарная доминантность речи.

По мнению Н.И. Жинкина, М. Зеемана, В.М. Шкловского механизм заикания представляет собой случай специфической патологической формы срыва индукционных отношений между корой головного мозга и подкорковыми структурами.

Можно выделить по направлению сверху вниз три уровня организации речевой функции:

I уровень — сознательная, волевая речь. Центр ее находится в коре головного мозга, в аллокортекс происходит управление эмоциями, образование следов памяти.

II уровень — осуществляет автоматизированное управление речевым процессом, синхронизируюше воздействует на дыхательный центр, дыхательную мускулатуру, гортань, глотку как на контрольную систему обратной связи. Он представлен ганглиями таламуса и ствола средним мозгом и мозжечком. Ретикулярная формация облегчает или тормозит деятельность этого уровня и одновременно посылает информацию в кору головного мозга и вегетативную систему по неспецифическим путям.

Центр управления речевым процессом III-го уровня находится в продолговатом мозге и состоит из 3-х регулируемых цепей - дыхательной, фонационной и артикуляционной. Приведенные данные о механизмах речеобразования авторы суммируют следующим образом: речь — необычайно сложная функция ЦНС, нормальная деятельность которой зависит от сохранности всех уровней ее представительства, начиная от неокортекса и заканчивая эфферентными нервами. При заикании причина нарушений может находиться в коре, лимбической системе, подкорковых ганглиях, ретикулярной формации и других участках, например - в слуховом, моторно-кинестетическом аппарате, эндокринной системе и т.д.

В силу создавшихся условий, при которых нарушается нормальная регуляция коры, имеют место отрицательные сдвиги в деятельности стриопаллидарной системы.

Стриопаллидарная система находится в подкорковой области, в толще белого вещества больших полушарий головного мозга. Она представляет собой скопление серого вещества, образующее базальные ядра. С развитием головного мозга Стриопаллидарная система перешла в подчинение к коре головного мозга. Она обеспечивает фон «предуготовности» к совершению движения; на этом фоне осуществляются контролируемые корой головного мозга быстрые, точные, строго дифференцируемые движения.

Для совершения движения необходимо, чтобы одни мышцы сокращались, а другие расслаблялись. Иными словами, необходимо точное и согласованное перераспределение мышечного тонуса. Такое перераспределение тонуса мышц как раз и осуществляется стриопаллидарной системой. Совершенствование движений в процессе обучения приводит к их автоматизации, к формированию двигательных стереотипов.

Заикание является следствием динамических нарушений стриопаллидарного регулятора речи, вызванных сильными, резкими эмоциями или анатомофизиологическими повреждениями мозга. Если этот регулятор блокируется, то в результате нарушается равновесие мышечного тонуса артикуляционных, голосовых и дыхательных мышц, что выражается в форме клонических повторений по типу тика или тонического спазма. При нарушениях стриопаллидарной системы возникает расстройство речевого автоматизма и повышается тонус мускулатуры речевого аппарата. Постепенно патологический рефлекс закрепляется в качестве условного рефлекса.

По мнению Т.Г. Визель, в некоторых случаях причина заикания заключатся в ненормативном характере взаимодействий полушарий мозга, возникает межполушарный конфликт. В борьбу за приоритет вступают правополушарный способ говорения — ритмизированная речь — и левополушарный способ — неритмизированная, апериодическая речь. У заикающихся каждое полушарие в отдельности функционирует нормально. Со стороны левого полушария не отмечается дефектов речевого развития. Правое полушарие также способно к ритмическим видам деятельности: к музыке, рисованию и т.д. Речь детей в просодическом отношении ритмически правильно организована и нюансирована. Функциональная состоятельность каждого полушария и приводит к конфликту в борьбе за лидерство». Правое полушарие должно подчиниться смысловой программе левого, т.е. смысл должен стать доминантным, а ритм субдоминантным. Сопротивление» правого полушария переходу на субдоминантное положение и является основным механизмом развивающегося в этих случаях заикания. Таим образом, причиной заикания является нарушение нормативных закономерностей полушарной материализации ритмического компонента просодии.

В настоящее время взгляды на патогенез заикания претерпевают дальнейшее развитие. Среди психиатров, занимающихся этой проблемой (В.С.

Подкорытов и др.), все более утверждается мнение о том, что невротические и неврозоподобные формы заикания находятся в едином континууме. В частности, было отмечено существенное значение в формировании у детей его затяжных форм патологии шейного отдела позвоночника (ШОП). Изучен характер влияния патологии ШОП на синдромокомплекс пограничных нервно-психических нарушений, сопутствующих заиканию.

Сочетание заикания с нервно-психическими расстройствами

В исследованиях заикающихся детей, начиная с дошкольного возраста, было показано, что некоторые из них наряду с речевым дефектом страдают и нервно-психическими заболеваниями или обнаруживают признаки дисгармоничного развития с психической или моторной ретардацией.

Определенное число детей страдает заиканием в комбинации с психическими нарушениями. Обычно это различные невротические реакции, которые появляются еще до начала заикания (беспокойный сон, боязливость, ночное недержание мочи и др.). В более тяжелых случаях бывает психическая истощаемость, легко возникающая утомляемость наряду с аффективной неустойчивостью и инертностью психических процессов и т. д. Иногда развернутая картина невроза возникает лишь после формирования заикания. Невротические реакции свойственны также детям, у которых заикание протекает на фоне резидуальных явлений диффузного органического поражения головного мозга.

Исследование заикающихся школьников, особенно в постпубертатном периоде, расширило границы психиатрической диагностики и позволило выявить в числе этих подростков психически аномальные личности. Дифференциально-диагностические исследования взрослых заикающихся обнаружили определенное число случаев и вялопрогредиентной шизофрении (в наименее репрезентативной группе взрослых заикающихся, самостоятельно обращающихся за лечебной помощью по поводу заикания).

Современные представления о функциональной системе речи позволяют выделить основное звено патогенетических механизмов, которое ведет к заиканию. При *невротической* форме заикания это звено структурно и функционально связано с механизмами эмоций. При *неврозоподобной* форме заикания основное звено связано с нарушением базовых механизмов формирования речевой функции в результате органно-функционального характера поражения ЦНС – моторные нарушения.

2. Динамика и фазы развития 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 (ю.А. Флоренская).

Регредиентный 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 лого-коррекционнык воздействий. В том случае, если заикание не проходит спонтанно в течение 6-ти месяцев от момента возникновения, то можно считать, что оно приобрело хроническое течение.

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.

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

В возрастной динамике заикания выделяют следующие *фазы*.

I фаза - дошкольный возраст. Расстройство проявляется эпизодически с длительными периодами нормальной речи. Возможно полное выздоровление. Заикание может быть спровоцировано волнением, длительной речевой нагрузкой и т. д.

II фаза возникает в начальной школе. Носит хронический характер с периодами нормальной речи. Рецидив заикания может быть спровоцирован изменением социальной ситуации развития: сменой ведущего вида деятельности с игровой на учебную; изменением социального статуса- появление определенных обязанностей, которых не было у дошкольника. Заикание сопровождается болезненным переживанием своего дефекта.

III фаза наступает после 8- 9 лет**.** Она длится до пубертатного возраста. Заикание возникает или усиливается в определенных ситуациях, связанных с речевым общением: ответ у доски, незнакомый речевой материал и т. д.Начинает формироваться логофобия.

IY фаза развивается в позднем подростковом возрасте и у взрослых. Заикание является одним из ведущих речевых нарушений в этом возрасте. Страдает не только устная, но и письменная речь, нарушаются автоматизированные навыки письма и чтения. Логофобия проявляется наиболее ярко. Типичными являются состояние фрустрации, тревоги, депрессии по поводу речевого общения. Заикание накладывает определенное ограничение на выбор профессии. В тяжелых случаях возможно нарушение социальной адаптации. Заикание сочетается с различными неврозами, психопатиями, эндогенными заболеваниями, накладывая своеобразный отпечаток на симптоматику.

3. Клиническая картина заикания

Клиническая картина заикания включает расстройства физиологического и психологического характера. К *физиологическим* симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС, и физического здоровья, общей и речевой моторики.

К *психологическим* – речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

3.1. Физиологические симптомы заикания

3.1.1. Характеристика речевых судорог при заикании

Основным внешним симптомом заикания являются *судороги* мышц речевого аппарата в момент речи. Их длительность колеблется в пределах от 0,2 сек. до 12,6 сек. В тяжелых случаях достигают 90 сек. Судороги различаются по типу, по локализации и по силе выраженности. Выделяют два основных типа речевых судорог: тонические и клонические.

Тонические судороги мышц проявляются в виде внезапного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего сразу несколько мышечных групп (язык, глотка, диафрагма). В речи наблюдаются длительные остановки в начале или середине слова.

Клонические судороги – насильственное, многократное, ритмическое сокращение мышц речевого аппарата. При этом заикающийся повторяет либо отдельный звук, либо слог. Некоторые исследователи указывают, что в начальный период течения заикания преобладают клонические судороги, по мере утяжеления присоединяются тонические судороги. Судорожные сокращения мышц в процессе общения могут преобладать в каком-либо отделе периферического речевого аппарата.

Судороги дыхательного аппарата

Инспираторная судорога характеризуется внезапным резким вдохом, возникающим на разных этапах речевого высказывания, что приводит к необоснованной паузе.

Экспираторная судорога характеризуется внезапным резким выдохом в процессе речевого высказывания.

Респираторная судорога характеризуется сочетанием инспираторной и экспираторной судороги.

Судороги голосового аппарата

Судороги голосового аппарата возникают, как правило, при попытке произнесения гласного звука. Различают три основных вида судорог голосового аппарата.

Смыкательная голосовая судорога является тонической по типу, возникает внезапно, прекращая голосоподачу. Основным признаком этого вида судорог является полное отсутствие звука. В легких случаях гласные произносятся «жестко», с твердой голосоподачей, как будто «выдавливаются».

Вокальная судорога возникает вследствие повышения тонуса голосовых мышц. По мнению Сикорского, наиболее часто эта форма встречается в инициальной стадии заикания у детей и может быть первым признаком начинающегося заикания, а также является предвестником будущих дыхательных и артикуляционных судорог.

Дрожащий или *толчкообразный гортанный спазм*. Речь прерывается, возникает дрожащий или прерывистый звук, напоминающий блеяние козы или полоскание горла, что сопровождается полным отсутствием артикуляции.

Судороги артикуляционного аппарата

Артикуляционные судороги разделяют на лицевые (губные, нижнечелюстные), язычные и судороги мягкого неба.

Лицевые судороги.

Смыкательная судорога губ проявляется в виде спазма круговой мышцы рта. При этой судороге нарушается произнесение губных звуков («п», «б», «м», «в», «ф»). В тяжелых случаях судорога нарушает и произнесение звуков, которые по локализации относятся к язычным («т», «д», «к»).

Верхнегубная судорога проявляется спазмом мышц, поднимающих верхнюю губу, а иногда и крылья носа.

Нижнегубная судорога аналогична верхнегубной. Поражает одну или две мышцы, опускающие угол рта.

Угловая судорога рта характеризуется резким оттягиванием угла рта справа или слева вместе с приподнятием его.

Судорожное раскрытие ротовой полости может протекать в двух вариантах: а) рот раскрывается широко с одновременным опусканием нижней челюсти; б) при сомкнутых челюстях резко обнажаются зубы.

Сложная судорога лица. По мнению Сикорского, не имеет самостоятельного значения, а представляет собой одно из проявлений выраженных в тяжелой степени различных лицевых судорог, включающих судороги лобных и ушных мышц:

Язычные судороги

Язычные судороги составляют еще одну группу судорог артикуляционного аппарата и наблюдаются, как правило, при произнесении звуков, в артикуляции которых принимает участие язык. Различают несколько видов судорог языка.

Судорога кончика языка является наиболее часто встречаемой среди артикуляторных судорог. Кончик языка упирается с напряжением в твердое небо, в результате чего артикуляция приостанавливается, выдох (а значит, и фонация) в этот момент прекращается, возникает необоснованная пауза.

Судорожный подъем корня языка выражается в насильственном подъеме корня языка вверх и оттягивании его назад. Эта судорога возникает при произнесении заднеязычных звуков («гн. «к», «х»).

Изгоняющая судорога языка характеризуется выталкиванием языка наружу в пространство между зубами. Она может быть тонической и клонической.

Подъязычная судорога характеризуется опусканием нижней челюсти и открытием полости рта.

Судорога мягкого неба

Данная судорога изолированно встречается крайне редко. Во время судороги мягкое небо то поднимается, то опускается, в результате чего вход в ротовую полость то открывается, то закрывается, что придает звукам назализованный оттенок. Внешне судорога выражается внезапной остановкой и повторением звуков, похожих на «пм-пм» или «тн-тн», «кн-кн» и т.п. в зависимости от положения языка и губ. Субъективные ощущения заикающихся выражаются в чувстве неприятного напряжения, саднения и сухости в носу.

В тяжелых случаях судороги могут возникать до начала речи.

Наиболее ранней и легкой формой заикания является клоническое заикание, со временем она переходит в тоническая форму, может быть также выявлен и смешанный вид заикания.

3.1.2. Характеристика степени тяжести заикании

Различают три *степени* тяжести заикания*: тяжелая, средняя, легкая.*

Заикание считается *легким*, если оно едва заметно и не мешает речевому общению ребенка. Заиканием *средней* тяжести считается заикание, при котором в результате длительных судорог речевое общение становится практически невозможным. При *тяжелой* степени наблюдаются также сопутствующие движения и эмболофразия. Непроизвольные сопутствующие движения вызываются тем, что возникающие в различных отделах речевого аппарата спазмы иррадиируют в мышцы лица и другие части тела. Так может возникнуть зажмуривание глаз, раздувание крыльев носа, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, разнообразные движения туловищем. Произвольные сопутствующие движения возникают наряду с непроизвольными и вызываются тем, что заикающийся, стремясь побороть возникающие судороги речевого аппарата, сознательно прибегает к различным приемам: покашливает, переступает с ноги на ногу, дергает пуговицу и т.п. Один вид сопутствующих движений часто переходит в другой.

При хроническом течении заикания практически все заикающиеся используют в речи однообразные, многократно повторяющиеся на протяжении высказывания слова или звуки типа: «а», «э-э», «вот», «это» и т.п. Такое явление называется *эмболофразией*. Эмболы нередко употребляются перед так называемыми трудными звуками.

Нарушения темпа и ритма речи часто сочетаются с нарушениями темпа и ритма общих человеческих движений, т.е. у больных проявляются нарушения как речевой, так и общей моторики.

Авторы описывают, что при выраженной степени заикания судороги, возникающие в артикуляционном аппарате могут распространяться и на мышцы лица, шеи, туловища, рук, ног. Эти движения в литературе названы "сопутствующими", они непроизвольны, непосредственно связаны с речевым актом и находятся в зависимости от выраженности речевых судорог.

Кроме непроизвольных сопутствующих движений, с течением времени у заикающихся могут появляться "вторичные сопутствующие движения", напрямую не связанные с речевым актом - переступание с ноги на ногу, прикосновение рукой к лицу либо уху, почесывание головы и т.п. Постепенно эти движения входят в привычку и начинают играть для больного роль отвлекающего сигнала.

Еще одним характерным симптомом заикания является *логофобия* – страх перед устной речью, боязнь тех звуков или слов, которые, по мнению заикающегося, особенно трудны для произнесения. Страх речи приводит к тому, что заикающиеся начинают заменять при произнесении отдельные трудные для них звуки и слова другими, которые произнести легче. При этом смысл высказывания часто искажается, что не всегда осознается заикающимся.

3.2. Особенности моторики при заикании

Исследования моторного контроля ротовых, лицевых и глоточных мышц показали, что во время заикания наблюдается патологическая мышечная активность. Другие исследователи отмечали, что у заикающихся скорость выполнения артикуляционных движений меньше по сравнению с не заикающимися испытуемыми. Авторы сделали вывод о том, что заикающиеся показывают более низкий уровень контроля в неречевой двигательной активности. Обнаружена различная степень моторной недостаточности при изучении движений глаз, рук и дыхания, отмечается повышенный уровень мышечного тонуса.

Во время речи заикающиеся демонстрируют нарушение нормальной координации речевых мышц. При регистрации сигналов с различных групп мышц, участвующих в процессе речи, у заикающихся обнаружена большая длительность электромиографической активности, причем показатели усиливаются перед началом и во время речи. Считается, что в проявлении заикания большую роль играют мышцы глотки. Было доказано, что время инициации голоса, его включение и время прекращения работы голосовых связок у заикающихся увеличено. Обнаружено, что мышечное движение у заикающихся занимает большее время, особенно перед произнесением слов, на которых

они заикаются, меньшее время на которых не заикаются, но ожидают этого, и самое короткое время, на которых не бывает заикания.

В целом, речь заикающихся сопровождается более высоким уровнем мышечной активности, чем речь нормально говорящего человека, что объясняется нарушением координации между агонистическими и антагонистическими мышцами. Ученые обнаружили спонтанное несвоевременное открывание голосовых связок в момент заикания. М.Зееман считал, что гиперкинезы и гипертонус мышц голосового аппарата обусловлены нарушением деятельности стриопаллидарной системы.

Исследования Г.А. Волковой показали, что при заикании отмечается многообразие моторных нарушений. У некоторых заикающихся детей можно выявить моторную одаренность выше своего возраста на 3 месяца. Однако у большинства имеется отставание в развитии моторики от 4 месяцев до 5 лет. Нарушения касаются не только общей, но и мимической моторики и орального праксиса. Она отмечала нарушения статики и динамики в артикуляционной мускулатуре, в некоторых случаях вследствие органических нарушений – выпадение движения, гиперкинетические расстройства, тремор, атактические нарушения, явления апраксии.

По состоянию *моторной функции* дошкольников с заиканием можно разделить на четыре группы (Г.А. Волкова). К первой группе относятся дошкольники с нарушениями темпа, ритма, мышечного тонуса. Ко второй группе – детей с нарушениями двигательных качеств: ловкости, быстроты, точности. К третьей группе относят дошкольников с выраженной мышечной заторможенностью, нарушениями координации. В четвертую группу вошли дошкольники с преобладанием мышечного возбуждения. Основной процент нарушений моторики отмечается при заикании с преобладанием тонических судорог. При этом у мальчиков чаще нарушается чувство ритма и координация движений, а у девочек – переключаемость движений.

По мнению Л.М. Крапивиной, состояние моторики зависит от формы заикания – невротического или неврозоподобного.

При невротическом заикании произвольные движения могут быть развиты в соответствии с нормой. Специальные пробы выявляют некоторые отклонения в координации одновременных движений. Тонкая моторика пальцев рук развита достаточно хорошо, у части детей отмечается незначительный тремор.

Н.А. Рычкова отмечает, что при невротическом заикании движения характеризуются недостаточной четкостью и организованностью, неуверенностью при правильном воспроизведении их формулы. Выявлены затруднения в точном удержании позы, расстройства темпа. Имеют место неточность, суетливость при выполнении мелких движений. Произвольные речевые и мимические движения отличаются от нормы незначительно. Отмечается хорошая динамическая координация, переключаемость и одновременность движений, достаточное чувство ритма, ориентировка в пространстве, высокая упражняемость в моторных навыках. Сопутствующие речи движения сравнительно легко поддаются коррекции.

При неврозоподобном заикании отмечается недостаточная координация движений по сравнению с возрастной нормой, некоторые произвольные движении (ходьба по перекладине, ходьба по лестнице) недостаточно развиты. Специальные пробы выявляют нарушения переключения и чередования движений. Тонкая моторика рук находится на низкой ступени развития.

При неврозоподобном же заикании, по мнению Н.А. Рычковой, в моторике обнаруживаются разнообразные нарушения. Отмечаются трудности в пробах на статическую и динамическую координацию; отмечается слабое развитие чувства ритма, нарушение одновременности движений. Отмечается утомляемость, истощаемость. Слабая упражняемость в моторных навыках. В ряде случаев страдает выразительность движений, ловкость, быстрота двигательной реакции. Отмечаются патологические движения. Характерна недостаточность речевых движений по силе, точности, объему, переключаемости, как уже отмечалось в исследованиях Л.М. Крапивиной. Кроме того, Н.А. Рычкова указывает на трудности действия с мелкими предметами и изменения в состоянии мимической функции у дошкольников с данной формой заикания.

Исследования Г.А. Волковой показали, что при заикании отмечается многообразие моторных нарушений. У некоторых заикающихся детей можно выявить моторную одаренность выше своего возраста на 3 месяца. Однако у большинства имеется отставание в развитии моторики от 4 месяцев до 5 лет. Нарушения касаются не только общей, но и мимической моторики и орального праксиса. Она отмечала нарушения статики и динамики в артикуляционной мускулатуре, в некоторых случаях вследствие органических нарушений – выпадение движения, гиперкинетические расстройства, тремор, атактические нарушения, явления апраксии.

При заикании отмечается патологическая мышечная активность, которая связана с нарушением центральных механизмов регуляции движений, а также недостаточная синхронизация мышечной активности в артикуляционных мышцах. Считается, что у заикающихся мышцы более слабые, чем у нормально говорящих людей.

По состоянию моторики Н.С. Самойленко выделяет 4 группы заикающихся дошкольников.

Первая – дети, не имеющие нарушения темпа, ритма, мышечного тонуса, ориентировки в пространстве.

Вторая – дети, слабо одаренные в моторном отношении, в движениях нет ловкости, быстроты, точности. Темп движений замедленный. Могут быть случаи легкой моторной отсталости.

Третья – дети с сильной мышечной заторможенностью, повышенным мышечным тонусом. Их движения некоординированны.

Четвертая – дети моторно-возбудимые, с обилием бесцельных движений, производимых в быстром темпе. Мышечный тонус несколько напряжен.

Таким образом, заикание оказывает влияние на формирование моторных функций. Возможно нарушение моторных функций до появления заикания. С появлением заикания несформированность моторных функций проявляется резче и усугубляется. Сохранность моторных функций отмечается примерно у сорока процентов заикающихся; в остальных случаях двигательные расстройства проявляются в форме повышенной моторной напряженности, скованности; нарушений плавности, переключаемости движений, высокого тонуса мышц; двигательной расторможенности, беспокойства, хаотичности движений.

Эти нарушения отчетливо проявляются в специальных заданиях на статическую и динамическую координацию движений и в произвольной деятельности детей. Кроме того, в дошкольном возрасте отмечается много сопутствующих движений при заикании. Они возникают вследствие распространения судорог из речевого отдела на другие моторные группы: мышцы лица, шеи, верхних и нижних конечностей, туловища. Сопутствующие движения могут носить и произвольный характер.

Различия в моторной деятельности позволяют дифференцировать две основные формы заикания у дошкольников. Это обусловлено патогенетической неоднородностью заикания.

При заикании также наблюдаются сопутствующие движения, которые сопровождают речь (кивательные движения головой, покачивание туловищем, потирание пальцев рук и т.п.) Эти движения не носят эмоционально-выразительный характер, а являются насильственными (напоминая гиперкинезы) или носят маскировочный (уловочный) характер.

3.3. Особенности речевой функции при заикании

При заикании отмечается нарушение коммуникативной функции речи наряду с наличием отклонений в просодической, фонетико-фонематической, лексико-грамматической сторонах.

Особенности интонационной стороны речи в дошкольном возрасте проявляются в виде склонности к дыхательной аритмии. Отмечается также недостаточная способность произвольной регуляции дыхания, а также тип дыхания – у детей часто преобладает верхнее, ключичное дыхание. Нормальное речевое дыхание вырабатывается у ребенка одновременно с развитием речи. Так, к 2,5-3,5 годам возможность речевого выдоха наблюдается только при произнесении изолированных слов. Примерно с 3,5 лет дети могут произносить на выдохе фразу из 2 слов. До 4 лет отмечается тенденция к произнесению фразы в разные фазы дыхательного цикла. К концу дошкольного возраста на одном речевом выдохе дети могут произнести фразу из 5-6 слов. Дети младшего возраста говорят медленно, т.к. им трудно справиться с выговариванием звукосочетаний и слов. Постепенно развиваются навыки естественного темпа речи. К концу дошкольного возраста дети свободно передают ритмическую структуру стихотворений.

При заикании страдает просодическая сторона речи. Нарушаются словесное ударение, темп, ритм, тембр голоса. Эпизоды заикания встречаются главным образом на ударных слогах, интервалы между которыми очень изменчивы даже в отсутствие речевых судорог. Также отмечаются затруднения с постановкой ударения, как словесного, так и логического. Заикание, прежде всего, сказывается на темпо-ритмическом рисунке фразы. Темп речи, как правило, ускоренный; неровный, может значительно изменяться даже в одной фразе. Речевые судороги дезорганизуют и ритмическую сторону речи. Речевой поток может неожиданно прерываться, что, в свою очередь, ведет к нарушению синтагматического и психологического паузирования. Перепады основного тона у взрослых заикающихся на 30% меньше, чем у нормально говорящих людей. Максимальные и минимальные значения перепадов частоты основного тона у заикающихся детей на 15% ниже, чем в норме. Хронические голосовые зажимы переводят голос в верхний голосовой регистр. Недостаточно представлены средний и нижний регистры. Характеристики голоса могут нарушаться в связи с твердой атакой голоса и нарушением фонационного выдоха. Часто отмечается дискоординация между дыханием и голосообразованием. Сила воздушной струи, как правило, недостаточная; воздух расходуется неэкономно; допускается дополнительная инспирация (Арутюнян Л.З.).

Онтогенез речи при заикании имеет свои особенности. Так, Г. А. Волкова выделяет три группы детей с заиканием, отличающиеся особенностями становлениями функции говорения.

I группа. У детей с первого месяца до одного года прослеживается ускоренное развитие предречевых вокализаций и высокий уровень развития произвольной моторики. В 4 месяца отмечается активный лепет. С 9 месяцев отмечается активное подражание звукам взрослых. В 10 месяцев дети уже владеют восемью – десятью словами. После 1 года и до 3 лет развитие экспрессивной речи происходит ускоренным темпом. Фраза появляется в 1год 7месяцев; в 2года 7 месяцев появляются сложносочиненные предложения. В 2 года 4 месяца наряду с опережающим развитием экспрессивной речи может отмечаться задержка или ускоренное развитие импрессивной речи.

II группа. У детей отмечается недоразвитие экспрессивной речи и замедленное или неравномерное развитие импрессивной речи и общей моторики. Иногда отмечается недоразвитие моторики и задержка развития импрессивной речи до одного года, но экспрессивная речь развивается нормально. Лишь после второго года жизни сказывается неравномерность раннего развития и наступает задержка в развитии экспрессивной речи. В других случаях отмечается ускоренное развитие моторики и импрессивной речи, но ярко проявляется задержка развития экспрессивной речи; к 2 годам возникает ярко выраженное отставание в развитии моторики, однако развитие импрессивной речи соответствует возрасту.

III группа. У детей имеется стойкое задержанное развитие моторики и обеих сторон речи. Импрессивная речь отстает в развитии на 3 – 4 месяца:

позже, чем в норме появляется слуховое сосредоточение, «комплекс оживления», понимание значения слов. На втором – третьем году жизни развитие импрессивной речи продолжается с задержкой на 5 – 6 месяцев и лишь к концу третьего года жизни разрыв сокращается до 4 месяцев. Отставание в экспрессивной речи в первый год составляет 2 – 3 месяца, первые слова появляются в 1 год 4 месяца. На втором году не отмечается скачка в развитии экспрессивной речи, описательная речь появляется к 2,5 – 3 годам. После 2 лет отставание в развитии экспрессивной речи составляет 5 – 6 месяцев.

По мнению исследователя Л.М. Крапивиной, по состоянию речевой функции всех детей с заиканием можно разделить на *две* условные группы.

К *первой* группе можно отнести детей, у которых строение и функции артикуляционного аппарата которых не имеют выраженных отклонений от возрастной нормы. Изучение номинативной функции речи показывает, что ее развитие соответствует или выше нормы. У детей сформированы грамматические категории, все дети пользуются фразой, состоящей из 3 – 5 слов. Звукопроизношение совпадает с возрастными нормативами, т. е. чем младше ребенок, тем больше отклонений в звукопроизношении. Отмечается сужение динамического диапазона голоса, недостаточная его сила. Речь этих детей, за редким исключением, мало интонирована. Речевое дыхание характеризуется малым объемом речевого вдоха и выдоха, речевой поток часто прерывается дополнительными вдохами и выдохами.

Дети *второй* группы имеют общее речевое развитие ниже возрастной нормы. Первые слова у этих детей появляются к 1,5 – 2 годам, фразовая речь развивается к 3 – 3,5 годам. Пассивный и активный словарь этих детей ограничен, нарушена ритмическая структура слова, резко ограничено понимание и употребление предлогов, местоимений. Как правило, грамматические категории у всех детей этой группы не сформированы. Фразовая речь находится на первом этапе своего формирования. Фраза состоит из 2 – 3 слов; дети предпочитают фразовой речи пословную.

Отмечается низкий уровень развития артикуляционной моторики. Мелодико-просодической сторона речи характеризуется нарушением силы и высоты голоса (голос слабый, плохо модулированный); речь невнятная, малоинтонированная, невыразительная. Речевое дыхание не сформировано, дети часто произносят слова на полном выдохе или в момент вдоха.

Первая группа детей – это дети с невротическим заиканием, а вторая – с неврозоподобным.

Э. Р. Саитбаева отмечает, что при невротическом заикании развитие связной речи в целом соответствует нормальному онтогенезу речевой функции. При пересказе текста дети с заиканием воспроизводили достоверно больше смысловых опорных тем, чем дети с нормальным речевым развитием. Однако при заикании допускалось больше лексических замен, чем в норме. При неврозоподобной форме заикания количество смысловых тем воспроизводится меньше, чем в норме. Кроме того, отмечалось уменьшение объема высказывания; использование в сообщениях коротких предложений; недостаточная связность в пределах сообщения; неадекватные языковые замены, особенно глагольной лексики. Автор отмечает, что у заикающихся детей отмечаются трудности планирования связного высказывания: при невротическом заикании это обусловлено трудностями актуализации слов из долговременной памяти, а при неврозоподобном – недостатком лексических средств. При заикании наблюдается также уменьшение пауз хезитации, что указывает на ограничение времени на планирование. Отмечается и тенденция к стереотипности связного высказывания, что при невротическом заикании обусловлено эмоциогенностью ситуации, а при неврозоподобном – ограничением языковых средств.

По данным Л. И. Беляковой и С. Р. Аслановой, у дошкольников с заиканием контекстная речь начинает формироваться к 5 годам. Примерно 60% детей могут самостоятельно пересказать прослушанный текст. Наряду с большим объемом активного словаря и умением согласовывать значительное количество слов, отмечались грамматические ошибки (неправильное словоизменение), нарушения структуры предложения. У 25% контекстная речь состояла только из простых по структуре фраз. В пересказе дети опускали часть сюжета, хотя смысл текста передавали правильно. 15% детей имели отставание в развитии контекстной речи. Они неохотно пересказывали прослушанный текст, кратко передавали его основной смысл. Таким образом, при заикании возможны различные варианты состояния развития контекстной речи у дошкольников.

Низкий уровень развития связной речи характеризуется отсутствием четко выраженных частей текста; недостаточным выделением и неполным раскрытием микротем; нарушением последовательности раскрытия микротем; недостаточной самостоятельностью речи; нарушениями плавности, которые проявляются в виде произношения фразы в разные фазы дыхательного цикла; часто отмечаются восклицания внутри фразы и между фразами; речь дизритмична. Отмечаются повторы звуков, частей слова и частей фразы. Общее количество предложений меньше семи, количество сложноподчиненных предложений составляет менее 5 – 6 %. Среди предложений преобладают одно- и двусоставные, преимущественно нераспространенные. Коэффициент нарушений в оформлении высказываний близок к 100 %.

Средний уровень развития связной речи характеризуется выделением отдельных частей текста; микротемы обозначены, однако раскрываются недостаточно полно; частично нарушается последовательность микротем; при составлении рассказа ребенок нуждается в наводящих вопросах со стороны взрослого; плавность речи страдает. Нарушения плавности проявляются в виде произношения фразы в разные фазы дыхательного цикла; часто отмечаются восклицания внутри фразы и между фразами; речь дизритмична. Отмечаются повторы звуков, частей слова и частей фразы, однако данные явления встречаются реже, чем при низком уровне развития связной речи. Общее количество предложений меньше девяти, количество сложноподчиненных предложений составляет менее 11 %. Среди предложений преобладают одно-

и двусоставные, преимущественно распространенные. Коэффициент нарушений в оформлении высказываний близок к 50 %.

Высокий уровень развития связной речи характеризуется ясно выраженной структурой текста; выделением микротем и их полным раскрытием; последовательностью изложения микротем; самостоятельностью при составлении рассказа (помощь взрослого практически не требуется); сохранностью темпо-ритмической организации речи в соответствии с возрастными особенностями. связной речи. Общее количество предложений не меньше девяти, количество сложноподчиненных предложений составляет 11 %. Среди предложений преобладают двусоставные, преимущественно распространенные. Коэффициент нарушений в оформлении высказываний близок к 20 - 30%.

У заикающихся школьников также отмечается ряд особенностей связной речи (Н. А. Чевелева, А. В. Ястребова). Это проявляется в трудностях формулирования мысли, подыскивании нужного слова. Мысль формулируется медленно, не всегда грамматически правильно. Детям свойственен вербализм, который проявляется в нагромождении лишних, не подходящих для данного случая, слов. Вербализм может присутствовать как в длинных, так и в коротких фразах. Кроме того, возможно нарушение связности высказывания в виде трудностей установления причинно-следственных связей, а также неоправданно широком использовании речевых стереотипий.

У заикающихся подростков отмечаются трудности при продуцировании связного письменного текста в виде отсутствия согласования между предложениями, которые объединены одной микротемой; недостаточное раскрытие темы сочинения; нарушение структуры текста; наличия стилистических ошибок. На качество текста оказывает влияние форма заикания: при неврозоподобном заикании количество стилистических и грамматических ошибок значительно возрастает (Чевелева Н.А.).

У взрослых заикающихся отмечается существенное снижение словарного разнообразия связной речи. Это проявляется в использовании большого количества частотных слов, клишированных фраз, семантически неоправданных повторов, поисках адекватных лексических средств (Белякова Л.И.. Дъякова Е.А.). Речь имеет более упрощенное строение вследствие неполной реализации грамматических правил. В речи заикающихся людей много парафразий, которые носят выраженный антиципационный характер. Отмечается нарушение цельности и связанности сверхфразовых единств, повышенная ассоциативность, многочисленные отступления от темы высказывания, логическая и грамматическая незавершенность фраз. При неврозоподобном заикании количество ошибок достоверно возрастает.

Изучение симптомокомплекса заикания у детей дошкольного возраста некоторых психофизических особенностей их онтогенеза, позволяет выделить следующие группы детей.

1 группа – дети с преимущественно клоническим или тоно-клоническим заиканием средней или тяжелой степени. Возбудимые, шумные, общительные, признанные лидеры в разных видах деятельности, в том числе и игровой.

Им свойственно умение пользоваться речью в любых ситуациях общения. Речевой дефект они восполняют большой двигательной активностью в поведении, настойчиво и энергично подчиняя себе сверстников.

2 группа детей имеют заикание клонической формы легкой и средней степени. Общительные, дисциплинированные, собранные в поведении. Они лишены организаторских способностей, хотя и охотно вступают в общие игры. В процессе коллективной деятельности у них вырабатываются организаторские навыки.

3 группа детей – это дети с тоническим или клоно-тоническим заиканием легкой и средней степени тяжести. Малообщительные, не умеющие самостоятельно играть. В коллективных играх почти не участвуют, изредка – в общей подготовке к игре. Отличаются нерешительностью, недостаточной общительностью, выраженной заторможенностью, пассивностью.

Дети 4 группы – преимущественно имеют тоническое заикание тяжелой или средней степени тяжести, в значительной мере влияющем на их речь и поведение. Дети молчаливы, застенчивы, заторможены. Предпочитают играть в одиночестве, реже – вдвоем. У них выражены негативистские тенденции поведения.

При хроническом течении заикания практически все заикающиеся используют в речи однообразные, многократно повторяющиеся на протяжении высказывания слова или звуки типа: «а», «э—э», «вот это», «вот» и т.п. Такое явление называется *эмболофразией*, а сами слова эмболами.

По мнению Т.Г. Визель, можно выделить следующие формы нарушения *плавности* речи при заикании:

Подкорковая, возникающая вследствие несформированности базисного итеративного ритма речи.

Правополушарная, связанная с недостаточностью ритмической функции в целом по типу амузии. Возможно также его обозначение как *амузическое*.

Левополушарная (лингвистическая), берущая начало в недоразвитии языковой способности, а именно в трудностях нормативного пользования средствами языка для оречевления мысли.

Левополушарная (апраксическая), в основе которой лежит эфферентная артикуляционная апраксия, препятствующая плавной организации высказывания.

Межполушарная (дискоординационная), обусловленная нестандартным коэффициентом полушарной асимметрии, препятствующим выравниванию иннервационных стимулов, обеспечивающих билатеральные, координированные движения речевой мускулатуры и тем самым выработке необходимых ритмико-смысловых координаций.

3.4. Психологические симптомы заикания

3.4.1. Характеристика логофобического синдрома при заикании

Логофобия (глоссофобия) – это патологическая боязнь заговорить при людях. Сопровождает течение заикания, мутизма, дислалии, иногда возникает

в рамках социофобии. При логофобии присутствует постоянный страх возникновения речевых судорог, опасение быть осмеянным окружающими, болезненная фиксация на речевом дефекте, из-за чего пациенты избегают ситуаций общения. Страх речи выявляется в ходе наблюдения, беседы, заполнения речевых опросников.

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 - это навязчивый страх перед речью, связанный с логоневрозом (заиканием) и мутизмом.

Имеет варианты: страх говорить вообще или с незнакомыми людьми, страх публичных выступлений (пейрафобия) и страх сцены, с заиканием (лалофобия), страх отдельных слов (вербофобия). Фобия может быть частичной, в таком случае она называется селективный мутизм. Например, страдающий логофобией свободно говорит с близким человеком, испытывает логоневроз с менее близкими и не может говорить с незнакомыми людьми, избегает их и обязанностей, требующих вербального контакта с ними.

Можно выделить следующую динамику развития логофобического синдрома (Ю.Л. Фрейдин):

1 этап – фобия проявляется при непосредственном контакте с патогенным или условно патогенным фактором;

2 этап – фобия возникает при ожидании столкновения с патогенной ситуацией;

3 этап – фобия возникает в индифферентной обстановке под влияние навязчивых представлений о возможном столкновении с психотравмирующей ситуацией.

Для *первого* этапа логофобии характерны (у части заикающихся) аффективные нарушения в виде кратковременных и стертых гипотимий. Они характеризовались чувством неловкости, смущения, недовольства собой, своей речью.

На *втором* этапе отмечается преимущественно субдепрессивная симптоматика в виде более стойкой гипотимии, чувства речевой неполноценности.

На *третьем* этапе отрицательные эмоциональные переживания могли сопровождаться состоянием эмоциональной угнетенности, раздражительности, отчаяния, физического напряжения во время речи, повышенной психической истощаемости.

В большей степени логофобия выражена при невротическом заикании, в меньшей – при неврозоподобном.

В присутствии родных и хорошо знакомых людей страх речи может отсутствовать, однако в окружении посторонних, в незнакомой обстановке ситуация выходит из-под контроля. Логофобия может усиливаться при телефонном разговоре, общении с лицом противоположного пола, сверстниками или взрослыми.

Речевой невроз выражается в навязчивом страхе развития судорожных запинок при произнесении звука, слова, фразы, предложения. Нарастает тревога и беспокойство из-за боязни быть публично осмеянным. Тревожное ожидание является фактором, еще более сковывающим фонационные, артикуляционные, дыхательные мышцы. Поэтому с началом речи судорожные запинки усиливаются. В таком состоянии заикающийся говорит не то, что планировал, а то, что ему легче произнести. Иногда человек совсем замолкает, перестает отвечать на вопросы, замыкается в себе.

В результате логофобии пациент со временем начинает избегать устных речевых контактов, старается больше общаться в письменной форме. Постоянные затруднения в речи обусловливают развитие невротических реакций. Иногда следствием боязни речи становится обидчивость, озлобленность, излишняя агрессивность.

Аффективный компонент синдрома логофобии более выражен при невротическом заикании. Ряд факторов (наследственная отягощенность, повторные психогении, а также астеничность, сензитивность, повышенная впечатлительность и ранимость) не способствовали редукция логофобии.

При неврозоподобном заикании логофобия выражена в меньшей степени. Аффективные нарушения во многом определялись церебрально-органической симптоматикой и выражались в виде повышенной раздражительности, истощаемости, возбудимости, эмоциональной неустойчивости с наклонностью к гипотимии, нередко с дисфорическим оттенком. Логофобический компонент и аффективные нарушения при неврозоподобном заикании формируются преимущественно в пубертатном возрасте.

Лечение логофобии проводится путем когнитивно-поведенческой терапии, речевых тренингов, освоения методов релаксации, логопедической коррекции.

3.4.2 Характеристика феномена фиксированности на своем дефекте при заикании

Внутренняя картина болезни - отражение в психике человека, вольное или невольное, осознанное или неосознанное, его физического состояния (А.Р. Лурия).

В настоящее время во внутренней картине болезни (ВКБ) рассматривают четыре уровня:

непосредственно-чувственное отражение болезни — обусловленные заболеванием ощущения и состояния;

эмоциональный — эмоциональные реакции на вызванные болезнью ощущения и на последствия болезни в жизни человека;

интеллектуальный — знания о болезни и ее рациональная уценка;

мотивационный — возникновение новых мотивов и перестройки преморбидной — мотивационной структуры.

При исследовании заикания В.И. Селиверстов выявил феномен фиксированности заикающихся на речевом дефекте как разновидность ВКБ. Заикающийся человек фокусируется на своем состоянии, уделяет ему повышенное внимание, переживает. Эмоциональное отношение к заиканию приводит к снижению самооценки, вызывает коммуникацию с обществом, тревожность, агрессивность, сложности в учебной деятельности.

Можно представить психологическую модель возникновения и развития феномена фиксированности с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состояний, свойств и действий у заикающихся.

К понятию фиксированности на дефекте у заикающихся можно отнести (по разным авторам) разные психические явления: особое качество внимания (закрепившееся, устойчивое, застревающее, навязчивое, сосредоточенное, концентрированное), осознание дефекта, своеобразные представления о нем и, наконец, разное отношение к нему (настороженное, боязливое).

От первого непроизвольного эмоционального реагирования на дефект у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными переживаниями и отражается в волевых усилиях (действиях и поступках) в самостоятельной и безуспешной борьбе с заиканием.

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

Существует ряд критериев, которые характеризуют нарастающую сложность разных степеней фиксированности на дефекте.

В качестве такого критерия могут быть использованы 3 варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-сдержанное и безнадежно-отчаянное) и 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые действия и состояния).

Выделяют *три степени проявления фиксации*.

Нулевая степень фиксации. Заикающийся не испытывает ущемления от сознания дефекта или не замечает его. Человек не стесняется, не обижается и даже не пытается преодолеть свой недуг.

Умеренная степень фиксации. Человек знает о своем недостатке, переживает, стесняется своего речевого дефекта. Заикающийся пытается скрыть его, снижает объем общения, пытается замаскировать.

Выраженная степень фиксации. Человек испытывает постоянное тягостное чувство неполноценности и каждый свой поступок оценивает в контексте своего речевого недуга. Заикающийся зацикливается на речевых неудачах и

глубоко переживает их. Развиваются болезненные страхи перед речью, людьми и обществом.

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

2. Имеется прямая зависимость его от возраста детей (или стажа заикания). Это объясняется наличием неблагоприятных факторов окружающей среды, совершенствованием и усложнением психической деятельности в связи с формированием личности детей;

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

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

Осознание речевого дефекта, неудачные попытки избавиться от него или хотя бы замаскировать порождают у заикающихся различные психологические особенности, как□то: уязвимость, беззащитность, боязливость, робость, внушаемость и многое другое.

В зависимости от благоприятных или неблагоприятных социальных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, психические явления ФФД (ВКБ при заикании) могут в разной степени и кратковременно проявляться или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся.

Заикающиеся дети отличаются, прежде всего, характерными особенностями эмоциональных состояний, самооценки, уровня притязаний и самоконтроля, поэтому специфический тип их психической ориентации в мире отражается и на характере их социальных контактов.

ВКБ при заикании характеризуется нестабильным эмоциональным состоянием, сужением круга интересов, снижением интереса к деятельности,

3.5. Классификации заикания

3.5.1. Клиническая классификация заикания

Изучая симптомокомплекс заикания многие авторы выделяют три возможных варианта его проявлений в зависимости от выраженности эмоционального отношения заикающегося к своему дефекту. В.В.Ковалев выделяет следующие группы:

1) заикающиеся, в структуре личности которых не отмечено стойких патологических отклонений; заикание не наложило характерного отпечатка на систему их отношений с окружающими людьми; в социальном плане эти больные достаточно адаптированы.

2) заикающиеся, у которых отмечены значительные эмоциональные расстройства, выраженный страх речи в ситуациях, требующих наиболее активного речевого общения, такой характер нарушений эмоциональной сферы считают избирательным в системе отношений этих больных.

3) больные, у которых тяжесть заикания определяется выраженностью эмоциональных нарушений. У них наблюдается дезорганизация всей системы личностных отношений и поведения, основанные на непреодолимом страхе речи и резко выраженном чувстве собственной неполноценности. У больных этой группы возникают большие трудности при получении образования, существенно нарушается трудовая и общественная деятельность. В качестве ведущих черт характера у них определяется боязливость, замкнутость, тревожность, мнительность, склонность к невротической депрессии, неуверенность в своих силах и в завтрашнем дне.

В соответствии с клиническим подходом выделяют *невротическое*, неврозоподобное и *неврозоподобное* заикание с *невротическими наслоениями* (Н.М. Асатиани, В.Г. Казаков, Ю. Л. Фрейдин).

Основным признаком *невротического* заикания следует считать психогенно-реактивное его начало у детей 3- 5 лет с нормальным речевым, интеллектуальным и общемоторным развитием. Появлению запинок в речи могут предшествовать соматическая ослабленность, общеневротические расстройства соматического и психореактивного генеза. Течение заикания имеет благоприятный характер, однако предшествующая невропатия или повторные психогении значительно утяжеляют клинику и прогноз невротического заикания.

Невротическое заикание возникает у дошкольников в условиях психической травматизации, в возрасте от 2,5 – 3 лет, в дальнейшем характеризуется волнообразностью течения. Раннее речевое и двигательное развитие соответствует возрастным срокам, а в отдельных случаях может и опережать их. Собственно судорожные речевые проявления бывают разными: чаще отмечаются клонические артикуляционные судороги, усиливающиеся при эмоциональном напряжении, а также тоно-клонические судороги в начале речи. Четко выражено ситуационно обусловленное усиление заикания. Личностная реакция на дефект проявляется в виде волнения пред речью, отказов от речевого общения. Дефекты звукопроизношения в виде дислалии имеют место, но сравнительно легко поддаются коррекции.

Помимо заикания у детей обнаруживаются те или иные невротические проявления: капризность, страхи, колебания настроении, впечатлительность, тревожность. Невротическая симптоматика также носит волнообразный характер: утяжеляясь на фоне эмоционального напряжения или переутомления.

Неврозоподобное заикание часто имеет постепенное начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи. Отмечаются задержки в речевом и моторном развитии, полиморфизм психопатологической симптоматики (сочетание неврозоподобных и церебрастенических расстройств) и речевых нарушений (наличие дислалии, тахилалии и т.д.). Отмечается судорожная готовность, склонность к гиперкинезам, стойкость сопутствующих движений. Судороги локализуются преимущественно в артикуляционном аппарате. Выявляются остаточные явления раннего органического поражения головного мозга, с акцентом на его моторных структурах, и стойкие вазовегетативные нарушения.

Неврозоподобное заикание возникает на фоне остаточных явлений церебрально-органической недостаточности разного генеза. Признаки ее обнаруживаются рано и проявляются в виде рассеянной неврологической симптоматики, а также в виде церебро-органического синдрома. Последний проявляется в виде утомляемости, истощаемости, повышенной раздражительности и двигательной расторможенности.

В некоторых случаях диагностируется психопатоподобный синдром, который характеризуется трудностями поведения и явлениями двигательной расторможенности.

Заикание возникает вне связи с психогенными моментами на фоне наиболее интенсивного развития фразовой речи и утяжеляется постепенно; судорожные явления имеют тенденцию к генерализации. Речь ухудшается при утомлении и на фоне соматогений. Заикание имеет тенденцию к стойкому монотонному или прогредиентному течению. Раннее речевое и двигательное развитие может проходить в сроки или с опозданием. Дети с неврозоподобным заиканием обнаруживают наличие стертой формы дизартрии или выраженной дислалии. В ряде случаев неврозоподобное заикание возникает на фоне недоразвития речи. Личностная реакция на дефект выражена слабо. Условия речевого общения не влияют на качество речи.

3.5.2. Клинико-патогенетическая классификация заикания

Учитывая степень заикания, а также клинико-психологическую характеристику заикающихся, можно выделить три основных группы (В.М. Шкловский, Б.Д. Карвасарский).

Первая группа. Заикающиеся отличаются незначительно выраженным невротическим компонентом независимо от степени, формы заикания и типа судорог. При возникновении страха речи больные в состоянии его преодолеть самостоятельно. В структуре личности таких больных не отмечается стойких патологических отклонений. По характеру они достаточно активны, общительны. Отсутствует невротическая переработка имеющегося дефекта речи. Речевой дефект не мешает становлению личности как таковому.

Вторая группа. Для больных второй группы характерны значительные эмоциональные расстройства. У них обнаруживается интенсивный страх речи, который они не всегда могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Заикание особо выражено в ситуациях, требующих активного речевого общения (ответы на уроках, экзаменах; выступление на собрании; разговор с незнакомыми людьми, по телефону и т.д.), что свидетельствует об избирательном характере нарушения отношений личности.

У заикающихся данной группы проявляются следующие характерологические особенности: повышенная впечатлительность, сензитивность, резкие колебания настроения, неуверенность в себе, а, следовательно, и низкая самооценка. Для этих больных характерны значительные эмоциональные расстройства; у них обнаруживается интенсивный страх речи, который они не всегда и не везде могут преодолеть, несмотря на стремление к этому. Это, свою очередь, неблагоприятно отражается на становлении общественно-личностных отношений. На этом фоне у заикающихся возникают трудности реализации своих способностей, актуализации себя в общественной и личной жизни.

В *третьей* группе тяжесть заболевания в значительной степени определяется выраженностью эмоциональных нарушений. По данным клинико-психологических исследований, в структуре личности больных отмечаются стойкие патологические отклонения. У больных этой группы оказывается дезорганизованной вся система личностных отношений и поведения, резко выражено чувство собственной неполноценности, непреодолимый страх, неуверенность в своих силах, тревожная мнительность, которая часто неадекватна по отношению к имеющемуся или практически отсутствующему дефекту речи. Возникают значительные трудности при получении образования, существенно нарушается трудовая деятельность и исключается всякая возможность общественной деятельности. Так появляются нарушения в системе межличностных отношений, препятствующие социальной адаптации. Данная классификация помогает прогнозировать работу специалистов с той или иной подгруппой. Можно предположить, что рецидивы болезни чаще будут возникать у пациентов второй, а еще чаще – у пациентов третьей группы.

Предложенная клинико-патогенетическая классификация больных показала, что чем в большей мере в картине заикания отмечается взаимосвязь собственно речевых и личностных нарушений, тем более существенную роль в системе лечения заикания и профилактике рецидивов играет патогенетически обоснованная психотерапия. При отсутствии выраженных личностно-невротических расстройств возрастает роль логопедии и суггестивных методов психотерапии. По мнению многих специалистов (Ф. Штоккерт, Ю.А. Флоренская, Н.П. Тяпугин, Э. Фрешельс, В.М. Шкловский), при лечении заикания необходимо комплексное медицинское и психолого-педагогическое воздействие с участием в работе логопеда, психотерапевта и невропатолога. Разработанная и внедренная в практику В.М. Шкловским комплексная система логотерапии при заикании включает в себя логопедические занятия и различные виды психотерапии

4. Возрастные особенности клиники заикания

4.1. Особенности клиники заикания в дошкольном возрасте

В каждом возрасте есть особенности протекания нарушения. Заикание бывает у детей, взрослых. В 60% случаев устраняется дефект у дошкольников, улучшения отмечаются у 19%, ремиссия у 8%. Только у 13% изменения

небольшие. В подростковом возрасте улучшение дефекта наступает в 82% случаев, в 15% нарушение устраняется полностью, у 3% нет изменений. У взрослых людей исправления ситуации добиваются в 50,8% случаев, убирается дефект в 14,7%. Лучшие результаты по устранению дефекта показаны на дошкольном возрасте. Чем раньше начнет оказываться помощь заикающемуся ребенку, тем больше шансов на излечение.

В речи дети 4 – 7 лет преобладают судороги клонического характера средней степени выраженности. Однако, в зависимости от возраста имеются особенности проявления речевых судорог. Так, у детей 4 – 5 лет преобладают тонические и смешанные судороги средней степени тяжести с преимущественной локализацией в дыхательном и голосовом отделах периферического речевого аппарата. У детей 5 – 6 лет преобладают клонические судороги средней степени тяжести с локализацией в дыхательном и артикуляторном отделах речевого аппарата. В 6 – 7 лет клонические и тонические судороги средней и тяжелой степени выявляются почти в равном количестве во всех отделах речевого аппарата.

Онтогенез речи при заикании имеет свои особенности. Так, Г. А. Волкова выделяет три группы детей с заиканием, отличающиеся особенностями становлениями функции говорения.

I группа. У детей с первого месяца до одного года прослеживается ускоренное развитие предречевых вокализаций и высокий уровень развития произвольной моторики. В 4 месяца отмечается активный лепет. С 9 месяцев отмечается активное подражание звукам взрослых. В 10 месяцев дети уже владеют восемью – десятью словами. После 1 года и до 3 лет развитие экспрессивной речи происходит ускоренным темпом. Фраза появляется в 1год 7месяцев; в 2года 7 месяцев появляются сложносочиненные предложения. В 2 года 4 месяца наряду с опережающим развитием экспрессивной речи может отмечаться задержка или ускоренное развитие импрессивной речи.

II группа. У детей отмечается недоразвитие экспрессивной речи и замедленное или неравномерное развитие импрессивной речи и общей моторики. Иногда отмечается недоразвитие моторики и задержка развития импрессивной речи до одного года, но экспрессивная речь развивается нормально. Лишь после второго года жизни сказывается неравномерность раннего развития и наступает задержка в развитии экспрессивной речи. В других случаях отмечается ускоренное развитие моторики и импрессивной речи, но ярко проявляется задержка развития экспрессивной речи; к 2 годам возникает ярко выраженное отставание в развитии моторики, однако развитие импрессивной речи соответствует возрасту.

III группа. У детей имеется стойкое задержанное развитие моторики и обеих сторон речи. Импрессивная речь отстает в развитии на 3 – 4 месяца: позже, чем в норме появляется слуховое сосредоточение, «комплекс оживления», понимание значения слов. На втором – третьем году жизни развитие импрессивной речи продолжается с задержкой на 5 – 6 месяцев и лишь к концу третьего года жизни разрыв сокращается до 4 месяцев. Отставание в экс-

прессивной речи в первый год составляет 2 – 3 месяца, первые слова появляются в 1 год 4 месяца. На втором году не отмечается скачка в развитии экспрессивной речи, описательная речь появляется к 2,5 – 3 годам. После 2 лет отставание в развитии экспрессивной речи составляет 5 – 6 месяцев.

По мнению исследователя Л.М. Крапивиной, по состоянию речевой функции всех детей с заиканием можно разделить на две условные группы.

К первой группе можно отнести детей, у которых строение и функции артикуляционного аппарата которых не имеют выраженных отклонений от возрастной нормы. Изучение номинативной функции речи показывает, что ее развитие соответствует или выше нормы. У детей сформированы грамматические категории, все дети пользуются фразой, состоящей из 3 – 5 слов. Звукопроизношение совпадает с возрастными нормативами, т. е. чем младше ребенок, тем больше отклонений в звукопроизношении. Отмечается сужение динамического диапазона голоса, недостаточная его сила. Речь этих детей, за редким исключением, мало интонирована. Речевое дыхание характеризуется малым объемом речевого вдоха и выдоха, речевой поток часто прерывается дополнительными вдохами и выдохами.

Дети второй группы имеют общее речевое развитие ниже возрастной нормы. Первые слова у этих детей появляются к 1,5 – 2 годам, фразовая речь развивается к 3 – 3,5 годам. Пассивный и активный словарь этих детей ограничен, нарушена ритмическая структура слова, резко ограничено понимание и употребление предлогов, местоимений. Как правило, грамматические категории у всех детей этой группы не сформированы. Фразовая речь находится на первом этапе своего формирования. Фраза состоит из 2 – 3 слов; дети предпочитают фразовой речи пословную.

Отмечается низкий уровень развития артикуляционной моторики. Мелодико-просодической сторона речи характеризуется нарушением силы и высоты голоса (голос слабый, плохо модулированный); речь невнятная, малоинтонированная, невыразительная. Речевое дыхание не сформировано, дети часто произносят слова на полном выдохе или в момент вдоха.

Первая группа детей – это дети с невротическим заиканием, а вторая – с неврозоподобным.

Э. Р. Саитбаева отмечает, что при невротическом заикании развитие связной речи в целом соответствует нормальному онтогенезу речевой функции. При пересказе текста дети с заиканием воспроизводили достоверно больше смысловых опорных тем, чем дети с нормальным речевым развитием. Однако при заикании допускалось больше лексических замен, чем в норме.

При неврозоподобной форме заикания количество смысловых тем воспроизводится меньше, чем в норме. Кроме того, отмечалось уменьшение объема высказывания; использование в сообщениях коротких предложений; недостаточная связность в пределах сообщения; неадекватные языковые замены, особенно глагольной лексики. Автор отмечает, что у заикающихся детей отмечаются трудности планирования связного высказывания: при невротическом заикании это обусловлено трудностями актуализации слов из долговременной памяти, а при неврозоподобном – недостатком лексических средств.

При заикании наблюдается также уменьшение пауз хезитации, что указывает на ограничение времени на планирование. Отмечается и тенденция к стереотипности связного высказывания, что при невротическом заикании обусловлено эмоциогенностью ситуации, а при неврозоподобном – ограничением языковых средств.

По данным Л. И. Беляковой и С. Р. Аслановой, у дошкольников с заиканием контекстная речь начинает формироваться к 5 годам. Примерно 60% детей могут самостоятельно пересказать прослушанный текст. Наряду с большим объемом активного словаря и умением согласовывать значительное количество слов, отмечались грамматические ошибки (неправильное словоизменение), нарушения структуры предложения. У 25% контекстная речь состояла только из простых по структуре фраз. В пересказе дети опускали часть сюжета, хотя смысл текста передавали правильно. 15% детей имели отставание в развитии контекстной речи. Они неохотно пересказывали прослушанный текст, кратко передавали его основной смысл. Таким образом, при заикании возможны различные варианты состояния развития контекстной речи у дошкольников.

В целом, уже в раннем возрасте у детей с заиканием может обнаруживаться задержка речевого развития, расстройства динамической стороны речи, нарушения звукопроизношения. Часто речь заикающихся детей становится неритмичной; обнаруживаются дефекты просодики: нарушение плавности, паузации, выразительности, интонационной окрашенности. В речи часто встречаются разнообразные эмболы, вследствие затруднений в моторном оформлении речи и затруднений в выборе адекватных лексических средств.

По состоянию моторной функции дошкольников с заиканием можно разделить на четыре группы (Г.А. Волкова). К первой группе относятся дошкольники с нарушениями темпа, ритма, мышечного тонуса. Ко второй группе – детей с нарушениями двигательных качеств: ловкости, быстроты, точности. К третьей группе относят дошкольников с выраженной мышечной заторможенностью, нарушениями координации. В четвертую группу вошли дошкольники с преобладанием мышечного возбуждения. Основной процент нарушений моторики отмечается при заикании с преобладанием тонических судорог. При этом у мальчиков чаще нарушается чувство ритма и координация движений, а у девочек – переключаемость движений.

По мнению Л.М. Крапивиной, состояние моторики зависит от формы заикания – невротического или неврозоподобного.

При невротическом заикании произвольные движения могут быть развиты в соответствии с нормой. Специальные пробы выявляют некоторые отклонения в координации одновременных движений. Тонкая моторика пальцев рук развита достаточно хорошо, у части детей отмечается незначительный тремор.

Н.А. Рычкова отмечает, что при невротическом заикании движения характеризуются недостаточной четкостью и организованностью, неуверенностью при правильном воспроизведении их формулы. Выявлены затруднения в точном удержании позы, расстройства темпа. Имеют место неточность, суетливость при выполнении мелких движений. Произвольные речевые и мимические движения отличаются от нормы незначительно. Отмечается хорошая динамическая координация, переключаемость и одновременность движений, достаточное чувство ритма, ориентировка в пространстве, высокая упражняемость в моторных навыках. Сопутствующие речи движения сравнительно легко поддаются коррекции.

При неврозоподобном заикании отмечается недостаточная координация движений по сравнению с возрастной нормой, некоторые произвольные движении (ходьба по перекладине, ходьба по лестнице) недостаточно развиты. Специальные пробы выявляют нарушения переключения и чередования движений. Тонкая моторика рук находится на низкой ступени развития.

При неврозоподобном же заикании, по мнению Н.А. Рычковой, в моторике обнаруживаются разнообразные нарушения. Отмечаются трудности в пробах на статическую и динамическую координацию; отмечается слабое развитие чувства ритма, нарушение одновременности движений. Отмечается утомляемость, истощаемость. Слабая упражняемость в моторных навыках. В ряде случаев страдает выразительность движений, ловкость, быстрота двигательной реакции. Отмечаются патологические движения. Характерна недостаточность речевых движений по силе, точности, объему, переключаемости, как уже отмечалось в исследованиях Л.М. Крапивиной. Кроме того, Н.А. Рычкова указывает на трудности действия с мелкими предметами и изменения в состоянии мимической функции у дошкольников с данной формой заикания.

Таким образом, заикание оказывает влияние на формирование моторных функций. Возможно нарушение моторных функций до появления заикания. С появлением заикания несформированность моторных функций проявляется резче и усугубляется. Сохранность моторных функций отмечается примерно у сорока процентов заикающихся; в остальных случаях двигательные расстройства проявляются в форме повышенной моторной напряженности, скованности; нарушений плавности, переключаемости движений, высокого тонуса мышц; двигательной расторможенности, беспокойства, хаотичности движений.

Эти нарушения отчетливо проявляются в специальных заданиях на статическую и динамическую координацию движений и в произвольной деятельности детей. Кроме того, в дошкольном возрасте отмечается много сопутствующих движений при заикании. Они возникают вследствие распространения судорог из речевого отдела на другие моторные группы: мышцы лица, шеи, верхних и нижних конечностей, туловища. Сопутствующие движения могут носить и произвольный характер.

Различия в моторной деятельности позволяют дифференцировать две основные формы заикания у дошкольников. Это обусловлено патогенетической неоднородностью заикания.

Невротическое заикание возникает у дошкольников в условиях психической травматизации, в возрасте от 2,5 – 3 лет, в дальнейшем характеризуется волнообразностью течения. Раннее речевое и двигательное развитие соответствует возрастным срокам, а в отдельных случаях может и опережать их. Собственно судорожные речевые проявления бывают разными: чаще отмечаются клонические артикуляционные судороги, усиливающиеся при эмоциональном напряжении, а также тоно-клонические судороги в начале речи. Четко выражено ситуационно обусловленное усиление заикания. Личностная реакция на дефект проявляется в виде волнения пред речью, отказов от речевого общения. Дефекты звукопроизношения в виде дислалии имеют место, но сравнительно легко поддаются коррекции.

Помимо заикания у детей обнаруживаются те или иные невротические проявления: капризность, страхи, колебания настроении, впечатлительность, тревожность. Невротическая симптоматика также носит волнообразный характер: утяжеляясь на фоне эмоционального напряжения или переутомления.

Неврозоподобное заикание возникает на фоне остаточных явлений церебрально-органической недостаточности разного генеза. Признаки ее обнаруживаются рано и проявляются в виде рассеянной неврологической симптоматики, а также в виде церебро-органического синдрома. Последний проявляется в виде утомляемости, истощаемости, повышенной раздражительности и двигательной расторможенности.

В некоторых случаях диагностируется психопатоподобный синдром, который характеризуется трудностями поведения и явлениями двигательной расторможенности.

Заикание возникает вне связи с психогенными моментами на фоне наиболее интенсивного развития фразовой речи и утяжеляется постепенно; судорожные явления имеют тенденцию к генерализации. Речь ухудшается при утомлении и на фоне соматогений. Заикание имеет тенденцию к стойкому монотонному или прогредиентному течению. Раннее речевое и двигательное развитие может проходить в сроки или с опозданием. Дети с неврозоподобным заиканием обнаруживают наличие стертой формы дизартрии или выраженной дислалии. В ряде случаев неврозоподобное заикание возникает на фоне недоразвития речи. Личностная реакция на дефект выражена слабо. Условия речевого общения не влияют на качество речи.

Для заикающихся дошкольников свойственно своеобразие развития игровой деятельности (Г.А. Волкова).

Часть детей можно отнести к группе А. Эти дети способны сами предложить тему игры и принять ее от сверстников, распределить роли и согласиться на роль, предложенную товарищем. Они активно участвуют в подготовке игрового места, вносят предложения по сюжету, согласуют свои действия с

товарищами по игре, выполняют правила и требуют их соблюдения от участников игры.

Дети, которых можно отнести к группе Б умеют предложить тему игры, дать указания в ходе подготовки игрового места, иногда конфликтуя при этом с другими участниками. В процессе игры они навязывают играющим свой сюжет, не умеют и не хотят согласовывать свои действия с замыслами других участников игры, нарушают правила игры.

Дети группы В принимают тему игры и роль от товарищей, активно со всеми готовят игровое место, по ходу игры высказываются редко, свою деятельность согласовывают с замыслом товарищей, выслушивают от них пожелания по поводу исполнения роли. Правила игры дети выполняют, своих правил не устанавливают, не требуют выполнения правил от других участников.

Дети, которых автор относит к группе Г, способны играть только принимая тему и роль игры от сверстников или взрослого; игровое место готовят по указанию более активных участников игры или взрослого; предложения по сюжету высказывают, действия согласовывают только с подсказки других играющих. Правила игры соблюдают только под контролем взрослого или других играющих; в игре пассивны.

Дети группы Д редко участвуют в игре сами, затрудняются входить в игру даже после предложения темы и роли товарищем или взрослым. Игровое место готовят по подсказке других участников; правила игры соблюдают. Дети, как правило, пассивны, подчиняются решению окружающих.

Изучение симптомокомплекса заикания у детей дошкольного возраста , некоторых психофизических особенностей их онтогенеза, позволяет выделить следующие группы детей.

1 группа – дети с преимущественно клоническим или тоно-клоническим заиканием средней или тяжелой степени. Возбудимые, шумные, общительные, признанные лидеры в разных видах деятельности, в том числе и игровой. Им свойственно умение пользоваться речью в любых ситуациях общения. Речевой дефект они восполняют большой двигательной активностью в поведении, настойчиво и энергично подчиняя себе сверстников.

2 группа детей имеют заикание клонической формы легкой и средней степени. Общительные, дисциплинированные, собранные в поведении. Они лишены организаторских способностей, хотя и охотно вступают в общие игры. В процессе коллективной деятельности у них вырабатываются организаторские навыки.

3 группа детей – это дети с тоническим или клоно-тоническим заиканием легкой и средней степени тяжести. Малообщительные, не умеющие самостоятельно играть. В коллективных играх почти не участвуют, изредка – в общей подготовке к игре. Отличаются нерешительностью, недостаточной общительностью, выраженной заторможенностью, пассивностью.

Дети 4 группы – преимущественно имеют тоническое заикание тяжелой или средней степени тяжести, в значительной мере влияющем на их речь и поведение. Дети молчаливы, застенчивы, заторможены. Предпочитают играть

в одиночестве, реже – вдвоем. У них выражены негативистские тенденции поведения.

Невротическая форма заикания в дошкольном возрасте может иметь как благоприятное, так и неблагоприятное (прогредиентное и рецидивирующее) течение. При благоприятном течении выраженность заикания не бывает тяжелой. Изменение окружающей обстановки в лучшую сторону, общее оздоровление организма ребенка, адекватные лечебно-педагогические мероприятия способствуют достаточно быстрой обратной динамике речевого нарушения.

Нередко заикание постепенно приобретает хроническое течение, при котором в дальнейшем полных и длительных ремиссий уже не наблюдается, и речевое нарушение становится все более тяжелым.

В случаях неблагоприятного течения заикания чаще имеет место наследственная отягощенность заиканием и патологическими чертами характера. В семьях детей, у которых имеется неблагоприятное течение заикания, бытуют нередко неправильные формы воспитания, способствующие хронификации речевой патологии.

У детей с неблагоприятным течением заикания в 6-7 лет может наблюдаться уже ситуационная зависимость в проявлении частоты и тяжести судорожных запинок, снижение речевой активности в новой обстановке или при общении с незнакомыми лицами.

При обследовании детей дошкольного возраста при невротической форме заикания чаще всего обнаруживается нормальное развитие общей моторики. Общие движения как у детей, так и у взрослых достаточно грациозны и пластичны. Они хорошо переключаются с одного движения на другое, чувство ритма развито достаточно высоко. Они легко вступают в ритм музыки и переключаются с одного ритма на другой. Двигательные ошибки могут исправлять самостоятельно. Для правильного выполнения большинства двигательных заданий бывает достаточно словесной инструкции. Движения рук и ног хорошо координированы. Тонкая моторика рук развивается в соответствии с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время, по сравнению с нормой, для всех заикающихся этой группы характерно недоведение элементов движения до конца, некоторая их вялость, повышенная двигательная утомляемость, у части заикающихся отмечается незначительный тремор пальцев рук. В процессе логоритмических занятий заикающиеся этой группы легко сочетают движения под музыку с речью вслух, что благотворно воздействует на качество их речи.

Звукопроизношение у детей с невротической формой заикания либо не имеет нарушений, либо в соответствии с возрастными особенностями носит черты функциональной дислалии. Темп речи обычно быстрый, голос достаточно модулирован.

У таких детей имеется тесная ситуационная зависимость тяжести заикания. Следует также особо подчеркнуть, что в состоянии эмоционального

комфорта, в процессе игры или наедине с собой речь у них обычно свободна от судорожных запинок.

В дошкольном возрасте наличие заикания, как правило, не оказывает заметного влияния на социальное поведение детей. Их контакты с ровесниками и взрослыми лицами остаются практически обычными.

В дошкольном возрасте расстройство проявляется эпизодически с длительными периодами нормальной речи. Возможно полное выздоровление. Заикание может быть спровоцировано волнением, длительной речевой нагрузкой и т. д.

По мнению Г.А. Волковой заикание в дошкольном возрасте может быть обусловлено тремя типами дизонтогенеза: асинхронией, задержанным развитием и парциальным психическим недоразвитием.

Асинхрония как неравномерное дисгармоническое развитие включает признаки ретардации и акселерации. Асинхрония проявляется в задержке речевого развития, в нарушениях звукопроизношения, нарушениях просодики, в расстройстве тонкой моторике и недоразвитии психомоторики, нарушениях зрительного восприятия пространственных соотношений, в недоразвитии слухового внимания, в снижении игровой активности. При данном типе дизонтогенеза отмечается дисгармоническое развитие личности.

Заикание является также следствием задержанного развития. Этот тип дизонтогенеза вызывается тремя факторами: соматогенными, психогенными, церебрально-органической недостаточностью. У детей выражена задержка речевого развития органического и функционального генеза. Отмечается также нарушение импрессивной речи в виде непонимания словесной инструкции при организации их конструктивной и игровой деятельности. Отмечается также дизонтогенез слухового сосредоточения, который проявляется в расстройстве слухового внимания. Отмечается недоразвитие фонематических процессов анализа, синтеза и представлений. Развитие экспрессивной речи также протекает с задержкой и отклонениями от нормы. Отмечаются нарушения темпа речи, интонации; нарушения звукопроизношения; нарушения речевой моторики. Наблюдаются отклонения в лексико-грамматическом строе речи. Заикание может сочетаться с дизартрией, с ОНР, с дислалией. Речевые нарушения могут предшествовать заиканию и далее сопутствовать ему.

Третий тип дизонтогенеза – парциальное психическое недоразвитие. У таких детей недостаточно развиты ритмическое чувство, музыкальный, тембровый, звуковысотный и динамический слух. Отмечается также различная степень игровой активности.

Таким образом, при заикании отмечается ряд симптомов, которые указывают не только на наличие моторных нарушений, но и на особенности протекания процесса внутриречевого программирования. Это указывает на возможную связь речевых запинок с трудностями планирования речевой схемы высказывания, нарушением процесса выбора словесных средств и синтаксических конструкций. Уже в дошкольном возрасте отмечаются особенности

развития экспрессивной и импрессивной сторон речи, как правило, это связано с формой заикания – невротической или неврозоподобной.

У дошкольников с заиканием обнаруживаются особенности игровой деятельности, личностные особенности и своеобразие психических процессов. Форма заикания оказывает влияние на состояние моторной функции, что приводит к необходимости дифференциации коррекционного воздействия.

4.2. Особенности клиники заикания в подростковом возрасте

Второй пик усиления заикания отмечается в возрасте 11-14-ти лет. Это обусловлено эмоционально-гормональными сдвигами, знаменующими начало пубертатного возраста со всеми присущими ему особенностями.

В подавляющем большинстве у подростков заикание является следствием длительно протекающего процесса, возникшего в детстве. В этот возрастной период речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, спаян с личностью, с нарушенной системой отношений личности, и поэтому с трудом поддаётся устранению, часто склонен к рецидивам .

Возрастные особенности пубертата ярко проявляются у заикающихся подростков. На их физическое здоровье и нервную систему отрицательно воздействуют ускоренные ритмы жизни и неблагоприятные экологические условия. Кроме того, на сознание школьников влияет мощный поток самой разнообразной информации, нередко избыточной. Всё это усиливает их раздражительность, рассеянность, психическое переутомление. Они часто не могут самостоятельно справиться со своими мыслями и переживаниями. У них далеко не всегда складываются доброжелательные отношения с родителями, соседями, учителями. Заикающиеся обычно боятся отвечать на вопросы учителя, теряются, не могут собраться с мыслями, особенно тогда, когда с ними говорят на повышенных тонах. Переживания усиливаются насмешками одноклассников над их речью. В ряде случаев у заикающихся школьников не складываются нормальные отношения в семье.

Всё это обуславливает развитие отрицательных сторон психики подростка. Он становится молчаливым, неуверенным в себе. У него появляются мысли о собственной ущербности. Заикание нередко парализует его волю и желание учиться.

У многих заикающихся подростков ослаблено целенаправленное, произвольное внимание. Постоянные волнения, преобладание возбуждения над торможением, двигательное беспокойство мешают сосредоточиться на восприятии материала и выполнении заданий на уроках, на предмете разговора с собеседниками. Такие школьники неточно формулируют свои мысли, говорят отрывисто, ускоренными фразами, многократно повторяя лишние слова и слоги.

У них часто нарушается эмоционально-волевая сфера. Они постоянно находятся во власти отрицательных эмоций, порой становятся плаксивыми, раздражительными, а иногда и агрессивными.

Частая смена настроений, неуверенность, страх речи усугубляется неадекватным отношением к себе окружающих. Многие подростки испытывают постоянный внутренний конфликт из-за преувеличенного представления о своих возможностях и способностях.

Некоторые заикающиеся из-за своего речевого дефекта не могут общаться не только со своими сверстниками. Они замыкаются в себе, избегают речевого общения.

Большинство заикающихся находятся в состоянии стресса, испытывают чувство тревоги, что усиливает внешнее проявление заикания. Судорожное напряжение мышц речевого аппарата распространяется на мышцы шеи, груди, живота и конечностей. Желая избавиться от этого состояния в неповинующихся мышцах речевого аппарата, заикающиеся стараются помочь себе: они прикрывают ладонью рот, прищёлкивают пальцами, переминаются с ноги на ногу. Пытаясь избавиться от напряжения одних мышц, они напрягают другие, а это препятствует быстрой смене естественных артикуляционных движений речи. В результате отклонения от нормальной естественной речи усиливаются.

М. И. Буянов считает, что какой-то одной специфической особенности личности. Хотя у них преобладают тормозные свойства характера, они имеют разное происхождение, степень выраженности и разное клиническое содержание. Личностные особенности заикающихся подростков располагаются в широком диапазоне от обычных и акцентированных черт до грубых и психопатологических особенностей.

Было бы неправильным отрицать в целом значение этих моментов в усугублении речевого дефекта в данном возрасте. Вместе с тем изучение заикающихся школьников показывает, что немаловажную роль в нарастании коммуникативных затруднений, которые проявляются иногда весьма резко и в то же время как бы внезапно, играют определенные особенности учебного процесса.

Период взросления, когда подросток вынужден находить компромисс между детством и взрослостью, является одним из важных этапов социализации личности, на котором возникают такие задачи взросления, как отношения с другими (группой), отношение к себе, формирование социально-ответственного поведения, что входит в содержание понятия «адаптация». В данные возрастные периоды речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, что обусловливает определенные изменения личности и приводит к нарушениям коммуникации заикающегося с окружающими.

4.3. Особенности клиники заикания у взрослых

У взрослых тяжелая степень заикания встречается примерно в соотношении 1:1; в таком же соотношении у них находится и средняя степень этого нарушения речи.

Снижение частоты тяжелой степени заикания и увеличение числа случаев заикания легкой степени у взрослых по сравнению с подростками, видимо, можно объяснить некоторой психологической адаптацией взрослых людей, что подтверждается и уменьшением числа случаев выраженных речевых затруднений у этой возрастной категории пациентов в ряде эмоционально значимых ситуаций. Наибольшее количество смешанных форм наблюдается в зрелом возрасте

У взрослых соответственно снижаются артикуляционные проявления. У взрослых прослеживается прямая связь между ускоренным темпом речи и ускоренными общими движениями.

К проявлениям двигательной сферы, которые также в значительной мере обусловлены врожденными особенностями, можно отнести динамический праксис и в полной мере — активность правой или левой руки. Некоторое снижение показателей грубых нарушений проб динамического праксиса у взрослых по сравнению с детьми можно, видимо, объяснить улучшением состояния ручной моторики за счет постоянной тренировки рук, как в обычных жизненных ситуациях, так и в процессе лечения заикания (взрослые обычно имеют достаточно обширный опыт лечения заикания в детском возрасте).

Иная картина выявляется при исследовании орального праксиса. У взрослых заикающихся он оказывается более сохранным по сравнению с другими возрастными группами.

Наличие рассеянной органической микросимптоматики среди взрослых больных значительно ниже, чем у детей и подростков.

Наибольшее количество заикающихся с неврастенией — это взрослые пациенты.

По количество больных, акцентуированных по астеноневротическому типу, взрослые находятся на втором месте.

Как указывают Б. Д. Карвасарский (1980), А. М. Свядощ (1982) и др., в отечественной литературе принято выделять 3 формы неврастении: гиперстеническую, переходную (состояние раздражительной слабости) и гипостеническую.

Для заикающихся, страдающих гиперстенической формой неврастении, которая выражается в повышенной раздражительности, возбудимости, суетливости, несдержанности, повышенной чувствительности к незначительным раздражителям и изменениям окружающих условий, слезливости и пр., характерны и особенности симптоматики их речевого нарушения. У подавляющего большинства больных этой группы заикание протекает на фоне значительно ускоренного темпа речи и общих движений. В возбужденном состоянии их речь резко ухудшается, становится неряшливой, нередко — плохо разборчивой, изобилует персеверациями отдельных звуков и звукосочетаний. Они обычно говорят громким, напряженным, плохо модулированным голосом. В связи с сокращением пауз между фразами или смысловыми частями фраз у них часто наблюдаются нарушения речевого дыхания (речь взахлеб). После вынужденной паузы, вызванной «потерей мысли», что является характерным для больных неврастенией, продолжение речи еще более затруднено, нередко сопровождается сопутствующими

движениями и выраженными вегетативными реакциями. Аналогичная картина наблюдается и в тех случаях, когда больных что-либо возмущает, выводит из себя или когда им приходится какое-то время чего-нибудь с нетерпением ожидать.

При раздражительной слабости повышенная нервная и речевая возбудимость легко переходят в состояние вялости и апатии, что в речи заикающихся выражается некоторым замедлением темпа, снижением силы голоса, вялостью артикуляции, тяжелыми судорогами, преимущественно тонического характера, в начале речевого акта. Некоторые больные отмечают, что им в таком состоянии говорить трудно и просто не хочется. У больных с нарушениями сна вялость, чувство усталости и разбитости в утренние часы в речи проявлялись аналогичным образом.

В психологическом отношении у заикающихся взрослых, у которых речевое нарушение протекало на фоне неврастении, не наблюдаются, как правило, стойкой системы логофобий, за исключением тех случаев, когда психотравмирующие ситуации имели непосредственное отношение к их речи. В подавляющем же большинстве случаев в сознании больного доминирующую роль играли переживания, связанные с психотравмой, вызвавшей развитие неврастении, и, таким образом, его внимание как бы отвлекалось от мыслей о заикании. Такую же отвлекающую роль играют и соматические ощущения и расстройства, которые нередко наблюдаются при этом неврозе (головные боли, неприятные ощущения в области сердца, расстройства желудочно-кишечного тракта и др.).

В. А. Ковшиков (1976), Г. А. Волкова (1985), изучая особенности проявления заикания у взрослых и сопоставляя их с психоневротическим фоном, на котором оно протекает, при гипостенической форме неврастении отмечают у больных во время речи чрезмерное расслабление мышц, сутулость, однообразные и невыразительные позы, бедную мимику и отсутствие выразительной жестикуляции. Началу речи таких больных предшествует длительный латентный период. Речь их отличается замедленным темпом, сниженной силой голоса. Вялая артикуляция в сочетании с судорогами нарушает внятность произношения. Естественное интонирование речи нарушено. Во многих случаях заикание сопровождается другими дефектами речи (полиморфная дислалия, функциональная ринолалия), усугубляющими его проявления. Сложный и стойкий симптомокомплекс заикания, протекающий у больных на фоне гипостенической формы неврастении, как указывают авторы, отрицательно влияет на осуществление важных для личности потребностей и стремлений.

Кроме того, что заикание отмечается в клинике неврозов, возможно его сочетание с шизофренией и биполярным расстройством личности (маниакально-депрессивный психоз).

Начало самостоятельной жизни, которое у многих молодых людей происходит в 20-23 года (привыкание к новому производственному коллективу после службы в армии либо после окончания учебного заведения; значительное расширение круга общения в официальной обстановке; создание собственной

семьи и пр.), также неблагоприятно отражается на состоянии речи многих наших пациентов.

Таблица 1

Особенности клиника заикания на разных этапах онтогенеза

Этап онтогенеза	Этиология	Патогенез	Клиника	Коррекционное воздействие
Дошкольный	Биологические факторы Психогенные факторы	Психомоторный уровень патологического нервно-психического реагирования	Заикание как моносимптоматический невроз Логофобический синдром	Коррекционно-логопедическое воздействие
Младший школьный	Психогенные факторы	Аффективный уровень патологического нервно-психического реагирования	Заикание как моносимптоматический невроз Логофобический синдром Синдром фиксированности на своем дефекте	Коррекционно-логопедическое воздействие Психологическая коррекция
Подростковый	Психогенные факторы	Эмоционально-идеаторный уровень патологического нервно-психического реагирования	Логофобический синдром Синдром фиксированности на своем дефекте Обсессивно-компульсивное расстройство Депрессивный синдром	Коррекционно-логопедическое воздействие Психологическая коррекция Медикаментозное воздействие
Юношеский	Травматические факторы Психогенные факторы Эндогенные факторы	Эмоционально-идеаторный уровень патологического нервно-психического реагирования	Логофобический синдром Депрессивный синдром Обсессивно-компульсивное расстройство	Психологическая коррекция Коррекционно-логопедическое воздействие
Взрослость	Травматические факторы Сосудистые нарушения Эндогенные факторы Новообразования головного мозга	Травматические, сосудистие поражения соответствующих областей мозга Эндогенные заболевания Опухоли головного мозга	В клинике эндогенных заболеваний Постравматический синдром В клинике сосудистых заболеваний головного мозга	Медикаментозное воздействие Коррекционно-логопедическое воздействие Психотерапевтическая коррекция

Наблюдения показывают, что после 40 лет у части заикающихся на фоне сглаживания невротической симптоматики состояние речи несколько улучшается. Это, видимо, происходит в связи с определенной социальной адаптацией данной группы больных, которой способствуют прочное положение на работе, благополучие в семье, здоровый образ жизни.

Особенности клиника заикания на разных этапах онтогенеза представлены в таблице 1.

4.4. Возрастные особенности при разных клинических формах заикания

4.4.1. Возрастные особенности при невротическом заикании

У многих детей с невротической формой заикания, несмотря на благоприятное его течение и глубокую ремиссию, в 7 лет наблюдается рецидив заикания при поступлении в школу. Рецидиву заикания в это время способствует как увеличение эмоциональной и физической нагрузки, так повышение психической и речевой напряженности.

Резко меняется поведение заикающихся к 10-12-ти годам жизни. В этот период появляется осознавание своего дефекта речи, боязнь произвести на собеседника неблагоприятное впечатление, обратить внимание посторонних на речевой дефект, не суметь выразить мысль вследствие судорожных запинок и т.д.

Именно в этом возрасте у заикающихся с невротической формой патологии речи начинает ярко проявляться патологическая личностная реакция на речевое нарушение. Формируется стойкая логофобия — боязнь речевого общения с навязчивым ожиданием речевых неудач. В таких случаях образуется своеобразный порочный круг, когда судорожные запинки в речи обусловливают сильные эмоциональные реакции отрицательного знака, способствующие, в свою очередь, усилению речевых нарушений.

Подростки начинают испытывать затруднения во время ответов в классе, волнуются при разговоре с незнакомыми лицами. Постепенно увеличивающиеся потребность и необходимость в речевом общении, усложнение взаимоотношений со сверстниками, нарастание требований, предъявляемых к речевой коммуникации в подростковом возрасте, приводят к тому, что для подавляющего большинства заикающихся речь становится источником постоянной психической травматизации. Это в свою очередь вызывает повышенную истощаемость (как психическую, так и собственно речевую), утомляемость и способствует развитию патологических черт характера.

Постепенно одни подростки с невротической формой заикания начинают избегать речевых нагрузок, резко ограничивают речевые контакты (пассивная форма компенсации), другие, напротив, становятся агрессивными, навязчивыми в общении (явление гиперкомпенсации). В школе ситуация осложняется недостаточной степенью знания учебного материала, чувством неуверенности в своих силах, ожиданием неудачи или неприятности, непринятием со

стороны соучеников. Все это часто приводит к тому, что подростки просят учителей опрашивать их либо письменно, либо после уроков.

С возрастом логофобия в части случаев приобретает особо значимое место в общей клинической картине невротической формы заикания, носит навязчивый характер и возникает при одной мысли о необходимости речевого общения или при воспоминаниях о речевых неудачах в прошлом. В этом состоянии заикающиеся часто произносят не то, что им хотелось бы сказать, а лишь то, что легче произнести.

Выраженность логофобии может быть непропорциональна тяжести речевых судорог. Нередко при слабом, а иногда едва заметном для окружающих речевом дефекте, страх речи может быть ярко выраженным. Эмоциональная жизнь заикающихся заполняется этими переживаниями.

При особо неблагоприятном течении невротической формы заикания у взрослых нередко формируется сложная клиническая картина, характеризующаяся дисгармоническим развитием личности. У взрослых заикающихся это проявляется в чувстве социальной неполноценности со своеобразной системой суждений, постоянно сниженном фоне настроения, ситуационном страхе перед речью, который нередко генерализуется, сочетаясь с отказом от речевого общения вообще. Эффективность комплексного медико-педагогического воздействия на таких лиц бывает низкой.

Отличительной особенностью данной группы заикающихся является то, что в спокойном состоянии, при отвлечении внимания от процесса артикуляции (например, при большой заинтересованности темой разговора), а также наедине с собой речь у них осуществляется свободнее, часто совершенно лишена судорожных запинок. Значительное улучшение экспрессивной речи наблюдается у таких лиц в процессе логоритмических занятий, аутогенной тренировки, под влиянием психотерапии, гипноза.

4.4.2. Возрастные особенности при неврозоподобном заикании

В тех случаях, когда дети с неврозоподобной формой заикания получают своевременную (т.е. приближенную ко времени появления заикания) и достаточно длительную (т.е. в течение, как минимум, целого года) регулярную логопедическую помощь, то, как правило, такие дети не нуждаются в повторных курсах коррекционного воздействия. Их речь стабильно остается плавной. Катамнестические исследования свидетельствуют о том, что в этих случаях заикание не рецидивирует.

В тех случаях, когда своевременно и в полном объеме не оказывается логопедическая помощь, неврозоподобная форма заикания имеет склонность к прогредиентному течению. Для этих случаев характерно постепенное утяжеление заикания. Дети, не получившие своевременной логопедической помощи, с трудом обучаются в общеобразовательной школе. Именно эти заикающиеся нередко входят в число учащихся школ для детей с тяжелыми нарушениями речи. Они выбирают профессию, как правило, не связанную с речевой нагрузкой и редко заканчивают высшие учебные заведения.

У лиц с неврозоподобной формой заикания в возрасте 14-17 дет порой появляются личностные переживания в связи с дефектом речи. Они носят редуцированный характер и не имеют черт глубокого, эмоционально ярко окрашенного переживания своей речевой малоценности, как это бывает у подростков и взрослых лиц, страдающих невротической формой заикания.

Для подростков и взрослых с неврозоподобной формой заикания наиболее характерно пассивное отношение к своему речевому дефекту. Они обращаются за помощью, как правило, по настоянию своих родных или близких знакомых. В процессе коррекционного воздействия заикающиеся этой группы недостаточно активны и инициативны.

При хроническом течении неврозоподобной формы заикания у взрослых лиц речь характеризуется нередко тяжелыми тоно-клоническими судорогами во всех отделах речевого аппарата. Как правило, отмечается резкое нарушение дыхания в процессе речи: длительная задержка, прерывистость, судорожность и т.д. Речь обычно сопровождается разнообразными движениями пальцев рук, притоптыванием, кивательными движениями головы, покачиванием туловища и другими содружественными движениями, напоминающими гиперкинезы, т.е. насильвенные сокращения мышц, не носящие маскирующего или эмоционально-выразительного характера. При тяжелой форме заикания речевое общение утомляет взрослых заикающихся. Вскоре после начала беседы они начинают отвечать односложно, жаловаться на чувство физической “усталости до изнеможения”. Для психического состояния взрослых характерны трудность адаптации к новым условиям, снижение памяти и внимания, истощаемость. Большинству из них занятия с логопедом приносят облегчение в речи, в тех случаях, если коррекционная педагогическая работа носит регулярный и длительный характер.

Неврозоподобная форма заикания характеризуется тем, что речевые запинки проявляются в любой обстановке, как наедине с самим собой, так и в обществе. Активное внимание заикающихся к процессу говорения облегчает речь, запинок становится меньше. В то же время наблюдения показывают, что физическое утомление, продолжительное психическое напряжение, перенесение соматических заболеваний ухудшают качество речи.

5. Логопедическая диагностика заикания

Обследование заикающихся должно быть комплексным и включать:

1) психолого-педагогическое изучение заикающегося ребенка (характе-

Обследование заикающихся должно быть комплексным и включать:

1) психолого-педагогическое изучение заикающегося ребенка (характе-

ристики, составленные воспитателем, учителем, психологом и другими специалистами);

2) логопедическое изучение заикающегося ребенка (состояние речи заикающегося, особенности его личности, моторика);

3) анализ результатов медицинского обследования (соматическое, неврологическое и психическое состояние заикающегося).

При сборе анамнестических сведений обязательно указывается:

А) с чьих слов ведется сбор анамнеза: родителей или самого заикающегося,

Б) имелось ли заикание у родителей или близких родственников,

В) время выделения ведущей руки, наличие переучивания,

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

Д) особенности речевой среды: контакты с заикающимися или лицами с другой речевой патологией; при наличии двуязычия – какой язык преобладает в общении,

Е) 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, 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.

Ж) 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.).

Для детей *дошкольного возраста* необходимы следующие дополнительные сведения:

- Имеются ли черты тревожности в характере заикающегося ребенка.
- Отмечаются ли в поведении ребенка плаксивость, раздражительность, капризность (т.е. эмоциональная неустойчивость).
- Есть ли у ребенка черты боязливости, пугливости.
- Уровень развития игровой деятельности ребенка.

- Склонность ребенка к определенным играм.
- Комментирует ли ребенок свои действия в играх или играет молча.
- Предпочитает играть в одиночестве или в коллективе детей.
- Проявляется ли заикание в игре наедине с собой, со сверстниками.
- Как протекает заикание (утяжеляется ли с возрастом или проявляется реже, чем раньше).

Для детей *школьного* возраста необходимы следующие дополнительные сведения:

- Было ли утяжеление или рецидив заикания при поступлении в школу.
- Адаптация в школе.
- Как проявляется заикание в учебных ситуациях (ответ с места и у доски, переход на письменный ответ и т.п.). Какой из способов ответа на уроке предпочитается ребенком.
- Успеваемость.
- Характер контактов со сверстниками.
- Характер взаимоотношений с родителями.
- Наличие «трудных» звуков и страха перед речью.

3) Анализируются данные, представленные воспитателем, психологом, музыкальным руководителем детского сада. В обследовании речевой функции отмечаются:

1. Особенности речевого поведения. Анализируются контактность, ре┐ чевая активность, включаемость в общение, сдержанность, импульсивность, характер реакции на изменение обстановки (динамичность и своевремен┐ ность речевых процессов, переключаемость при изменении тематики об┐ щения), организованность речи.

2. Темп речи (ускорен значительно; ускорен незначительно; умеренный; замедлен незначительно (или уловочно); замедлен значительно; неровный).

3. Голос (громкий; тихий; модулированный; немодулированный; с но┐ совым оттенком; хриплый и пр.).

4. Дыхание (грудобрюшное, верхнегрудное; ритмичное, аритмичное; достаточное по глубине, поверхностное; напряженное и пр.).

5. Выраженность заикания в различных видах речи: - в сопряженной речи; - в отраженной речи; - в шепотной речи; - в автоматизированных рядах; - при чтении стихов; - при чтении прозы; - в вопросно-ответной речи; - в рассказе по заданной теме; - при пересказе прочитанного; - в спонтанной речи.

6. Тип речевых судорог: тонические, клонические, смешанные.

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

8. Наличие трудных звуков (звукофобия).

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

10. Наличие речевых уловок: (замены слов; перестановки слов; эмбо┐ лофразии; произвольное ограничение речевого общения).

11. Наличие насильственных содружественных движений и их характер.

12. 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.)

13. Факторы, усиливающие заикание: - волнение; - утомление; - беседы с незнакомыми; - шум; - самоконтроль.

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

15. Реакция на помощь собеседника: положительная; отрицательная; безразличная.

16. Отношение к речевому дефекту: адекватное; неадекватное; сверхценное.

17. Наличие страха речи: избирательно ситуационный; генерализован┐ ный и пр.

18. Наличие периодов речи без заикания: регулярность, продолжительность.

19. Влияние эмоционального состояния на проявление заикания.

20. Течение заикания: прогредиентное; регредиентное; стационарное; волнообразное.

21. Сопутствующие заиканию другие дефекты речи.

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

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:

- наличие признаков органического поражения ЦНС (на основании медицинского заключения);
- особенности речевого и моторного онтогенеза;
- значение психогении в возникновении заикания; - возраст появления заикания;
- тяжесть заикания;
- тип и локализация судорог;
- зависимость проявления судорог от эмоционального состояния;
- наличие страха речи;
- течение заикания;

- наличие других дефектов речи.

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

6. Дифференциальная диагностика заикания

6.1. Дифференциальная диагностика невротического и неврозоподобного заикания

В соответствии с клиническим подходом выделяют *невротическое*, неврозоподобное и *неврозоподобное* заикание с *невротическими наслоениями* (Н.М. Асатиани, В.Г. Казаков, Ю. Л. Фрейдин).

Таблица 2

Дифференциальная диагностика невротического и неврозоподобного заикания

Критерии дифференциальной диагностики	Невротическое заикание	Неврозоподобное заикание
Этиология	Психогенные факторы	Биологические факторы
Патогенез	По типу невроза Нарушение индукционных отношений между корой и подкоркой	Поражение стриопаллидарной системы
Клиника	Острое начало Нормативное развитие речи Судорожные запинки в мышцах речевого аппарата Имеют определенное положение во фразе Судорожные запинки в мышцах речевого аппарата Имеют определенное положение во фразе Чаще дыхательные судороги и голосовые судороги Регредиентный тип течения Характерны невротические наслоения Феномен фиксированности на своем дефекте Логофобия Возрастная динамика	Постепенное начало Задержка развития речи Судорожные запинки в мышцах речевого аппарата Имеют определенное положение во фразе Нарушения речи носят постоянный характер Судороги чаще поражают ариткуляционный аппарат Стационарный тип течения Волнообразный тип течения Когнитивные нарушения
Лечение	Логопедическая помощь	Медикаментозное воздействие Логопедическая помощь
Прогноз	Благоприятный	Относительно благоприятный

Основным признаком *невротического* заикания следует считать психогенно-реактивное его начало у детей 3- 5 лет с нормальным речевым, интеллектуальным и общемоторным развитием. Появлению запинок в речи могут предшествовать соматическая ослабленность, общеневротические расстройства соматического и психореактивного генеза. Течение заикания имеет благоприятный характер, однако предшествующая невропатия или повторные психогении значительно утяжеляют клинику и прогноз невротического заикания.

Неврозоподобное заикание часто имеет постепенное начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи. Отмечаются задержки в речевом и моторном развитии, полиморфизм психопатологической симптоматики (сочетание неврозоподобных и церебрастенических расстройств) и речевых нарушений (наличие дислалии, тахилалии и т.д.). Отмечается судорожная готовность, склонность к гиперкинезам, стойкость сопутствующих движений. Судороги локализуются преимущественно в артикуляционном аппарате. Выявляются остаточные явления раннего органического поражения головного мозга, с акцентом на его моторных структурах, и стойкие вазовегетативные нарушения.

Дифференциальная диагностика невротического и неврозоподобного заикания представлена в таблице 2.

6.2. Дифференциальная диагностика заикания и клаттеринга

В зарубежной специальной литературе понятия баттаризм, полтерн и клаттеринг являются идентичными.

Клаттеринг – это дезорганизация темпа, ритма и плавности речевого высказывания несудорожного характера. Характеризуется чрезмерно быстрой, невнятной, монотонной речью, повторением слов и слогов, артикуляционными нарушениями, лексико-грамматическими ошибками, неправильной расстановкой логических ударений и пауз. Речевому расстройству сопутствует общая моторная расторможенность, дефицит памяти и внимания, некритичность по отношению к своей речи и поведению. Нарушение распознается в ходе логопедического обследования с использованием традиционных и специальных методик. Коррекционное вмешательство направлено на нормализацию темпа речи, развитие языковых навыков, совершенствование звукопроизношения.

Выделяют 2 типа клаттеринга:

- *Моторный*. Характеризуется ускоренным темпом речи и артикуляционными нарушениями, приводящими к многочисленным метатезам, элизиям слогов или звуков. В раннем возрасте у детей отмечается задержка развития речи, в школьные годы – трудности чтения и письма (дислексия, дисграфия).
- *Сенсорный*. Прежде всего, страдает плавность речи, что обусловлено сниженным слуховым контролем и трудностью подбора нужных слов. Ти-

пично растягивание гласных, прерывание речи различными восклицаниями, отражающими сложности формулировки мысли.

У детей с данным речевым нарушением отмечаются своеобразия устной речи, психических процессов, моторики. Ключевой признак – ускоренная прерывистая речь с постоянными повторами звуков, слов, словосочетаний. Речь изобилует словами-эмболами, непреднамеренными паузами. Часто выявляются нарушения артикуляции, сопровождаемые искажением и элизией звуков, ошибочным воспроизведением слов со сложной слоговой структурой, недоговариванием окончаний.

Клаттеринг-синдром отмечается при генетическом заболевании – синдром Мартина-Белл (синдром фрагильной Х-хромосомы).

Синдром Мартина-Белл – это наследственная болезнь, которая характеризуется стойким интеллектуальным снижением, расстройствами аутистического спектра и специфическими фенотипическими особенностями.

Получил свое название по фамилиям исследователей, впервые описавших патологию. В 1943 году физиологи из Великобритании Д. Мартин и Д. Белл изучали случаи олигофрении у мужчин из одной семьи, в которой женщины имели нормальное интеллектуальное развитие.

Генетическая основа заболевания была выявлена в 1969 году американским генетиком Г. Лабсом. Синдром Мартина-Белл является результатом дефекта гена FMR1, расположенного в Х-хромосоме. Наследование происходит по доминантному сцепленному с полом типу с неполной пенетрантностью. У мужчин присутствует только одна Х-хромосома, поэтому мутантный аллель всегда провоцирует болезнь.

Ключевой симптом – недостаточность познавательных функций. Типичный симптом заболевания – своеобразие речи. Она ускоренная, сбивчивая, изобилует повторами, эхолалиями и персеверациями. Отмечается гиперактивность, дефицит коммуникативных способностей, замкнутость. Лицо удлиненное, ушные раковины большие, лоб выступающий, кончик носа загнутый.

Диагностика основывается на клинико-анамнестических данных и результатах биогенетического анализа. Лечение симптоматическое, включает использование медикаментов и психолого-педагогическую коррекцию.

Дифференциальная диагностика заикания и клаттеринга представлена в таблице 3.

В рамках дифференциальной диагностики клаттеринга и заикания используется методика Дали. Она представляет собой набор утверждений, поделенных на 4 категории: прагматика, речевая моторика, познавательное и языковое развитие, проблемы почерка и координации движений. Каждое утверждение оценивается по 6-бальной шкале: чем больше баллов набрано в каждой категории, тем больше вероятность наличия «чистой» формы клаттеринга.

Таблица 3

Дифференциальная диагностика заикания и клаттеринга

Критерии дифференциальной диагностики	Заикание	«Чистый» клаттеринг
Этиология	Биологические факторы Психогенные факторы	Биологические факторы Социальные факторы
Патогенез	Нарушение темпоритмической организации речи в виде судорог мышц речевого аппарата	Нарушение внутреннего программирования речи
Клиника	Судорожные запинки Имеют определенное положение во фразе Нарушения речи носят постоянный характер Характерны невротические наслоения Феномен фиксированности на своем дефекте Логофобия Возрастная динамика	Специфические нарушения речи Несудорожные запинки Нарушения модально-специфического внимания и памяти Поведение «пересмотра»
Лечение	Логопедическая помощь	Психологическое воздействие Логопедическая помощь
Прогноз	Благоприятный	Относительно благоприятный

6.3. Дифференциальная диагностика заикания и синдрома Жиля де ля Туретта

Синдром Туретта – это психоневрологическое заболевание, сопровождающееся множественными тиками: голосовыми (повторение фраз, слов, покашливание) и двигательными (частое моргание, подергивание плечами, щекой, руками или ногами). Такие звуки и движения происходят бесконтрольно и неожиданно, продолжаются достаточно долгое время.

. Первые симптомы появляются у детей 4-8 лет, но иногда может быть и позже. Полный синдром Туретта, то есть его тяжелая форма, бывает крайне редко. Характерны вокальные и моторные тики у детей, страдающих данным заболеванием, могут быть как шаблонными, так и уникальными, простыми и сложными. Они проходят приступообразно и множественно в течение дня, ежедневно или с перерывами. Голосовые и двигательные тики бывают одновременно и по отдельности, их частота, количество и сложность постоянно меняется. Они могут обостряться при стрессе, возникать в процессе сна, подавляться произвольно.

Голосовые тики обладают взрывчатой вокализацией, иногда звучат непристойные слова и целые фразы, что получило название «копроламия». Это может сопровождаться и соответствующими неприличными жестами, и такое

явление тоже имеет свое наименование «копропраксия». Характерны также эхолалия – повторение слов за окружающими и палиалаия – множественное повторение одного слова. Такие сипмтомы встречаются у небольшого количества больных.

Лечение:

- психотерапия – поведенческая, рациональная, групповая и индивидуальная, семейная;
- тренировка сдерживания – устранение тика ему же подобным, управление им;
- прием лекарственных препаратов.

Частота тиков и их интенсивность с возрастом меняется и к 18 годам должна исчезнуть. Половина больных вступает «во взрослость» уже полностью избавившись от этого синдрома.

Дифференциальная диагностика заикания и синдрома Жиля де ля Туретта представлена в таблице 4.

Таблица 4

Дифференциальная диагностика заикания и синдрома Жиля де ля Туретта

Критерии дифференциальной диагностики	Заикание	Синдром Жиля де ля Туретта
Этиология	Биологические факторы Психогенные факторы	Наследственный фактор
Патогенез	Нарушение темпоритмической организации речи в виде судорог мышц речевого аппарата	Дисфункция лобной коры вследсивие нарушения деятельности нейромедиаторов (дофамин)
Клиника	Возраст овладения фразовой речью (с двух до четырех лет) Чаще дебютирует в период возрстных кризов Судорожные запинки Имеют определенное положение во фразе Нарушения речи носят постоянный характер Характерны невротические наслоения Феномен фиксированности на своем дефекте Логофобия Возрастная динамика	Младший школьный возраст Появление синдрома не связано с возрастными кризисами Специфические моторные нарушения в виде разнообразных тиков Распространяются сверху вниз Симметричное поведение Возрастная динамика
Лечение	Логопедическая помощь	Медикаментозное лечение
Прогноз	Благоприятный	Относительно благоприятный

6.4. Дифференциальная диагностика заикания и спастической дисфонии

Спастическая дисфония — это расстройство голоса, когда преобладающим симптомом является голос напряженно-сдавленного качества, который получил название чрезмерно сжатого. Ларингоскопия в этом случае констатирует чрезмерные аддукции настоящих (иногда ложных) голосовых связок при фонации.

Чрезмерная и неуместная аддукция голосовых связок вызывает такое напряжение, при котором больному приходится с силой «выгонять» звуки из гортани. Для гиперкинетической (спастической) дисфонии характерно состояние спастического гиперкинеза мышц гортани с преобладанием тонического спазма. Во время фонации отмечается судорожное сближение голосовых связок и складок преддверия. Голосовые складки не изменены, подвижны, при фонации находятся в состоянии резкого напряжения. Начало спастической дисфонии обычно острое, как правило, обусловлено психической травмой, которой в некоторых случаях предшествует длительное перенапряжение голоса. Заболевание спастической дисфонией носит стойкий длительный характер, оказывает отрицательное влияние на психическое состояние больных. Начавшись исподволь, ларингеальная дистония (спастическая дисфония) медленно прогрессирует в течение 2–4 лет, после чего, как правило, приобретает стационарное течение.

По мере развития заболевания иногда появляются другие фокальные дистонические синдромы (блефароспазм, оромандибулярная дистония, спастическая кривошея, писчий спазм), иногда постуральный или постурально-кинетический тремор.

Важное диагностическое значение имеет динамический характер дисфонии, свойственный ларингеальной дистонии (как и другим вариантам дистонии).

Выраженность дисфонии заметно уменьшается после ночного сна (особенно на первом этапе болезни), приема алкоголя, а также во время определенных действий, таких как пение, смех, плач. Иногда голос значительно улучшается в первые минуты разговора по телефону, при сноговорении, декламации, шепотной речи (парадоксальные кинезии). В то же время весьма типично нарастание выраженности спастической дисфонии в ситуации эмоционального напряжения, после интенсивной голосовой нагрузки, к концу рабочего дня.

У больных ларингеальной дистонией нередко можно наблюдать и феномен «корригирующих жестов» в виде индивидуальных приемов, с помощью которых больной может временно уменьшить проявления спастической дисфонии и улучшить качество речи (например, надавливание на область щитовидного хряща либо поднимание его пальцами кверху, надавливание на область угла нижней челюсти и т. д.). Однако в целом феномен корригирующих жестов при спастической дисфонии выражен менее ярко, чем при спастической кривошее, и для его выявления требуется прицельный опрос

и осмотр больного. У больных спастической дисфонии нередко наблюдается тремор, который может иметь разную локализацию и вовлекать голосовые складки, голову, нижнюю челюсть, конечности.

При локализации в конечностях (обычно в руках) дрожание носит постуральный характер. Однако чаще всего наблюдается тремор голосовых складок. В случаях изолированного дрожания голосовых складок (при отсутствии тремора иной локализации) ларингеальную дистонию необходимо дифференцировать с изолированным тремором голосовых складок (без дисфонии), который является вариантом эссенциального тремора.

Дистонические спазмы в гортани сопровождаются дискоординацией голосового и вестибулярного ее отделов, в результате помимо дистонических спазмов голосовых связок во время фонации наблюдается избыточная активность вестибулярного отдела гортани, что и составляет сущность функционального рассогласования движений при ларингеальной дистонии.

Лечение:

Наиболее популярным методом лечения спастической дисфонии в настоящее время является — инъекции ботулинического токсина в мышцы голосовых связок.

Таблица 5

Дифференциальная диагностика заикания и спастической дисфонии

Критерии дифференциальной диагностики	Заикание	Спастическая дисфония
Этиология	Биологические факторы Психогенные факторы	Психогенные факторы Биологические факторы
Патогенез	Нарушение темпо-ритмической организации речи в виде судорог мышц речевого аппарата По типу невроза Острое начало	Нарушение голосообразования из-за спазма мышц различной этиологии
Клиника	Возраст овладения фразовой речью (с двух до четырех лет) Чаще дебютирует в период возрастных кризов Судорожные запинки Имеют определенное положение во фразе Нарушения речи носят постоянный характер Характерны невротические наслоения Феномен фиксированности на своем дефекте Логофобия Возрастная динамика	Встречается примущественно во взрослом возрасте Запинки несудорожного характера Нет определенного места во фразе Возможно развитие афонии
Лечение	Логопедическая помощь	Психологическая помощь Медикаментозное лечение Фониатрическое лечение
Прогноз	Благоприятный	Относительно благоприятный

При коррекции спастической дисфонии самый длительный период — развитие высоты, силы, тембра голоса, постановка певческого голоса и улучшение мелодико-интонационной стороны речи. Это связано с тем, что закрепившаяся патологическая условно-рефлекторная связь требует долгой и кропотливой перестройки. Фонопедическую работу при спастической дисфонии целесообразно начинать после проведения всех медикаментозных, физиотерапевтических или хирургических вмешательств. В этом случае необходим постоянный контроль за качеством звучащего голоса, а он возможен лишь при сознательном отношении больного к своему дефекту.

Дифференциальная диагностика заикания и спастической дисфонии представлена в таблице 5.

6.5. Дифференциальная диагностика заикания и дизартрии

Дизартрия – это расстройство произносительной организации речи, связанное с поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и нарушением иннервации мышц артикуляционного аппарата. Структура дефекта при дизартрии включает нарушение речевой моторики, звукопроизношения, речевого дыхания, голоса и просодической стороны речи; при тяжелых поражениях возникает анартрия.

С учетом локализации поражения речедвигательного аппарата различают:

- *бульбарную* дизартрию, связанную с поражением ядер черепно-мозговых нервов /язычоглоточного, подъязычного, блуждающего, иногда – лицевого, тройничного/ в продолговатом мозге
- *псевдобульбарную* дизартрию, связанную с поражением корково-ядерных проводящих путей
- *экстрапирамидную* (подкорковую) дизартрию, связанную с поражением подкорковых ядер головного мозга
- *мозжечковую* дизартрию, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей
- корковую дизартрию, связанную с очаговыми поражениями коры головного мозга.

В зависимости от ведущего клинического синдрома при ДЦП может встречаться спастико-ригидная, спастико-паретическая, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая дизартрия.

Логопедическая классификация основана на принципе понятности речи для окружающих и включает в себя 4 степени тяжести дизартрии:

- 1 степень (стертая дизартрия) – дефекты звукопроизношения могут быть выявлены только логопедом при специальном обследовании.
- 2 степень – дефекты звукопроизношения заметны окружающим, но в целом речь остается понятной.
- 3 степень - понимание речи пациента с дизартрией доступно только близкому окружению и частично посторонним людям.

• 4 степень – речь отсутствует или непонятна даже самым близким людям (анартрия).

Речь пациентов с дизартрией невнятная, нечеткая, малопонятная («каша во рту»), что обусловлено недостаточной иннервацией мышц губ, языка, мягкого неба, голосовых складок, гортани, дыхательной мускулатуры. Поэтому при дизартрии развивается целый комплекс речевых и неречевых нарушений, составляющих суть дефекта.

Логопедическая работа по преодолению дизартрии должна проводиться систематически, на фоне медикаментозной терапии и реабилитации (сегментарно-рефлекторного и точечного массажа, акупрессуры, ЛФК, лечебны ванн, физиотерапии, механотерапии, иглоукалывания, гирудотерапии), назначаемой неврологом. Хороший фон для коррекционно-педагогических занятий достигается применением нетрадиционных форм восстановительного лечения: дельфинотерапии, сенсорной терапии, изотерапии, пескотерапии и др.

Дифференциальная диагностика заикания и дизартрии представлена в таблице 6.

Таблица 6

Дифференциальная диагностика заикания и дизартрии

Критерии дифференциальной диагностики	Заикание	Дизартрия
Этиология	Биологические факторы Психогенные факторы	Биологические факторы
Патогенез	Нарушение темпо-ритмической организации речи в виде судорог мышц речевого аппарата	Поражение проводящих путей и ядер черепных нервов
Клиника	Возраст овладения фразовой речью (с двух до четырех лет) Чаще дебютирует в период возрстных кризов Судорожные запинки Имеют определенное положение во фразе Нарушения речи носят постоянный характер Характерны невротические наслоения Феномен фиксированности на своем дефекте Логофобия Возрастная динамика	Нарушение артикуляции, фонации и глотания в зависимости от клинической формы дизартрии Может возникнуть в любом возрасте
Лечение	Логопедическая помощь	Медикаментозное лечение Логопедическая помощь
Прогноз	Благоприятный	Зависит от клинической формы дизартрии

7. Современный комплексный подход в преодолении заикания.

7.1. Общая характеристика комплексного подхода в преодолении заикания

К настоящему времени разработаны различные методики лечения и коррекции заикания у детей и подростков с учетом разных подходов к пониманию причин возникновения и развития заикания, а также - возраста больного и стажа заикания.

Комплексный метод терапии был предложен в 30-х годах В.А. Гиляровским, в современном виде разработан Н.А. Власовой, К-П. Беккер, и в последнее десятилетие совершенствовался с учетом возраста, этиологии, патогенеза, условий проведения терапии. Метод включает медикаментозное, физио- и психотерапевтическое воздействие на фоне логопедической коррекции, ЛФК.

По современным представлениям, *медикаментозный метод* лечения ставит целью нормализацию деятельности центральной и вегетативной нервной системы, речедвигательного аппарата, устранение судорог, психогенных реакций, оздоровление организма в целом.

Разнообразные *психотерапевтические методики* лечения заикающихся разработаны с учетом, возраста, типов личности, имеющихся психопатологических нарушений и генеза заикания. *Физиотерапевтические мероприятия и ЛФК* при заикании направлены на нормализацию нарушенных реципрокных отношений мышц речевого аппарата, нормализацию дыхания.

Логопедическая коррекция, являющаяся частью комплексного метода, направлена на восстановление нарушенных звеньев речевой функции - темпа, ритма, мелодико-интонационной стороны речи и др. В настоящее время в рамках комплексного метода разработаны и применяются большое количество разнообразных методик, требующих длительного времени лечения и участия большого количества специалистов. При этом, эффективность лечения заикания, особенно его затяжных форм, остается недостаточной: часто не достигается полного выздоровления, наблюдаются рецидивы, у значительной части больных развивается резистентность к традиционным методам лечения.

Существует большое количество методик по устранению заикания, которые отличаются друг от друга по многим параметрам, но имеют общие принципы и сходные приемы. Формы организации логопедической работы с заикающимися очень разнообразны и зависят от возраста заикающихся, тяжести и формы заикания, от личностных особенностей, от времени возникновения заикания и даже от условий их жизни.

7.2. Логопедическая коррекция заикания

7.2.1. Общая характеристика коррекционно-логопедической работы при заикании

Коррекционно-педагогической работе придаётся очень важное, основное значение в комплексном методе преодоления заикания. Центральное место в этой работе занимает логопед. В настоящее время существует несколько методов логопедического воздействия для устранения заикания у детей. Но все они, так или иначе, подчиняются одной цели – воспитание у детей умения говорить нормальной, свободной от заикания речью.

Педагогическую часть комплексного подхода составляет коррекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая включает систему логопедических занятий, воспитательные мероприятия, логопедическую ритмику, работу с родителями.

Логопедическая работа начинается с психолого-педагогического изучения заикающегося ребёнка. Оно определяет выбор средств и приёмов до начала и в процессе этой работы, позволяет оценить её результативность и дать рекомендации после окончания.

В конкретные задачи изучения ребёнка входят:

– сбор анамнестических сведений, позволяющих судить об особенностях его раннего развития, о причинах заикания и разворачивающейся картине его проявления;

– определения места и форм речевых судорог, частоты их проявления и сохранных речевых возможностей:

– обследование состояния устной и письменной речи (импрессивной и экспрессивной);

– выявление сопутствующих речевых и двигательных нарушений психологических особенностей.

Результаты изучения заикающегося фиксируются логопедом в соответствующей документации.

Логопедическое воздействие в настоящее время осуществляется в двух направлениях: прямом и косвенном.

Прямое логопедическое воздействие реализуется во время групповых и индивидуальных занятий с заикающимися. Эти занятия предусматривают развитие общей и речевой моторики, нормализацию темпа и ритма дыхания и речи, активизацию речевого общения, в случае необходимости развитие слухового внимания и фонематического восприятия, коррекцию нарушений звукопроизношения, расширение пассивного и активного словаря, совершенствование грамматического оформления фразы. На занятиях у заикающихся устраняют психологические отклонения в поведении, вырабатывают (у школьников, подростков) правильное отношение к дефекту, развивают интеллектуальные способности, этические и нравственные представления, формируют гармонично развитую личность.

Индивидуальные занятия проводятся в случае необходимых дополнительных упражнений по воспитанию навыков правильной речи и поведения (коррекция неправильного произношения, беседы психологического характера и т.д.).

Косвенное логопедическое воздействие представляет собой систему логопедизации всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих. Особое значение в этой системе имеет речевой режим.

Речевой режим дошкольников осуществляется с преобладающей Помощью взрослых, которые последовательно контролируют переход детей от одного речевого этапа к другому. Речевой режим школьников, подростков и взрослых предполагает выбор ими необходимых речевых упражнений, понимание ими требований правильной речи, систематическую тренировку навыков правильной речи в разных условиях.

Речевой аспект логопедических занятий включает регуляцию и координацию дыхательной, голосовой и артикуляторной функций воспитание правильной речи.

В литературе имеется несколько мнений о методике воспитания правильного дыхания. Одни считают, что над дыханием следует специально работать, применяя дыхательные дидактические упражнения. Другие считают, что ритм дыхания восстанавливается через спокойную плавную речь, т.е. воспитывается неторопливый темп речи и в результате нормализуются все речевые компоненты, в том числе и дыхание. Представители психологической школы считают, что воспитанию речи, а, следовательно, и дыхания способствует тренировка воли. В каждом из этих мнений можно найти рациональное, если работу над дыханием проводить индивидуально, в зависимости от структуры речевого дефекта.

Отрабатывается дыхание в процессе речи: в произнесении на одном выдохе сначала коротких предложений, затем предложений с постепенным увеличением числа слов. Вырабатывается умение произносить длинную фразу по частям с логической паузой, отмеченной или не отмеченной знаком препинания. Затем переходят к чтению стихотворного и прозаического текстов.

Нарушения голоса часто связаны с недостатками дыхания: у заикающихся иногда наблюдается захлебывающийся голос при речи на вдохе; резкий, крикливый голос при сильном выдохе; твердая атака голоса вследствие напряжения мышц голосового аппарата и т.п. Фонопедическая работа с заикающимися начинается с расслабления мышц артикуляторного аппарата, в первую очередь нижней челюсти, корня языка (например, поставить язык в положение, необходимое для звука «, и беззвучно артикулировать ну-но-на: челюсть медленно опускается; нэ-ни-ны – челюсть медленно поднимается). Упражнение доводится до автоматизма. Далее отрабатывается мягкое голосоначало, плавное непрерывное звучание голоса на сочетаниях гласных звуков, затем на слоговых сочетаниях сонорных звуков с гласными, в предложениях и т.д.

Необходимая последовательность разных форм речи соблюдается при воспитании у заикающихся самостоятельной речи. Вначале воспитывается плавная ритмическая речь в процессе сопряженно-отраженного чтения стихотворного текста. Далее предлагается самостоятельное чтение с включением логопеда в случаях затруднений, чтение через слово или через определенные отрезки текста поочередно с кем-либо в одном и том же ритме; чтение диалога; чтение с остановками условной длительности на знаках препинания; произнесение заученного стихотворения.

Воспитанию самостоятельной речи уделяется значительно больше времени, чем другим формам речи. Самостоятельная речь может быть подготовленной (стихотворение, пересказ) и неподготовленной (ответы на неожиданные вопросы, просьбы, рассказ на заданную тему).

Содержание речевого материала логопедических занятий изменяется в зависимости от структуры нарушения, от возраста, контингента заикающихся, течения заикания, отношения заикающегося к своему дефекту и от многих других факторов. Учет этих факторов способствует более глубокому, дифференцированному изучению заикающегося и созданию различных методик по преодолению заикания в рамках комплексного подхода.

7.2.2. Логопедические занятия в коррекционно-логопедической работе при заикании

Логопедические занятия являются основной формой логопедической работы, т.к. наиболее полно выражают непосредственное коррекционно-воспитательное воздействие на заикающегося (прямое логопедическое воздействие). Все другие формы работы логопеда составляют систему косвенного логопедического воздействия), т.к. по сути, они способствуют, дополняют или закрепляют результаты прямого логопедического воздействия. Логопедические занятия проводятся как с группой заикающихся детей, так и индивидуально. Но для тренировки речевого общения и воспитания правильных навыков поведения ребёнка в коллективе, преимущественней формой являются групповые занятия. Индивидуальные занятия проводятся в виде дополнительных упражнений по коррекции неправильного произношения, беседы психотерапевтического характера и т.д.

Логопедические занятия должны, прежде всего, отражать основные задачи коррекционно-воспитательного воздействия на речь и личность заикающегося ребёнка.

Основные требования к логопедическим занятиям с заикающимися детьми:

1) Логопедические занятия отражают основные задачи коррекционно-педагогического воздействия на речь и личность заикающегося ребенка.

2) Логопедические занятия проводятся в определенной системе, последовательно, поэтапно, с учетом основных дидактических принципов; в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка; с опорой на сознательность и активность детей; на занятиях используются пособия, наглядные

и технические средства обучения; занятия содействуют прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

3) Логопедические занятия согласовываются с требованиями программ воспитания и обучения детей дошкольного или школьного возраста.

4) На занятиях предусматривается необходимость тренировки правильной речи и поведения заикающихся детей в разных условиях – в логопедическом кабинете и вне его, в разных жизненных ситуациях, в присутствии знакомых и незнакомых и т.д. С этой целью используется все разнообразие логопедических занятий: многочисленные формы работы по развитию речи, дидактические, подвижке, сюжетно-ролевые и творческие игры, экскурсии, подготовка и участие в утренниках, концертах, выступления перед микрофоном.

5) Занятия организуются таким образом, чтобы ребенок говорил на них без заикания и сопутствующих нарушений.

6) Занятия поддерживают у ребенка хорошее настроение, бодрость, уверенность в своих силах.

7) На занятиях с заикающимися постоянно присутствуют образцы правильной речи: самого логопеда, успешно занимающих детей, магнитофонные записи и пластинки с выступлениями мастеров художественного слова, демонстрационные выступления ране окончивших успешно курс логопедических занятий и др.

8) Занятия проводятся на фоне правильного отношения окружающих к заикающемуся ребенку и правильного его воспитания Организация самостоятельной работы заикающегося ребенка направляется на выполнение им заданий логопеда в семейно-бытовых, учебно-воспитательных условиях и в коллективе сверстников Комплектование групп проводится с учетом возраста заикающихся. Разный возраст вызывает необходимость использования своеобразных методик логопедической работы, изменение интенсивности отдельных ее компонентов.

Важным требованием к логопедическим занятиям является учёт основных *дидактических принципов*: быть регулярными, систематическими и последовательными; проводиться в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребёнка; опираться на сознательность и активность детей; быть оборудованными необходимыми пособиями, наглядными и техническими средствами обучения; содействовать прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

Дидактический принцип *системности* и *последовательности* предполагает в процессе внедрения знаний, развития навыков и умений делать это не сразу, не в один приём, во всём объёме и со всеми деталями, а постепенно, последовательно, что обеспечивает посильность их усвоения детьми, строго с учётом их речевых возможностей, когда весь процесс идёт от известного к неизвестному, от простого к сложному, от лёгкого к трудному. Реализация этих принципов, согласно которым изучение нового подготавливается предшествующим, делает процесс обучения непрерывным, осуществляемым без скачков.

Принцип *последовательности* в каждом логопедическом занятии выражается в соотнесении его структурных частей: подготовительной, основной и заключительной. Основной целью подготовительной части является подготовка ребёнка к предстоящей работе (повторение знакомых речевых упражнении). В основной части вырабатывается и тренируется правильная речь и поведение детей при использовании новой или усложнённой речевой формы или ситуации.

Принцип *сознательности* и *активности* рассматривается не только в плане познавательной деятельности, но и в плане эмоционально-волевой, т.е. чувственно-практической деятельности. Реализация этого принципа занимает одно из ведущих мест, т.к. без сознательного и активного участия заикающегося в процессе преодоления у него заикания практически невозможно говорить о каких либо положительных результатах логопедической работы.

На логопедических занятия с заикающимися используются соответственно их возрасту общепринятые пособия и технические средства обучения и специфические. Они способствуют вытеснению у ребёнка представлений о своей безнадёжно дефектной речи, позволяют убедиться в эффективности занятий.

Курс логопедических занятий отражает завершённую, целостную по времени, задачам и содержанию систему работы с заикающимися.

По времени проведения и общим задачам он может разделяться на циклы или периоды (подготовительный, тренировочный, закрепительный).

По содержанию и конкретным задачам в каждом периоде можно выделить ряд различных этапов (например, молчания, сопряжённой, отражённое речи, речеручного режима и т.д.)

Каждый этап состоит из связанных между собой занятий как основной формы логопедической работы с заикающимися. В задачу подготовительного периода входит: настроить ребёнка на занятие, дать ему представление о правильной речи, убедить его в том, что он сможет при желании всегда говорить хорошо, научить пользоваться громким голосом. Одновременно его речь изучается в зависимости от разных факторов, происходит как бы закрепление определённых участков его свободной речи с фиксацией на положительных моментах. В задачи первых речевых занятий входят: создание щадящего режима, стимуляция к предстоящим занятиям, определение конкретных задач. Щадящий режим выражается в том, чтобы оградить психику ребёнка от отрицательно влияющих факторов, спокойная обстановка, доброжелательное и ровное отношение окружающих, не допускать фиксации на неправильной речи, выдерживать твёрдый режим дня с правильным чередованием сна и бодрствования, ограждение от сильных эмоций, даже если они и приятные.

Чтобы заинтересовать ребёнка занятиями, стимулировать его, необходимо ребёнка убеждать, увлекать. Дать понять ребёнку, что чёткая, ясная, красивая речь – необходимое условие их работы, говорить с ними о людях разных профессий (как может космонавт сообщить из космоса о себе, о состоянии своей ракеты, об опасности, которая может ему угрожать, если он говорит неправильно. Логопед слушает с ребёнком радиопередачи, записи на магнитофоне, пластинках, обращает внимание заикающихся на выразительную речь окружающих людей. Однако чтобы речевые занятия оказались эффективными, важно не только убедить, увлечь ребёнка, но и в доступной форме определить для него конкретные задачи: что он должен делать на занятиях, чего добиваться, как должен говорить и держаться при этом. Но ничто так не побуждает к занятиям как зримая результативность, поэтому необходимо с самых первых занятий добиваться успехов, осознаваемых ребёнком. В работе необходимо использовать такие формы речи, которые являются облегчёнными (сопряжённая и отражённая речь, шёпот, ответы на конкретные вопросы, стихи, пение, произношение отдельных звуков и слогов – гласных и сочетаний их с согласными речь в спокойном состоянии, в привычной обстановке, с людьми знакомыми и приятными, описание простых и одновременно совершаемых движений.

Во время тренировочного периода ребёнок овладевает всеми недоступными формами речи и речевых ситуаций. Опираясь на те знания, которые он приобрёл в I периоде, ведётся кропотливая работа по воспитанию навыков свободной речи и правильного повеления в разных формах речи и разнообразных речевых ситуациях. Поскольку порог свободной речи у заикающихся детей неодинаков, то и тренировка правильной речи начинается с разных этапов: у одного – с ответов на вопросы, у другого – с отражённой речи, у третьего – с пересказа. Порог свободной речи у заикающихся зависит от сложности проявления заикания. В наиболее сложных случаях заикания тренировочный период начинается с сопряжённо-отражённой речи. Здесь ребёнок сначала копирует образец фразы и манеру речевого поведения руководителя. При этом он пользуется и помощью взрослого в виде совместной с ним произнесения фразы.

Затем, ребёнка убеждают в том, что все требования правильной речи хорошо выполняются, руководитель переходит к отражённой речи (самостоятельное копирование образца). На этапе сопряжённо-отражённой речи используются разные тексты.

Следующий шаг в логопедической работе – этап вопросно-ответной речи. Целесообразно начинать с отражённых ответов, когда логопед задаёт вопрос, сам отвечает, а ребёнок повторяет ответ. Постепенно следует переходить к более сложным и обобщающим вопросам. Ребёнок учится строить сложные предложения. Очень полезно сопровождать вопросами различные виды деятельности (на занятии, наблюдения / груд…). Вначале ответы ребёнка могут отражать его простые действия, производимые в настоящее время, затем в прошедшем времени и завершённом действии (я ходил с мамой в парк). И, наконец, в будущем времени о предполагаемом действии. (Мы пойдём сейчас в парк. Там есть карусель. Я буду кататься на карусели). Не следует торопиться с усложнением речевых упражнений, это может вызвать у ребёнка речевые спазмы. Если ребёнок слегка запнулся, лучше попросить его снова повторить фразу. Если же речевой спазм сильный и ребёнок не смог

сразу преодолеть его, целесообразно задать наводящий вопрос, который позволяет ему изменить или упорядочить конструкцию фразы. Не поможет – логопед подсказывает ответ. Позже, после того как ребёнок научится свободно давать ответы на несложные вопросы, можно использовать в тренировке его правильной речи различные пересказы и рассказы.

Соответственно усложнению форм речи усложняется общественное окружение и обстановка на занятиях. На занятия приглашаются не только близкие, но и малознакомые и даже незнакомые люди. Занятия проводятся не только в кабинете и дома, но и вне их. Вместе с логопедом ребёнок выходит на улицу, в общественные места, где продолжается работа по закреплению у него правильной речи. Репетируются предстоящие экскурсии, и только после этого совершается экскурсия, на которой задаются те же самые вопросы. Целесообразно их проводить в тихих уголках, затем, после того как логопед убедится, что ребёнок говорит правильно, можно переводить занятия в более людные места.

В задачу закрепительного периода входит автоматизация приобретённых ребёнком навыков речи и поведения в разнообразных ситуациях и видах речевой деятельности. Эти задачи наиболее активно реализуются на материале спонтанной речи, возникающей у ребёнка под влиянием внутренних побуждений (обращение к окружающим с вопросами, просьбами, обмен впечатлениями). Занятия проводятся в форме бесед о проведённом дне, прослушанной сказке, телепередаче и пр., в форме импровизированных игр, разыгрывания сюжета знакомой сказки, декламации стихотворений, пения песен – всё это подготавливает ребёнка к художественному выступлению. В закрепительный период основное внимание логопеда и родителей необходимо направлять на то, как ребёнок говорит вне занятий.

Система тренировок правильной речи и поведения у заикающихся предполагает обязательную закрепительную работу вне занятий, в семейно-бытовых, учебно-воспитательных условиях и в коллективе сверстников. Задания для самостоятельной работы строятся с учётом успехов ребёнка на каждом занятии и необходимых условий для их упрочения. Важно предусмотреть посильность выполнения, регулярность проведения, связь с семейно-бытовыми и учебно-воспитательными условиями. Формы таких заданий могут быть многообразны: проводить домашнее задание в определённое время, заучить требования правильной речи, составить рассказ по картинкам, отработать неторопливый темп речи в рассказе, выразительно рассказать стихотворение, отрепетировать роль в инсценированной сказке, выступить на занятии в детском саду по заданной теме, и многое другое. Для стимуляции ребенка, а его самостоятельной работе и для контроля за её выполнением необходимо родителям вести специальный дневник.

У дошкольников основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше – медицинские. У подростков и взрослых – наоборот, основное значение придается медицинским средствам,

психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше – педагогическим.

Основной задачей воспитания является обучение детей знаниям и навыкам, предусмотренным соответствующими программами. Реализуя эту задачу на обучающих занятиях по умственному, эстетическому, физическому и трудовому воспитанию заикающихся детей, воспитатель учитывает речевые возможности каждого ребенка в соответствии с этапами логопедической коррекции. Кроме того, на своих занятиях, уроках, во время режимных моментов, в свободных играх и занятиях детей воспитатель закрепляет их речевые навыки.

8. Педагогические технологии коррекции заикания на разных этапах онтогенеза

8.1. Особенности логопедической работы с заикающимися детьми дошкольного возраста

8.1.1. Особенности логопедической работы с заикающимися детьми младшего возраста (2,5–4 года)

Для заикающихся детей преддошкольного возраста, 2-4 лет, система коррекционно-педагогических воздействий имеет свою специфику. Особенности логопедической работы в детьми такого возраста представлены Л.М. Крапивиной (1992).

Логопедические занятия с детьми 2-4-х лет проводятся в условиях ясельной группы детского сада. Количество детей на логопедических занятиях должно составлять не более 3-5-ти человек. Реабилитационное воздействие является комплексным и включает логопедические занятия, логоритмические, музыкальные, физкультурные занятия и обучение детей элементам мышечного расслабления.

Основными задачами коррекционного воздействия являются: развитие общей, тонкой и артикуляционной моторики, фонационного дыхания, интонационной стороны речи, развитие и уточнение словаря и грамматических конструкций, развитие диалогической речи. Коррекционно-педагогическое воздействие на детей осуществляется дифференцировано, в зависимости от клинической формы заикания.

Так, у детей с неврозоподобной формой заикания (они, как правило, имеют возраст 3,5-4 года) много времени уделяется нормализации звукопроизносительной стороны речи, развитию словаря. При невротической форме заикания у детей обращается внимание на нормализацию отношений родителей к ребенку, общее оздоровление организма ребенка (в особенности его нервной системы), особое значение уделяется психотерапевтическому воздействию, как части логопедической работы.

В большинстве случаев логопедическую коррекцию заикания принято начинать у детей с 5 лет. Но, как показывает практический опыт, первые запинки возникают в 2,5–3 года, в момент развития развёрнутой фразовой речи.

К 5 годам заикание переходит в хроническую форму течения; формируются патологические привычки, стереотипы поведения. Поэтому, на наш взгляд, наиболее эффективным, как и при любом заболевании, является оказание своевременной помощи пациенту как можно раньше.

Младший дошкольный возраст ребёнка, страдающего заиканием, не является противопоказанием для проведения коррекционной работы (М. В. Баранова, И. Н. Барышникова др.).

Чем раньше будет начато лечение, тем быстрее и успешнее протекает процесс коррекции и меньшая вероятность возникновения рецидивов.

Следует рекомендовать обращение к специалистам на инициальном этапе заикания (в течение первых 3–4 месяцев от начала первых запинок). На этом этапе речевые занятия ребёнку не показаны. Рекомендован охранительный режим, ограничение речевой активности, медикаментозное лечение. Если спустя 3–4 месяца запинки сохраняются, рекомендуется комплексная коррекция речевого нарушения, включая специальные речевые занятия. Логопедические занятия проводятся в группе.

Продолжительность коррекционных логопедических занятий для детей младшего дошкольного возраста по физиологическим нормам составляет 20–25 минут. Между занятиями должно быть предусмотрено время на короткий перерыв перед следующим занятием.

Возраст 2,5–4 года предъявляет высокие требования к структуре занятия. Логопед должен знать цель занятия (каких результатов должен добиться на этом занятии). Каждое занятие должно иметь простое построение: начало, основная часть, заключительная часть; при этом начало и заключительная части должны быть непродолжительными по времени. Речевой материал занятия для заикающихся детей младшего дошкольного возраста должен быть лёгким и очень доступным – значительно проще речевых возможностей ребёнка. Особенно важно придерживаться этого принципа на начальных этапах коррекции.

Также при отборе материала важно учитывать сопутствующие речевые нарушения (задержка темпов речевогозвития, системные недоразвития речи). Содержание материала должно соответствовать детскому опыту. Необходимо контролировать уровень сложности предлагаемого материала, он должен соответствовать возрастной норме и речевым способностям ребёнка. Усложнение происходит постепенно, от занятия к занятию по принципу «от простого к сложному».

Логопед должен избегать ситуаций неуспеха на занятиях, в том числе и речевого неуспеха. Организованная под руководством логопеда речь на занятии должна быть без заикания.

Работа должна строиться с учётом произносительных возможностей ребёнка; опираться на свободные от заикания формы речи и начинать следует с сохранных форм речи у ребёнка: сопряжённо – отражённая, автоматизированная, ритмизированная, назывная, короткие ответы на вопросы.

На первичном курсе коррекционных занятий не рекомендуется сочетать занятия по коррекции заикания с занятиями по коррекции звукопроизношения. Работа над постановкой правильного звукопроизношения так или иначе ведёт к повышению тонуса артикуляторной мускулатуры. По нашему мнению, более целесообразно начинать эту работу на последующих этапах коррекционной работы, когда степень выраженности заикания будет значительно снижена. Также не рекомендуется на начальных этапах коррекционной работы использование методов аутогенной тренировки и упражнений на релаксацию по контрасту с напряжением, так как любая фиксация в этом возрасте противопоказана. Отдельно упражнения на расслабление как элемент в занятии может быть использован.

В младшем дошкольном возрасте не показано использование дыхательных упражнений на занятиях по коррекции заикания. Физиологическое дыхание у заикающихся детей не нарушено и не требует дополнительной коррекции. Увлечение дыхательными упражнениями в работе с заикающимися дошкольниками может ухудшить их речевое состояние, в том числе усилить дыхательные судороги и спровоцировать сопутствующие движения (поднимание плеч, дополнительный вдох перед началом высказывания и т. п.).

Удлинение речевого выдоха следует проводить на материале эталонных фраз, в ритмизированной речи, в коротких пересказах. Хочется отметить, что огромная роль в работе по коррекции заикания на первичном курсе отводится родителям. Логопед должен работать в тесном контакте с родителями, объясняя им принципы занятий с заикающимся ребёнком, демонстрируя приёмы работы с ребёнком. На этом этапе речь родителей является эталонной для детей. Родители общаются с ребёнком, выполняют задания специалистов, учитывая все рекомендации логопеда. На протяжении всего первичного курса родители совместно с ребёнком под руководством логопеда выполняют задания к уроку вальборе, который является основным наглядным пособием. В перерывах между курсами родители могут использовать данное пособие для закрепления полученных навыков.

Особенности работы психолога с заикающимися детьми 2,5–4 лет

Помощь в нормализации психологического климата в семье ребенка, страдающего заиканием, является первоочередной задачей успешного проведения коррекционного лечения. Большинство заикающихся детей испытывают чувство тревоги, неуверенность, страх. Любые, даже незначительные стрессовые ситуации становятся избыточными для их нервной системы. Они вызывают нервное напряжение и усиливают внешние проявления заикания. Также обращают на себя внимание расстройства нервной системы заикающихся, их физическое здоровье, общая и речевая моторика, собственно речевая функция, наличие психологических особенностей. Высокая пластичность центральной нервной системы ребёнка младшего дошкольного возраста, выбор правильных средств и методов воздействия определяют в основном благоприятную перспективу процесса коррекции заикания. На наш взгляд, использование игровых методов в психокоррекционной работе с ребенком ос-

новываются на естественной потребности в игре, что и является важнейшим условием правильного, гармоничного развития ребенка, навыков адаптированного взаимодействия с людьми.

Основными принципами методики являются методы игротерапии:

- изменение поведения ребенка в ситуации «здесь и теперь»;
- отреагирование эмоционального напряжения и ролевое моделирование разнообразных путей решения проблем общения;
- укрепление единства «я», чувства собственного достоинства и веры в себя.

Игры обеспечивают эмоциональную разрядку, снимают торможение, связанное со страхом, способствуют гибкости поведения и усвоению групповых норм, развивают координацию движений. Так¬ же для коррекции заикания мы предлагаем метод арт-терапии, основная задача которой состоит в развитии самовыражения и самопознания ребенка.

Рисование благотворно влияет на психику малыша. Творчески подходя к этому занятию, рисовать можно где угодно и чем угодно: мелом на асфальте, пальцем на запотевшем стекле, ладонью гуашевой краской и акварелью. Лучше для маленьких детей рисовать гуашевой краской большими кистями на больших листах бумаги разной формы и величины. Также полезна для заикающегося ребенка и лепка из пластилина и глины. Все это нормализует нервную систему ребенка, а также развивает и обогащает малыша.

С помощью метода рисования можно выделить несколько этапов коррекции заикания у детей: снижение эмоционального напряжения у ребенка;

активизация родителей на самостоятельную психологическую работу с ребенком;

повышение веры родителей в возможность достижения пози¬ тивных результатов психокоррекции.

Особенности работы специалиста по логоритмике с заикающимися детьми 2,5–4 лет

Организация логоритмических занятий способствует развитию и коррекции двигательной сферы, сенсорных способностей детей, страдающих заиканием, содействует устранению речевого наруше¬ ния. Логоритмика оказывает большое психотерапевтическое воз¬ действие на личность заикающегося ребенка. У большинства дошкольников, страдающих заиканием, часто грубо нарушена темпо-ритмическая сторона речи. Зачастую даже простые ритмы недостаточно сформированы. Поэтому работа над восстановлением темпоритмической организации речи весьма благотворно сказывается на процессе коррекции. Для заикающегося наиболее важен музыкальный ритм, он регулирует не только движение, но и слово и руководит темпом и динамическими особенностя¬ ми речи. Так как развитие моторики и экспрессивной речи происходит у ребенка в тесном единстве, то под влиянием коррекционной работы моторика и речь могут изменяться параллельно друг другу. Логоритмические занятия проводятся по определённой схеме, последовательно, поэтапно, с учётом основных дидактических принципов. Занятие длится 30–45 минут.

Следуя в расписании за логопедическими, логоритмические занятия содействуют закреплению навыков слитности и плавности речи.

Занятия по логоритмике направлены на закрепление темы, предложенной на логопедическом занятии. Занятие по логоритмике для детей данного возраста предпочтительно проводить в форме сказки или занимательной игры. Использование на занятии песен, стихотворных текстов и упражнений, направленных на синхронизацию речи с движением, практически полностью исключает возможность проявления заикания у ребенка. Занятие поддерживает у ребёнка хорошее настроение, бодрость и уверенность в своих силах. Это положительно сказывается на эмоциональном отношении ребенка к занятиям в целом. Родителям важно знать, что устранение речевого дефекта – это зачастую длительный процесс, который зависит от своевременности их реагирования на его появление. И желательного результата можно добиться при активном участии всех членов семьи, объединивших свои усилия со специалистами в процессе лечения ребенка.

8.1.2. Особенности логопедической работы с заикающимися детьми дошкольного возраста

Обязательным условием логопедических занятий является их связь со всеми разделами «Программы воспитания и обучения детей в детском саду» и прежде всего с игрой как основным видом деятельности ребенка-дошкольника Значение дифференцированных психолого-педагогических методов воспитания и обучения раскрыто в методике Г. А. Волковой.

Система комплексной работы с заикающимися детьми 2—7 лет состоит из следующих разделов:

1) методика игровой деятельности (система игр),
2) логоритмические занятия,
3) воспитательные занятия,
4) воздействие на микросоциальную среду детей.

Система игр, составляющая собственно содержание логопедических занятий, включает следующие виды игр: дидактические игры, игры с пением, подвижные, с правилами, игры-драматизации на основе стихотворного и прозаического текста, игры в настольный теннис, пальчиковый театр, творческие игры по предложению логопеда и по замыслу детей. На занятиях с детьми в первую очередь реализуется принцип игровой деятельности.

Условно выделяются следующие этапы: обследование, ограничение речи детей, сопряженно-отраженное произношение, вопросо-ответная речь, самостоятельное общение детей в разнообразных ситуациях (различных творческих играх, на занятиях, в семье). Изучений программного материала детского сада с изменением последовательности прохождения тем направлено на осуществление коррекционных, развивающих и воспитательных целей. Занятие строится в едином сюжете таким образом, чтобы все его части отражали программное, содержание.

Направленность рассматриваемой методики в отношении заикающихся детей от 2 до 4 лет и детей от 4 до 7 лет различна. В первом случае стоят задачи не столько коррекционного, сколько развивающего обучения и воспитания. В этом возрасте логопедическая работа имеет профилактический характер. В работе с заикающимися детьми от 4 до 7 лет ведущее значение приобретает коррекционная направленность логопедического воздействия, поскольку сформированные в процессе индивидуального развития личностные особенности влияют на характер речевой деятельности заикающегося и определяют структуру дефекта.

Методика игровой деятельности направлена на воспитание личности и на этой основе — на устранение дефекта.

В практике логопедической работы с заикающимися детьми (методика И. Г. Выгодской, Е. Л. Пеллингер, Л. П. Успенской) игры и игровые приемы используются для проведения расслабляющих упражнений в соответствии с этапами логопедического воздействия: режима относительного молчания; воспитания правильного речевого дыхания; общения короткими фразами; активизации развернутой фразы (отдельных фраз, рассказа, пересказа); инсценировок; свободного речевого общения.

Таким образом, совершенствование логопедической работы по устранению заикания у детей дошкольного возраста обусловило к 80-м годам XX в. разработку различных методик. Речевой материал логопедических занятий усваивается дошкольниками в условиях поэтапного воспитания речи: от сопряженного произношения до самостоятельных высказываний при назывании и описании знакомых картинок, пересказе прослушанного небольшого рассказа, рассказывании стихотворений, ответах на вопросы по знакомой картинке, самостоятельном рассказывании об эпизодах из жизни ребенка, о празднике и т. д. В условиях поэтапного воспитания речи от режима молчания до творческих высказываний с помощью игровой деятельности методика дифференцированно используется в работе с детьми от 2 до 7 лет. С помощью ручной деятельности воспитывается самостоятельная речь.

Педагогическая технология коррекции заикания у старших дошкольников с общим недоразвитием речи (по Е.А. Борисовой)

Педагогическая технология включает в себя следующие блоки: исходно-диагностический, коррекционно-технологический и итогово-диагностический. Коррекционно-технологический блок отражает основные направления логопедической работы по устранению заикания у дошкольников с ОНР. В рамках каждого из направлений обозначен ряд задач.

Логопедическая работа проводилась поэтапно, с учетом выраженности судорожной симптоматики и речевых возможностей детей. Для обеспечения качественной реализации направлений и задач логопедической работы заикающиеся дошкольники условно были разделены на 3 группы в зависимости от выраженности у них проявлений ОНР, в соответствии с уровнями развития у них языковых средств. Проведенный на констатирующем этапе анализ речевых возможностей детей позволил дифференцировать задания в ходе подготовки и проведения занятий, максимально их индивидуализировать, что выражалось в подборе речевого материала, осуществлении общей наполняемости занятий, коррекционных часов заданиями и упражнениями, комплектовании пакета заданий для занятий дома. Дети с низким уровнем речевого развития активнее других были вовлечены в коррекционную работу, которую проводили воспитатели по заданию логопеда.

Целью *подготовительного этапа* являлось создание условий для коррекции заикания у дошкольников с ОНР, поэтому на этом этапе осуществлялось изучение медицинской и педагогической документации; знакомство с родителями, проведение с ними бесед о причинах и механизмах заикания, о результатах обследования и особенностях предстоящей коррекционной работы; совместно с воспитателями вносились изменения, дополнения в тематический план; согласовывались требования к речи детей и взрослых для создания единого речевого режима, а на консультациях, родительских собраниях или во время индивидуальных бесед шла речь о необходимости соблюдения этих требований родителями при общении с детьми.

На *начальном этапе* коррекционная работа строилась в условиях ограничения речи детей и включала в себя развитие общей произвольной, артикуляционной и мимической моторики, проведение расслабляющих упражнений, выработку речевого дыхания, развитие слухового внимания и слуховой памяти, зрительного внимания и зрительной памяти, подражательности, пополнение пассивного словаря. Основной целью на этом этапе являлось обучение детей простейшим формам ситуативной речи.

На *основном (тренировочном) этапе* в ходе развития лексико-грамматических средств языка и связной речи, формирования правильной, свободной от заикания речи на постепенно усложняющемся речевом материале, закрепления ситуативной речи, ее усложнения и овладения самостоятельной контекстной речью проводилась работа по развитию способности детей использовать языковые средства в целях устного общения в разных коммуникативных ситуациях. Логопедическая работа осуществлялась на групповых и индивидуальных занятиях и включала в себя следующие основные направления:

Коррекция заикания, формирование правильной, свободной от заикания речи. Работа была направлена на дальнейшее формирование речевого дыхания, развитие координации и ритмизации движений, обучение ситуативной речи на материале коротких, а затем развернутых фраз, нормализацию просодической стороны речи, переход к спонтанной речи через обучение самостоятельной контекстной речи. В работе с детьми активно использовался прием двигательной ритмизации речевого высказывания: во время проговаривания различного по сложности речевого материала дети производили прихлопывания кистью руки, притопывание ногой, движения пальцами рук («Считалочки», «Утята» и др.), задающие темп и регулирующие ритм речевых движений. Для того чтобы подобные упражнения способствовали дополнительно обогащению и активизации словаря, закреплению у детей навыков словообразова-

ния и словоизменения, нами был разработан комплекс пальчиковых игр по изучаемым лексическим темам.

Коррекция ОНР. Это направление включало в себя реализацию следующих задач: устранение дефектов звукопроизношения; уточнение, расширение и активизацию словарного запаса; формирование грамматического строя языка; обучение связной речи, которые решались в соответствии с выявленными уровнями речевого развития. Дети с высоким уровнем речевого развития на занятиях и вне их привлекались к корректировке допускаемых сверстниками фонетических, морфологических, синтаксических ошибок. На занятиях по развитию связной речи их пересказы и самостоятельные рассказы служили дополнительным образцом для более слабых в речевом развитии детей. Это позволяло формировать у них функцию контроля и самоконтроля за смысловой и содержательной стороной речи, с одной стороны, и активизировать словарь, совершенствовать грамматический строй и содержательно обогащать связную речь - с другой. С детьми, имеющими низкий уровень, работа по развитию речи велась и на индивидуальных занятиях в процессе коррекции нарушений звукопроизношения. В работе применялись методы и приемы, рекомендованные для работы с детьми дошкольного возраста в процессе коррекции у них ОНР (Б. М. Гриншпун, Р. И. Лалаева, Е. М. Мастюкова, Н. В. Серебрякова, Т. Б. Филичева, Г. В. Чиркина и др.).

Формирование коммуникативных навыков. Это направление осуществлялось через обучение навыку употребления штампов речевого этикета; формирование навыка запроса информации; формирование навыка реплицирования; обучение навыку составления диалога. В качестве приемов нами были использованы моделирование игровых ситуаций общения, инсценировки, драматизации, настольный театр. В ходе реализации этого направления, с одной стороны, нами учитывались уровень речевого развития и сформированности коммуникативных навыков и их причинно-следственная зависимость, поэтому с детьми со средним и низким уровнями развития языковых средств речевой материал сначала нарабатывался и закреплялся в дидактических, речевых играх, с привлечением наглядного и практического сопровождения. А с другой стороны, принимались во внимание возможности детей в пользовании свободной от заикания речью. Поэтому дети с выраженными проявлениями заикания на начальных этапах работы привлекались к невербальным ситуациям общения, для инсценировок их речевые высказывания были минимизированы, подбирались с учетом речевых возможностей, а в диалогах этим детям предлагались пассивные, ведомые позиции. В дальнейшем их речевые роли активизировались.

8.2. Особенности логопедической работы с заикающимися школьного возраста

Занятия по исправлению речи заикающихся детей в процессе ручного труда по *Н.А.Чевелевой* возможно проводить на школьных и поликлинических логопедических пунктах. В специальных школах целесообразно использовать и уроки ручного труда. Автор считает необходимым при исправлении заикания работу с родителями ребенка, его учителем, лечебное воздействие на его нервную систему.

Системы логопедических занятий с заикающимися школьниками в условиях логопедического кабинета поликлиники, специализированного стационара или санатория, предложенная В.И.Селиверстовым , тоже принципиально мало чем отличается от изложенной выше комплексной методики занятий с заикающимися дошкольниками. Изменения в ней связаны лишь с более старшим возрастом детей, возросшим уровнем их развития, что требует от логопеда большей опоры в своей работе на сознательную активность самих детей. Логопедические занятия связываются с программным обучением детей в школе (разные предметы, разные классы и пр.), с особенностями формирования их личности к подростковому периоду.

Работа со школьниками имеет свои особенности.

1. Меняется тип ведущей деятельности. Главной является учебная деятельность, хотя элементы игровой деятельности сосуществуют с учебой.

2. Игровая форма занятий заменяется уроком.

3. Если у дошкольников вся работа ведется через семью, воспитателей, то в школьном возрасте логопедическое воздействие осуществляет логопед в содружестве с учителем.

4. В дошкольном возрасте все элементы речи воспитываются на основе подражания логопеду в процессе игровой деятельности, в школьном возрасте большее значение приобретает установка на сознательное преодоление дефекта, на самостоятельные упражнения над речью.

Заикание устраняется в процессе прохождения всех предметов в школе.

5. Наряду с косвенной психотерапией шире используются виды рациональной психотерапии.

6. Речевой материал и виды логопедических занятий сближаются со школьной практикой.

А.В.Ястребова в результате исследования состояния развития устной и письменной речи заикающихся школьников 1—4 классов массовых школ обнаружила различный уровень общего развития речи. В зависимости от уровня речевого развития автор условно выделила две категории детей. К первой категории автор отнесла заикающихся детей с высоким и нормальным речевым развитием. Эти дети не отличались от школьников с нормальной речью.

Во вторую категорию вошли заикающиеся с элементами общего недоразвития речи, когда у них имело место недостаточное фонетико-фонематическое и лексико-грамматическое развитие. Изучение особенностей речевого развития у этих детей, таким образом, протекало на фоне общего недоразвития речи, т.е. сопровождалось помимо расстройства темпа речи ограниченным запасом слов, представлений, понятий, недостаточным навыком звукового состава слова, специфическими недостатками произношения, явлениями аграмматизма в устной и письменной речи.

Система логопедических занятий А.В.Ястребовой составлена для заикающихся школьников второй категории. Автор выделяет 3 периода в обучении этих учащихся.

Первый период: уточнение и расширение пассивных знаний детей в области языка, осуществляемое как путем организации целенаправленных наблюдений учащихся над звуковой стороной речи, так и в процессе активных упражнений в упорядочении ее темпа и плавности.

Содержание логопедических занятий первого периода составляют различного рода упражнения, способствующие: 1) упорядочению темпа, ритма и плавности речи; 2) расширению и уточнению словарного состава и запаса представлений и понятий; 3) овладению грамматическим строем речи; 4) развитию и закреплению навыков звукового и морфологического анализа слова.

Во втором периоде занятий активизируются полученные учащимися знания в области языка и закрепляется навык плавной, ритмичной и выразительной речи на более сложном речевом материале, с использованием более сложных видов упражнений. Логопедическая работа строится с целью дальнейшего расширения словарного состава, запаса представлений и понятий в области языка.

Третий, заключительный период занятий ставит задачу закрепить навык правильной, свободной речи. В этот период продолжается работа над звуковой и интонационной стороной языка, выдвигается требование осознанного использования учащимся знаний в области фонетико-фонематического, лексико-грамматического и интонационного состава языка и навыка плавной, выразительной речи в любой жизненной ситуации.

Таким образом, состояние устной и письменной речи заикающихся школьников с элементами общего недоразвития речи позволяют А.В.Ястребовой считать основными направлениями логопедической работы следующие: а) целенаправленное и всестороннее развитие основных взаимодействующих компонентов речи (фонетика, лексика, грамматика) в процессе работы над ее темпом и плавностью, б) тесную взаимосвязь речевого материала логопедических занятий с содержанием программы по русскому языку начальной школы, в) всемерное развитие активности детей.

8.3. Логопедическая работа с заикающимися подростками и взрослыми

В подавляющем большинстве у подростков и взрослых заикание является следствием длительно протекающего процесса, возникшего в детстве. В данные возрастные периоды речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, спаян с личностью, с нарушенной системой отношений личности и поэтому с трудом поддается устранению, часто склонен к рецидивам. При устранении заикания необходимо применять дифференцированные в соответствии с его особенностями методы коррекционного воздействия в рамках существующего комплексного лечебно-педагогического подхода к заиканию. За основу лечебно-педагогического воздействия следует считать следующие положения.

1. Комплексность как взаимопроникновение медицинских и педагогических приемов. Например, психотерпевтическая методика — аутогенная тренировка включает в себя речевой, логопедический материал, индивидуальные логопедические занятия, в свою очередь, проходят с использованием психотерапевтической методики функциональных тренировок и т. д.

2. Сложность клинической картины заикания у подростков и взрослых выдвигает на первый план в комплексном преодолении заикания медицинские мероприятия. Это существенным образом влияет на место, и специфику логопедической работы с заикающимися. Поэтому в настоящее время все чаще эта работа обозначается как логотерапия, логопсихотерапия.

3. Поэтапность, согласно которой все виды нагрузок (логопедическая, психотерапевтическая, логоритмическая) должны постепенно возрастать от простого к сложному как при подборе речевого материала, так и построении системы функциональных тренировок. Каждый из этапов с самого начала должен позволяет заикающемуся добиваться определенных успехов.

4. Нозологическая дифференцированность и индивидуализация лечебных воздействий.

Специализированная помощь заикающимся подросткам и взрослым в нашей стране оказывается в системе здравоохранения: в логопедических кабинетах и стационарах психоневрологических диспансеров и больниц.

Об особенностях логопедической работы с заикающимися подростками и взрослыми писали И. Ю. Абелева, Л. З. Андронова, Л. П. Голубева, А. Я. Евгенова, М. Н. Киселева, А. И. Лубенская, М. И. Мерлис, Ю. Б. Некрасова, Н. Ф. Сичницина, М. В. Смирнова, М. Е. Хватцев, А. Г. Шембель, В. М. Шкловский и др.

Методика устранения заикания у подростков в условиях медицинского стационара, разработанная сотрудниками ГНИИ уха, горла и носа под руководством проф. *С. С. Ляпидевского*, содержит 6 основных этапов логопедической работы: 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 недели); 6) заключительный этап (выпускная конференция, специальный инструктаж).

Собственно речевые занятия с заикающимися начинаются с установочного этапа, когда они на положительных примерах лечившихся до них получают стимул к собственному излечению. На этапе максимального ограничения речи заикающиеся находятся на полном режиме молчания 3—5 дней, а в остальные 7—9 дней — относительного речевого покоя. Под руководством логопеда они овладевают сопряженной, полуотраженной и отраженной речью, а затем и небольшими фразами, необходимыми для обихода в отделении. В этот же период с заикающимися проводятся упражнения по постановке дыхания и артикуляционная гимнастика.

На этапе активной перестройки речи вводится речевой режим, работа над диалогом, беседы на заданную тему, небольшие самостоятельные пересказы на свободную тему. Во время речевой практики заикающиеся закрепляют полученные навыки самостоятельной речи в различных ситуациях (тренировка на экстрараздражители).

На заключительном этапе (выпускная конференция с участием родителей и друзей, обслуживающего персонала и др.) подростки отвечают на вопросы аудитории, декламируют или читают отрывки из художественных произведений, разыгрывают небольшие сценки из пьес, делают доклады.

Логопедическая работа со взрослыми заикающимися в поликлинических условиях делится (в порядке ее усложнения) на три периода (*А. Я. Евгенова и М. В. Смирнова*).

Первый период (14 занятий) содержит артикуляционные и дыхательные упражнения; счетную и фразовую зарядки; вопросы и ответы; несложное сообщение; короткое стихотворение (наизусть).

Второй период (12 занятий) включает речевую зарядку; чтение, изложение прочитанного; рассказ на данную тему; практику разговорной речи; объединенные занятия.

В третьем периоде (12 занятий) заикающимся предлагаются небольшие доклады; работа с художественным материалом (стихотворение, художественная проза); драматизация; экскурсии (индивидуальные и групповые); отчеты лечащихся как особая форма речевой работы.

По методике И. Ю. Абелевой, Л. П. Голубевой, А. Я. Евгеновой, Н. Ф. Синициной, М. В. Смирновой рекомендуется начинать занятия с дыхательных, голосовых и артикуляционных упражнений.

Далее предусматривается работа над гласными звуками; словами (с ударным гласным на первом, втором, третьем, четвертом слоге); фразами (начинающимися со слов с начальным гласным, согласным звуком; фразы с одной, двумя, тремя дыхательными паузами). В последовательном усложнении речевых упражнений следует работа над песнями; стихотворной речью (сказки в стихах, стихотворения, басни); чтением; заучиванием текстов наизусть; пересказыванием прочитанного текста; сообщением на заданную тему; текстом драматических произведений. После всего этого следует практика разговорной речи (диалоги-сценки, телефонные разговоры, речевые игры).

В связи с возросшим интересом к изучению психологических особенностей заикающихся в последние годы значительно обоснована необходимость психотерапевтического воздействия.

В системе логопсихотерапевтической работы с подростками и взрослыми находят место суггестивные формы психотерапии (императивное внушение в бодрствующем состоянии, аутотренинг, самовнушение, гипноз).

В разработанной *В. М. Шкловским* комплексной системе курс лечения заикания (2,5—3 месяца) включает пять этапов: подготовительный (диагностический); перестройки патологических речевых навыков и нарушений отношений личности; закрепления достигнутых результатов; диспансеризации и профилактики; санаторно-курортного лечения.

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.

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.

Навыки слитной речи автоматизируются, заикающиеся обучаются различными приемами, помогающими им справиться с возникающими речевыми затруднениями: упражняются в произнесении ряда гласных звуков, затем цифр, отдельных фраз и т. д. В случаях, когда не удается достигнуть полной нормализации речи, вводятся упражнения в сопряженном и отраженном произношении. Логопедическая работа проводится наряду с активной суггестивной психотерапией.

Речевым занятиям в течение дня отводится не менее 3— 4 часов.

Психотерапевтическая работа на этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности имеет различные формы. С помощью рациональной психотерапии больному разъясняют причины заикания, необходимость активного отношения к занятиям для успешного лечения заикания.

Гипнотерапия начинается на 3—4-й день после начала активной тренировки речи. Проводится вначале 3 раза в неделю, а затем один раз в 7—10 дней. Во время внушения особое внимание уделяется нормализации эмоционально-волевой сферы и деятельности артикуляционно-голосового и дыхательного аппарата. Гипнотерапия в ряде случаев является хорошей подготовкой к проведению сеанса внушения в бодрствующем состоянии.

Используются беседы на фоне сильного эмоционального напряжения больных, заканчивающиеся императивным внушением; императивное внушение с включением демонстративных моментов. Сеанс заранее назначается на определенный день, который особенно ожидается больными, так как он является переломным этапом в их лечении.

В процессе самовнушения заикающиеся стремятся представить себя хорошо говорящими, вызывают у себя представление о том, как они говорят без заикания дома, в учебном заведении на работе и в других ситуациях. Сеанс самовнушения рекомендуется проводить также перед сном.

На этапе закрепления достигнутых результатов (в течение месяца) проводится тренировка речи больного в жизненной обстановке.

В. М. Шкловский подчеркивает необходимость диспансеризации и профилактики как важных разделов работы, без которых не может быть решена проблема лечения заикания. Для заикающихся с глубокими невротическими нарушениями и резко выраженной вегетативной дистонией автор советует проводить санаторно-курортное лечение с использованием климатобальнеологического воздействия, ЛФК и физиотерапевтических мероприятий.

Все современные системы логопедических занятий с заикающимися подростками и взрослыми объединяются наличием в них (помимо последовательно усложняемых речевых упражнений) различных форм психотерапии. Различаются они между собой в основном тем, какое значение и место отводится отдельным видам психотерапии в логопсихотерапевтической работе.

Речевые упражнения в системах логопсихотерапевтических занятий с заикающимися строятся на основе общепринятых в детской логопедии принципов, но с учетом возрастных особенностей пациентов. Устранение заикания у подростков, юношей и взрослых предполагает обязательно дифференцированный подход и в изучении, и в самом устранении заикания. Общепринятый комплексный лечебно-педагогический подход в работе с заикающимися разного возраста уточняется, дифференцируется в зависимости от состояния заикающегося и необходимости преимущественной работы над теми или иными сторонами речи и личности пациента. В лаборатории функциональных и других видов патологии речи ВНИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского лечение заикания у взрослых осуществляется с учетом нозологической разнородности больных (заикающиеся с невротическими расстройствами; с психопатиями; с явлениями раннего органического поражения центральной нервной системы; с вялопрогредиентной шизофренией).

Лечение включает комплекс медико-педагогических мероприятий: медикаментозные, психотерапевтические, логопедические, логоритмические (Н. М. Асатиани, В. Г. Казаков, Л. И. Белякова, А. И. Лубенская, Б. В. Оганесян и др.).

При поступлении больных на лечение осуществляется медицинское обслуживание, затем в течение первых 10 дней пребывания заикающихся в клинике устанавливается диагноз на основании клинических исследований, логопедических наблюдений и параклинических обследований.

Логопедическое обследование наряду с медицинским осуществляется в первые 10 дней пребывания больных в клинике: устанавливают глубину и тяжесть речевого дефекта, особенности нервно-психического состояния, намечают план индивидуальной работы с заикающимися в рамках комплексного подхода. Выделяются следующие этапы стационарного лечения: подготовительный (5-7 дней), активной терапии (20 дней), активной тренировки (10 дней), завершающий, в ходе которого происходит предельное усложнение речевых ситуаций (3-5 дней).

Во время подготовительного этапа рекомендуется ограничение речевого общения, формируются коллективы больных для проведения занятий (по

клиническим признакам, по параметрам возраста, интеллектуального уровня и пола). Основная форма работы — коллективная, но, учитывая характер вторичных невротических наслоений, параллельно проводится индивидуальная психотерапевтическая работа.

Со 2-й недели, с началом этапа активной терапии, больные включаются в коллективные занятия аутогенной тренировкой, а также в систематические индивидуальные занятия с логопедом. К этому времени определяются основные медикаментозные назначения, направленность индивидуальной психотерапии, проводимой лечащим врачом. На этапе активных тренировок больные выходят за пределы стационара для функциональных речевых тренировок под руководством психотерапевтов и логопедов (разговор на улице, в магазине с продавцом, у кассы, по телефону и т. п.).

Завершающий этап содержит предельно сложную речевую нагрузку — индивидуальные и коллективные речевые выступления перед многолюдной аудиторией. Выступления имеют форму концертной программы с включением музыкальных номеров (мелодекламация, сольное и хоровое пение).

Перед выпиской из стационара каждому даются рекомендации по дальнейшей самостоятельной работе в рамках поддерживающих логопедических занятий, аутогенной тренировки, повторения некоторых элементов логопедической ритмики.

Весь курс лечения в стационаре пронизан прямым и косвенным психотерапевтическим воздействием на больных в виде коллективных и индивидуальных психотерапевтических бесед. Курс аутогенной тренировки включает обследование заикающихся; усвоение ими основных приемов саморегуляции; отработку навыков локальной релаксации мышц, в которых возникает патологическое напряжение; овладение сокращенными формулами самовнушения, приемами активной регуляции мышечного тонуса и использование навыков локальной релаксации в процессе речевой деятельности.

Логопедическая, дидактическая, коррекционная и логотренировочная работа, проводимая логопедом, строится в зависимости от клинической принадлежности заикающегося, его возраста, развития, личностных особенностей. Например, акцент на логопедических занятиях более всего уместен в отношении больных с неврозоподобным заиканием на фоне резидуально-органической церебральной недостаточности. Для больных с невротическим заиканием более эффективны психотерапевтические приемы.

Практический материал занятий направлен на коррекцию нарушений дыхания, голоса, артикуляции, на развитие моторики артикуляционного аппарата и тренировку моторной функции вообще, на тренировку всех видов звучной речи (сопряженная и отраженная речь, чтение стихов и прозы, вопросо-ответная речь и т. д.). Особое внимание уделяется речевым функциональным тренировкам, которые дают возможность закрепить полученные речевые навыки в условиях кабинета, стационара и в обычных жизненных ситуациях и помогают заикающимся выработать правильное отношение к трудным речевым ситуациям. По мнению авторов, эффективность устранения заикания у

взрослых обусловлена применением всего арсенала комплексного медико-педагогического подхода, психотерапии, фармакотерапии, функциональных речевых тренировок, индивидуальных, групповых и коллективных занятий, логопедической ритмики и лечебной физкультуры, физиотерапии и общеукрепляющего лечения.

8.4. Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами

Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами направлена на обеспечение благоприятных условий воздействия на заикающегося ребенка; создание правильного отношения к нему Дома и в детском учреждении; организацию необходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий.

Нельзя исключать индивидуальных консультаций (например, о значении психологической подготовки ребёнка к пребыванию в непривычных для него условиях, порекомендовать предварительное посещение ребёнком детского учреждения, знакомство с логопедом, воспитателем, др. сотрудниками). Необходимо предусмотреть присутствие родителей на логопедических занятиях, чтобы практически ознакомить их с принципами подхода к преодолению заикания, с приёмами по предупреждению и устранению у детей речевых судорог. Присутствие родителей может быть пассивным (вначале) и активным (под контролем логопеда задают вопросы детям, дают отдельные задания, делают замечания и исправляют речь на занятиях. Такая консультативно-методическая подготовка родителей создаёт возможность активного и правильного участия в закреплении правильной речи и повеления детей в повседневных и учебных условиях. Большое значение имеют посещения логопедом ребёнка на дому, в школе, в детском саду. Это позволяет глубже судить об особенностях его речи и поведения, возможностях жизненно-бытовых условий и действеннее преобразовывать эти условия в соответствии с необходимыми. Многие сведения в доступной форме доводятся до родителей на собрании. Очень важно разъяснить родителям, что во время летнего отдыха смена климатических условий, отдых в обстановке, связанной с эмоциональным напряжением, долгая разлука с родителями (особенно с матерью) нежелательны. Они могут повлечь за собой усиление заикания. Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами является частью той большой работы логопеда, которая называется пропагандой логопедических занятий. Формы её разнообразны: лекции, беседы, выступления на родительских собраниях и педсоветах в школах и детских садах, по радио и телевидению, на страницах газет и журналов и т.д. Консультативно-методическая работа также должна планироваться и учитываться в специальной документации. Одним из направлений комплексного метода преодоления заикания является воздействие окружающих на личность заикающегося ребёнка, на его взаимоотношения со средой, на его эмоционально-волевую сферу. Осуществляется на протяжении всего периода коррекционно-воспитательной работы. Окружающие люди должны воспитывать у ребёнка уверенность в себе, сознание

своей полноценности, здоровый взгляд на дефект речи, желание избавиться от него: постоянно поддерживать сознание успеха на каждом этапе занятий и убеждение, что, в конце концов, успех будет полным. Большое значение в преодолении заикания имеет речь окружающих – негромкая, спокойная, неторопливая. Тогда заикающиеся дети начинают подражать в этой манере говорить. Отношения к детям должно быть ласковым, без порицаний. Малейшие успехи должны тут же поощряться.

Задачи социальной адаптации (а в отношении подростков, взрослых, возможно, и реабилитации) заикающихся осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает логопед, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья с ее естественными психолого-педагогическими реабилитационными воздействиями является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи.

Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами направлена на обеспечение благоприятных условий воздействия на заикающегося ребенка; создание правильного отношения к нему Дома и в детском учреждении; организацию необходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий.

Формами этой работы являются: обеспечение родителей и педагогов необходимым минимумом знаний о заикании и заикающихся в виде цикла бесед о сущности и причинах заикания, об особенностях его проявления и методах устранения, о значении и направленности речевых занятий, о роли родителей и педагогов в коррекционно-педагогическом процессе, об особенностях домашнего режима, об отношении окружающих к заикающемуся ребенку и пр. Организация бесед не исключает индивидуальных консультаций для родителей о каждом ребенке в отдельности. Необходимо также присутствие родителей на логопедических занятиях для практического ознакомления их с принципами подхода к преодолению заикания, с приемами по предупреждению и устранению у детей Речевых судорог.

Логопедическая работа рассматривается как система коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на гармоничное формирование личности и речи ребенка с учетом необходимости преодоления или компенсации его дефекта.

9. Психотерапевтическое направление коррекции заикания

Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии – оздоровление психики заикающегося – осуществляется через

1) воспитание полноценной личности;

2) воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду;

3) воздействие на микросоциальную среду.

Оздоравливающее воздействие на заикающегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое Прямая психотерапия – лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом:

1) рациональную (по Дюбуа), или разъяснительную (по В.М. Бехтереву) психотерапию;

2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка).

Рациональная психотерапия состоит из индивидуальных и коллективных специальных бесед, которые представляют собой логически обоснованную систему разъяснений, убеждений и обучения заикающегося. Цель ее в том, чтобы объяснить заикающемуся в доступной, образной и убедительной форме сущность заикания, его обратимость, роль самого ребенка в преодолении заикания, критически разобрать особенности его поведения. Силой логического убеждения и примером психотерапевт стремится помочь заикающемуся в перестройке неправильных форм поведения, внушая уверенность в свои силы, в возможность преодоления заикания. Для маленьких детей рациональная психотерапия выражается в использовании разнообразных игровых приемов, красочного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Эти формы психотерапии тесно смыкаются с психопрофилактикой и психогигиеной. Для старших школьников необходимо широкое использование основных приемов рациональной психотерапии.

Внушение (суггестия) – специальный метод психотерапии. Различают внушение со стороны другого лица (гетеросуггестия) и самовнушение (аутосуггестия).

В лечении заикания используются методы внушения в бодрственном состоянии и в состоянии гипнотического сна. Эти психотерапевтические методы используются в комплексе с другими медико-педагогическими средствами воздействия на заикающихся подростков и взрослых.

Одним из видов аутосуггестии является метод аутогенной тренировки. Он применяете, при лечении различных неврозов. Путем самовнушения по определенной формуле вызывается состояние покоя и мышечного расслабления (релаксация). В дальнейшем проводятся целенаправленные сеансы самовнушения по регуляции тех или иных нарушенных функций организма. В этом плане оно оказывается полезным и при заикании, заикающийся овладевает способностью вызывать расслабление мышц, особенно лица, шеи, плечевого пояса, и регулировать ритм дыхания, что ослабляет интенсивность судорожных спазмов.

В связи с незрелостью психики и недостаточной концентрацией внимания у детей дошкольного возраста гипнотерапия и аутогенная тренировка с ними не применяются.

Многие логопеды, работая с заикающимися детьми, используют игры и упражнения, которые помогают расслабить мышцы рук, предплечья, шеи, ног, лица.

Все виды психотерапии заикания направляются на устранение психогенных нарушений (страха речи и ситуаций, чувства ущемленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.) и на перестройку у заикающегося измененного под влиянием дефектной речи социального контакта с окружающими; на формирование умений владеть собой и своей речью, на перестройку своих личностных качеств.

10. Клиническое направление коррекции закания

10.1. Особенности лечебно-оздоровительной работы при заикании

И.М. Сеченов указывал, что в научное понимание организма человека и его деятельности входит влияющая на него среда, так как без последней существование организма невозможно. Среде придается решающее значение в формировании и развитии организма, а также в возникновении и, следовательно, устранении болезненных процессов.

К лечебно-оздоровительной работе относятся: создание благоприятной обстановки для лечения, организация режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

Для заикающегося ребенка в условиях специализированного учреждения необходимо создать спокойное и в то же время бодрое, жизнерадостное настроение; отвлечь его внимание от тревожных мыслей о своем дефекте.

У ребенка надо поддерживать хорошее настроение, бодрость, уверенность в выздоровлении. Систематическое чередование различных видов деятельности, определенный ритм жизни также имеют важное значение, так как способствуют нормализации и облегчению работы высших отделов нервной системы и всего организма в целом.

В составлении распорядка дня важно предусматривать достаточное время для отдыха. С этой целью для школьников необходимо облегчить учебный процесс, чаще делать перерывы при выполнении домашних заданий, не перегружать их внеклассной и домашней работой и пр.

Важное значение для детей имеет разнообразие видов деятельности, это вызывает у них интерес. Для детей возбудимых, подвижных подбираются занятия, игры спокойные, нешумные. Заторможенных нужно активизировать, развивать у них самостоятельность.

В режиме дня заикающегося ребенка-дошкольника на сон должно быть отведено не менее 10–11 часов ночью и 2 часа днем, школьников 8–9 часов ночью и 1,5–2 часа днем. Прием пищи предусматривается не позже, чем за 1,5–2 часа до сна, ибо в противном случае восстановление силы нервных клеток коры головного мозга во время сна протекает менее интенсивно. Необходимо больше внимания уделять витаминизации пищи заикающегося ребенка.

Витамины как биологические катализаторы всех ферментных систем благоприятно влияют на высшую нервную деятельность, реактивные силы и иммунологическое состояние организма.

В режим дня заикающегося ребенка включаются закаливающие процедуры. Ежедневные прогулки, игры на свежем воздухе, спортивные развлечения укрепляют нервную систему, создают эмоциональный подъем. Воздушные ванны оказывают активное воздействие и на сердечнососудистую систему, нормализуют ее работу.

Важное значение для закаливания организма ребенка имеют водные процедуры: обтирание, обливание, душ и купание.

Разные виды закаливания назначаются врачом строго индивидуально в зависимости от состояния здоровья ребенка и особенностей местных условий.

Лечебная физкультура и физические упражнения, развивая мышечную систему, усиливают работу важнейших жизненных органов – легких и сердца, повышают обмен веществ. Они способствуют укреплению силы и морального духа ребенка, развивают координированные и точные движения, помогают избавиться от скованности или, наоборот, от расторможенности движений, способствуют воспитанию дисциплинированности и собранности.

Все это является необходимой предпосылкой для лучшего функционирования речевых органов заикающегося ребенка и оказывает положительное влияние на выработку у него правильных речевых навыков. Физические упражнения для заикающихся детей приобретают лечебное значение.

В лечебных учреждениях для заикающихся детей помимо общих физических используются и специальные корригирующие упражнения на занятиях по лечебной физкультуре (ЛФК).

В последнее время специалисты все чаще используют рефлексотерапию для лечения заикания. Воздействуя на определенные точки акупунктуры, удается снять повышенную возбудимость речевых центров, восстановить нарушенную нервную регуляцию речи. Массаж улучшает функциональное состояние центральной нервной системы, активизирует работу мозга и его компенсаторные возможности. В практической деятельности точечный массаж используется как одна из составных частей комплексного лечения заикания. Массаж биологически активных точек проводится в период режима ограничения речи одновременно с обучением детей расслаблению, работой над голосом.

10.2. Инструментальные методы коррекции заикания

10.2.1. Метод фотостимуляции в коррекции заикания

М.И. Лохов (1983) понимает заикание как устойчивое патологическое состояние. Им разработан способ лечения заикания, который предусматривает дестабилизацию устойчивой патологической речевой системы путем фотофоностимуляции на фоне введения в субклинических дозах этимизола, формирование на этом фоне новых стабильных ритмически управляемых связей и использование нового функционального состояния мозга с целью усвоения логопедических (в частности, суггестивных) воздействий для формирования новой речевой системы. Частота фоностимуляции сочетается с частотой фотостимуляции, которую выбирают на основании данных ЭЭГ-реакции усвоения ритма данного больного.

Исследователи изучали воздействие ритмической фотостимуляции на речь заикающихся, которая значительно улучшалась на фоне фотостимуляции при низких частотах (1,2—2,3 Гц). Указанные данные были получены при исследовании взрослых заикающихся (М. И. Лохов, 1994).

Искусственные управляющие связи, сформированные при сочетании световых и звуковых воздействий, поддерживаются при помощи портативных метрономов «Ритм» или «Темп». По утверждению авторов, использование метронома в кодовой частоте предохраняет речь от срывов и обеспечивает снижение числа рецидивов. В процессе овладения новыми речевыми стереотипами осуществляется развитие артикуляционного аппарата, овладение ритмизированной слоговой речью, релаксацией мышц тела и артикуляционного аппарата, устранение сопутствующих движений, освоение упражнений по психотренингу, включающему элементы аутогенной тренировки на фоне заданного ритма.

10.2.2. Использование метода биологической обратной связи

В процессе коррекции заикания ведущая роль принадлежит тренировкам, направленным на выработку нового стереотипа речеобразования. Работа проводится с использованием различных технических средств. В педагогической практике с 60-х годов XX века начал применяться метод биологической обратной связи (БОС). Метод БОС, базирующийся на основе механизмов саморегуляции организма, ведет к установлению в центральной нервной системе новых, необходимых для получения желаемого эффекта функциональных связей, закрепляемых в процессе обучения. С помощью этого метода заикающиеся получают возможность самостоятельно контролировать и регулировать отдельные параметры своих функций (дыхания, голосообразования и др.). БОС, основанная на преобразовании речевого сигнала в зрительный образ, эффективно применяется в процессе комплексной реабилитации заикающихся и оказывает положительное влияние на процесс речеобразования (И.А. Поварова 1995, 2003). Вопрос эффективности комплексного лечения заикания освещается в работах Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской (2002); М.И. Лохова (1994, 2000); В.И. Селиверстова (2000); и многих других исследованиях.

Сущность метода БОС при коррекции заикания – научить пациента контролировать и целенаправленно изменять течение нарушенной физиологической функции, участвующей и влияющей на процесс речеобразования (дыхание, мышечный и вегето-сосудистый тонус, психоэмоциональное состояние). Для этого с помощью приборов БОС регистрируют физиологические параметры пациента, связанные с нарушенной функцией, и предъявляют их обучаемому в виде визуального и слухового сигнала обратной связи. Получая объективную информацию о нарушенной функции, пациент находит и учится

воспроизводить такое состояние, которое нормализует эту функцию. В программе существует два способа представления результатов: графики и таблицы. У заикающегося регистрируются текущие значения ЧСС, которые подаются ему в виде звуковых и зрительных игровых, цифровых и графических сигналов обратной связи. При правильном дыхании пациент «закрашивает» вертикальные или горизонтальные полосы

10.2.3. Использование сенсорной комнаты в коррекции заикания (по С.И. Абашкиной)

В основе идеи использования условий сенсорной комнаты в коррекции заикания лежит необходимость создания оптимальных условий для преодоления отклонений в развитии речи дошкольника, использования компенсаторных возможностей его организма, всестороннего гармоничного развития ребенка. Новизна данного подхода определяется как применением средовых воздействий сенсорной комнаты в ходе решения коррекционно-развивающих задач, так и ориентировкой на максимально раннее оказание коррекционной помощи - в период, когда заикание из инициального не превратилось в закрепившееся (не позднее 2-х месяцев с момента возникновения). Не менее важны опора на ведущую у дошкольников игровую деятельность, оптимизация участия семьи ребенка в коррекционном процессе. Сохраняют свою актуальность мультидисциплинарность в оказании помощи ребенку с заиканием, расширенная клинико-психолого-педагогическая диагностика, использование основных логопедических техник формирования речи заикающихся, реализация в ходе коррекции общедидактических принципов.

Клинико-психолого-педагогическое взаимодействие специалистов в ходе коррекции заикания предполагает разработку направлений воздействия невролога, физиотерапевта, психотерапевта, логопеда, клинического психолога, врача ЛФК по результатам предварительного обследования, которые корректируются в индивидуальном коррекционно-развивающем маршруте ребенка по результатам стартовой, промежуточной и итоговой диагностики.

Целью этих тесно переплетающихся и дополняющих друг друга мероприятий является формирование устойчивой плавной интонационно окрашенной речи у заикающихся дошкольников. Заданная цель достигается путем одновременного решения следующих задач: устранить (или ослабить) судорожный компонент речевого нарушения; в процессе формирования техники нормативной речи улучшить состояние дыхательной функции; совершенствуя просодическую сторону речи, сформировать внятную, выразительную бессудорожную речь в нормальном темпе и ритме; закрепляя навыки плавной слитной интонационно окрашенной речи, развивать импрессивную и экспрессивную речь ребенка; снизить уровень эмоционального напряжения; способствовать преодолению сопутствующих речевых и неречевых расстройств, развитию моторики; создать условия для активного, полноценного сотрудничества семьи ребенка с логопедом в процессе коррекционной работы; провести профилактику рецидивов заикания.

Организация коррекционно-развивающих логопедических занятий с заикающимися детьми в условиях организованной особым образом сенсорной среды, состоящей из множества различного рода стимуляторов, воздействующих на органы зрения, слуха, обоняния, осязания и вестибулярные рецепторы, способствует повышению эффективности реализации каждой из поставленных задач.

Методика работы в условиях мультисенсорной среды базируется на основах цвето-, свето-, арома- и звукотерапии и предполагает поэтапное включение и дальнейшую синхронизацию всех сенсорных потоков. В зависимости от требуемой направленности воздействия на ЦНС - релаксации или активации - оборудование сенсорной комнаты можно условно разделить на два функциональных блока: релаксационный блок (бассейн с шариками, напольные мягкие покрытия и чанки, набор дисков с узорами, библиотека записей релаксационной музыки), активационный блок (оборудование со светооптическими эффектами и интерактивными переключателями, сенсорные панели, мобайлы и др.).

Выделяется несколько этапов логопедической работы по преодолению заикания, на каждом из которых мультисенсорная среда выполняет особую, ей одной присущую функцию. От первого периода к последующим меняется роль, в которой выступает оборудование сенсорной комнаты. На этапе реализация режима снижения речевой активности, релаксации ему принадлежит роль основного средства снижения речевой нагрузки, расслабления, создания эмоционально благоприятного фона для занятий, так как трудно подобрать более действенный инструмент для решения поставленных задач. Занятия данного периода проводятся в сенсорной комнате с использованием ее «релаксационного» блока.

В процессе формирования техники нормативной речи условия сенсорной комнаты становятся главным оптимизирующим инструментом для подачи артикуляционно-дыхательных и артикуляционно-голосовых упражнений (используется «активационный» блок сенсорной комнаты). Яркие светооптические эффекты привлекают, стимулируют и поддерживают внимание. В период активных речевых тренировок, как и во время закрепления навыков организованной речи, сенсорная комната выполняет роль дополнительного инструмента, повышающего эффективность проводимых в ней мероприятий. Условия «живой сказки» как нельзя лучше подходят для организации игрового сюжета, являющегося самым продуктивным для подачи материала коррекционных занятий детям дошкольного возраста.

Логокоррекционная работа с заикающимися детьми проводится в форме подгрупповых занятий (группа не более 4 человек, закрытого типа). Подгруппы формируются с учетом возраста детей, формы заикания, степени его выраженности, наличия сопутствующей речевой и неречевой симптоматики. Интенсивный курс коррекции заикания занимает не менее 3 календарных месяцев. По решению консилиума специалистов возможно проведение индиви-

дуальных коррекционно-развивающих занятий с ребенком, повторных курсов коррекции, поддерживающих микрокурсов.

Практика организации коррекционно-развивающих логопедических занятий с заикающимися детьми в условиях мультисенсорной комнаты показывает:

средовые воздействия «релаксационного блока» сенсорной комнаты, мобилизующие резервные возможности нервной системы ребенка, приводят к максимально быстрому снижению уровня мышечного и психоэмоционального напряжения;

использование «активационного блока» сенсорной комнаты способствует организации межанализаторного взаимодействия с целью устранения (или ослабления) судорожного компонента речевого нарушения, совершенствования просодической стороны речи заикающегося ребенка;

положительный эмоциональный фон, сопровождающий пребывание ребенка и его родителей в условиях сенсорной комнаты, способствует повышению мотивации ребенка к проведению мероприятий по формированию и закреплению техники нормативной речи, созданию условий для активного вовлечения его родителей в коррекционно-развивающий процесс;

стимуляция в ходе коррекционно-развивающих занятий формирующихся в дошкольном возрасте сенсорных функций создает условия, способствующие преодолению сопутствующих речевых и неречевых расстройств.

Таким образом, мультисенсорная комната создает оптимальные условия для коррекции заикания, всестороннего гармоничного развития детей дошкольного возраста.

10.3. Медикаментозное лечение заикания

Медикаментозное лечение заикания ставит целью нормализацию деятельности центральной и вегетативной нервной системы, речедвигательного аппарата, устранение судорог, снятие психогенных наслоений, оздоровление организма в целом (роль медикаментозного лечения с возрастом заикающихся увеличивается). Это объясняется усложнением клиники заикания вследствие присоединения дополнительных функциональных наслоений, связанных с пубертатными сдвигами и повышением роли слова как фактора социального общения.

Цель приема лекарственных средств заключается в приглушении симптомов заикания, снижении судорог речевых мышц, стимуляции мозговой деятельности, нормализации эмоционального состояния. Правильно подобранные медикаменты способствуют улучшению качества жизни человека и повышению его трудоспособности. Кроме этого, лекарственная терапия способствует уменьшению страха перед общением со здоровыми людьми.

Показаниями к употреблению медикаментозных препаратов являются выраженные клинические симптомы логоневроза, возникшие в результате основного заболевания или длительного течения патологического состояния. К причинам заикания у взрослых относятся неврологические нарушения,

опухоли мозга, инсульт, черепно-мозговые травмы. Схема лечения составляется врачом отдельно для каждого пациента. С первых дней терапии необходимо соблюдать следующие рекомендации: избегать монолечения только медикаментозными средствами; наблюдать за динамикой проявления нарушения речи; тщательно соблюдать дозировку и сроки приема лекарств; принимать несколько групп препаратов для повышения эффекта терапии.

Ноотропы. Механизм действия этой группы средств заключается в ускорении метаболических процессов в головном мозге, повышении работоспособности, улучшении памяти и внимания. Нервная система становится более лабильной, менее реагируя на стрессовые ситуации, перегрузки. Эффективными средствами являются Фенибут, Глицин, Пирацетам, Фенотропил. Несмотря на стимулирующее действие, купирование логофобии и логоневроза происходит за счет снятия нервного возбуждения и нормализации течения обменных процессов в мозге.

*Седативные препараты***.** Систематический прием лекарств на основе растительных компонентов оказывает общее расслабляющее действие. При длительном логоневрозе курсовой прием способствует повышению общительности, устранению мышечных спазмов. Целебными свойствами отличаются пустырник, валериана, мелисса, ландыш, зверобой, боярышник, хмель и другие.

Анксиолитики, *транквилизаторы*. Применяются при неэффективности растительных успокоительных препаратов. Устранение повышенной тревожности, различного рода фобий происходит в результате подавления возбудимости нервных клеток и временного торможения центров головного мозга. Если причина заикания в невротическом расстройстве, на фоне их приема симптоматика нарушения речи снижается. Среди побочных эффектов: сонливость, перепады настроения.

*Витаминные препараты***.** У взрослого человека на фоне длительного нарушения речи часто наблюдается дефицит витаминов, в частности, группы В. Вследствие недостатка минеральных веществ нарушаются метаболические процессы в нервной ткани. На фоне истощения ЦНС человек становится более восприимчивым к различного рода инфекциям, ухудшается общее самочувствие. Так как витамины группы В относятся к нейротропам, нейропротекторам, они стимулируют работу нервной системы. Возможны побочные эффекты в виде головной боли, бессонницы, аллергической реакции. Перечень необходимых при заикании витаминов и минералов: витамины группы В защищают клетки нервной системы от истощения, участвуют в биохимических процессах, преобразуют питательные вещества в энергию; кальций «ответственен» за расслабление мышечных волокон; магний необходим для когнитивных реакций; витамины А, С, Е, лецитин, жирные кислоты – защищают нейроны и стимулируют их восстановление, предупреждают старение тканей.

Противоэпилептические препараты, антиконвульсанты. Необходимы для купирования мышечных судорог и предупреждения рецидива. Снижают

уровень тревожности. Чаще всего при речевых расстройствах применяют прегабалин, клоназепам и их аналоги.

Нейролептики. Назначаются врачом при психозах, сопровождающих или являющихся причиной заикания. Среди востребованных средств аминазин, галоперидол. Однако они характеризуются высоким риском развития побочных эффектов.

В настоящее время отмечается, что бензодиазепины уменьшают тревожность, но у людей, принимавших препарат, не было никаких значимых различий в симптоматике заикания. Галоперидол, препарат, обычно используемый для лечения шизофрении и других психотических расстройств, улучшал беглость речи, но имел много негативных побочных эффектов, которые приводили к плохому длительному использованию препарата. Верапимил используется для лечения гипертонии и мало влияет на заикание. Нимодипин, блокатор кальциевых каналов также был протестирован с некоторым положительным эффектом при заикании, но не кажется жизнеспособным лекарством из-за его стоимости и осложнений при дозировании. Пимизид — это препарат, используемый для лечения людей с тиковым расстройством. Это действительно показало некоторое улучшение заикания, но побочные эффекты были настолько значительными, что дальнейшее тестирование не было завершено. Пароксетин также был протестирован, но не продемонстрировал существенных изменений в отношении заикания.

В лечении заикания используются некоторые блокаторы дофамина, которые, как было показано, приносят пользу при заикании. Первый, рисперидон, Risperdal, является антипсихотическим препаратом, обычно используемым для лечения шизофрении. Люди, принимавшие этот препарат, продемонстрировали статистически значимое улучшение по сравнению с плацебо, у них наблюдалось примерно 50-процентное улучшение заикания. Как и другие лекарства, он имеет некоторые негативные побочные эффекты, такие как увеличение веса. Другой препарат, оланзапин, показал еще большую эффективность в лечении заикания с меньшим количеством побочных эффектов. Исследуемые пациенты сообщили, что их заикание улучшилось во время приема препарата.

Таким образом, комплексный подход в коррекции закания позволяет помочь пациенту адаптироваться в обществе, вылечиться и избавиться от нарушения речи, вернув тем самым нормальный образ жизни.

Литература

1. Артеменкова Л.Ф. Состояние и пути развития диалогической речи старших дошкольников с заиканием.//Сб. Современные проблемы и перспективы развития региональной системы комплексной помощи ребенку./Под ред. А.В. Грибанова – Архангельск, 2000.

2. Арутюнян Л. З Как лечить заикание. М., 1993.

3. Асланова С.Р., Крапивина Л.М. Организация и содержание охранительного режима для детей группы риска заикания// Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их коррекция/Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. М., 2001, с. 66 – 71.

4. Барабанов Р. Е. Спастическая дисфония. Этиопатогенез. Методы лечебно-коррекционного воздействия / Р. Е. Барабанов. — Текст : непосредственный // Инновационные педагогические технологии : материалы III Междунар. науч. конф. (г. Казань, октябрь 2015 г.). — Казань: Бук, 2015. — С. 117-121. — URL: https://moluch.ru/conf/ped/archive/183/8583/ (дата обращения: 13.06.2023).

5. Белякова Л.М., Дьякова Е.А. Заикание. - М.: В. Секачев, 1998. - 304с.

6. Большакова С.Е. Речевые нарушения у взрослых и их преодоление. М., 2002, с. 38 – 76.

7. Буянов М.И. Преодоление заикания у подростков – М., 1989

8. Борисова Е.А. Педагогическая технология коррекции заикания у старших дошкольников с общим недоразвитием речи **А**втореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук 13.00.03 - коррекционная педагогика (логопедия) Екатеринбург - 2010

9. Визель Т.Г Коррекция заикания у детей. – М., 2009

10. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М., 2005. – С.215 – 216

11. Волкова Г.А. Заикание и дизонтогенез / Методы изучения и преодоления речевых расстройств. – СПб., 1994

12. Волкова Г.А. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями речи. – СПб., 1993

13. Дьякова Е.А. Особенности речевого паузирования и характер искажения текста в процессе чтения у взрослых заикающихся // Общенациональный Конгресс по чтению “Чтение в современном мире: опыт прошлого, взгляд в будущее”. Тезисы докладов, август, 1992. - М., 1992. - С. 5-6.

14. Дьякова Е.А. Особенности чтения вслух у взрослых заикающихся // Дефектология. – 2000.- №6. – С. 23 – 26

15. Заикание / Ю.А. Белопольская, В.Б. Оленич Педиатрия: Новейший справочник. – М., 2005 - С. 281- 282

16. Заикание /Психиатрия // под ред. В.П. Самохвалова. – Ростов –н/Д., 2002. - С.449 -451

17. Карпухина Р.Р. К вопросу о заикании в дошкольном возрасте//Дефектология .- 1979. - № 4.

18. Крапивина Л.М. Методические рекомендации по организации и содержанию логопедических занятий с заикающимися преддошкольного возраста //Заикание: проблемы теории и практики/Под ред. Л.И. Беляковой. М., 1992,с. 126 – 141

19. Крапивина Л.М Работа логопеда с родителями заикающихся детей преддошкольного возраста//Дефектология.-1998.- № 3. - С. 80 – 83

20. Левина Р.Е. Заикание у детей // Преодоление заикания у дошкольников.- М.: «Педагогика», 1974.- с. 3-32.

21. Логопедия: Учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учебн. заведений / Под ред. Л.С. Волковой. М.: ВЛАДОС, 2004. – 704 с.

22. Максимова Н.Ю., Милютина Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. - Ростов –н/Д., 2000. - С.449 -451

23. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. - М : ВЛАДОС, 1997. - 304с.

24. Меньшикова С.В. Коррекция заикания у детей. Практическое пособие для логопедов и родителей. – Казань: «Лиана», 1999. - 112с.

25. Миссуловин Л.Я. Патоморфоз заикания. Изменение картины возникновения и течения заикания, особенности коррекционной работы: Учебное пособие. — СПб.: Союз, 2002. — 320 с.

26. Миссуловин Л.Я., Зиновьева Е.А. Сопутствующие и ритуальные движения при заикании // Материалы междунар. науч. конференции. — СПб., 2008. — С. 402-407.

27. Поварова И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах.- СПб, 2001

28. Поварова И.А. Моделирование ситуаций общения как средство развития коммуникационных навыков у заикающихся подростков /Дети с проблемами в развитии // №1 -2006 - С.10-11

29. Поволяева М.А. Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. Р/на – Дону.2002

30. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях.– часть 1. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

31. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

32. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 374 с.

33. Поникарова В.Н. Дефектология. Основы дифференциальной диагностики: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 170 с.

34. Поникарова В.Н. Дефектология. Психологические основы логопедии: Учеб. пособие. в 3-х частях. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н.– часть 1. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 351 с.

35. Поникарова В.Н. Дефектология. Клинические основы логопедии: Учеб. пособие в 3-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 293 с.

36. Поникарова В.Н. Клиническая психология: учебное пособие – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Курск, 2021.

37. Рычкова Н.А. Логопедическая ритмика. - М.,2000

38. Саитбаева Э.Р. психолингвистический анализ связной речи заикающихся дошкольников в сравнении с нормой / Заикание: проблемы теории и практики // под ред.Л.И. Беляковой.- М., 1992. – С. 20 – 37

39. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. - М.: ВЛАДОС, 2000. - 208с

40. Скрыпник И. Примерные конспекты логоритмических занятий с детьми, страдающими заиканием//Дошкольное воспитание. №№5 – 9. 1996

41. Сметанкин А.А. и др. Способ коррекции речи. заявка на изобретение № 98112347114 от 08.07.98 г. Решение ФИПС о выдаче патента от 04. 11. 98 г.

42. Соловьева Е.Н. Путь к преодолению заикания. – СПб., 2002

43. Шевцова Е.Е. Артикуляционный массаж при заикании. – М., 2006

44. Шевцова Е.Е. Преодоление рецидивов заикания. — М., 2005. — 128 с.

45. Чевелева Н.А. Заикание у детей /Основы теории и практики логопедии.// Под ред. Р.Е. Левиной. – С.229-253

46. Ястребова А.В. Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы. Пособие для учителей-логопедов. — М.: Просвещение, 1980. — 104 с.

47. Au-Yeung J., Howell P., Davis S, Charles N., Sackin S. UCL survey of bilingualism and stuttering // Journal of Fluency Disorders. — 2000; 25 (3): 246.

48. Bowen C. Information for Families: Stuttering- What can be done about it? — 2011.

49. Carlson N.R. Physiology of behavior, 11th ed. — Boston: Allyn and Bacon, 2013. P. 497-500.

50. Craig A., Hancock K., Tran Y., Craig M., Peters K. Epidemiology of stuttering in the communication across the entire life span // Journal of Speech Language Hearing Research. — 2002; 45: 1097-1105.ссылка

51. Nwokah E. The imbalance of stuttering behavior in bilingual speakers // Journal of Fluency Disorders. — 1988; 13 (5): 357-373.

52. Pollack A. To Fight Stuttering, Doctors Look at the Brain // New York Times. — 2006.

53. Proctor A., Duff M., Yairi E. Early childhood stuttering: African Americans and European Americans // ASHA Leader. — 2002; 4 (15): 102. 35. 37. Karniol R. Stuttering out of bilingualism // First Languag

54. Newman T. Stuttering, also called stammering, is a speech disorder where an individual repeats or prolongs words, syllables, or phrases // Medical News Today. — 2017.

55. The National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD). Stuttering. — 2016.

56. http://yandex.ru/clck/jsredir?from=yandex.ru%3Bsearch%2F%3Bweb%3B%3B&text=&etext=2202.8Shdou5vVhUszm9jdm

57. http://yandex.ru/clck/jsredir?from=yandex.ru%3Bsearch%2F%3Bweb%3B%3B&text=&etext=2202.lqxwRtlpFaDcoOi68EN4sD

Раздел III. ТЕХНОЛОГИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ УСТНОЙ РЕЧИ ПРИ ЗАИКАНИИ

1. Характеристика интонационной и темпоритмической стороны речи

1.1. Понятие интонационной стороны речи, ее категориальный аппарат

Просодия, по мнению Н.И. Жинкина, является наивысшим уровнем развития языка. Просодическое оформление текста включает совокупность целого ряда показателей, таких как психофизиологические, ситуационные, потребностно-мотивационные и экстралингвистические. Основной составляющей просодии является *интонация.* Она представляет собой одну из важнейших сторон устной речи: отражает коммуникационные намерения говорящего, его эмоциональное состояние, отношение к предмету речи или собеседнику. С помощью интонации говорящий эмоционально воздействует на слушателя.

Интонация – ритмико-мелодическая сторона речи, служащая в предложении средством выражения синтаксических значений, модальности и эмоционально-экспрессивной окраски. Интонация накладывается на ряд сегментных единиц речи и объединяет их в единое целое. Интонация описывается при помощи акустических параметров: интенсивности, длительности, частоты основного тона (высоты) и спектра. Элементы интонации группируются по этим параметрам: *интенсивная* группа - пауза, логическое ударение, интенсивность; *частотная* группа – мелодика, диапазонная высота; *темпоральная* группа – темп, эмфатическая долгота; *спектральный элемент* – тембр.

Интенсивная группа. Интонационная пауза – это перерыв в речи, она выступает как средство членения речи. Паузы в местах членения речевого потока (конец предложения, границы между синтагмами и др.) называются грамматическими, или логическими. Грамматические паузы могут быть реальными и нереальными. Реальные паузы возникают в конце предложения, абзацев, текстов. Они бывают короткими, средними, продолжительными. Нереальные паузы - это паузы, отсутствующие при явно меняющемся тоне. Если пауза возникает в устной речи в местах, не предназначенных для членения, ее называют паузой хезитации (неграмматической). Логическое ударение – это произвольное выделение одного из компонентов высказывания. Его перемещение меняет смысловой акцент высказывания. Интенсивность – это сила произнесения, громкость. Измеряется звуковой энергией. Может быть сильной и слабой.

Частотная группа. Мелодика – это изменение высоты тона при произнесении фразы. Разные мелодические фигуры могут изменять характер высказывания. В лингвистике описано 7 основных мелодических фигур – контуров, получивших названия «интонационные конструкции». Интонационные конструкции (ИК) отличаются движением мелодики на трех участках фразы: в предцентровой части, в центре и постцентровой части. Например, ИК – 1: тон движения по среднему уровню, затем резко падает вниз. ИК – 1 – это интонация повествовательного невосклицательного предложения.

Диапазонная высота - высота основного тона высказывания по отношению ко всему диапазону голоса человека. Речь в обычной ситуации протекает в средней диапазонной полосе. Она не у всех одинакова: у большинства женщин голос высокий, а у большинства мужчин – низкий.

Темпоральная группа. Темп – это скорость протекания речи. Средний темп – 110 – 120 слов в минуту. Темп замедляется, если выделяется важное; привлекается внимание; изображается что- то медленное. Темп ускоряется, если дается информация менее важная, хорошо знакомая, изображается что-то быстрое.

Эмфатическая долгота – увеличенная длительность одного или нескольких звуков в слове. Эффект эмфатической долготы создается превышением длительности звука, ожидаемой при данном темпе речи.

Спектральный элемент. Интонационный тембр – окраска голоса, характер его звучания. Тембр – это сплав основного и дополнительных тонов (обертонов). Интонационный тембр создается взаимодействием диапазонной высоты и интенсивности.

Интонация – совокупность элементов речи, фонетически организующих ее, и являющихся средством выражения различных значений, эмоциональной окраски.

Интонация выполняет ряд функций: грамматическую, эмоциональную, стилистическую, а также характеризует личность говорящего.

Грамматическая функция, в свою очередь, распадается еще на ряд функций:

разграничительная (членение речевого потока на фразы, фразы на синтагмы и т.д.);

объединительная (объединение слов в синтагмы, синтагм – в предложения);

смыслоразличительная (выделение важного по смыслу слова); коммуникативная (различение разных коммуникативных типов высказывания).

Эмоциональная функция состоит в передаче эмоционального отношения или состояния говорящего в момент речи.

Стилистическая функция предполагает различение разговорного, официально-делового, научного, публицистического, художественного стилей высказывания. Так, разговорный стиль характеризуется непринужденностью и эмоциональностью.

Интонация также характеризует личность говорящего с точки зрения пола, возраста, профессии, официального статуса.

Кроме того, можно отметить, что интонация выполняет функции членения речевого потока и оформления высказывания в единое целое.

1.2. Темпо-ритмическая организация речи

Темпо-ритмическая организация устной речи является тем стержнем, который объединяет и координирует все составляющие устной речи, включая лексико-грамматическое структурирование, артикуляторно–дыхательную программу и весь комплекс просодических характеристик.

В настоящее время можно говорить о таких понятиях, как темпо-ритмо-интонационное членение речи, которое возникает не в результате звуковой аранжировки, готовой лексико-синтаксической структуры высказывания, а в процессе текущего формирования мысли и её вербализации. Темпо-ритмо-интонационное членение пронизывает все фазы построения высказывания, начиная от намерения говорящего и включая лексико-синтаксическое структурирование, а также моторно-дыхательную организацию речевого потока (артикуляция и дыхание).

В роли элементарной единицы просодии выступает *синтагма*, т.е. отрезок высказывания, объединённый интонационным и смысловым значением. Она имеет физиологическую целостность и отграниченность и выступает как ритмический период устной речи. Она произносится на одном речевом выдохе и представляет единый артикуляционный комплекс.

Плавная речь характеризуется единым артикуляционным комплексом произнесения синтагмы на одном речевом выдохе, без пауз в процессе беспрерывной артикуляции. В нормальной речи плавность органически сочетается с паузами, которые являются необходимым компонентом речевого высказывания. Их длительность и характер распределения в речевом потоке во многом определяют ритмико-мелодическую сторону интонации.

Ритм — это основа правильного формирования речи и ее восприятия. Умение правильно воспроизводить разнообразные ритмы способствует адекватному воспроизведению ритмического рисунка слов, их слоговой структуры, ускоряет развитие других лингвистических способностей (словообразования). Таким образом, ритмические движения можно использовать для создания оптимальных условий для восприятия и осуществления речи.

Нейролингвистическая трактовка ритма речи (По Т.Г. Визель)

Ритм речи является одним из наименее изученных феноменов. Если исходить из того, что *ритм* — это равномерное чередование каких-либо единиц или их групп, то термин ритм речи приходится признать справедливым лишь для стихотворных текстов.

В них ритм является периодическим, заданным (ямб, хорей, анапест и т. д.), а отклонение от него (синкопы) — исключение, особый случай.

В стихотворных сочинениях ритм легко вычленяется, т. к. каждый его период (такт) равен стихотворной строке.

В конце каждой строки следует пауза и смена дыхательной фазы с инспираторной на экспираторную.

Применительно к прозаической речи ритм — понятие неоднозначное и требующее расшифровки.

Текст разбивается на отрезки не по принципу соразмерности периодов, а в соответствии с его смыслом. Эти отрезки в лингвистике обозначаются как синтагмы. По определению Л.В. Щербы (1947), синтагма — это минимальная смысловом отношении часть предложения, отделенная от другой синтагмы паузой и дыханием.

В этой замечательной формулировке привлекают два момента: *смысловая* часть и *дыхание.* Оба являются принципиально важными для понимания того, как организована прозаическая речь. Они подчеркивают, что предложение делится на части не по ритмическому, а смысловому принципу. Внешне смысловые части маркируются так же, как и ритмические в стихотворении, т. е. паузой и сменой выдоха вдохом (Визель Т.Г., 1997, 1999).

Слоговой ритм прозаической речи близок к речитативу, который, как принято считать, был основным видом речи в древности. Речитатив соответствует общей тенденции преобладающего способа деятельности вообще, имевшей место в отдаленный период эволюции человечества (ритуалы, ритуальные танцы вокруг костра под барабаны, бубны, шествия и пр.). Н.И. Бернштейн (1947) обозначил такие простые, равномерно следующие друг за другом движения, как *итерации.*

С нейролингвистической точки зрения, в их осуществлении доминирующую роль наряду с корой мозга играют подкорка и вегетативная нервная система. Можно провести не только антропогенетические, но и онтогенетические аналогии слогового ритма речи с движениями в общей двигательной сфере (сосание, ползание, ходьба, бег), а также со способом реализации физиологических актов (сердцебиение, дыхание, перистальтика сосудов, кишечника и т. п.). В речевой сфере сюда следует отнести гуление и лепет, имеющие сугубо итеративное выражение.

Известно, что они находятся преимущественно на подкорковом и вегетативном обеспечении. Назовем слоговой ритм *подкорковым.*

Помимо слогового ритма, во внутриречевом плане можно обнаружить и *словесный* ритм.

Этот ритм сходен с тем, который мы наблюдаем в музыке и стихотворной речи. Заметим, что в отличие от слогового ритма ритмизации подлежат здесь (и в музыке и в речи) не отдельные единицы, а их группы.

Нейролингвистическая интерпретация музыкального и стихотворного ритмов сводится к тому, что они осуществляются правым полушарием мозга, для которого вообще свойственно выполнять периодическую смену одних ритмических групп другими. Назовем условно такой ритм *правополушарным.*

Следовательно, во внутриречевом плане скрыты слоговой (подкорковый) и словесный (правополушарный) ритмы.

В речевом онтогенезе оба указанных вида ритма являются *базисными* для формирования способности членить прозаический текст на отрезки (синтагмы). Такой ракурс рассмотрения ритма речи и его связи с антропогенетическими фазами эволюции человека и онтогенетическими периодами развития ребенка еще более проясняет важность как врожденных задатков к ритмизи-

рованным действиям, так и нормального физиологического функционирования внутренних органов и систем, своевременного появления итеративных двигательных актов (сосания, ползания, ходьбы и пр.).

Когда созревает необходимый объем левополушарной коры, ответственной за речь в целом, и, главное, за ее *смысловое содержание,* построение высказывания без ритмических опор невозможно. При этом слоговой ритм должен быть «уложен» в слова, а словесный — в синтагмы, являющиеся, напомним, смысловыми единицами. Для этого во внутренней речи должна быть программа того, каким образом надо совместить смысловой и ритмический планы высказывания.

Обширная нейрофизиологическая литература, посвященная процессам автоматизации речи в целом (А.Р. Лурия, 1940, 1959), а также процессам возрастных функциональных преобразований (Д.А. Фарбер, 1979; M. Kiensbourne, 1981; В.И. Голод, Р.И. Мачинская, Н.М. Фйшман, 1992; и др.), позволяет сделать вывод, что такая задача может быть решена в рамках процесса левополушарной латерализации речевой функции. Он начинается у большинства детей в год и продолжает активно осуществляться в течение всего дошкольного периода.

Первые слова ребенок говорит еще ритмизировано: *мама, па-па, дя-дя, дай-дай* и пр., а затем учится укладывать слоги в целостные слова, подчиняй их ударному центру слова. Затем он переходит к группировке слов в синтагмы. Скрытые слоговой и словесный ритм интегрируются со смысловой программой и реализуются уже не двумя полушариями, а одним -левым.

Иначе говоря, общая программа высказывания становится функцией левого полушария, а необходимость включения в нее всей линии ритмико-смысловых координации делает самым трудным произнесение начальных звуков, слогов и слов высказывания.

В речи, которая к школьному возрасту должна стать зрелой; смысловая компонента является главной, а ритмическая — обслуживающей ее. Нейролингвистическое осмысление сказанного подразумевает доминирование в прозаической речи левого полушария и субдоминирование правого.

Вполне понятно, что левополушарной латерализации могут препятствовать различные факторы, начиная *с повреждения связывающих* их проводящих путей и кончая индивидуальными особенностями мозговой организации речевой функции. К значимым в этом плане повреждениям относятся плохая проводимость межполушарно расположенного мозолистого тела и горизонтальных проводников. Этиология нарушения их проводимости может быть разной:

1) органической природы (образование шрамов при заживлении внутриутробных и родовых кровоизлияний, изменения биохимического состава проводящих белых волокон и др.);

2) функционального характера, представленного функциональной гиперактивностью правого полушария.

Ее, как правило, связывают с наличием явных или скрытых левшества, амбидекстрии, когда возникает полушарный конфликт из-за неподчинения гиперактивного правого полушария левому. Не исключены и другие причины.

Полушарный конфликт, в свою очередь, осложняет нормативную иннервацию мышц речевого аппарата. Это связано с тем, что речевые мышцы всех его отделов (дыхательного, голосового и артикуляционного), хоть и представлены моноорганами (трахеей, гортанью, языком, губами, небной занавеской), но, что принципиально важно, поделенными пополам средней линий. Поскольку каждая из половин снабжается контрлатерально, т. е. с противоположной стороны, нервные импульсы должны быть в них строго выровнены, и обе половины речевого органа должны иметь равноценное по интенсивности и времени поступления нервное снабжение. Если же их выравнивания в месте перекреста не происходит, то одна половина оказывается активированной иначе, чем другая. В ответ на это возникает реакция этой мышцы, обозначаемой со времен Сикорского как *судорога.* Она нарушает плавное течение речи. Попытки спонтанной компенсации этой помехи приводят к запинкам, составляющим патологический феномен заикания.

1.3. Развитие темпо-ритмической стороны речи в онтогенезе

Чувство *ритма* формируется путем усвоения системы сенсорных ритмических эталонов, которое происходит на основе процесса их двигательного моделирования и дальнейшей интериоризации свертывания моторных звеньев этого процесса.

В онтогенезе можно выделить следующую последовательность формирования чувства ритма: первой появляется способность к восприятию-воспроизведению темпа следования звуков. Причем сначала дети овладевают эталоном быстрого темпа, затем — среднего и значительно позже — медленного. Второй появляется способность к восприятию-воспроизведению отношений акцентированных и неакцентированных звуков, лежащих в основе музыкального метра. Процесс усвоения эталонов тактового метра идет от двудольного к четырех-, а затем трехдольному метру. Способность к восприятию-воспроизведению отношений длительностей звуков и пауз, которая лежит в основе улавливания ритмического рисунка, появляется последней. Процесс усвоения детьми эталонов ритмического рисунка начинается с усвоения чередования одинаковых длительностей. Затем усваивается чередование различных длительностей: сначала элементарных квадратных, потом элементарных неквадратных ритмических рисунков. Позднее в той же последовательности происходит усвоение усложненных вариантов этих ритмических структур.

Первоначальный развернутый процесс ориентировочного двигательного моделирования ритмической структуры состоит из следующих последовательно проявляющихся основных периодов:

а) периода аритмичных, беспорядочных двигательных реакций;

б) периода равномерных движений, отражающих, по-видимому, акцентированные звуковые элементы; в) периода воспроизведения в движениях основного ритмического отношения, отражающего начальную стадию воспроизведения структуры задачи в целом;

г) периода усвоенного ритма. Первые три периода являются подготовительными к четвертому — периоду адекватного воспроизведения ритмической структуры, по мере усвоения сокращаются во времени и редуцируются в порядке их появления.

В итоге этого процесса ребенок сразу адекватно воспроизводит целостную ритмическую структуру.

К основным эталонам *темпа* (скорости следования звуков) относят медленный, умеренный и быстрый темпы; метра — простые двух-, трех- и четырехдольный размеры. Эталоны ритмического рисунка имеют простую или сложную структуру: простые ритмы состоят из равных длительностей, сложные — из неравных ритмических единиц. К сложным относят «квадратные» ритмические рисунки с четной суммой длительностей (ритм суммирования, дробления, пунктирный ритм) и «неквадратные» ритмы с нечетной суммой длительностей (ритм качания).

Для правильного воспроизведения воспринятых эталонов в двигательных структурах необходимо, чтобы:

1) скорость движения совпадала с темпом музыки;

2) мускульное напряжение в движении совпадало с силой звучания или с даваемым в музыке отдельным акцентом;

3) передаваемый движением ритмический рисунок совпадал с музыкальным ритмом.

1.4. Развитие слоговой структуры слова в онтогенезе

Слогом называют сочетание гласного с одним или несколькими согласными, которое составляет определенную звуковую единицу; слог может состоять и из одного гласного. В языкознании существуют два разных подхода к определению этой единицы.

При фонетическом подходе общим признаком, объединяющим гласный и окружающие его согласные в один слог, считается некоторое фонетическое свойство; при фонологическом подходе считается, что гласный и согласные объединяются в слог благодаря существующим в данном языке правилам сочетаемости фонем. Центром, или вершиной, слога является обычно слоговой гласный. В составе слога возможно и два гласных, произносимых слитно, неделимо. Такие гласные называются дифтонгами.

Существуют разные типы слогов: CV, CVV, V, CVC, VC, CVVC , CCVVV, где С – «согласный», V – «гласный».

По своему звуковому строению слоги делятся на:

- *открытые* (кончаются слогообразующими гласными);
- *закрытые* (кончаются неслогообазующими согласными);
- *полуоткрытые* (кончаются сонорными согласными);

- *неприкрытые* (начинаются гласной);
- *прикрытые* (начинаются согласной).

Для русского языка более характерны открытые слоги, состоящие из гласного и согласного, они составляют более половины всех встречающихся в речи слогов.

И.А. Сикорский (1899) отмечал, что детей второго года жизни можно разделить на группу детей с бойкой речью и группу детей, беспомощных в речевом отношении. Дети первой группы произносят слова с точной ритмической структурой, тогда как звучание слогов остается очень приблизительным. Ребенок произносит «скелет» нужного слова по слоговому составу, ударению и голосовому оттенку (то есть тембру), например: «*мтиТИ*» - кирпичи.

Уточнение ритмической организации слова происходит, по данным И.А. Сикорского, через некоторую промежуточную стадию, во время которой ребенок вводит в слово, чтобы избежать трудных для стечений согласных, гласные и, таким образом, увеличивает число слогов у слова взрослых. Ритмическая структура слова строится на материале псевдослова, состоящего из сегментов восходящей звучности, в которых консонантная и вокальная части неотделимы друг от друга.

Дети второй группы, по И.А. Сикорскому, пренебрегают ритмикой речи и сосредотачивают свои усилия на правильном произнесении ударного слога, репрезентатирующем в ней то или иное слово-корень. Первые из употребляемых для обозначения слов слоги состоят из согласного и гласного звуков, или только из гласного, причем вначале они неясны и неотчетливы. Первыми из согласных появляются губные П и Б, потом уже – язычные согласные. Правильная артикуляция звуков достигается поденно, в процессе тренировки произнесения под контролем слуха. Сначала один и тот же звук С вначале произносится на месте целой группы звуков (З, Ш, Ж); затем там, где должен быть Ш, ребенок начинает произносить звук С все с большим «смягчением», и постепенно артикуляция становится типичной для звука Ш. наиболее трудны звуки, требующие сложной координации различных движений: Ш, Ж, Р, Л, иногда З. Стечения согласных в словах на начальном этапе развития речи несвойственны обеим группам детей.

Особенности формирования слоговой структуры слова в онтогенезе по А.Н. Гвоздеву представлены в таблице 1.

А.Н. Гвоздев, рассматривая усвоение слогового состава слова, останавливается на особенности слоговой структуры русских слов, заключающейся в том, что сила безударных слогов в ней неодинаково. При овладении слоговой структурой слова ребенок научается воспроизводить слоги, слова в порядке их сравнительной силы: сначала из всего слова передается только ударный слог, затем появляется первый предударный и, наконец, слабые безударные слоги. Опускание слабых безударных слогов препятствует усвоению входящих в них звуков, и в этом смысле судьба разных звуков и звукосочетаний связана с усвоением слоговой структуры. Сравнительную силу слогов А.Н.

Гвоздев называет главной причиной, влияющей на сохранение одних слогов в слове и на пропуск других.

Таблица 1

Особенности формирования слоговой структуры слова в онтогенезе (по А.Н. Гвоздеву)

1 г. 3мес.- 1г. 8мес	Ребенок часто воспроизводит один слог услышанного слова (ударный) или два одинаковых слога: га-га, ту-ту и т.д.
1г. 8мес- 1г.10мес.	Воспроизводятся 2- сложные слова; в 3-сложных словах часто опускается один из слогов: *мако* (молоко)
1г. 10мес.- 2 г.1 мес	В 3-сложных словах иногда все еще опускается слог, чаще предударный: кусу(укушу); может сокращаться количество слогов в 4-сложных словах;
2г. 1мес- 2г. 3мес.	В многосложных словах чаще опускаются предударные слоги, иногда приставки: *ципилась* (зацепилась)
2г.3мес.-3г.	Слоговая структура нарушается редко, главным образом в малознакомых словах.

Исследователь Б. Китерман придает основное значение сравнительной силе произношения слогов, так называемому «динамическому» ударению и ряду других фонетических моментов, соотносимых с ударностью слога: длительности гласного, его ясности – близости к фонетическому типу, высоте гласного – тоновому ударению. Таким образом, отправной посылкой усвоения слоговой структуры слова являются некоторые закономерности звуковой действительности и их влияние на процесс освоения речью.

Н.Х. Швачкин считал, что при общей ритмико-интонационной настроенности речевого выражения и восприятия, присущей ребенку 1-2 – летнего возраста, возможно освоение ребенком слоговой структуры слова при полной искаженности его звукового состава, а также случаи опускания слогов, так называемой слоговой элизии. Другие причины слоговой элизии Н.Х. Швачкин видит в артикуляционной недостаточности ребенка раннего возраста.

Т.Г. Егоров, анализируя вопрос о факторах, влияющих на выделение звука из слога, наряду со звуковым окружением называет слоговую и ритмическую структуру слова. Ребенку легче выделять звуки из двусложных слов с открытыми слогами двухбуквенного или однобуквенного строения и труднее анализировать слова с одним закрытым трехбуквенным слогом и еще труднее со стечением согласным.

Исследования последних лет позволяют говорить о предикторах нарушения ритмической организации речи у детей раннего возраста. Данные Е.В. Шереметьевой свидетельствуют о том, что отсутствие динамики перехода в словаре ребенка от хореически организованных слов к ямбически организованным, тенденция к уподоблению ямбически организованных слов хореически организованными либо полное отсутствие ямбически организованных

слов в собственном словаре ребенка являются показателями недоразвития фонематического восприятия, что может сказаться на дальнейшем освоении ребенком слоговой структуры слова.

1.5. Развитие интонационной стороны речи в онтогенезе

Правильное восприятие некоторых типов интонации взрослых появляется довольно рано, к концу лепета. Интонационное поле в речедвигательном анализаторе возникает позднее. Вначале интонация служит средством выражения эмоций и лишь на более поздних этапах развития приобретает языковое значение. Грамматическая интонация ребенка есть трансформация интонации эмоциональной. Интонационные контуры, обслуживающие эмоциональные состояния на стадии однословных высказываний, позднее становятся выражением смыслового содержания высказывания.

На стадии двух-трехсловных высказываний один интонационный контур оформляет высказывания разных интонационных типов. Преобладающими являются ИК – 3, который используется в вопросах с вопросительным словом и без него, и ИК – 7, передающий значение эмоционально насыщенного недоумения и отрицания.

Позднее, из ИК – 3 выделяется ИК – 1, выражающий констатацию некоего факта, и ИК – 2, означающий вопрос при наличии вопросительного слова, а также ИК – 4, выражающий сопоставительный вопрос.

Из ИК-7 выделяется ИК-6 со значением недоумения, а ИК-7 передает только значение отрицания. Позднее всех ИК появляется ИК-5, передающий оценочные значения.

Чем менее высказывание организовано в лексическом плане, тем рельефнее выступает интонационный контур Интонационное оформление высказывания (вопрос, волеизъявление, повествование) наиболее отчетливо выражено у детей младшей возрастной группы. Это связано с длиной фразы и простотой синтаксических конструкций. К пяти годам становление интонационной системы языка заканчивается. Дети осознают смыслоразличительные возможности интонации и успешно используют их в сочетании с лексическими и синтаксическими средствами для противопоставления высказываний по цели. Наблюдается тенденция к равномерному использованию детьми различных интонационных контуров. Интонация постепенно приобретает смыслоразличительную функцию.

Роль дыхания в развитии интонационной и темпо-ритмической стороны речи

Во время речи органы дыхания, продолжая выполнять свою основную биологическую функцию газообмена, осуществляют одновременно голосообразующую и артикуляционные функции.

Речевое дыхание имеет существенные отличия от физиологического дыхания:

Во-первых, изменяется продолжительность выдоха по отношению к вдоху - фаза выдоха в 5-8 раз продолжительнее.

Во-вторых, число дыхательных движений уменьшается почти вдвое и составляет 8-10 раз в минуту.

В-третьих, объем выдыхаемого воздуха возрастает почти в три раза – до 1500-2000 $см^3$.

В-четвертых, вдох производится через рот, а не через нос.

В-пятых, выдыхательные мышцы участвуют в акте речевого дыхания.

В онтогенезе отмечается ряд особенностей дыхания, которые влияют на становление интонационной и темпо-ритмической стороны речи.

Это особенности строения органов дыхания, которые делают дыхание ребенка менее глубоким, но более частым; особенности регуляции дыхания – склонность к дыхательной аритмии и недостаточная способность произвольной регуляции дыхания, а также тип дыхания – у детей часто преобладает верхнее, ключичное дыхание.

Нормальное речевое дыхание вырабатывается у ребенка одновременно с развитием речи. Так, к 2,5-3,5 годам возможность речевого выдоха наблюдается только при произнесении изолированных слов. Примерно с 3,5 лет дети могут произносить на выдохе фразу из 2 слов. До 4 лет отмечается тенденция к произнесению фразы в разные фазы дыхательного цикла. К концу дошкольного возраста на одном речевом выдохе дети могут произнести фразу из 5-6 слов.

Дети младшего возраста говорят медленно, т.к. им трудно справиться с выговариванием звукосочетаний и слов. Постепенно развиваются навыки естественного темпа речи. К концу дошкольного возраста дети свободно передают ритмическую структуру стихотворений.

Формирование координаторных механизмов в деятельности периферического речевого аппарата проходит сложный процесс. Становление речевого дыхания завершается лишь к 10 годам. У детей так же, как и у взрослых, произнесение как отдельных слов, так и фразы, всегда происходит в фазе выдоха. К этому возрасту происходит формирование циклов речевого дыхания, которые начинают соответствовать синтагматическому делению текста.

Речевое дыхание развивается одновременно с созреванием просодической стороны речи, прослеживается тесная взаимосвязь между формированием интонационного оформления высказывания, его логическим построением и речевым дыханием. Внутреннеречевое планирование объединяет все эти психофизиологические уровни в единую функциональную систему устной речи.

2. Характеристика темпо-ритмической стороны речи при заикании

2.1. Заикание как нарушение темпо-ритмической стороны речи

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

По данным как отечественных, так и зарубежных авторов заикающихся среди детей около 2%. Среди взрослого населения число заикающихся достигает 1%. Заикание значительно чаще возникает у мальчиков, чем у девочек. В

среднем это соотношение составляет 4:1. Наиболее вероятно возникновение заикания в возрасте от 2,5 до 5 лет, когда ребенок овладевает фразовой речью.

Теоретические и клинические исследования причин заикания идентифицируют его как заболевание, имеющее разную этиологию – генетическую, физиологическую и психологическую. Генетический риск появления заикания составляет от 12 до 69%.

Заикание независимо от этиологии этого расстройства проявляется главным образом в моторных аспектах речи, поэтому попытки понять природу заикания, были сконцентрированы именно на них.

Некоторые исследователи рассматривали заикание как нарушение плавности речи. Распространена точка зрения о заикании как о нарушении моторного контроля. Исследования моторного контроля ротовых, лицевых и глоточных мышц показали, что во время заикания наблюдается патологическая мышечная активность. Другие исследователи отмечали, что у заикающихся скорость выполнения артикуляционных движений меньше по сравнению с не заикающимися испытуемыми. Авторы сделали вывод о том, что заикающиеся показывают более низкий уровень контроля в неречевой двигательной активности. Обнаружена различная степень моторной недостаточности при изучении движений глаз, рук и дыхания, отмечается повышенный уровень мышечного тонуса.

Во время речи заикающиеся демонстрируют нарушение нормальной координации речевых мышц. При регистрации сигналов с различных групп мышц, участвующих в процессе речи, у заикающихся обнаружена большая длительность электромиографической активности, причем показатели усиливаются перед началом и во время речи. Считается, что в проявлении заикания большую роль играют мышцы глотки. Было доказано, что время инициации голоса, его включение и время прекращения работы голосовых связок у заикающихся увеличено. Обнаружено, что мышечное движение у заикающихся занимает большее время, особенно перед произнесением слов, на которых они заикаются, меньшее время на которых не заикаются, но ожидают этого, и самое короткое время, на которых не бывает заикания.

В целом, речь заикающихся сопровождается более высоким уровнем мышечной активности, чем речь нормально говорящего человека, что объясняется нарушением координации между агонистическими и антагонистическими мышцами. Ученые обнаружили спонтанное несвоевременное открывание голосовых связок в момент заикания. М.Зееман считал, что гиперкинезы и гипертонус мышц голосового аппарата обусловлены нарушением деятельности стриопаллидарной системы.

Механизм заикания исследователи пытаются рассматривать с разных позиций: клинических, физиологических, нейрофизиологических, психологических, нейролингвистических. Среди разных взглядов на сущность заикания можно выделить следующее: заикание – это речевое недоразвитие разного генеза, либо это невроз, либо неврозоподобное состояние.

М.И. Пайкин, рассматривая механизм и сущность заикания в раннем детском возрасте, связывал заикание с возникновением патологического рефлекса в период голосообразования и лепета.

Р.М. Боскис называет заикание заболеванием, в основе которого лежат речевые затруднения, которые могут вызываться задержками речевого развития, переходом на другой язык, необходимостью выразить сложную мысль и пр.

Р.Е. Левина, рассматривая заикание как речевое недоразвитие, видит сущность его в преимущественном нарушении коммуникативной функции речи.

Н.И. Жинкин находит, что феномен заикания может быть определен как нарушение авторегулировки в управлении речевыми движениями на уровне слога. В целом автор считает, что в основе заикания лежит общий невроз, лишь наиболее отчетливо проявляющийся в речи.

Большинство отечественных ученых, разрабатывая проблему заикания относят его к неврозам, руководствуясь павловским учением о ВНД человека, и в частности о механизме невроза. При этом часть исследователей склонна рассматривать заикание как симптом невроза (Ю.А. Флоренская, Ю.А. Поворинский и др.), другая часть – как особую форму общего невроза (В.А. Гиляровский, М.Е. Хватцев, И.П. Тяпугин, М.С. Лебединский, А.И. Поварнин и др.).

В.С. Кочергина приходит к выводу, что заикание возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения или активного торможения, или путем образования «патологического условного рефлекса». Автор констатирует, что заикание – это не симптом и не синдром, а заболевание ЦНС в целом.

С.С. Ляпидевский выявил при заикании нарушение корковой деятельности, при котором нарушается взаимодействие между корой и подкоркой, что проявляется в нарушении темпа и плавности речи.

В настоящее время существует предположение, что заикание может возникнуть как психогенное нарушение. Некоторые авторы рассматривают заикание как закрепившееся патологическое поведение.

Представляют интерес нейрофизиологические исследования при организации речевой деятельности. Была показана значительная межполушарная асимметрия тока крови в некоторых областях головного мозга. Другие исследования показали, что заикающимся свойственна особая мозговая доминантность речи (С. Ортон, Л. Тревис). Авторы предположили, что заикание – результат неодновременного возбуждения нервных импульсов билатеральных мышц челюсти. Речь заикающихся прерывается из-за неодновременного возникновения потенциалов действия в речевых мышцах вследствие асинхронии работы полушарий. Другие исследователи считают, что заикающимся свойственна правополушарная доминантность речи.

Л.З. Арутюнян предлагает рассматривать 3 возможные происхождения заикания.

Первая – когда оно появляется на фоне отстающего речевого онтогенеза. Обычно в анамнезе этих детей нет указаний на психотравмирующую ситуацию.

Другая группа – это дети, у которых снижение степени латерализации мозга в целом, и вербальной функции в частности, не позволяет левому полушарию в полной мере осуществлять ведущую роль по отношению к процессам в правом полушарии. При этом мозг ребенка как бы «готов» к заиканию. Известно, что уже незначительная степень эмоциональной напряженности ведет к снижению помехоустойчивости. Левое полушарие менее помехоустойчиво, чем правое, и в результате обратный звуковой сигнал может достигать их со смещением во времени, что может спровоцировать заикание.

Возможно, наконец, появление заикания на почве воздействия стресса на первоначально здоровый детский мозг, в котором еще не полностью определилась латерализация функций коры. Во всех рассмотренных случаях речевая судорога является результатом временного рассогласования, нарушения саморегулировки системы речи.

С нейролингвистической точки зрения необходимо принять во внимание контекст взаимоотношений уровней речевой деятельности и их мозговой организации. Для устной речи значимы:

1. Символический (языковой) уровень, на котором происходит программирование высказывания и отбор языковых средств, необходимых для оречевления замысла.
2. Гностический уровень (восприятие речи).
3. Праксический уровень (артикулирование — говорение).
4. Уровень речевой просодии.

Первые два уровня у заикающихся, по всеобщему мнению, не ляются нарушенными. Вторые два неполноценны. Имеются нования для вывода, что артикуляционный праксис нарушен ои заикании не первично. Это вытекает из того факта, что при сихологически благоприятных условиях заикающиеся в процессе устной речи не испытывают затруднений в звукоизвлече-и и артикуляционном оформлении серий извлеченных звуков печи, их убежденность в том, что они «заикаются» на звуке «п», «с» «к» и т.д., как показывают многочисленные наблюдения, ложно Они вызваны не апраксическими трудностями, а патологической установкой, ставшей по той или иной причине доминантной. На самом деле все звуки речи заикающимся с отсутствием дислалии или дизартрии произносить одинаково легко.

Наиболее вероятным является то, что у значительной части детей причиной заикания является полу тарный конфликт: в борьбу за приоритет вступают здесь правополушарный способ говорения — римтизированная речь и левополушарный — неритмизированная, апериодичная речь, у заикающихся с такими особенностями становления устной речи каждое полушарие в отдельности функционирует нормально. Со стороны левого полушария не отмечается дефектов речевого развития. Дети владеют словарем и фразеологией, сложными вербальными понятиями соответственно возрастным нормам и

даже выше. Правое полушарие также способно к ритмическим видам деятельности, к музыке, рисованию и прочим. Речь детей в просодическом отношении не только ритмична, но и нюансирована. Эта функциональная состоятельность каждого из полушарий и приводит к их конфликту в «борьбе за лидерство». Правое полушарие должно «отказаться» от ритмизированной речи и подчиниться смысловой программе левого (смысл должен стать доминантным, а ритм — субдоминантным). «Сопротивление» правого полушария тому, чтобы перейти на субдоминантное положение, передав часть своих речевых функций доминантному левому, и является основным патогенетическим механизмом развивающегося в этих случаях заикания.

По существу, причиной заикания является нарушение нормативных закономерностей полушарной латерализации ритмического компонента просодии. Правополушарный ритм речи от 2 до 5 лет должен пройти путь из правого полушария в левое, он должен «вписаться» (интегрироваться) в левополушарный смысловой механизм.

Несмотря на наличие сбоев в речи, нормальный речевой механизм у ребенка продолжает вырабатываться, т.е. интеграция периодического субдоминантного ритма в речевой смысловой механизм продолжает осуществляться. Однако запаздывание этого процесса не обеспечивает той прочности «слияния» взаимодействующих по-лушарных компонентов, которая необходима для устойчивого навыка устной речи. Воздействие агрессивных внешних и внутренних факторов приводит к перевозбуждению правого полушария, которое снова выходит из-под контроля левого. Приобретенные речевые навыки дезинтегрируются, и способ говорения вновь становится на определенное время двуполушарным. Это повышает вероятность межполушарных дискоординаций.

У некоторой части заикающихся детей патологический межполушарный фактор носит иной характер. У них имеет место лингвистическая слабость левого полушария мозга, проявляющаяся в недостаточности функции смыслового программирования высказывания. В этом случае правополушарный речевой ритм не «находит» той речевой «канвы», куда бы он мог интегрироваться. Обычно такое заикание сглаживается по мере укрепления языковых функций.

Патогенез заикания, условно обозначаемого как органическое, близок к механизму подкорковых дизартрии. Он состоит в невозможности освоить содружественный, координированный, слаженный речевой акт, организованный ритмически. По существу, такое заикание можно обозначить как дизритмическую дизартрию. У детей с таким заиканием, помимо речевых дискоординаций, как правило, имеются дискоординации в двигательной сфере в целом. Этим они отличаются от заикания, причина которого в ненормативном характере взаимодействия полушарий мозга.

Традиционно в этиологии заикания отмечается совокупность экзогенных и эндогенных факторов (В.А. Гиляровский, М.Е. Хватцев и др.). В настоящее время можно выделить две группы причин: предрасполагающие и произво-

дящие. В группе производящих причин выделяют анатомо-физиологические, психические и социальные. При этом некоторые этиологические факторы могут, как способствовать развитию заикания, так и непосредственно вызывать его.

Современные представления о функциональной системе речи позволяют выделить основное звено патогенетических механизмов, которое ведет к заиканию. При невротической форме заикания это звено структурно и функционально связано с механизмами эмоций. При неврозоподобной форме заикания основное звено связано с нарушением базовых механизмов формирования речевой функции в результате органно-функционального характера поражения ЦНС.

Клиническая картина заикания включает расстройства физиологического и психологического характера. К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС, и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим – речевые запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Основным внешним симптомом заикания являются судороги мышц речевого аппарата в момент речи. Их длительность колеблется в пределах от 0,2 сек. до 12,6 сек. В тяжелых случаях достигают 90 сек. Судороги различаются по типу, по локализации и по силе выраженности.

Выделяют два основных типа речевых судорог: тонические и клонические. *Тонические* судороги мышц проявляются в виде внезапного резкого повышения тонуса мышц, захватывающего сразу несколько мышечных групп (язык, глотка, диафрагма). В речи наблюдаются длительные остановки в начале или середине слова. *Клонические* судороги – насильственное, многократное, ритмическое сокращение мышц речевого аппарата. При этом заикающийся повторяет либо отдельный звук, либо слог. Некоторые исследователи ука- зывают, что в начальный период течения заикания преобладают кло- нические судороги, по мере утяжеления присоединяются тонические судороги. Судорожные сокращения мышц в процессе общения могут преобладать в каком-либо отделе периферического речевого аппарата. Выделяют: артикуляционные, голосовые, дыхательные судороги.

Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: экс- пираторная (судорожный выдох), инспираторная (судорожный вдох) и респираторная (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Различают три *степени* заикания: тяжелая, средняя, легкая. Заикание считается слабым, если оно едва заметно и не мешает речевому общению ребенка. Сильным считается заикание, при котором в результате длительных судорог речевое общение становится практически невозможным. При сильной степени наблюдаются также сопутствующие движения и эмболофразия. Непроизвольные сопутствующие движения вызываются тем, что возникающие в различных отделах речевого аппарата спазмы иррадиируют в мышцы лица и другие части тела. Так может возникнуть зажмуривание глаз, раздува-

ние крыльев носа, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, разнообразные движения туловищем. Произвольные сопутствующие движения возникают наряду с непроизвольными и вызываются тем, что заикающийся, стремясь побороть возникающие судороги речевого аппарата, сознательно прибегает к различным приемам: покашливает, переступает с ноги на ногу, дергает пуговицу и т.п. Один вид сопутствующих движений часто переходит в другой.

При хроническом течении заикания практически все заикающиеся используют в речи однообразные, многократно повторяющиеся на протяжении высказывания слова или звуки типа: «а», «э-э», «вот», «это» и т.п. Такое явление называется эмболофразией. Эмболы нередко употребляются перед так называемыми трудными звуками.

Еще одним характерным симптомом заикания является логофобия – страх перед устной речью, боязнь тех звуков или слов, которые, по мнению заикающегося, особенно трудны для произнесения. Страх речи приводит к тому, что заикающиеся начинают заменять при произнесении отдельные трудные для них звуки и слова другими, которые произнести легче. При этом смысл высказывания часто искажается, что не всегда осознается заикающимся.

Исследования Г.А. Волковой показали, что при заикании отмечается многообразие моторных нарушений. У некоторых заикающихся детей можно выявить моторную одаренность выше своего возраста на 3 месяца. Однако у большинства имеется отставание в развитии моторики от 4 месяцев до 5 лет. Нарушения касаются не только общей, но и мимической моторики и орального праксиса. Она отмечала нарушения статики и динамики в артикуляционной мускулатуре, в некоторых случаях вследствие органических нарушений – выпадение движения, гиперкинетические расстройства, тремор, атактические нарушения, явления апраксии.

При заикании отмечается патологическая мышечная активность, ко- торая связана с нарушением центральных механизмов регуляции дви- жений, а также недостаточная синхронизация мышечной активности в артикуляционных мышцах. Считается, что у заикающихся мышцы более слабые, чем у нормально говорящих людей.

По состоянию моторики Н.С. Самойленко выделяет 4 группы заикающихся дошкольников. Первая – дети, не имеющие нарушения темпа, ритма, мышечного тонуса, ориентировки в пространстве. Вторая – дети, слабо одаренные в моторном отношении, в движениях нет ловкости, быстроты, точности. Темп движений замедленный. Могут быть случаи легкой моторной отсталости. Третья – дети с сильной мышечной заторможенностью, повышенным мышечным тонусом. Их движения некоординированны. Четвертая – дети моторно-возбудимые, с обилием бесцельных движений, производимых в быстром темпе. Мышечный тонус несколько напряжен.

Возникшее заикание сравнительно быстро начинает сказываться на формировании характера ребенка и накладывать нежелательный отпечаток на

всю его личность. Некоторые дети, чувствуя затруднения в речи, начинают избегать речевого общения и даже вообще всяких контактов.

2.2. Особенности темпо-ритмической стороны речи при заикании

При заикании страдает просодическая сторона речи. Нарушаются словесное ударение, темп, ритм, тембр голоса. Эпизоды заикания встречаются главным образом на ударных слогах, интервалы между которыми очень изменчивы даже в отсутствие речевых судорог. Также отмечаются затруднения с постановкой ударения, как словесного, так и логического. Заикание, прежде всего, сказывается на темпо-ритмическом рисунке фразы.

Темп речи, как правило, ускоренный; неровный, может значительно изменяться даже в одной фразе. Речевые судороги дезорганизуют и ритмическую сторону речи. Речевой поток может неожиданно прерываться, что, в свою очередь, ведет к нарушению синтагматического и психологического паузирования.

Перепады основного тона у взрослых заикающихся на 30% меньше, чем у нормально говорящих людей. Максимальные и минимальные значения перепадов частоты основного тона у заикающихся детей на 15% ниже, чем в норме. Хронические голосовые зажимы переводят голос в верхний голосовой регистр. Недостаточно представлены средний и нижний регистры. Характеристики голоса могут нарушаться в связи с твердой атакой голоса и нарушением фонационного выдоха. Часто отмечается дискоординация между дыханием и голосообразованием.

Сила воздушной струи, как правило, недостаточная; воздух расходуется неэкономно; допускается дополнительная инспирация. Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: экспираторная (судорожный выдох), инспираторная (судорожный вдох) и респираторная (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Неречевое дыхание заикающихся имеет свои особенности. Перед вступлением в речь заикающиеся делают недостаточный по объему вдох, что не обеспечивает целостного произнесения интонационно-смыслового отрезка сообщения.

У детей с неврозоподобной формой заикания темп речи либо ускорен, либо резко замедлен, голос мало модулирован. У детей при обеих формах заикания отмечаются отсутствие логических ударений, интонационная невыразительность речи, при произнесении фраз интонации завершения часто отсутствуют.

Отмечается своеобразие процесса паузирования. Большая часть пауз у них располагается внутри слов. Напротив, между словами и даже на границах законченных в смысловом отношении фраз паузы часто отсутствуют, т.е. у заикающихся отмечается выраженная дефицитарность пауз, необходимых для нормального речевого процесса.

Для их речи характерно наличие большого количества пауз, которые характеризуются отсутствием акустического сигнала и заполненных патологи-

ческой судорожной активностью мышц речевого аппарата. Именно эти паузы часто прерываются эмболами, нефонологическими вокальными образованиями, ложными началами и повторами.

При заикании страдают все стороны интонации: паузирование, мелодика, динамическая гармония. Заикающиеся теряют способность к эмоциональной окраске речи и используют преимущественно интонационные схемы и шаблоны. Отмечается бедность интонационного словаря; склонность к монотонии. Темпо-ритмическая сторона речи заикающихся нарушена столь значительно, что это заметно не только на уровне синтагмы, но и на уровне звука.

3. Содержательная характеристика образовательных технологий

3.1. Феноменология образовательной технологии

Технология понимается как научно и/или практически обоснованная система деятельности, применяемой человеком в целях преобразования окружающей среды, производства материальных или духовных ценностей (Дж. Брунер, Д. Дьюи, Б.Ф. Скиннер, Ч. Куписевич, В. Стрыковский, Ф. Янушеевич; В.П. Беспалько, Т.В. Кудрявцев, А.М. Матюшкин, М.И. Махмудов, О.П. Околелов, А.Я. Савельев, Н.Ф. Талызина, Д. В. Чернилевский, Т.И. Шамова, П.Я. Юцивечкине и др.).

Педагогическая технология – это система последовательных действий педагога, связанных с решением педагогических задач, планомерное и последовательное воплощение на практике заранее спроектированного педагогического процесса (Г.Ф. Вечорко).

В образовательной практике понятие «педагогическая технология» используется на трех иерархически соподчиненных уровнях (по Г.К. Селевко):

1) Общепедагогический (общедидактический) уровень: общепедагогическая (общедидактическая, общевоспитательная) технология характеризует целостный педагогический процесс в данном регионе, учебном заведении. Здесь педагогическая технология синонимична педагогической системе: в нее включается совокупность целей, содержания, средств и методов обучения, алгоритм деятельности субъектов и объектов процесса.

2) Частнометодический (предметный) уровень: совокупность методов и средств для реализации определенного содержания обучения и воспитания в рамках одного предмета, класса, мастерской педагога (методика компенсирующего обучения, методика работы учителя, воспитателя).

3) Локальный уровень: локальная технология представляет собой технологию отдельных частей учебно-воспитательного процесса, решение частных дидактических и воспитательных задач (технология отдельных видов деятельности, воспитания отдельных личностных качеств, технология самостоятельной работы и др.).

Основными *структурными* составляющими педагогической технологии являются:

а) концептуальная основа;

б) содержательная часть обучения (воспитания): цели обучения (воспитания) – общие и конкретные; содержание учебного материала (воспитательного материала);

в) процессуальная часть – технологический процесс: организация учебного (воспитательного) процесса; методы и формы деятельности обучающихся (воспитанников); методы и формы работы педагога; диагностика результативности педагогического процесса.

Любая педагогическая технология должна удовлетворять основным ниже следующим методологическим требованиям.

Концептуальность. Каждой педагогической технологии должна быть присуща опора на определенную научную концепцию, включающую философское, психологическое, дидактическое и социально-педагогическое обоснование достижения образовательных целей.

Системность. Педагогическая технология должна обладать всеми признаками системы: логикой процесса, взаимосвязью всех его частей, целостностью.

Управляемость предполагает возможность диагностического целеполагания, планирования, проектирования процесса обучения (воспитания), поэтапной диагностики, варьирования средствами и методами с целью коррекции результатов.

Эффективность. Современные педагогические технологии существуют в конкурентных условиях и должны быть эффективными по результатам и оптимальными по затратам, гарантировать достижение определенного стандарта обучения.

Воспроизводимость подразумевает возможность применения (повторения, воспроизведения) педагогической технологии в других однотипных образовательных учреждениях, другими субъектами целостного педагогического процесса.

Г.К. Селевко выделяет в «педагогической технологии» три аспекта:

научный аспект: педагогические технологии – часть педагогической науки, которая изучает и разрабатывает цели, содержание и методы обучения, проектирует педагогические процессы;

процессуально-описательный аспект: разработка, обоснование описания (алгоритма) процесса, методов и средств для достижения планируемых результатов обучения;

процессуально-действенный аспект: осуществление технологического (педагогического) процесса, функционирование всех личностных, инструментальных и методологических педагогических средств.

В наиболее обобщенном виде все известные на сегодняшний день в педагогической науке и практике технологии систематизировал Г.К. Селевко.

По *философской* основе выделяют следующие педагогические технологии:

- материалистические и идеалистические,
- диалектические и метафизические,

- научные (сциентистские) и религиозные,
- гуманистические и антигуманные, - антропософские и теософские,
- прагматические и экзистенциалистские,
- свободного воспитания и принуждения.

По *уровню* применения в реальной педагогической практике выделяются следующие технологии:

- общепедагогические,
- частнометодические (предметные),
- локальные технологии.

По *ведущему* фактору психического развития обучающегося, на котором базируется технология:

- биогенные технологии,
- социогенные технологии,
- психогенные технологии.

Следует заметить, что в современной педагогике принято считать, что личность есть результат совокупного влияния биогенных, социогенных и психогенных факторов, но конкретная технология может учитывать или делать ставку на какой-либо из них, считать его основным. Однако в реальной педагогической практике не существует таких монотехнологий, которые использовали бы только один какой-либо фактор развития личности; как правило, педагогическая технология всегда комплексна.

Наиболее существенными основаниями для *классификации* технологий обучения являются: тип технологии; ее назначение; объект применения; субъект применения; место применения; способ реализации; степень новизны и др.

Тип технологии. Данное основание классификации позволяет выделить общие и частные технологии.

Общие технологии – это те, которые ориентированы на общий цикл педагогической работы с обучаемым по выявлению его педагогической проблемы в сфере обучения и ее разрешению (например, технологии развития алгоритмического, логического мышления обучаемого; технологии обучения установлению причинно-следственных связей и др.).

Частные технологии – это те, которые направлены на решение определенной частной дидактической цели, задачи.

Назначение технологии. В соответствии с данным основанием классификации технологии могут иметь:

направленное целевое назначение – технологии развития (например, технологии развития профессионально-коммуникативных умений и навыков);

педагогической коррекции (например, технологии ликвидации «пробелов» в знаниях);

технологии профориентационной работы со студентами младших курсов;

технологии управления учебно-исследовательской деятельностью студентов и др.;

комплексное назначение – технологии, предполагающие достижение одновременно нескольких целей (например, технологии формирования и развития самообразовательной культуры обучающихся).

Объект применения. Данное основание позволяет выделить технологии обучения в зависимости от характеристики объекта деятельности: возрастная технология – объект обучения студент юношеского возраста, взрослый обучающийся в системе повышения квалификации; социальная технология – обучение студентов, военнослужащих, безработных на курсах профессиональной переподготовки; личностная технология (то характерное для объекта обучения, что обусловливает специфику педагогической работы с ним) – например, технологии обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья, технологии обучения одаренных студентов и др.; количественная технология – отдельная личность (технологии индивидуального обучения), группа (технологии группового обучения).

Субъект применения. Данное основание позволяет выделить технологию обучения в зависимости от индивидуальных возможностей специалиста (преподавателя): уровень профессионализма преподавателя – начинающий, имеющий опыт работы, высококвалифицированный специалист; специализация преподавателя – по работе с определенной возрастной группой, по дисциплинам общекультурной подготовки, специально-профессиональной и др.

Место применения. Критерий по данному основанию позволяет классифицировать технологии обучения в зависимости от того, в каких условиях наиболее целесообразно, оптимально их применение. В качестве места применения технологий обучения выступают: образовательное учреждение; специализированные центры; производственные учреждения и организации и др.

Способ реализации. Критерий по данному основанию направлен на выделение технологий обучения в зависимости от способа достижения цели (используемые основные методы, средства практического применения). Как правило, это один (ведущий, базовый) или несколько (определенная совокупность) методов, используемых в технологии. То есть критерием по данному основанию выступает основной способ достижения цели реализации технологии – ведущий метод (игровые технологии, тренинговые технологии, консультативные технологии и др.); совокупность основных методов; авторские методики и др.

По *степени новизны* различают *традиционные* (технологии прошлого опыта) и *инновационные* (принципиально новые) технологии.

По *преобладающей деятельности* в профессиональной работе преподавателя различают информационно-лекционные, коррекционные технологии, консультативные, игровые, психотерапевтические технологии, технологии проектирования, проведения тренингов, моделирования, экспертизы, управления и т.д.

По *направленности* на преобразование окружающей обучающегося среды выделяют так называемые средовые технологии: технологии профилакти-

ки и разрешения конфликтных ситуаций, технологии развития стрессоустойчивости будущих специалистов и т.д.

По *предметной* среде выделяют технологии профессионально-ориентированного обучения гуманитарным, естественным, техническим и др. дисциплинам.

Любая педагогическая технология охватывает определенную *область* педагогической деятельности. Эта сфера труда, с одной стороны, включает в себя ряд ее составляющих (и соответствующих технологий), а с другой – сама может быть включена как составная часть в деятельность (технологию) более широкого (высокого) уровня.

В этой иерархии (вертикальной структуре) можно выделить четыре соподчиненных класса образовательных технологий.

· *Метатехнологии* представляют образовательный процесс на уровне реализации социальной политики в области просвещения (социально-педагогический уровень). Это общепедагогические (общедидактические, общевоспитательные) технологии, которые охватывают целостный образовательный процесс в стране, регионе, учебном заведении.

· *Макротехнологии*, или отраслевые педагогические технологии, охватывают деятельность в рамках какой-либо образовательной отрасли, области, направления обучения или воспитания, учебной дисциплины (общепедагогический и общеметодический уровень).

· *Мезотехнологии*, или модульно-локальные технологии, представляют собой технологии осуществления отдельных частей (модулей) учебно-воспитательного процесса, направленные на решение частных, локальных дидактических, методических или воспитательных задач.

· *Микротехнологии* – это технологии, направленные на решение узких оперативных задач и относящиеся к индивидуальному взаимодействию или самовоздействию субъектов педагогического процесса (контактно-личностный уровень).

Горизонтальная структура педагогической технологии содержит три основных аспекта:

· *научный*: технология является научно разработанным решением определенной проблемы, основывающимся на достижениях педагогической теории и практики;

· *формально-описательный*: технология представляется моделью, описанием целей, содержания, методов и средств, алгоритмов действий, применяемых для достижения планируемых результатов;

· *процессуально-действенный*: технология есть сам процесс осуществления деятельности объектов и субъектов, их целеполагание, планирование, организацию, реализацию целей и анализ результатов.

Использование технологии в обучении предусматривает точное инструментальное управление учебным процессом и гарантированный успех поставленных учебных целей. Это позволяет:

– с большей определенностью предсказывать результаты и управлять педагогическими процессами;

– анализировать и систематизировать на научной основе практический опыт и его использование; комплексно решать образовательные и социально-воспитательные проблемы;

– обеспечивать благоприятные условия для развития личности;

– оптимально использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы;

– выбирать наиболее эффективные и разрабатывать новые технологии и модели для решения возникающих социально-педагогических проблем.

3.2. Краткая характеристика современных образовательных технологий

Развивающее обучение – это больше, чем технология, это дидактическая система**.** Но именно она дала толчок к активному применению нашими педагогами различных инновационных технологий. Авторы - Л.С.Выготский, Л.В.Занков, Д.Б.Эльконин, В.В.Давыдов. Это пионеры российской развивающей школы, пропагандирующие активное участие обучаемых в процессе обучения. Организация учебного процесса осуществляется в логике учебно-поисковой деятельности в режиме диалога. Мастерство учителя дидактической системы развивающего обучения заключается в умении создать учебную ситуацию, при которой у школьника проявляется потребность в изучении этого материала, и в этих условиях организовать деятельность детей по самостоятельному добыванию знаний. Основной единицей процесса обучения является проблемная ситуация.[5] Основными положениями развивающего обучения являются: развитие ребенка, в частности, развитие интеллекта, идет вслед за обучением; активное участие обучаемых в процессе обучения; обучение на высоком уровне трудности, быстрым темпом; осознание обучаемым значимости изучаемого материала; ведущая роль отводится теоретическим знаниям; стимулирование рефлексии учащихся в различных ситуациях учебной деятельности.

Технология уровней дифференциации (дифференцированное обучение). Авторы - Т.К.Донская, В.В.Фирсов, И.Э.Унт, А.С.Границкая. Целевыми ориентациями технологии являются: обучение каждого на уровне его возможностей; приспособление (адаптация) обучения к особенностям различных групп учащихся. Разноуровневое обучение необходимо для того, чтобы предоставить шанс каждому ученику развивать свои потенциальные способности.

*Технология проблемного обучения***.** Самые популярные разработки этой теории предоставили следующие авторы - Т.В.Кудрявцев, А.М.Матюшкин, М.И.Махмудов, В.Оконь и др. Данная технология предполагает организацию под руководством учителя самостоятельной поисковой деятельности участия по решению учебных проблем. В ходе урока ученик должен не только увидеть проблему, но и определить пути её решения пошагово, в удобном для него темпе, с учётом уже известного. Решая проблему, ученик должен контролировать траекторию продвижения к выводу, вносить коррективы, искать

дополнительную информацию. Проблемный урок резко повышает мотивацию к обучению, особенно если проблема приближена к жизни.

Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ). Разработчики - М.В.Моисеева, Е.С.Полат, М.В.Бухаркина, Захарова И.Г. Технология предусматривает Использование на уроках в школе информационных ресурсов Интернета в очной и заочной форме, в системе экстерната. Обучение в дистанционной форме, основанной на средствах информационных и коммуникационных технологий. Технология обеспечивает повышение эффективности учебного процесса, а также обеспечивает каждому школьнику участие в международных учебных, исследовательских проектах, телеконференциях, дискуссиях. Среди современных информационных средств обучения наиболее активно используемыми являются: электронная почта, чат, чат-форумы, блоги, википедия. Совокупностью технологий, одновременно использующих несколько информационных средств, являются мультимедиа.

Технология формирования ключевых компетентностей (метод проектов) Метод проектов предполагает такую технологию организации образовательных ситуаций, в которых учащийся ставит и решает собственные проблемы, а учитель организует сопровождение самостоятельной деятельности учащегося. Проблема должна быть всегда значима для ученика и завершаться созданием продукта. При осуществлении проектной деятельности изменяются функции участников процесса. Учитель – консультирует, мотивирует, фасилитирует, наблюдает. Ученик – выбирает (принимает решения), выстраивает систему взаимоотношений с людьми, оценивает. Этапы работы над проектом (поисковый, аналитический, практический, презентационный, контрольный) имеют свои особенности в зависимости от возраста учащегося и вида проекта. В основе проектирования лежат метапредметные и надпредметные способы деятельности.

Метод проектов, как и любой другой метод, может быть реализован с помощью различных средств обучения, в том числе и новых информационных технологий. Можно сказать, что метод проектов переживает сегодня второе рождение, так как открываются новые возможности для коммуникации, появляются новые современные средства: компьютерные телекоммуникации, электронные базы данных, виртуальные: библиотеки, кафе, музеи, видео, мультимедийные средства, аудио- и видеоконференции и др. Авторы - Дж. Дьюн, Гузеев В.В., Пахомова Н.Ю.

*Технологии тьюторства***.** Технология разработана Дж. Ланкастером, А.А.Ремневым, С.В.Федотовой. В школьной практике используется два вида проявления тьюторства.

1. Учитель-тьютор. Его функция – организовать групповое взаимодействие по решению проблемы, проведению исследования, осуществлению проекта, указать источники информации, направлять поиск идей, помочь устранить тупиковые ситуации и осуществлять контроль. Главная задача учителя – обеспечить постоянное внимание и поддержку учащимся.

2. Тьютор (учитель или ученик) – держатель опыта, который знает, «как надо делать». Форма работы – трансляция опыта деятельности тому, кто не знает «как надо делать» в свободном нерегламентированном общении в рамках малой (референтной) группы. В результате члены микрогруппы накапливают опыт, аналогичный тьюторскому. Показательно то, что тьютор, рассказывая о своем усвоении опыта, описывает все его трудности и находки, тем самым предупреждая подопечных от повторения собственных ошибок.

Тьюторами могут быть ученики, успешно усвоившие материал, или подготовленные в опережающем плане, ученики старших классов при организации обучения в разновозрастной группе. Выполняя такого рода работы, тьюторы сами продвигаются в собственной подготовке. Высокий уровень освоения материала в режиме технологии тьюторства объясняется тем, что школьники лучше понимают своих ровесников, им легче общаться с ними, ученики-тьюторы стараются передать информацию интересней, они знают что может заинтересовать их сверстников. Кроме того, у тьюторов высока степень ответственности за свою деятельность. Тьюторство можно использовать как в урочной, так и во внеурочной работе.

*Технология критического мышления***.** Технология критического мышления содержит оригинальные методы и средства выбора и обработки информации, умения критически ее оценить, осмыслить, применить.

Особенность структурной организации технологии РКМ – наличие 3 стадий учебного процесса: «Вызов – осмысление – размышление». На этапе вызова актуализируются имеющиеся у учащихся знания и представления об изучаемом материале, определяются цели деятельности. Возможные приемы и методы: составление списка «известной информации», предположение по ключевым словам, кластеры, таблицы; верные и неверные утверждения, перепутанные логические цепочки и т.д. Наиболее используемыми на стадии осмысления (или реализации смысла) приемами являются способы графической организации материала: денотантный граф, лестница суждения и расширения понятий, кластер (от англ. – гроздь), коллаж, ментальные карты, которые можно использовать при принятии решений, создании новых идей, проектов, анализа информации. На стадии размышления (рефлексии) происходит осмысление учащимися приобретенных знаний и собственных мыслительных процессов, корректировка привычных представлений об изучаемом. Помогают в этом приемы: синквейн, фишбоун («рыбьи косточки» - метод «за и против»). Использование техник графического уплотнения позволяет комплексно оказывать влияние на все 3 канала восприятия (визуальный, аудиальный, кинестетический) одновременно, делает усвоение материала осознанным и системным.

*Тренинги как виды интерактивных технологий***.** Разработчики - Курт Левин, Е.В.Сидоренко, А.П.Ситников. Тренинги включают в себя ролевые игры, командную или групповую работу, выполнение практических заданий. Также эта форма обучения помогает систематизировать имеющиеся у участников знания и опыт деятельности, осознать степень своей компетентности. Тре-

нинг – это форма обучения, которая построена на взаимодействии, на поиски актуального знания: главное отличие тренинга от лекции или семинара заключается в том, что в нем работают знания, умения и тренера и группы. Каждый участник является источником примеров, с которыми можно поработать, способов решения сложных задач, каждый имеет возможность получить так называемую «обратную связь» от других участников. В тренинге обучение происходит через модели, игры, упражнения.

Технология «портфолио». Портфолио представляет собой одновременно форму, процесс организации и технологию работы с продуктами познавательной деятельности учащихся, предназначенных для демонстрации, анализа и оценки, для развития рефлексии, для осознания и оценки ими результатов своей деятельности, для осознания собственной субъективной позиции. Цель портфолио – выполнять роль индивидуальной накопительной оценки и представлять отчет по процессу обучения, увидеть картинку значимых результатов в целом, обеспечить отслеживание индивидуального прогресса учащегося в обучении, продемонстрировать его способности практически применять приобретенные знания и умения. Портфолио – это способ фиксирования, накопления и оценки индивидуальных достижений ученика в определенный период его обучения в разнообразных видах деятельности. Технология портфолио помогает решать такие педагогические задачи, как: поддерживание и стимулирование учебной мотивации учащихся, развитие навыков рефлексивной и оценочной деятельности учащихся, формирование умения учиться – ставить цели, планировать и организовать собственную деятельность.

*Кейс-технологии (метод анализа ситуаций)***.** Кейс-метод (метод коллективного анализа ситуации) – техника обучения, использующая описание реальных ситуаций (от англ. case – «случай»). Это интерактивная технология для краткосрочного обучения, на основе реальных или вымышленных ситуаций, направленная не столько на освоение знаний, сколько на формирование у слушателей новых качеств и умений. Одной из важнейших характеристик кейс-метода является умение воспользоваться теорией, обращение к фактическому материалу. Обучающихся просят проанализировать ситуацию, разобраться в сути проблем, предложить возможные варианты решения и выбрать лучший.

Интеграция методов познания в кейс-методе: моделирование; системный анализ; проблемный метод; мысленный эксперимент; методы описания, классификации, дискуссия, игровые методы, «мозговой штурм» и др.

Кейс-метод – специфическая разновидность проблемной технологии, в которой процесс разрешения имеющейся проблемы осуществляется посредством совместной деятельности учащихся. Формирование проблемы и путей ее решения происходит на основании кейса, который является одновременно и техническим заданием, и источником информации для осознания вариантов эффективных действий. Кейс-технологию иногда называют Гарвардская технология. Для российской школы эту технологию адаптировал В.Д.Киселев.

Технология педагогических мастерских. Авторы - П.Ланжевен, Анри Валлон, Э.С.Соколова, Жан Пиаже и др. Мастерская позволяет учащимся в коллективном поиске приходить к построению («открытию») знания, источником которого при традиционном обучении является только учитель.

Этапы работы мастерской:

1. «Индукция» («наведение») – создание эмоционального настроя, включение подсознания, области чувств каждого ученика, создание личного отношения к предмету обсуждения. Индуктор – слово, образ, фраза, предмет, звук, мелодия, текст, рисунок и т.д. – все, что может разбудить чувство, вызвать поток ассоциаций, воспоминаний, ощущений, вопросов.
2. «Самоинструкция» - индивидуальное создание гипотезы, решения, текста, рисунка, проекта.
3. «Социоконструкция» - построение этих элементов группой.
4. «Социализация» - все, что сделано индивидуально, в паре, в группе, должно быть обнародовано, обсуждено, «подано» всем, все мнения услышаны, все гипотезы рассмотрены.
5. «Афиширование» - вывешивание «произведений» - работ учеников и Мастера (текстов, рисунков, схем, проектов, решений) в аудитории, ознакомление с ними, обсуждение.
6. «Разрыв» - внутреннее осознание участником мастерской неполноты или несоответствия своего старого знания новому, внутренний эмоциональный конфликт, подвигающийся к углублению в проблему, к поиску ответов, к сверке нового знания с литературным или научным источником.
7. «Рефлексия» - отражение чувств, ощущений, возникших у учащихся в ходе мастерской, это богатейший материал для рефлексии самого Мастера, для усовершенствования им конструкции мастерской, для дальнейшей работы.

Теория решения изобретательских задач (ТРИЗ). Автор - Г.С.Альтшуллер. Основные функции и области применения ТРИЗ: решение изобретательских задач любой сложности и направленности; развитие творческого воображения и мышления; развитие качеств творческой личности и развитие творческих коллективов. ТРИЗ представляет собой обобщенный в абстрактной форме опыт изобретательства и развития науки и техники. В практике обучения широко используется техника АРИЗ – алгоритм решения изобретательских задач. Существуют и иные подходы, помогающие изобретателю раскрыть свой творческий потенциал. Большая часть этих методов являются эвристическими. Все они были основаны на психологии и логике, и ни один из них не претендует на роль научной теории (в отличие от ТРИЗ). Это – «Метод проб и ошибок», «Мозговой штурм», «Метод синектики», «Морфологический анализ», «Метод фокальных объектов», «Метод контрольных вопросов».

*Технология интеллект-карт***.** В основе майндмэпинга лежит теория радиантного мышления, предложенная Т.Бьюзеном, основанная на создание в сознании человека системы ассоциативных понятий. Суть технологии заклю-

чается в развитии у школьников способности воспринимать и перерабатывать различные виды информации, в разных графических и текстовых формах. Освоение информации учениками осуществляется через использование: визуального ритма, визуальной структуры, цвета, образов (воображения), графического представления информации, оперирования с многомерными объектами, пространственной ориентации, гештальта, ассоциаций.

4. Диагностика темпо-ритмической стороны при заикании

4.1. Диагностика темпо-ритмической стороны при заикании (по Т.Г. Визель)

Из нейролингвистической концепции нарушения ритма речи вытекает необходимость диагностики особенностей его нарушения. Прежде всего, необходимо выяснить, какой уровень его мозговой организации функционирует неполноценно: подкорковый, правое полушарие или имеется межполушарная дискоординация. Таким образом, диагностическая схема (по Т.Г. Визель) имеет 3 основных раздела:

1. Проверка состояния *подкоркового ритма.*

В этом разделе ребенку предъявляются следующие задания:

• хлопать равномерно в ладоши в заданном темпе;

• маршировать под музыку, барабан, бубен и другие виды аккомпанемента;

• попасть в сильную долю (присесть или хлопнуть), музыку, имеющую двухдольный размер.

2. Обследование *правополушарного ритма.* Ребенку предлагается:

• пропеть знакомую песенку;

• потанцевать под музыку.

• отхлопать по образцу ритмические группы (симметричные и асимметричные);

• прочитать стихотворение.

3. Обследование *левополушарных* ритмико-смысловых координации.

Предлагается:

• ответить на вопросы (простая диалогическая речь);

• рассказать знакомую сказку или содержание «мультика».

Интерпретация результатов диагностики:

1. Если ребенок не способен к воспроизведению итеративных движений, делается вывод о недостаточности функционирования у него подкорковых зон мозга, и, следовательно, несформированности самого основного, базисного ритма.

2. Если ребенок не в состоянии выполнить задания, связанные с музыкой, стихами, или выполняет их с затруднениями, делается вывод о несформированности правополушарного периодического ритма, подлежащего процессу левополушарной латерализации. В этом случае левое полушарие «вынуждено принимать» неполноценную продукцию правого, и необходимых ритмико-смысловых интеграции не происходит.

Если же ребенок легко справляется с заданиями, хорошо читает стихи и даже имеет музыкальные способности, и при этом запинается в прозаической речи, делается вывод о функциональной активности правого полушария, препятствующей процессу левополушарной латерализации.

4.2. Диагностика просодической стороны речи при заикании (по Д.К. Вильсону и др.)

Обследование проводится индивидуально.

Методика 1. Исследование дыхательной функции

Методика 2. **Исследование темпа речи**

Методика 3. **Исследование ритмического чувства и ритмичности речи**

Методика 4. Правильность употребления пауз в процессе речевого высказывания

Методика 5. Интонированность речи

Методика 6. Исследование особенностей постановки ударения

Методика 7. Характеристика голоса тембр голоса

Критерии оценки:

Низкий уровень характеризуется ключичным дыханием (поверхностным), аритмией дыхания, вдохом во время речи, продолжительностью речевого выдоха менее 3 слов, недостаточным объёмом речевого дыхания; преобладанием ускоренного темпа речи; дизритмией, множеством ошибок при воспроизведении ритмического рисунка; аритмичной, маловыразительной передачей стихотворения, ребенок практически не ориентируется на ритмическую структуру; насыщение речи многократными длительными паузами, деление слов паузой на слоги, деление слов на звуки; воспроизведением только утвердительной интонации; многочисленные ошибки в использовании ударения внутри слов и логического ударения; чрезмерно громкий (тихий) голос, как в свободной деятельности, так и на занятиях, плохая регуляция громкости и высоты голоса.

Средний уровень развития темпо–ритмической стороны речи характеризуется смешанным типом дыхания, дыхание не всегда ритмично, укороченный или слишком глубокий вдох при речи, продолжительность речевого выдоха 3-4 слова, недостаточный объём речевого дыхания; изменение темпа речи в сторону ускорения в отдельных эмоционально значимых ситуациях; незначительные ошибки при передаче ритмического рисунка; при передаче ритмической структуры стихотворения допускаются незначительные ошибки (недостаточно ритмичная и выразительная передача стихотворных строк, недостаточная ориентировка на структуру ритма); в речи присутствует небольшое количество неоправданных пауз; воспроизведение не всех видов интонации (утвердительной и восклицательной или утвердительной и вопросительной); незначительные ошибки в употреблении ударения или внутри слова, или логического ударения, ребёнок исправляется сам; чрезмерно громкий

(тихий) голос или в свободной деятельности или на занятиях, недостаточная регуляция громкости и высоты голоса; возможна временная гипоназальность.

Высокий уровень развития темпо–ритмической стороны речи характеризуется диафрагмальным типом дыхания, нормальным ритмом, нормальным вдохом при речи, продолжительность речевого выдоха составляет 5-6 слов, достаточным объёмом речевого дыхания; нормальным темпом речи; правильным воспроизведением ритмического рисунка, который повторяется в заданном темпе, количество элементов не нарушается; ритмичной, выразительной передачей стихотворных строк; правильным употреблением пауз в процессе речевого высказывания, отсутствием неоправданных длительных пауз; воспроизведением утвердительной, восклицательной и вопросительной интонаций; правильным употреблением ударения (как внутри слова, так и логического); голосом средней громкости, хорошей регуляцией громкости и высоты голоса; отсутствием гипоназальности.

5. Дидактические основы коррекции темпо-ритмической стороны при заикании

Речь способствует формированию произвольной регуляции всех ВПФ, входит в их структуру, регулирует деятельность, поведение. Формирование темпо-ритмической стороны речи будет способствовать формированию межполушарных взаимодействий; овладению ритмом собственных действий; организации взаимодействия с окружающими и развитию всех функций и всех видов речи.

В основе системы работы по развитию ритмической способности лежат данные генезиса чувства ритма (Тарасова К.В., 1988), согласно которым усвоение детьми ритмической системы должно осуществляться в следующей последовательности: воспитание темпа —> развитие метрических отношений —> усвоение ритмического рисунка. Каждый из этих структурных компонентов ритма имеет свою систему эталонов.

Достижение целей логопедической и фонетической ритмики и решение указанных задач осуществляется с учетом следующих *принципов***:**

1) принцип *опережающего* подхода, диктующий необходимость раннего выявления детей с функциональными и органическими отклонениями в развитии, с одной стороны, и разработку адекватного коррекционного обучения другой;

2) принцип *развивающего* обучения (основывается на идее Л.С. Выготского о «зоне ближайшего развития»), заключающийся в том, что обучение должно вести за собой развитие ребенка;

3) принцип *полифункционального* подхода, предусматривающий одновременное решение нескольких коррекционных задач в структуре одного занятия фонетической ритмикой;

4) принцип *сознательности* и активности детей, означающий, что педагог должен предусматривать в своей работе приемы активизации познавательных способностей детей. Перед ребенком необходимо ставить познавательные задачи, в решении которых он опирается на собственный опыт. Надо помнить, что этот принцип способствует более интенсивному психическому развитию дошкольников и предусматривает понимание ребенком изучаемого материала и успешное применение его в практической деятельности в дальнейшем;

5) принцип *доступности* и индивидуализации, предусматривающий учет возрастных, физиологических особенностей и характера патологического процесса. Действие этого принципа строится на преемственности двигательных, речевых и музыкальных заданий;

6) принцип *постепенного* повышения требований, предполагающий постепенный переход от более простых к более сложным заданиям по мере овладения и закрепления формирующихся навыков;

7) принцип *наглядности*, обеспечивающий тесную взаимосвязь и широкое взаимодействие всех анализаторных систем организма с целью обогащения слуховых, зрительных и двигательных образов детей.

Реализация данных принципов происходит в процессе использования следующих *средств*:

- упражнений, активизирующих внимание;
- упражнений, регулирующих мышечный тонус;
- ходьбы и маршировки в различных направлениях;
- счетных упражнений, формирующих чувство музыкального темпа;
- ритмических упражнений;
- упражнений на развитие дыхания, голоса и артикуляции;
- пения;
- упражнений в игре на инструментах;
- самостоятельной музыкальной деятельности;
- игровой деятельности;
- упражнений для развития творческой инициативы.

Методика формирования чувства ритма базируется на методологической концептуальной основе психофизиологии как о двигательно-моделирующей способности воспринимать и отражать ритмично протекающие процессы. Многие отечественные исследователи, занимающиеся проблемой ритма, отмечают моторную природу чувства ритма и считают, что разнообразные мышечные сокращения языка, челюстей, пальцев ног, дыхательной мускулатуры являются непременным условием ритмического переживания.

Поэтому в качестве основного средства развития ритмических представлений на занятиях ритмикой следует использовать двигательное моделирование, которое представляет собой двигательную подстройку к заданной ритмической структуре.

Усвоение ритмических эталонов путем двигательного моделирования способствует формированию у детей целостного восприятия пространства и времени, зрительно-двигательной координации, эмоционально-волевой сферы.

Учет ритмического характера ритма, построенного на интерсенсорных связях, позволяет формировать речевой ритм, корректировать недостатки речевой сферы дошкольников.

Развитие восприятия и воспроизведения ритмического рисунка, т.е. освоение соотношения длительностей и пауз, предполагает обучение возможности детей выделять и соблюдать паузы, затем познакомить их с понятиями «длинного» и «короткого» звуков, с двигательными моделями ритмических рисунков, давая специальные обозначения: «длинный» звук — отведение рук в стороны, «короткий» звук — подъем рук над головой.

Усилению ритмической ориентировки в процессе всей работы способствует проговаривание детьми и педагогом текста, отражающего разный характер ритма музыки и движений.

Детям различные ритмы целесообразно давать в форме *игр*, драматизации, подражаний движениям птиц, животных, трудовым процессам, в форме построений и т. п. Содержание и формы драматизации должны соответствовать возрасту, общему развитию и двигательным возможностям детей. В младшем возрасте ритмы оформляются легкими движениями.

В старшем дошкольном возрасте детям предлагается большее количество ритмических рисунков, которые они оформляют в образах животных, птиц, в разных построениях, при работе с предметами.

В основе плясок коллективного характера лежат фигурные построения, которые берут начало от старинных кадрилей и лансье, от деревенской пляски «Метелица». В танце всегда наблюдаются сложные переплетения узоров.

Ритмические пляски представляют собой сочетание естественных движений — шагов, бега, прыжков (поскоков), боковых прыжков, поворотов и т. д.— и музыки. Они не требуют специальной танцевальной техники, но отличаются сложностью построения, требуют времени для их полного усвоения.

В ритмические упражнения обязательно включается речь. Работа над речью проводится комплексная: над звуком, мимикой, жестом, т. е. над всей просодией. Речевой материал условно можно разделить на три группы.

1. Движение со словом и жестом.

2. Называние действия группой участников или одним участником упражнения.

3. Диалоги: а) по взаимодействию, в которых говорит только один из участников, а второй действует молча; б) речевое общение ведется обоими участниками или двумя группами.

Первая группа упражнений используется в основном с детьми дошкольного и школьного возраста.

Вторая группа упражнений используется на занятиях с людьми любого возраста в соответствии с их речевыми и двигательными возможностями. В начале коррекционного курса действие называет педагог, а участники занятия выполняют его все вместе или по очереди; затем действие называет .кто-либо из участников занятия или группа занимающихся, а другая группа это действие выполняет. Эти упражнения важны для воспитания коллективного ритма.

Чувство музыкального ритма, как и чувство ритма в целом, необходимо рассматривать со всеми другими средствами музыкальной выразительности. Внимание занимающихся обращается на эмоциональное содержание музыки и ее построение. Чтобы двигаться в соответствии с характером музыки и передавать в движениях не только ритмический рисунок, но и такие элементы музыкальной выразительности, как фразировку, динамику, темп, необходимо иметь определенный запас движений, которые заимствуются из физкультуры, сюжетной драматизации, танца.

Педагогу надо понимать, что чувство ритма — это, прежде всего, восприятие и воспроизведение временных отношений в речи. Это способность активно (двигательно) воспринимать речь, чувствовать эмоциональную нагрузку слов, фраз, текстов, их ритмический рисунок и точно воспроизводить его.

В ритмические упражнения обязательно включается речь. Работа над речью проводится комплексная: над звуком, мимикой, жестом, т. е. над всей просодией. Речевой материал условно можно разделить на три группы.

1. Движение со словом и жестом.

2. Называние действия группой участников или одним участником упражнения.

3. Диалоги: а) по взаимодействию, в которых говорит только один из участников, а второй действует молча; б) речевое общение ведется обоими участниками или двумя группами.

Первая группа упражнений используется в основном с детьми дошкольного и школьного возраста.

Вторая группа упражнений используется на занятиях с людьми любого возраста в соответствии с их речевыми и двигательными возможностями. В начале коррекционного курса действие называет педагог, а участники занятия выполняют его все вместе или по очереди; затем действие называет .кто-либо из участников занятия или группа занимающихся, а другая группа это действие выполняет. Эти упражнения важны для воспитания коллективного ритма.

Речевой материал также используется в виде облегченных видов речи:

- Сопряженная – при этом логопед своим голосом задает нужный темп и ритм;
- Отраженная – воспроизведение только что произнесенной фразы, сохраняя заданный темп и ритм;
- Ритмическая речь – четкий ритм не позволяет проявиться речевым судорогам; при этом используется послоговая *скандированная* речь (с ударением на каждом слоге «М*ы е*-д*ем*, *е*-д*ем*, *е*-д*ем* в д*а*-л*е*-к*и-е* кр*а-я*…») и речь с использованием словесного ударения.

Постепенно усложняется и используемый речевой материал – от звуков, слогов до предложений и текстов.

6. Отдельные технологии формирования темпо-ритмической стороны при заикании

6.1.Технология коррекция ритма речи (по Т. Г. Визель)

Методы коррекции ритма речи вытекают из уровня и особенностей его нарушения.

1. Коррекция при нарушении *подкоркового ритма:* основная задача в работе с детьми этой группы состоит в выработке чувства элементарного ритма. Основные методы сводятся к отстукиванию, отхлопыванию, маршировке и т. д. заданного маршевого ритма. Вначале работа ведется над движениями в неречевой сфере, затем отрабатывается речитативное (послоговое) произнесение слов и фраз под музыку или другие способы маркировки итеративных движений.

2. Коррекция *правополушарного ритма:* в этом случае задача состоит в развитии чувства музыкального, стихотворного ритма, для чего проводятся музыкальные занятия, рассчитанные на воспроизведение постепенно усложняющихся ритмов в танце, пении. Отрабатывается также чтение стихотворений, имеющих разные стихотворные размеры.

3. Коррекция *левополушарного* способа говорить. Основная задача здесь состоит в выработке координации между смысловым и ритмическим планами высказывания, а, следовательно, в обеспечении процесса левополушарной латерализации в сенситивный период.

Учитывая, что музыкальный и стихотворный ритмы являются у детей этой группы гиперактивными, рекомендуется временно не включать их в музыкальные занятия и не стимулировать чтение ими стихотворений.

Как показала практика, в качестве основного методического приема следует использовать реципрокное «дирижирование», ориентирующее ребенка в смысловых акцентах внутри синтагм, границах и паузах между синтагмами. Это можно сделать, взяв руки ребенка в свои и поочередно легко нажимать на них в такт словесному ритму и при этом осуществлять сильное сжатие то одной, то другой в местах смысловых акцентов (внутри синтагмы), а в конце каждой синтагмы выдерживать паузу, способную обеспечить рефлекторную смену речевого выдоха вдохом.

Например, *«Посадил дед репку, ' выросла репка большая-пребольшая. Стал дед тянуть репку, ' тянет' Потянет, ' вытянуть не может. '»*

Все слоги в словах внутри синтагмы сопровождаются поочередным легким нажатием на руки заикающегося, кроме того, на который падает логический акцент. В данном случае в 1-й синтагме — это слог «ре» в слове «репку», во 2-й синтагме — слог «ша» в слове «пребольшая», в 3-й синтагме — слог «ре» в слове «репку», в 4-й — слог «тя» в слове «тянет», в 5-й — слог «мо» в слове «может». Логические акценты помечены в тексте апострофами сверху. На следующих этапах коррекционной работы заикающийся может осуществлять такую маркировку сам, переплетя пальцы рук и действуя поочередно большими пальцами. Чтобы скрыть используемую внешнюю опору, он может убрать руки за спину и манипулировать ими «тайно», или же сложить их каким-либо другим замаскированным способом.

Что касается нормализации мозговых механизмов говорения, то расчет делается на «обратную связь», т. е. воздействие на них через «периферию». Нормально функционирующие органы речевого аппарата и телесные опоры оказывают синхронирующее влияние на иннервационные системы, снабжающие мышцы половин движущихся органов речи.

Предлагаемый методический прием является развитием известных приемов, используемых в работе с детьми, имеющими нарушения ритма речи, в частности, заикающимися. Основные из них — это традиционное плавное маятниковое *дирижирование* рукой с замедлением темпа произнесения и растягиванием слов, отстукивание, отхлопывание слогов (В,М. Шкловский), *пальцевая* маркировка ритма (Л.З. Арутюнян) и др.

Преимущества реципрокной маркировки скрытого ритма речи с выделением логически ударных фрагментов состоят, на наш взгляд, в том, что такой способ не приводит к появлению сопутствующих навязчивых движений, как, например, при маятниковом дирижировании, а также отстукивании рукой или ногой. В сравнении с пальцевой маркировкой Л.З. Арутюнян большая состоятельность этого метода заключается в задействовании не одной, а обеих рук, что имеет в итоге целью воздействие на обе половины мозговых структур и речевых органов. Кроме того, предлагаемые приемы коррекции существенно продвигают в решении двух других не менее важных задач:

1) позволяют перенести мышечное напряжение с мышц речевого аппарата на мышцы конечностей или других частей тела;

2) обеспечивают смену выдоха вдохом на рефлекторном уровне (непроизвольно), т. е. так это происходит в нормальном акте речевого дыхания. Заметим, что бытующая в логопедической практике инструкция: «Набери воздух (вдохни) и теперь говори!», кроме вреда, никакой пользы принести не может, поскольку фиксирует произвольное внимание на том, что по природе непроизвольно.

Итак, в основе описанной нейролингвистической концепции нарушения и коррекции ритма речи лежат:

1) представления о многомерности ритма как психофизиологического и лингвистического явления;

2) констатация разных форм нарушения ритма речи;

3) понимание мозговых механизмов нарушения плавности и ритма речи как следствие недостаточности функционирования на разных уровнях;

4) вывод об асинхронности, дискоординации в иннервации органов речевого аппарата со стороны мозговых структур;

5) идея координирующего воздействия на мозговые механизмы, обеспечивающие плавность и ритм речи по типу «обратной связи»;

6) возможность введения внешних опор, обеспечивающих перенесение мышечного напряжения с «речевых мышц» на телесные;

7) специфика внешних опор, способных реципрокно и ритмично организовывать речевой поток, маркировать смысловые акценты и высказывания и обеспечивать непроизвольное речевое дыхание.

Итак, основные разделы логопедической работы включают:

• Перестройку способа говорения, а именно выделение смысловых акцентов, выдерживание пауз и вызов рефлекторного вдоха, не фиксируемого в сознании ребенка.

• Постепенное увеличение нагрузки на левое полушарие (глобальное чтение, конструктивно-пространственная и другие виды логической деятельности), и тем самым стимуляция левополушарной латерализации речевого ритма.

• Закрепление артикуляционных поз, не устоявшихся еще в кинестетическом праксисе.

• Ритмизацию слоговых групп.

• Выделение голосом просодических абрисов различных в интонационном отношении моделей высказывания. Дополнительно ко многим другим конкретным текстам, используемым в работе с заикающимися, автор предлагает также следующие, входящие в наиболее сложные для этого контингента виды речи:

1. *Спонтанная* вопросная речь.

2. Слова, систематизированные *соответственно их слого-ритмическим моделям.*

3. «*Речевки*» режимные. Они служат дополнительным средством экстериоризации (выноса наружу) и автоматизации речевого такта (скрытой ритмизации речи), произносятся в стиле речитатива, желательно каждый день для выработки нового речевого рефлекса.

Программа включает *психокоррекционную* работу, направленную на коррекцию нервно-психических наслоений заикания.

Занятия включают кинезиотерапевтическую часть, логопедические приемы и коммуникативную деятельность.

1. *Кинезиотерапевтическая* часть:

• Ритмические движения под отстукивания итеративного ритма с использованием барабана, ксилофона» на счет (раз-два; раз-два-три-четыре) с изменением темпа — от медленного к быстрому (ходьба, бег).

• Ритмические движения под музыку: 1) плавные — паллидарные (макромоторика), короткие; 2) точные — стриальные (микромоторика). Эта часть занятия заканчивается отдыхом («поза крокодила»).

2. Логопедические приемы по технике говорения (приемы «маятник», «ручки», слоговые ритмизации, просодические обыгрывания, речитативное пение и говорение), автоматизация модальных слов и выражений типа «хочу, буду, могу...». Обязательное предупреждение запинок или их зашумление.

3. Коммуникативная деятельность. Совместное рисование или сюжетные игры, направленные на смягчение ЭГО и адаптацию в коммуникативных ситуациях («школа», «магазин» и «аптека», «больница», «театр», «добрые пожелания» и т. п.).

4. Выработка механизма переноса отрабатываемых навыков: упражнение «зеркало» и элементы йоги (поза кошки, змеи, лотоса, к солнцу).

5. «Церемония прощания» и настройка на отдых.

К занятиям продумывать и подготавливать:

• Музыку (плавную и ритмическую, но не возбуждающую) с частой сменой музыкальных отрывков.

• Тексты для чтения:

а) интересные ребенку по сюжету, но не облегчающие ей идентификацию себя с принцессой;

б) направленные на стимуляцию чувства сострадания, не оказывая при этом психотравмирующего воздействия. Отрепетировать эти тексты, применяя технику «ручки».

• Предметы, которые можно использовать как маятник, чтобы время от времени (в течение занятия) делать «маятниковые перебивки».

Сюжеты для рисования на обоях и разнообразить их от занятия к занятию.

• «Реквизит», включая костюмы, для ролевой терапии. К каждому занятию готовить его специально.

• Иметь на занятии предметы, издающие разные звуки: дудку, колокольчик (или другой предмет с неожиданным эффектом, например, мешочек со смехом, улетающий шарик и т. п.) для предупреждения и «перебивки» запинок.

• Текстовый материал для автоматизации звуков в разных позициях. Использовать сопряженное и отраженное его проговаривание с ритмом или речитативно под музыку.

• Сюжеты и конкретные тексты каждого из персонажей в кукольном театре.

Обходные методы. Помимо этих прямых методов, целесообразно использовать обходные.

1. Физические нагрузки для: а) переноса напряжения с речевых мышц на мышцы тела; б) снятия нервного возбуждения за счет общей усталости.

2. Включение в компенсаторный процесс «здоровых» структур мозга — затылочных. Для этого следует обучать ребенка чтению и письму. Такая мера рассчитана на образование новых ассоциативных связей, не акустико-артикуляционных (височно-теменно-премоторных), а оптикоартикуляционных (затылочно-теменно-премоторных).

При этом на начальном этапе следует сделать акцент на послоговом чтении. Можно осуществлять его сопряженно и отраженно, показывая каждый произносимый фрагмент текста, чтобы ребенок мог одновременно с произнесением видеть его глазами.

Для обучения чтению и письму можно использовать стандартные методики, облегчив их, учитывая ранний возраст, сенситивный для работы по устранению заикания.

6.2. Технология работы над ритмической способностью (по Г.В. Дедюхиной)

Данные материалы, так же как приемы логопедической и фонетической ритмики, основаны на принципе взаимосвязи развития движения и речи. Включение этих материалов в структуру обычного логопедического занятия расширит профессиональный арсенал логопедов, не владеющих приемами смежных дисциплин — музыкальной грамоты и сурдопедагогикой.

Пошаговые программы разработаны на основании следующих *положений*:

• ритмическая способность развивается в процессе деятельности (предметно-практической, игровой, продуктивной — конструирования, рисования);

• механизм формирования ритмической способности . предусматривает последовательное построение ритмических моделей различной модальности (основанных на базовых пространственно-временных построениях: повторе, чередовании, симметрии), их координацию и трансформацию за счет установления интегративных связей, включение специальных знаков и символов в процесс формирования комплексных ритмических моделей;

• двигательный ритм оказывает организующее влияние на становление речевых механизмов; опора на максимальную реализацию функциональных возможностей двигательно-кинестетического анализатора является необходимым условием в осуществлении межанализаторного взаимодействия, в ходе формирования ритмов различной модальности, координации и трансформации ритмических моделей.

В работе используется последовательность формирования ритмических моделей от построения ритмического ряда к метру, темпу и ритмическому рисунку.

Пошаговые программы представлены *упражнениями,* которые распределены по этапам в соответствии с механизмом формирования ритмических моделей.

На первом этапе организуется движение, которое, в свою очередь, сопровождает восприятие музыкального звучания, зрительных образов, речи. Опора на различные модальности (слуховую, зрительную, тактильную и др.) со сменой доминанты является обязательным условием выполнения каждого упражнения. Многочисленные межанализаторные связи, которые формируются при организующей роли движения, составляют базу для более сложных операций. Усвоение ритмических моделей обеспечивается процессами активного внимания и, в свою очередь, способствует активизации контролирующей функции внимания. Вырабатывается устойчивость, увеличиваются объем и переключаемость внимания. Активизируются кратковременная ме-

ханическая и ассоциативная память. Представления о ритмической модели формируются в тесной связи с развитием ориентировочной основы деятельности. Анализ образца, обращение к нему в ходе построения ритмического ряда, сопоставление результатов действий с исходными данными, предварительное планирование каждого этапа построения ритмического ряда являются необходимыми составляющими работы над ритмом.

Построение комплексных ритмических моделей *на втором этапе* основывается на интегративных связях, обеспечивающих устойчивые слухопроизносительные, речедвигательные, зрительно-двигательные, двигательно-слуховые координации. Формирование основных компонентов речевого ритма — темпа и метра — проводится на уровне звука (фонемы), слога, фразы. Выделение паузы и ритмического ударения в ряду звуков и слогов, смыслового центра фразы позволяет рассматривать их как ритмические модели.

На третьем этапе фонемы и слоги рассматриваются как знаки, ритмическая последовательность которых составляет слогоритмическую и звукослоговую структуру слова. Данная работа осуществляется в соответствии с уровнем развития фонематических представлений и благодаря фонематическому анализу. Необходимым условием усвоения звуко-слоговой структуры, выделения морфологических признаков слова является выделение *акцентированного слога.*

Для каждого этапа работы сформулированы основные задачи и показатели результативности. Пошаговая (т. е. последовательная и детальная) реализация каждой задачи обеспечивается объединением упражнений в блоки и наличием цели для каждого упражнения. Нумерация упражнений сквозная.

Реализация каждой пошаговой программы в структуре логопедического занятия осуществляется в соответствии с его целями и задачами. Таковыми могут быть:

• развитие звукопроизношения и коррекция его нарушений (автоматизация звуков, введение их в речь);

• усвоение слогоритмической и звукослоговой структуры слова;

• преодоление персевераций в пределах слов с простой и сложной звуковой структурой;

• усвоение основных грамматических категорий;

• коррекция нарушений мелодико-интонационной стороны речи;

• развитие речевого дыхания;

• развитие фонематического восприятия и т. д. Использование упражнений данного пособия в реализации этих задач обеспечивает успешность комплексных коррекционно-развивающих мероприятий, направленных на усвоение фонематической системы языка и развитие звуковой стороны речи, создает оптимальные условия для усвоения речевого материала.

Составляя индивидуальную программу для ребенка, специалисты могут опираться на знание структуры речевого дефекта при различных формах дизонтогенеза и уровень сформированности ритмической способности, выявленный в ходе диагностического исследования.

Основными задачами первого этапа являются:

1. Формирование представлений о временной и пространственной (линейной) последовательности знаков (двигательных, зрительных, слуховых, речевых) в ритмическом ряду.

2. Установление интегративных связей (зрительно-двигательных, зрительно-слуховых, зрительно-двигательно-слу-ховых, двигательно-речевых, слухо-зрительно-речевых, слухо-двигательно-речевых), обеспечивающих ритмические координации.

3. Усвоение способов построения и трансформации ритмических рядов (зрительного в слуховой/моторный, звукового в зрительно-пространственный, слухового в зрительный/моторный и др.).

Построение ритмического ряда любой модальности выполняется на основе повторяемости, чередования составляющих его элементов.

Работа над двигательным ритмом начинается с увеличения объема движения, стремления к сохранению непрерывности, плавности каждой модели движения. Определяется оптимальный для ребенка темп выполнения заданий. При этом учитываются период включения в движение (индивидуальный для каждого ребенка), устойчивость и равномерность амплитуды движений. Выработка точности, силы, переключаемости движений, оживление темпа являются следующими шагами в освоении двигательных программ. Устанавливается речевой контроль выполняемых действий: каждое движение ребенок сопровождает звукокомплексами, звукоподражаниями, словами, автоматизированными речевыми рядами (пересчетом), потешками (в соответствии со степенью овладения звуковой стороной речи). Темп и метр движения соотносятся с темпом и метром звучания. Соединяя движение с фонацией и речью, ребенок выделяет начало и конец плавного, непрерывного движения, вычленяет звуки, слова из речевого потока. Так формируется слухо-моторная координация, развивается регулирующая функция речи.

Ритмические координации движения и речи, подчинение их заданному темпу позволяют успешно формировать двигательную основу произвольного дыхательного и голосового актов, преодолевать недостаточность пространственно-временной организации речедвигательных актов.

Использование разнообразных моделей движения, поддающихся зрительному контролю, обеспечивает формирование зрительно-моторной координации, развитие функции активного внимания. Модели движения могут быть представлены в виде зрительных ритмических рядов — дорожек из мозаики, счетных палочек, плоскостных геометрических форм, рисования линий различной протяженности и направленности. Благодаря этому преодолевается фрагментарность восприятия, замещение сложных действий простейшими операциями, формируется целостное восприятие зрительного ряда, усваивается пространственная упорядоченность движения слева направо.

Использование дорожек при построении слуховых ритмических рядов (музыкальных инструментов, бытовых шумов) позволяет вычленять различные звучания из мелодического потока, дифференцировать их, сохранять по-

следовательность звучаний. Так формируются зрительно-слуховые координации, развиваются функции удержания и распределения внимания.

Ритмические трансформации, направленные на удержание заданного ритмического ряда и переключение его с одной модальности на другую, способствуют развитию функций активного внимания, мнестических процессов. Эффективно использование подобных упражнений на этапе автоматизации поставленных звуков.

Показателями результативности первого этапа являются:

• способность удерживать ритмический ряд любой модальности и воспроизводить его по показу, образцу, речевой инструкции;

• улучшение устойчивости и дифференциации слухового восприятия и фонематического слуха;

• сформированность сенсорных эталонов цвета, величины, формы;

• усвоение оптико-пространственных представлений на основе устойчивых межанализаторных связей;

• развитие автоматизированных движений руки.

Первый блок упражнений
(направлен на построение ритмического ряда)

Упражнение

Цель. Формировать повторяющийся ритм движений рук с наращиванием их количества и сохранением постоянного темпа выполнения.

Ребенку предлагается образец повторяющихся ритмичных движений рук с постоянной фиксацией силового напряжения в начале или конце движения. Ритмичность повторяющихся движений достигается за счет соблюдения очередности (логопед стучит, затем ребенок стучит) и сохранения темпа выполнения задания, комфортного для ребенка.

Второй блок упражнений (направлен на установление ритмических координации)

Упражнение

Цель. Соотносить ритм повторяющихся движений с ритмическим рисунком стихотворного текста.

Ребенок проговаривает знакомый стихотворный текст, отхлопывая (отстукивая) ритм обеими руками или сопровождая его покачивающими движениями по столу в направлении от основания кисти к пальцам.

Вариант – ребенок проговаривает знакомый стихотворный текст, ритмично дирижируя ведущей рукой (счет 2/4). Направление движения – горизонтальное – от себя к логопеду и обратно.

Третий блок упражнений (направлен на усвоение способов трансформации)

Упражнение

Цель. Воспроизводить ритмические ряды по образцу (речевому, зрительно-двигательному).

Логопед предлагает ребенку последовательность действий:

а) выложить разноцветную дорожку, слушая голоса животных (каждому звукоподражанию соответствует определенный цвет квадрата);

б) «озвучить» эту дорожку с помощью звукоподражаний, нажимая пальчиком на каждый квадрат;

в) воспроизвести серию движений (стучать кулачками на звукоподражание *«му»,* хлопать в ладоши на звукоподражание *«ме»)* с одновременным проговариванием звукоподражаний, используя в качестве образца разноцветную дорожку.

Упражнение

Цель. Воспроизводить речевой ритмический ряд по двигательному образцу.

Логопед показывает цепочку движений, побуждая ребенка воспроизводить соответствующий слоговой ряд. Например, два хлопка в ладоши, два стука по столу соответствуют слоговой цепочке *«па — па — пу — пу».*

Основными задачами второго этапа являются:

1) усвоение ритмических эталонов темпа (быстрого — медленного — умеренного) и метра (чередования акцентированных и неакцентированных долей, паузирования);

2) усвоение ритмического рисунка (соотношения длительности и пауз);

3) формирование представления о ритмическом ударении.

Все упражнения первого этапа выполнялись в комфортном, привычном Для ребенка темпе, с сохранением определенной частоты многократно повторяемых действий. На втором этапе последовательно вводятся представления о быстром, медленном и умеренном темпах. Усвоение темповых характеристик осуществляется на противопоставлении быстрого и привычного темпа, медленного и привычного, быстрого и медленного. Устанавливается баланс между умеренным и привычным, комфортным для ребенка темпом.

Все ритмические упражнения второго этапа построены на изменении интенсивности и амплитуды движения, голосовых модуляций, смены гласных, оппозиционных согласных и ударения в слоговых рядах, звукоряде слова. Выделение паузы в ритмическом ряду любой модальности (зрительной, двигательной, слуховой и т. п.) осуществляется с максимальным привлечением внешних опор и постепенным их сворачиванием. Зрительные опоры в виде горок, синкопированных дорожек, двигательные — в виде поз и движений обеспечивают успешное усвоение ритмического рисунка.

В ходе работы над просодическими компонентами речи (паузой, ударением) используются специальные знаки и условные обозначения, обеспечивающие зрительный контроль над организацией речевого потока.

Эти упражнения способствуют развитию мелодико-интонационной стороны речи.

Показателями результативности второго этапа являются:

• сформированность фонематического контроля, когда ребенок различает и правильно произносит слоги с гласными и оппозиционными согласными;

• произвольность голосовых модуляций, когда ребенок произвольно регулирует силу и высоту голоса;

• оживление мелодико-интонационной стороны речи (темпа, метра и ударения);

• усвоение специальных знаков, организующих речевой поток (ударение, пауза, понижение/повышение интонации).

Первый блок упражнений

(направлен на усвоение ритмических эталонов темпа)

Упражнение

Цель. Удерживать заданный темп движений.

Ребенок выполняет координаторные движения (например, хлопает в ладоши, одновременно отстукивая ритм ногой). Логопед подбирает на метрономе темп, соответствующий индивидуальному темпу выполнения движений. Он побуждает ребенка прислушиваться к звуку метронома при выполнении данного упражнения и удерживать заданный темп.

Второй блок упражнений (направлен на формирование представлений о паузировании)

Упражнение

Цель. Выделять паузу в ритмическом двигательном ряду.

Ребенку предлагается отхлопать (отстучать) заданный ритм, комментируя каждое движение: *«Раз, два, пауза...»* Энергичные хлопки (постукивания) сменяются паузой — сжиманием рук в «замочек» или плавным фиксирующим движением обеих рук по столу.

По мере усвоения ритмического ряда из цепочки движений исключается движение, обозначающее паузу, затем сворачивается внешнее комментирование: *«Раз, два, пауза».*

Усложнение:

Смена повторяющегося ритма чередующимся:

а) раз — пауза — раз, два — пауза,

б) раз, два, три — пауза — раз — пауза,

в) раз — пауза — раз, два — пауза —. раз — пауза — раз — пауза.

Упражнение

Цель. Выделять паузу в ритмическом зрительном ряду.

Ребенку предлагается воспроизвести синкопированную дорожку из счетных палочек (мозаики, геометрических форм) по образцу. Предварительный анализ образца включает выделение и комментированный показ каждого элемента ритмического ряда, включая паузу. Основным условием выполнения этого упражнения является речевое сопровождение каждого действия, например: *«Две палочки — пауза, одна палочка — пауза...»*

Третий блок упражнений (направлен на формирование представлений о ритмическом ударении)

Упражнение

Цель. Выделять сильные доли в двигательном ритмическом ряду, используя автоматизированные речевые ряды.

Ребенку предлагается отстукивать повторяющийся ритм под счет. На счет «три» изменяется амплитуда и сила движения (амплитуда увеличивается, мышечное напряжение нарастает). По мере усвоения ритмического рисунка исключается внешнее комментирование движений (пересчет).

Организация и содержание III этапа

Основными задачами третьего этапа являются:

1) усвоение и воспроизведение слогоритмической структуры слова;

2) анализ слоговой и звукобуквенной структуры слова;

3) выделение морфологических признаков слова.

Задачи третьего этапа являются традиционными и потому наиболее разработанными в логопедической теории и практике. Наличие разнообразных пособий, содержащих практические упражнения, описание методов и приемов работы над слоговой и звукобуквенной структурой слова позволяет избежать излишней детализации материала и выделить в данном разделе лишь те формы работы, которые отражают целостность предлагаемой программы. Так, анализ ритмической и звукобуквенной структуры слова проводится с использованием опорных знаков (двигательных, зрительных, слуховых), которые были усвоены ребенком на первом и втором этапах работы. Затем эти упражнения включаются в работу по выделению морфологических признаков слова. Внимание ребенка привлекается к безударным частям слова — суффиксам и окончаниям, служащим для формирования грамматических форм и категорий.

Форма и способы предъявления заданий варьируются для читающих и не умеющих читать детей. Карточки со словами, рисунки-схемы предназначены для читающих детей. Предметные картинки, наглядные предметные схемы и схемы движений — для детей, не владеющих навыком чтения.

Показателями результативности этого этапа являются:

усвоение способов фонематического анализа звуковой и слоговой структуры слова;

оживление мелодико-интонационной стороны речи (темпа, метра и ударения); усвоение способов формо- и словообразования.

Первый блок упражнений

(направлен на усвоение слогоритмической структуры слова)

Упражнение

Цель. Воспроизводить слогоритмическую структуру слова с использованием двигательных и зрительных опор.

Ребенку предъявляются карточки со словами или предметные картинки. Проговаривание (послоговое чтение) каждого слова сопровождается движениями обеих рук, при этом количество слогов соотносится с количеством хлопков или ударов. В качестве сенсорного стимула можно использовать логопедическую щетку — «ежик». Логопед фиксирует каждое движение ребенка счетной палочкой или геометрической формой.

В работу включаются слова с одинаковой слогоритмической структурой.

Второй блок упражнений

(направлен на слоговой и звукобуквенный анализ слова)

Логопед предлагает ребенку разделить слово на слоги, проговаривая каждый слог по очереди. Очередность произнесения определяет логопед, используя «салящие» движения рукой (с помощью такого приема выбирается водящий в любой подвижной игре). Вначале отрабатывается схема, по которой ребенок проговаривает первый слог, фиксирует и повторяет его после произнесения всего слова. Затем очередность произнесения слова меняется.

Усложнение:

Каждый участник игры выкладывает из букв магнитной азбуки тот слог, который произносил.

Третий блок упражнений

(направлен на выделение морфологических признаков слова)

Упражнение

Цель. Выделять заданный слог в структуре слова.

Ребенку предлагается проговаривать слово по слогам, изменяя силу голоса на заданный слог (например, первый слог — громко, остальные — шепотом). Подбор слов может быть хаотичным или ориентированным на автоматизацию поставленного звука, анализ слов с одинаковой слогоритмической структурой, например: *батон, вагон, балкон, закон,* содержащих одинаковые слоги: *роза, коза, гроза, глаза; косы, весы, бусы, носы, усы.*

Вариант. Громко произносить только второй (первый или третий) слог каждого слова.

Система комплексной реабилитации заикающихся, предложенная Л.З. Арутюнян

Система комплексной реабилитации заикающихся, предложенная Л.З. Арутюнян, определяется автором как комплексная методика устойчивой нормализации речи при заикании (Л.З. Арутюнян. «Как лечить заикание». М, 1993).

Коррекционная работа идет по трем направлениям: 1) логопедическая работа, направленная на устранение речевых судорог; 2) психотерапия, направленная на редукцию чувства тревоги в связи с актом речи; 3) психологическая работа, направленная на осознание своего состояния и уверенности в реальной возможности выздоровления.

Особенностью данной логопедической методики является синхронизация речи с движениями пальцев ведущей руки, определяющими ритмико-интонационный рисунок фразы. Первоначально такая речь реализуется в замедленном темпе. Применение метода синхронизации движения пальцев руки и речи в замедленном темпе позволяет заикающимся с первых же занятий иметь речь без судорожных запинок.

На подготовительном этапе проходится 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 дости-

гается 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, правильном интонированием, мимикой, жестом, уверенной осанкой и т.д. Новый речевой стереотип укрепляется в функциональных тренировках различной степени сложности.

После окончания основного курса пациенты проходят несколько микрокурсов, в процессе которых происходит закрепление достигнутых результатов, постепенное увеличение объема самостоятельной работы над речью. Целью таких микрокурсов также является выработка естественной интонационно окрашенной речи. На последующих микрокурсах логопед развивает навыки критического анализа собственных поступков, а также возможность справляться с затруднениями. В целом курс реабилитации, включая и микрокурсы, проходит на протяжении года. Новые навыки речи многократно проверяются в разнообразных ситуациях. В результате проведенного курса у заикающихся устанавливается не только плавная речь, но и исчезает состояние тревоги, связанное со страхом речи.

6.3. Технология коррекции темпо-ритмической стороны речи при заикании с использованием фонетической ритмики

Фонетическая ритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения (корпуса, головы, рук, ног) сочетаются с произнесением определенного речевого материала (фраз, слов, слогов, звуков).

Метод *фонетической* ритмики представлен Т.М.Власовой и А.Н. Пфафенродт в качестве приема работы по формированию и коррекции произносительной стороны речи слабослышащих детей.

Цели, которые определяют основные направления в занятиях по фонетической ритмике, заключаются в том, чтобы:

- соединить работу речедвигательного и слухового анализаторов с развитием общей моторики;

- способствовать формированию естественной речи с выраженной интонационной и ритмической стороной в процессе перехода общей моторики к речедвигательной;

- развивать слуховое восприятие и использовать его в ходе формирования и коррекции произносительных навыков.

Все упражнения, содержащие движения и устную речь, на занятиях по фонетической ритмике направлены на решение следующих задач:

- нормализацию речевого дыхания и связанной с ним слитностью речи; формирование умений изменять силу и высоту голоса, сохраняя нормальный тембр без грубых отклонений от нормы;

- правильное воспроизведение звуков и их сочетаний изолированно, в слогах и словосочетаниях, словах, фразах;

- воспроизведение речевого материала в заданном темпе;

- восприятие, различение и воспроизведение различных ритмов;

- умение выражать свои эмоции разнообразными интонационными средствами.

Авторами выделены соответствующие разделы по работе над звуками и их сочетаниями; ритмом и темпом; речевым дыханием и слитностью; голосом и интонацией. Все разделы тесно связаны между собой.

Двигательные упражнения положительно влияют на развитие чувства ритма и темпа произношения, они являются обязательным компонентом каждого занятия. Характер этих движений различен – от плавных и медленных до отрывистых и резких. Упражнения, которые применяются при работе над речевым дыханием и слитностью речи, характеризуются плавными движениями. При работе над ритмом и темпом речи, голосом, интонацией движения носят естественный характер, а также естественные жесты, связанные с выражением смеха, отрицания и т.п. Движения, которые выполняются на занятиях, предварительно не выучиваются, поэтому они выполняются синхронно с педагогом несколько раз (2-5 раз каждое).

Таким образом, движение в процессе занятий фонетической ритмикой – это средство для достижения цели, которой является формирование речи или ее коррекция.

Направления коррекционно-логопедической работы:

- Развитие речевого дыхания
- Развитие артикуляционной моторики
- Нормализация темпо-ритмической стороны речи
- Координация речи с движением

Коррекционно-логопедическая работа проводилась в три этапа: подготовительный, основной и заключительный.

Цель *подготовительного* этапа: создание установки на коррекционную работу, подготовка артикуляционного и дыхательного аппарата детей.

Задачи:

1.Выработать продолжительный выдох, его силу и постепенность; координировать ротовое и носовое дыхание; дать понятие о диафрагмальном дыхании, начать поставку диафрагмального дыхания

(произнесение слогов на выдохе, использование минимального речевого материала), формирование речевого выдоха.

2.Обучать мышечной релаксации по контрасту с напряжением.

3.Развивать, укреплять артикуляционную моторику, снимать излишнюю напряженность артикуляционной и мимической мускулатуры.

4.Познакомить детей с разнообразием просодических характеристик речи. Развивать восприятие различных видов интонации. Развивать восприятия различного темпа речи. Развивать способность восприятия и воспроизведения ритмических структур.

Подготовительный этап включал 5 занятий.

Цель *основного* (тренировочного) этапа: формирование речевого дыхания, нормализация просодических характеристик речи.

Задачи:

1. Формировать навыки релаксации по представлению; ввести формулы правильной речи и уверенного поведения.

2. Развивать, укреплять и совершенствовать артикуляционную моторику, снимать излишнюю напряженность артикуляционной и мимической мускулатуры.

3. Вырабатывать нижнерёберный тип дыхания при активном участии диафрагмы, формировать речевой выдох.

4. Нормализовать ритмическую организацию высказывания.

4. Нормализовать темповую организацию высказывания.

5. Формировать интонационную выразительность речи.

6. Развивать основные качества голоса: силу и высоту; приучать говорить без напряжения.

Основной этап включает 11 занятий.

Цель *закрепительного* этапа: закрепление полученных навыков.

Закрепительный этап включал 4 занятия.

При составлении занятий учитывались следующие общедидактические принципы: принцип поэтапности обучения (от простого к сложному), учета зоны ближайшего развития, системности, доступности, наглядности, сознательности, принцип индивидуального подхода.

Разработка серии занятий велась с опорой на основные положения, представленные в трудах Л.З.Арутюнян, Л.И.Беляковой, Е.А.Дьяковой, В.И. Селиверстова и др.

В основе нашей работы над темпо-ритмической стороной речи лежит метод фонетической ритмики, представленный Т.М.Власовой и А.Н.Пфафенродт; над дыханием: метод парадоксальной гимнастики А.Н.Стрельниковой. Использовались приемы развития выразительности речи, предложенные И.А.Поваровой, Г.Г.Голубевой, А.В.Ястребовой. Для релаксации применялись упражнения, представленные в работах И.Г.Выгодской, Е.Л.Пеллингер, Л.П.Успенской, И.А.Поваровой; для работы над артикуляцией – упражнения, предложенные И.А.Поваровой, А.В.Ястребовой.

Основной формой обучения явились фронтальные занятия.

Занятия проводились один раз в неделю. Длительность занятий составляла 30-35 минут. Особенность занятий состоит в синхронизации движений с произнесением определенного речевого материала. Упражнения на занятиях по фонетической ритмике направлены на достижение следующих целей:

-нормализация речевого дыхания;

-формирование умений изменять силу и высоту голоса;

-правильное воспроизведение звуков и их сочетаний изолированно, в слогах и слогосочетаниях, словах, фразах;

-воспроизведение речевого материала в заданном темпе;

- восприятие, различение и воспроизведение различных ритмов (неречевых, речевых);

- умение выражать свои эмоции разнообразными интонационными средствами;

- формирование ясности и чистоты произношения, зависящих от активной и правильной работы артикуляционного аппарата, особенно от подвижных его частей (языка, губ, неба, нижней челюсти и глотки);

- расслабление мышц шеи, лица, губ, рук, ног, туловища;

- координация речи с движением.

Занятия по фонетической ритмике проводились по определенной схеме: организационный момент; основная часть: артикуляционная гимнастика, дыхательные упражнения, работа над ритмом, темпом, интонацией, голосом, координация стихотворной речи с движением; подведение итога.

Содержание коррекционной работы

Тематическое планирование групповых занятий соответствовало лексическим темам занятий логопеда.

Подбор материала к занятиям по фонетической ритмике осуществлялся с учетом следующих методических указаний:

- систематичность и плановость подбора материала, переход от более простого к сложному, от знакомого к новому;

- подбор материала с учетом возраста детей;

- способ подачи его близок к игровой форме упражнений;

- чередование упражнений в зависимости от их психического и физического напряжения и от их динамичности и статичности;

- частое повторение одного и того же материала.

Структура занятия по фонетической ритмике отражена в таблице 2.

Таблица 2

Структура занятия по фонетической ритмике

Этапы занятия	Цели	Содержание
Орг. момент	Настрой на занятие	Педагог предлагает детям взять стульчики, сесть в кружок и начать заниматься
Релаксация	Снятие чрезмерного мышечного и эмоционального напряжения.	Мышечная релаксация по контрасту с напряжением (расслабление мышц рук; ног, корпуса, живота, шеи). Мышечная релаксация по представлению, внушение состояния покоя и расслабленности (расслабление мышц речевого аппарата). Внушение мышечной и эмоциональной релаксации, введение

		формул правильной речи и уверенного поведения Расслабление лицевой и губной мускулатуры методом поглаживания
Основная часть		
1.Артикуляционная гимнастика	Развитие, укрепление и совершенство-вание артикуляционной моторики (тренировка подвижности, переключаемости).	Упражнения для органов артикуляции: для мышц нижней челюсти, губ, мышц языка, мимических мышц. Вибрационный массаж со звуком.
2.Дыхатель-ные упражнения	Выработка продолжительного выдоха, его силы и постепенности; координация ротового и носового дыхания; выработка диафрагмального дыхания.	Упражнения для воспитания навыков правильного полного вдоха и выдоха, для формирования навыков носового дыхания; дыхательные упражнения с движениями; фонационные упражнения (вдох через нос,
3.Работа над ритмом	Развитие чувства ритма, восприятие и воспроизведение ритмов стихотворений, расстановка словесного ударения.	затем медленный выдох с одновременным произнесением звуков, слогов, слов, словосочетаний, предложений). Упражнения на восприятие и воспроизведение различных неречевых и речевых ритмов: слоги и односложные ритмы, двусложные и трехсложные ритмы и слова, многосложные ритмы, в которых надо выделить ударный слог в ряду слогов. Движения: отхлопывание, притопывание, прыжки. Ударному слогу соответствует более громкий хлопок.
4.Работа над темпом	Формирование умений: -сочетать движения с проговариванием в нужном темпе, -проговаривать ре-	

	чевой материал без движений в заданном темпе	Упражнения со слоговым материалом: ходьба в быстром и медленном темпе, прыжки. Когда используются слогосочетания, слова, считалки, то включаются отхлопывания, дирижирование указательным пальцем в такт проговариванию.
5.Работа над интонацией	Работа над ударением; формирование умения пользоваться повествовательной, вопросительной, восклицательной интонациями; формирование естественной интонации, выражающей различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг и т.д.	Выделение слов, на которые падает ударение, хлопанием в ладоши, притопыванием, энергичными движениями рук и т.п. Проговаривание слов, предложений стихотворений с повествовательной, вопросительной, восклицательной интонациями; а также с естественной интонацией, выражающей различные эмоциональные состояния: радость, удивление, испуг и т.д., сопровождая определенными выразительными движениями
6.Работа над голосом (силой, высотой) голоса	Формирование навыков пользоваться голосом нормальной силы и высоты, изменять силу голоса в зависимости от обстановки.	
7.Упражнения на координацию речи с движением	Координация речи с движением.	Упражнения направлены на: -изменение силы голоса от громкого до тихого и от громкого до среднего, затем до тихого и наоборот; - усиление и ослабление голоса при увеличении длительности звучания;

		-усиление голоса в связи со словесным и логическим ударением. -выработку умения повышать и понижать голос в пределах слога, слова, синтагмы, фразы. Произнесение стихотворения с движениями.
Итог	Оценка деятельности детей	Педагог оценивает и поощряет каждого ребенка

Особенность занятий по фонетической ритмике с заикающимися: введение релаксации, артикуляционной гимнастики. В начале каждого занятия проводится релаксация для снятия чрезмерного мышечного и эмоционального напряжения, характерного для заикающихся детей. Умение расслабляться помогает одним детям снять напряжение, другим - сконцентрировать внимание, снять возбуждение. Известно, что многие заикающиеся говорят свободно, когда они спокойны. А состояние спокойствия в большей мере обеспечивается общим мышечным расслаблением.

В занятия включаются артикуляционные упражнения, т.к. они активизируют внимание, организуют, включают детей в работу. Используются приемы самомассажа, включающие расслабление мышц шеи (расслабление мышц шеи рефлекторно расслабляет мышцы корня языка), расслабление лицевой и губной мускулатуры методом поглаживания, расслабление мышц языка, вибрационный массаж со звуком.

Во время занятий необходимо обращать внимание на то, чтобы ребенок не начинал говорить, не сделав вдоха; чтобы всегда говорил только на выдохе; чтобы плечи во время дыхания были неподвижны.

В работе над речевым дыханием заикающихся детей используется парадоксальная гимнастика А.Н. Стрельниковой (вдох делается в момент движений, сжимающих грудную клетку). При тренировке по Стрельниковой постепенно вырабатывается глубокое дыхание, в которое вовлекаются нижние отделы легких, преодолевается спазм голосовых связок, речь становится более плавной.

Структура занятий не всегда была постоянной, так как цели многих упражнений взаимосвязаны. Подразделяя упражнения на отдельные типы и ставя в них определенные задачи, мы все же считаем, что между ними нет резких разграничений, т.к. они, в сущности, несут все эти вместе взятые задачи, дополняя друг друга. Составляя занятие, не обязательно включать все данные типы заданий, можно также изменять последовательность заданий.

В работе по коррекции темпо-ритмической стороны речи используются различные игры и игровые упражнения. Совершенствование выразительных средств языка и интонирования происходит с опорой на показ педагога и на фольклорно -литературном материале.

Так, например, *для снятия мышечного и эмоционального напряжения* использовались *упражнения*, предложенные И.Г.Выгодской, Е.Л.Пеллингер, Л.П.Успенской: на расслабление различных мышц тела и артикуляционного аппарата – «Кулачки», «Олени», «Пружинки», «Загораем», «Штанга», «Шарик», «Любопытная Варвара», «Хоботок», «Орешек», «Волшебный сон» и др.

Упражнение «Кулачки». Логопед. Сожмите пальчики в кулачок (руки лежат на коленях) покрепче. Чтобы косточки побелели. Вот так напряглись кисти рук! Сильное напряжение! Нам неприятно так сидеть. Руки устали. Престаньте сжимать пальцы, распрямите их. Вот и расслабились руки. Отдыхают. Кисти рук потеплели. Легко, приятно стало. (Упражнение выполняется 3 раза.) А теперь слушайте и делайте, как я. Спокойный вдох – выдох, еще раз: вдох – выдох…

Руки на коленях,
Кулачки сжаты,
Крепко с напряженьем,
Пальчики прижаты.
Большой палец прижимается к остальным.
Пальчики сильней сжимаем –
Отпускаем, разжимаем.
Легко приподнять и уронить расслабленную кисть каждого ребенка.
Знайте, девочки и мальчики:
Отдыхают наши пальчики!

На основном этапе работы использовалась комплексная релаксационная гимнастика, предложенная И.А. Поваровой; расслабление лицевой и губной мускулатуры методом поглаживания.

В работе над артикуляцией использовался *комплекс артикуляционных упражнений*, предложенный И.А. Поваровой, артикуляционные упражнения под счет с движениями рук (А.В.Ястребова), а также вибрационный массаж со звуком (например: постукивать кончиками пальцев одной руки верхнее надгубное пространство и одновременно «тянуть» вслух на выдохе щелевой согласный «в», повторить 4-6 раз).

Для формирования речевого дыхания используются упражнения на расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата, фонационные упражнения и упражнения на формирование речевого выдоха.

Расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата связано с постановкой диафрагмального дыхания. Использовались упражнения комплекса парадоксальной гимнастики А.Н.Стрельниковой. Например, упражнение «Ушки». И.П.: встать прямо, ноги чуть шире ширины плеч. Наклонить голову вправо, стараясь положить ухо на плечо, при этом шумно вдохнуть носом. Затем наклонить голову влево, вдохнуть. Покачать головой, как бы приговаривая: «Ай-яй-яй», смотреть при этом прямо перед собой. Вдохи нужно делать одновременно с наклонами головы. Выдох бесшумный.

Упражнение «Насос». И.П.: встать прямо, ноги чуть шире ширины плеч, руки вдоль туловища. Взять в руки свернутую газету или палочку, как руко-

ятку насоса и представлять, будто накачиваете автомобильную шину. Вдох в крайней точке наклона. Кончился наклон – кончился вдох. Голову не поднимать, смотреть вниз на воображаемый насос. Повторять вдохи одновременно с наклоном часто, ритмично, легко.

Формирование длительного фонационного выдоха (вдох – толчкообразный выдох – ф___ф___ф___; движение на звук «Ф» - поднять ко рту руки, сжатые в кулаки, быстро и резко разжать кулаки, слегка вытянув при этом руки вперед - сопровождается фырканьем, как кошка – ф___ и др.).

Формирование речевого выдоха. Упражнения включают специально подобранные слоги, слова и фразы. Например:

а) Руки согнуть на уровне груди. Развести руки вверх в стороны, сказать протяжно: па___. Руки на талии. Сделать прыжок на месте, сказать кратко: па.

б) Развести руки в стороны на уровне талии: по___. Руки на талии. Сделать прыжок вправо, в сторону: по.

в) Вытянуть обе руки вперед: пу___. Руки на талии. Прыжок вперед: пу.

г) Положить руки на область диафрагмы. Сказать на одном выдохе: па___по___пу___

д) Каждый слог говорить кратко, сопровождая проговаривание указательным движением пальца правой руки (движение – слог): папопу папопу

е) Руки согнуть на уровне груди. Пальцы рук зажать в щепотку. 3 раза раскрыть щепотку. Говоря при этом: папопу папопу.

Работа над формированием дыхания продолжается в течение всего курса коррекции.

В работе над голосом использовались упражнения на изменение его силы и высоты.

Упражнения на изменение силы голоса:

1.Сильно выбросить руки, зажатые в кулаки, вверх в стороны, сказать громко: ПА. Левую руку опустить вниз, а указательный палец правой руки поднести ко рту, сказать тихо: па. Сильно выбросить руки, зажатые в кулаки, в стороны, сказать громко: ПО, затем поднести палец к губам, сказать тихо: по. Сильно выбросить руки, зажатые в кулаки, вперед сказать громко: ПУ, поднести палец к губам. Сказать тихо: пу.

2.Обе руки, описывая в воздухе круги, поднимать через стороны вверх. Объем кругов увеличивать по мере поднятия рук. Движения сопровождаются проговариванием слогов с изменением силы голоса от тихого к громкому и др.

Упражнения на изменение высоты голоса:

Взять 2 игрушки: кошку и собаку. Движения и проговаривание выполняются синхронно с логопедом.

Как фыркает кошка? – ф__!ф__! (движение на звук «ф»).

Как лает собака? – Ав__!Ав__! (подражание лаю собаки).

Разделить детей на 2 группы: «кошки» и «собаки». «Кошки» задают вопрос «собакам», те отвечают и наоборот.

Логопед берет 2 собаки: маленькую и большую.

- Как лает большая собака? Дети отвечают «низким» голосом (ответы хором и по – одному).

- Как лает маленькая собака? Дети отвечают «высоким» голосом (ответы хором и по – одному).

Игра с двумя группами детей. Сначала «кошка фыркает» на маленькую «собаку». Та отвечает «высоким» голосом. Потом «кошка фыркает» на большую «собаку». Та отвечает «низким» голосом. При выполнении упражнения группы чередовать.

При проведении занятий по фонетической ритмике активно использовались *упражнения на развитие ритмического чувства и ритмичности речи.* Примеры упражнений:

1.Дети стоят по кругу, руки на поясе.

- тихий удар правой ногой, громкий удар левой ногой.

- тихий удар правой ногой сопровождается тихим хлопком, громкий удар левой ногой – громким хлопком.

- тихий удар правой ногой сопровождается тихим хлопком и тихим произнесением слога: та. Громкий удар левой ногой сопровождается громким хлопком и громким произнесением слога: **та** (та**та**).

- тихий хлопок: та; громкий хлопок: **та** (та**та**).

- отхлопывание ритма с одновременным проговариванием слов.

2.Дети сидят в кругу по-турецки.

Удар правой рукой о пол перед собой: та.

Удар правой рукой о пол справа: та.

Удар левой рукой о пол: та.

Удар справа: та, слева - та, два удара перед собой: та-та.

Удар справа: та, слева - та, три удара перед собой: та-та-та.

Частые удары рукой о пол перед собой слева направо: та-та-та…

Различение этих ритмов на слух. Логопед произносит одну из строчек ритма. Дети воспроизводят ритм проговариванием и соответствующими ударами рукой о пол.

Необходимым компонентом занятий по фонетической ритмике были *упражнения на формирование чувства темпа*. Примеры упражнений:

1.Удары кулаками в стороны вправо-влево: па-па (повторить несколько раз, постепенно убыстряя темп).

Руки на талии. Топать ногами, стоя на месте (удар-слог): па-па-па-па (повторить упражнение, постепенно замедляя темп).

2.Указывать пальцем правой руки перед собой, говорить при каждом движении слоги: па-по, по-па.

Темп проговаривания меняется от замедленного до среднего. При повторении проговаривание сопровождается хлопками.

3.Дети стоят по кругу.

-Руки согнуты на уровне груди, пальцы сжаты в кулаки. Правой рукой удар в сторону, вправо, сказать, выделяя ударный слог: **па**па. Левой рукой

удар в сторону, влево: **па**па. Легкий указательный жест правой рукой вперед: по.

-Правой рукой удар вправо вниз. Выделить при проговаривании ударный слог: **та**та. Левой рукой удар влево, вниз: **та**та. Правой рукой указательный жест в сторону, вправо: то.

Движения и проговаривания сначала проводятся в медленном темпе, затем среднем и быстром.

4.У педагога барабан. Дети стоят по кругу друг за другом.

а) Педагог размеренно стучит в барабан, дети не спеша идут по кругу в такт ударов барабана.

Педагог стучит быстрее – дети убыстряют ходьбу по кругу в такт ударов барабана.

Педагог стучит быстро – дети бегут.

Педагог сильно ударяет в барабан – дети на этот «сигнал» останавливаются на месте.

б) Педагог размеренно стучит в барабан и в такт ударам говорит: па-па-па.

Педагог подходит к каждому ребенку по-очереди, каждый стучит в барабан и говорит в такт ударам: па-па-па.

Педагог размеренно стучит в барабан и в такт ударам топает ногами и говорит: та-та-та. Затем дети повторяют индивидуально.

Важной частью занятий являются *упражнения на развитие интонации.* Например:

1.Дети сидят по кругу. Воспроизведение разной интонации на материале слогов.

-Закрыть лицо руками. Раскрыть руки – на лице радостное выражение: па__! Интонация радости – руки согнуты на уровне груди. Быстрым движением развести руки вверх в стороны. Голос радостный, на лице соответствующее выражение.

- Закрыть лицо руками. Раскрыть руки – на лице выражение боли, прижать руку к щеке: по__!

- Закрыть лицо руками. Раскрыть руки – на лице выражение испуга. Немного отшатнуться назад: пу__-пу__ Интонация испуга – руки согнуты на уровне груди, локти опущены. Легкие махи руками перед собой (как будто отмахиваемся от чего-то). Немного сжаться всем телом, имитируя испуг. Соответствующая интонация в голосе и выражение на лице.

- Интонация вопроса – руки согнуты на уровне груди, локти чуть подняты в стороны. Кисти рук опустить вниз, а затем поднять вверх в стороны, как бы описывая ими нижний полукруг. В голосе и на лице выражение вопроса.

- Интонация растерянности - руки согнуты на уровне груди. Развести их немного в стороны. Растерянность на лице и в голосе: па__.

2.Дети стоят по кругу. Воспроизведение повествовательной, вопросительной, восклицательной интонации на слове мама.

- Правой рукой нежно погладить левую, сказать: мама. Опустить руки вниз: мама.

Выполнение движения для выражения интонации радости: мама!

Руки согнуты на уровне груди, выполнить движение, обозначающее вопрос: мама?

На заключительном этапе занятия используются *упражнения на координацию речи с движением.* Например:

Раз, два – в варежке дыра (2 шага вперед, рисуем дырку на ладошке)

Три, четыре – что же делать Ире? (2 шага, поднять плечи)

Пять, шесть – иголка есть (2 шага, «вытащить иголку»)

Семь, восемь – бабушку попросим (2 шага, руки вперед, вниз)

Девять, десять – кончена игра (2 шага, отрицательный жест слева направо)

Делать все самой пора (собирательный жест перед собой, указательный жест перед собой).

Чтение стихотворений (в период закрепительного этапа коррекционно-логопедической работы) сочетало в себе несколько задач:

- произнесение стихотворения с отхлопыванием ритма;
- произнесение высоким, низким, умеренным голосом;
- произнесение медленно, быстро;
- произнесение тихо, умеренно, громко;
- произнесение с разной интонацией.

Упражнения дети выполняли с удовольствием, от выполнения не отказывались, на занятиях не отвлекались.

Итак, система занятий включает как традиционные разделы обучения, так и специфические методы и приемы – упражнения фонетической ритмики, сочетающие различные движения с произнесением речевого материала, дыхательная гимнастика А.Н. Стрельниковой, самомассаж на расслабление лицевой и губной мускулатуры методом поглаживания, вибрационный массаж, артикуляционные упражнения под счет с движениями рук.

Восприятие и воспроизведение темпа

Одно из направлений, по которому осуществляется развитие чувства ритма, — ориентация на внешний ритм. Поэтому при формировании, например, представлений о темпе, как о скорости следования звуков, дошкольники должны научиться подчинять темп собственных движений темпу музыки и речи. Для этого можно использовать игры, в которых темп музыкальных отрывков регулирует скорость выполнения детьми однотипных движений, например, под музыку с быстрым темпом дети идут по кругу быстрым шагом, под музыку с медленным темпом — идут медленным шагом. Выполнение подобных упражнений позднее нужно сопровождать речевыми звуками. В речевом плане усложнение идет в проговаривании сначала одного согласного и одного гласного звука, потом — одного согласного и нескольких гласных, несколько согласных звуков и несколько гласных.

та

та та

та та татата

тататата...

один согласный «т» один гласный «а»

Этот темпо-ритм воспроизводится в быстром, медленном и среднем темпе в зависимости от внешних стимулов.

Проиллюстрируем сказанное на конкретных примерах.

Игра «Осенние листочки»

Цель. Формирование у детей представлений о темпе, понятиях «быстро» и «медленно».

Материалы. Фонограмма «Тема из вариации» К. Вебер.

Ход игры. Детям, сидящим на стульчиках или на ковре, предлагается выполнить импровизированные движения руками при прослушивании музыкального отрезка в быстром темпе и сидеть спокойно при прослушивании музыкального отрезка в медленном темпе.

Усложнение. Предложить детям дополнить движения рук движениями головы, корпуса и ног.

Восприятие и воспроизведение метрических отношений

После усвоения детьми эталонов темпа следует перейти к развитию восприятия и воспроизведения метрических отношений (акцентированные и неакцентированные доли). Сначала детей учат различать и движением выделять отдельные ударные моменты на фоне звучания равной силы (работа над неожиданным акцентом). Например, в игре «Забияки-петушки» детям предлагается стоять в парах лицом друг к другу, держа руки за спиной, и делать махи назад ногой, согнутой в колене; на сильный акцент поднимать руки вверх, как бы показывая красивый гребешок петуха.

Упражнения для развития речевого ритма могут быть следующими. Педагог размеренно, громко (тихо) стучит в барабан, дети в такт ударов маршируют на месте, произнося: па-па-па... Педагог резко и громко ударяет в барабан, дети останавливаются в такт удара и говорят: «стоп»!

Или педагог стучит в барабан, ребята в такт ударов идут, бегут по кругу. Педагог резко и громко ударяет в барабан, дети останавливаются: «стоп»!

Проиллюстрировать все многообразие средств на данном этапе работы позволяет следующий комплекс игр и упражнений. Его задания построены на основе трансформации зрительно-наглядной схемы в звуковой ритм, в моторную серию; акустического образа ритма — в моторную серию, в зрительно-наглядную модель.

Игра «Язычки-дразнилки»

Цель. Обучение детей умению различать и двигательно выделять отдельные ударные моменты на фоне звучания равной силы (работа над неожиданным акцентом).

Материалы. Игрушки «тещин язык» по количеству детей, фонограмма игры на барабане или бубне с ярко выделенным неожиданным акцентом.

Ход игры. Дети сидят на стульчиках за столом или на ковре, выделив в аудиозаписи акцентированный удар-, они должны отреагировать соответствующим образом: один раз подуть в «тещин язык». Разнообразить игру можно, предложив детям свистки, дудочки и бубны.

Игра «Птички в гнездышке»

Цель. Та же.

Материалы. Обручи и эмблемы на шею с изображением птиц по количеству детей, фонограмма «Задача» О. Воромыковой.

Ход игры. На полу раскладываются обручи-гнездышки. Под музыку каждый ребенок ходит вокруг своего обруча, изображая птичку. На акцентированном звуке прыгает в него двумя ногами и ждет следующего сильного сигнала, под который выпрыгивает из обруча, и снова идет вокруг него.

Игра «Забияки-петушки»

Цель. Закрепление у детей навыка выделения на слух неожиданного акцента в музыке.

Материалы. Шапочки петухов для каждого ребенка, фонограмма «Парная пляска» Т. Ломова.

Ход игры. Дети стоят в парах лицом друг к другу, держа руки за спиной, и делают ногой махи назад, высоко поднимая голень. На сильно акцентированном звуке они поднимают руки вверх, как бы показывая красивый гребешок петуха, потом продолжают движения ногой до появления следующего акцента.

6.4. Технология коррекции темпо-ритмической стороны речи при заикании в процессе логопедической ритмики

Логопедическая ритмика - это система двигательных и речевых упражнений с использованием музыкального сопровождения. Известно, что ритмизация движений меняет биоритмическую активность мозга, что положительно влияет на синхронизацию деятельности речевого аппарата, на ритм речи. Логопедическая ритмика включает разнообразные двигательные упражнения в следующей последовательности: ритмическая разминка; упражнения, регулирующие мышечный тонус; упражнения для развития чувства темпа и ритма; упражнения на развитие координации речи с движениями; пение; игра. Необходимость поэтапного и дифференцированного использования логопедической ритмики в коррекции заикания доказана в работах Г.А. Волковой, В.А. Гринер, Н.А. Рычковой.

Развитие восприятия и воспроизведения ритмического рисунка, т.е. освоение соотношения длительностей и пауз, является следующим этапом ритмической работы. Сначала следует учить детей выделять и соблюдать паузы, затем познакомить их с понятиями «длинного» и «короткого» звуков, с двигательными моделями ритмических рисунков, давая специальные обозначения: «длинный» звук — отведение рук в стороны, «короткий» звук — подъем рук над головой.

Усилению ритмической ориентировки в процессе всей работы способствует проговаривание детьми и педагогом текста, отражающего разный характер ритма музыки и движений. Например:

• «Сделай ручкой хлоп, хлоп (2 такт), сделай ножкой топ, топ (4 такт), сделай ручкой хлоп, хлоп (6.такт), сделай ножкой топ, топ (8 такт)»;

• «Флажками тук-тук, тук-тук-тук (2 такта), делаем большущий круг (2 такта)»;

«Правой вверх, левой вверх, в сторону, накрест, в сторону, вниз (4 такта)» и т. д.

Закрепить полученные знания можно в такой игре, как «Ритм по кругу». Дети стоят (сидят) полукругом. Педагог отстукивает ритм. Дети внимательно слушают и по команде повторяют (совместно и отдельно). Ритмический рисунок выполняют правой, левой рукой, двумя руками одновременно (хлопки или удары по предмету перед собой), комбинированно (правой и левой рукой, а потом одновременно двумя руками). Затем предлагается воспроизвести тот же ритмический рисунок ногами. Следующий этап — воспроизведение ритмического рисунка выполняется Одновременно руками и ногами вместе.

Наиболее сложными заданиями для детей является двигательное моделирование ритмических рисунков детских попевок типа «Андрей-воробей», где им можно предложить на четвертные ноты делать неглубокие приседания, а на восьмые — хлопок в ладоши. Основное внимание при выполнении этих заданий должно быть уделено точности совпадения передаваемого движением ритмического рисунка с музыкальным ритмом.

Если дети не испытывают трудности, то им можно предложить выполнить задания с развернутой опорой на речь, например, для ритмов с выраженным ударением — придумать слова, словосочетания или подобрать предложения, подходящие для данного ритмического рисунка.

Упражнения для развития чувства музыкального размера и метра.

Музыкальный метр представляет собой систему соотношений акцентов и неакцентированных долей различных рангов, эта система определяется количеством метрических уровней и конкретным рисунком различных в метрическом отношении временных долей. Смена метра приводит к передвижению акцента. Занимающимся необходимо дать первоначальное понятие об акценте как ударном моменте в звучании. Они должны научиться прислушиваться и различать отдельные ударные моменты на фоне звучания равной силы, а затем давать на них ответную реакцию условным движением.

Сначала проводится специальная работа над неожиданным акцентом, затем над метрическим (равномерно повторяющимся) и переходным. После первоначального усвоения этих понятий занятия проводятся так же, как и занятия на внимание.

Акцент выделяется аккордом в любом регистре рояля или ударом в барабан. Занимающиеся, стоя или сидя на месте, дают условную двигательную реакцию (хлопком, движением ноги, передачей предмета, ловлей мяча и т.п.). Затем педагог показывает различные построения, связанные с акцентом как

условным сигналом к перестройке. Неожиданный акцент играет роль сигнала к действию, к переходу на другое действие, к прекращению или поочередному исполнению задания по группам. Упражнения на неожиданный акцент подготавливают занимающихся к работе над акцентом: метрическим и переходным.

Упражнения на восприятие неожиданного акцента.

На полу рисуются круги по количеству участвующих в упражнении. Под музыку марша каждый ходит вокруг своего круга. На акцент прыгает в свой круг двумя ногами и ждет следующего сигнала, на который он выпрыгивает из круга и снова идет вокруг него.

Занимающиеся стоят в две шеренги у противоположных стен зала. У одних обручи, которые они тихо качают. На неожиданный акцент в музыке или хлопок в ладоши дети перекатывают обручи в другую шеренгу, которая ловит их и качает до следующего акцента.

Упражнения на восприятие метрического акцента.

При выполнении заданий на метрический акцент требуется точное совпадение движения с акцентом, чередующимся через определенные промежутки времени. Дошкольники воспринимают повторяющийся акцент и передают его движениями рук, ног и всем корпусом, не определяя его путем счета. Только в результате занятий передача акцента обозначается словом.

Дети стоят в шеренге на некотором расстоянии друг от друга. В руках у каждого скакалка. На счет «раз» в четырехдольном такте (—) все закидывают скакалку, как удочку, на 2—3—4 подтягивают ее к себе. Дети стоят в кругу лицом друг к другу. При акценте на счет четырехдольного такта (—) делают прыжок обеими ногами к центру, на 2—3—4 отступают назад.

Дети сидят на стульях, поставленных в линию один за другим, ноги кладут на перекладину впереди стоящего стула, имитируют движение, подражая гребцам. В музыке дается размер — в котором на счет «раз» — сильный акцент, и дети, как бы опуская весла, делают движения руками.

Упражнения на восприятие переходного акцента.

Характерная особенность переходного акцента заключается в том, что он, в отличие от метрического, не всегда падает на счет «раз», а последовательно переходит в каждом следующем такте на «два», «три», «четыре», т.е., например, при четырехдольном размере (—) акцент в первом такте на «раз», во втором — на «два», в третьем — на «три», в четвертом — на «четыре» и в пятом — снова на «раз».

Переходный акцент можно сравнить с логическим ударением в речи, поэтому он приобретает важное значение в ритмических упражнениях с речью. Например:

Ты сегодня опоздал на ритмику (1, 2, 3, 4).

Ты **сегодня** опоздал на ритмику (1, 2, 3, 4).

Ты сегодня **опоздал** на ритмику (1, 2, **3,** 4).

Ты сегодня опоздал **на ритмику** (1, 2, 3, 4).

Педагог выписывает на доске или вывешивает плакаты с цифрами. Например: 1, 2, 3; 1, 2, 3; 1, 2, 3. И объясняет, что выделенные цифры означают акцент музыкального произведения. Во время проигрывания все должны внимательно слушать и согласовывать выделенную цифру с акцентом и отреагировать хлопком или голосом. Затем в занятия включаются различные движения (маршировка, дирижирование). Так, на акцент делается шаг вперед, на затихание музыки — назад и т. д. Эти упражнения проводятся как индивидуально, так и группами. Необходимо, чтобы каждый занимающийся умел чувствовать цепь переходного акцента.

Упражнения для развития чувства музыкального темпа.

Темп — это скорость музыкального исполнения, которая определяется прежде всего частотой чередования основных метрических долей, обозначаемой числом ударов в минуту, и абсолютной длительностью ритмических единиц.

Сначала темп усваивается на простых движениях: хлопках, на ударах в барабан, взмахах руками и т. д. Затем включаются движения ногами на месте, бег. Для занятий вначале берутся две темповые скорости: нормальная ходьба и бег. Далее переходят к постепенному ускорению и замедлению темпа, усвоив понятия «скоро» и «медленно» в движении, занимающиеся начинают правильно сопоставлять разный темп движения с соответствующими терминами.

Для отработки темпа движения в коллективе педагогу нужно знать темп движения каждого ребенка. Это поможет педагогу умело направить в нужный темп того, у кого слишком быстрое движение или слишком замедленное.

С детьми младшего возраста темп движений отрабатывается во время шага и бега, при построениях, в упражнениях с предметами.

Например:

Дети под звуки быстрой музыки (темп бега), подняв руки на уровне плеч, бегут друг за другом, подражая полету самолетов.

Дети под звуки марша (темп марша) идут по начерченной мелом линии. При переходе музыки на быстрый темп (бег) дети бегут к обручу, лежащему в центре зала, берут его правой или левой рукой (по указанию педагога) и бегут по кругу, держась за обруч, пока не услышат изменения темпа музыки (марш). Кладут обруч на пол и снова идут друг за другом по линии.

Со старшими дошкольниками темп отрабатывается в упражнениях на построение: движения цепочкой, змейкой, малый и большой круги, несколько кругов. Используются скакалки, бубны, обручи, мячи, треугольники. Можно давать упражнения с воображаемыми предметами, такие, как:

Дети стоят в шеренге с обручами в руках. На медленный темп музыки поднимают обручи над головой и медленно опускают их, снова поднимают. На быстрый темп катят обручи по полу и бегут за ними.

Стулья стоят по кругу на расстоянии двух-трех шагов один от другого. На темп марша дети идут змейкой между стульями. На темп бега начинают

движение по внешнему кругу. Музыка замолкает, все садятся на стулья. Снова звучит марш, движение змейкой возобновляется.

Ритмические упражнения.

В музыке имеются два понятия и два определения музыкального ритма: широкое и узкое. В широком понимании музыкальный ритм — это развертывание во времени конструкции музыкального произведения, как строителя формы во времени'. В узком—это временная закономерность, организация звуков по их длительности, т. е. сведение музыкального ритма к ритмическому рисунку, который образуется от сочетания одинаковых или различных длительностей, определенным образом акцентированных (метризованных) и звучащих в некоторых темповых рамках.

Приведем примерную игру для детей трех лет.

«Мы на луг ходили». (Слова В. Кукловской, пер. с укр. Т. Волгиной, музыка А. Филиппенко. Автор 3. Березницкая.) Дети стоят в кругу. Поодаль — зайчик. Мы на луг ходили, хоровод водили. Вот так, на лугу хоровод водили (2 раза). Дети, взявшись за руки, ходят вправо по кругу.

Задремал на кочке зайчик в холодочке. Вот так, задремал зайчик в холодочке (2 раза).

Остановившись, дети указывают на зайчика. Положив руки под щеки, показывают, как он спит.

Разбудить хотели, в дудочки дудели:

Ту-ту, ру-ту-ту! В дудочки дудели (2 раза).

Дети имитируют игру на дудочках. Зайчик спит.

Зайку мы будили, в барабаны били:

Бум-бум, тра-та-та! В барабаны били (2 раза).

Дети идут вправо по кругу, имитируя игру на барабане.

Зайка, просыпайся, ну-ка, поднимайся. Вот так, не ленись, ну-ка, поднимайся (2 раза).

Зовут к себе зайчика, он скачет в середину круга. Все хлопают, а зайчик прыгает.

Третья группа упражнений проводится в форме диалога, выражающего взаимоотношения двух лиц (или групп). Некоторые из них заключают обращение, просьбу или запрещение для одного из участников, второй молча выполняет или не выполняет действие. В других упражнениях говорят обе стороны: двое участников или групп.

Пример игры для детей двух лет и старше.

«Сорока, сорока». (Русская народная песня в обработке В. Агафонникова. Автор М. Медведева.)

Играющие становятся в круг и берутся за руки. Девочка-сорока в центре. Играется вступление. Дети идут по кругу вправо. «Сорока» скачет влево то на одной, то на другой ноге. В конце четвертого такта все останавливаются.

Дети поют:

Сорока, сорока, где была? «Сорока» отвечает и показывает движениями, как она мешает кашку.

— Далеко. Кашку варила, детушек кормила, на порог скакала, гостей созывала. Гости услыхали, быть обещали.

Дети поют.

«Сорока» скачет по кругу то на правой, то на левой ноге, дотрагиваясь до плеча нескольких детей (созывает гостей).

С окончанием музыки «сорока» останавливается, к ней подбегают гости. Под веселую народную мелодию они пляшут. Остальные дети хлопают в ладоши.

Методы работы над дыханием.

Работа над формированием речевого дыхания включает в себя следующие этапы: расширение физиологических возможностей дыхательного аппарата за счет формирования диафрагмального дыхания; формирование длительного фонационного выдоха; формирование речевого выдоха. Формирование речевого выдоха имеет принципиальное значение для организации темпоритмической стороны речи. Приступая к работе над дыханием, необходимо помнить о возрастных особенностях механизма дыхания: до 11 лет у детей преобладает поверхностное дыхание.

Выработку диафрагмального типа дыхания нужно начинать в положении лежа на спине, контролируя ладонью движение мышц живота. Учитываются следующие методические указания: ребенок не должен фиксировать внимание на процессе выдоха и вдоха; дыхательные упражнения организуются в виде игры, так что дети непроизвольно могут сделать более глубокий вдох и более продолжительный выдох; упражнения включают выдох с произнесением согласных (в основном щелевых) или фонацией гласных. В старшем возрасте тренировка диафрагмального дыхания может происходить более осознанно. На этом этапе используются: практический метод (прием: упражнения, в основном подражательно- исполнительские); игровой метод; наглядный метод (прием: показ образца); словесный метод (приемы: объяснение, пояснение, замечание). Следующий этап - формирование длительного фонационного выдоха. Это основа для развития координаторных отношений между дыханием, голосом, артикуляцией. Во избежание фиксации внимания на процессе вдоха инструкция касается только длительности произнесения звука. Речевой материал – гласные и их сочетания. Основные методы те же. Третий этап - формирование собственно речевого выдоха с введением слогов, слов, фраз. На этом этапе чаще используются: практический метод (прием: упражнения, можно творческого характера); словесный метод с показом образца и педагогической оценкой. Образец предполагает эталонную речь педагога.

Методы работы над голосом.

В работу над голосом входят следующие задачи: развитие силы и динамического диапазона голоса; формирование навыков рациональной голосоподачи и голосоведения; развитие мелодических характеристик голоса.

Для расширения диапазона голоса рекомендуются упражнения, направленные на использование поочередно трех регистров: нижнего, среднего,

верхнего. Далее проводится работа по развитию модуляций голоса. Затем используются упражнения на увеличение громкости голоса.

Параллельно ведется работа над формированием мягкой атаки голоса и развитием выразительности речи. Детей обучают слитно произносить длинный ряд гласных при непрерывном артикулировании на одном речевом выдохе. Такое слитное произнесение обеспечивается непрерывным голосоведение с обязательным интонационным модулированием голоса.

В работе над голосом широко используются практические приемы: упражнения, подражательно-исполнительские, а также творческого характера; игровые приемы. Наглядные приемы представлены показом образца упражнений, способа действия; в ряде случаев применяется прослушивание аудиозаписей. Словесный метод представлен объяснением, пояснением, педагогической оценкой.

При коррекционной работе с детьми более широко используются практический метод и наглядный.

Методы работы над интонацией и выразительностью речи.

Работа над интонацией и выразительностью речи включает в себя следующие задачи: развитие навыка интонационного оформления синтагм и фраз в соответствии с четырьмя основными видами интонаций русского языка (вопросительные, восклицательные, завершенности и незавершенности); нормализация процесса речевого паузирования; формирование навыка интонационного членения и выделения логических центров синтагм и фраз. Предварительный этап работы над интонацией может включать передачу основных ее видов с помощью паралингвистических средств. Далее идет обучение передаче основных видов интонации с помощью гласных звуков. Работа проходит на примере одного, двух, а затем целого ряда гласных. Один из гласных обычно выделяется при помощи ударения. Данный навык постепенно переносится на слитное произнесение коротких синтагм. Выделение синтагмы как единого интонационно-смыслового образования связано с обучением процессу паузирования. Работу над ним лучше начинать на материале стихов; затем используются фразы диалогической речи, чтение, пересказ, спонтанное высказывание. Интонационное членение тесно связано с ритмом моторной реализации высказывания и организацией речевого дыхания. Следовательно, развитие речевого дыхания и ритмоинтонационное членение способствуют формированию артикуляторно-дыхательных циклов в соответствии с синтагматическим делением текста.

Работа над интонацией предполагает широкое использование практических приемов, особенно упражнений, в том числе и игровых; предполагается применение разного рода наглядности: показ образца и способа действия, использование аудиозаписей; словесный метод представлен объяснением, пояснением, педагогической оценкой. Игровые упражнения наиболее часто используются при работе с детьми.

7. Информационно-коммуникационные технологии в коррекции заикания

7.1. Характеристика информационно-коммуникационных технологий

Информационно-коммуникационные технологии в образовании (ИКТ) – это совокупность учебно-методических материалов, технических и инструментальных средств вычислительной техники в учебном процессе, формах и методах их применения для совершенствования работы специалистов в учреждениях образования детей.

На современном этапе образования существует два подхода к определению ИКТ.

Первый подход предлагает рассматривать компьютерные технологии как дидактический процесс, который организован с использованием в системе обучения новых средств и методов, которые представляют целенаправленное создание, передачу, хранение и отображение информационных продуктов.

Второй подход – это создание определенной технической среды обучения, где главное место занимают используемые компьютерные технологии.

Под информационными технологиями понимают процессы накопления, обработки, представления и использования информации с помощью электронных средств. Они характеризуется средой, в которой осуществляются, и компонентами, которые она содержит: техническая среда (используемая техника для решения основных задач); программная среда (набор программных средств для реализации процесса обучения); предметная среда (содержание конкретной предметной области науки, техники, знания); методическая среда (инструкции, порядок пользования, оценка эффективности).

В настоящее время компьютерные технологии стали активно применяться в образовательном процессе. Создается множество простых и сложных компьютерных программ для различных областей познания. Перечислю преимущества этих программ

1. Предлагаемая информация дается в наглядной и привлекательной форме

2. Повышается мотивация и интерес детей к занятиям

3. Процесс запоминания информации ускоряется и становится осмысленным и долговременным

4. Значительно сокращается время на формирование навыков и функций. Психологические возможности информационно-коммуникационных технологий Использование различных анализаторных систем в процессе выполнения и контроля над деятельностью

5. Активизация компенсаторных механизмов на основе зрительного восприятия

6. Координирование работы моторного, слухового и зрительного анализаторов

7. Обучение детей навыкам самоконтроля

8. Ресурсы для развития высших психических функций: символическая и планирующая функции мышления и речи

Огромное преимущество компьютерных технологий заключается в возможности их применения на различных этапах коррекции речи

Подготовительный этап:

1. При проведении артикуляционной гимнастики.
2. Для развития речевого дыхания.
3. Как зрительный тренажёр.
4. При подготовке руки к письму.
5. Для включения в занятие.

Этап автоматизации:

1. Чтобы продолжить игру, нужно произнести звук правильно.

Этап дифференциации:

1. Задания на классификацию слов с изучаемым звуком.
2. Рекомендации для родителей.
1. Презентация с речевыми заданиями.

7.2. Виды информационно-коммуникационных технологий

Использование ИКТ является одним из эффективных способов повышения мотивации и индивидуализации обучения детей, развития у них творческих способностей и создания благоприятного эмоционального фона. А также позволяет перейти от объяснительно-иллюстрированного способа обучения к деятельностному, при котором ребенок принимает активное участие в данной деятельности. Это способствует осознанному усвоению новых знаний.

Компьютер служит развивающим средством ребенка и входит в его жизнь через игру, художественную деятельность. Внедрение компьютерных технологий в новой и занимательной для детей форме, помогает решать задачи речевого, математического, экологического, эстетического развития: а также помогает развивать у малышей память, воображение, творческие способности, навыки ориентации в пространстве, логическое и абстрактное мышление.

Одним из преимуществ компьютерных средств обучения является то, что позволяют значительно повысить мотивационную готовность детей к проведению коррекционных занятий путем моделирования коррекционно-развивающей компьютерной среды. В ее рамках ребенок самостоятельно осуществляет свою деятельность, тем самым, развивая способность принимать решения, учится доводить начатое дело до конца. Особо хочется отметить принцип объективной оценки результатов деятельности ребенка. Результаты деятельности ребенка представляются визуально на экране в виде мультипликационных образ символов, исключающих субъективную оценку, ученик видит результаты своей деятельности, что добавляет положительную эмоциональную окраску в такие занятия.

Мультимедийные презентации позволяют привнести эффект наглядности в занятие, повысить мотивационную активность, способствовали более тес-

ной взаимосвязи учителя-логопеда и ребёнка. В использовании мультимедийных презентаций учителем-логопедом можно выделить такие преимущества, как информационная емкость, компактность, доступность, наглядность, эмоциональная привлекательность, мобильность, многофункциональность.

2.Компьютерная дидактическая игра (КДИ) – это вид игровой деятельности и взаимодействия игрока и компьютера, ограниченный правилами и направленный на достижение обучающей цели. Это может быть видео, программа, презентация.

3.Программно-аппаратные комплексы

4.Компьютерные программы

7.3. Обзор информационно-коммуникационных технологий для коррекции темпо-ритмической стороны устной речи

Методика использования развивающих компьютерных игр

Одним из преимуществ компьютерных средств обучения является то, что позволяют значительно повысить мотивационную готовность детей к проведению коррекционных занятий путем моделирования коррекционно-развивающей компьютерной среды. В ее рамках ребенок самостоятельно осуществляет свою деятельность, тем самым, развивая способность принимать решения, учится доводить начатое дело до конца. Особо хочется отметить принцип объективной оценки результатов деятельности ребенка. Результаты деятельности ребенка представляются визуально на экране в виде мультипликационных образ символов, исключающих субъективную оценку, ученик видит результаты своей деятельности, что добавляет положительную эмоциональную окраску в такие занятия.

В основной части логопедического занятия могут быть использованы различные (в зависимости от темы и целей занятия) материалы ИКТ.

Это могут быть и обучающие программы для детей дошкольного возраста, и самостоятельно созданные материалы. Очень удобно для учителя-логопеда создавать и затем использовать в работе занятия-презентации по конкретным темам. Эти презентации включают наглядный материал, схемы слов и предложений, тексты для прочтения, карточки с заданиями, анимированные кроссворды и ребусы, анаграммы и многое другое. Физкультминутку для детей тоже может провести компьютер. На экране монитора появляются схематичные изображения человечков в разных гимнастических позах. Существуют также компьютерные программы тренажёры для глаз, позволяющие дать отдых глазам ребёнка.

Заключительная часть занятия может в текстовом файле содержать проблемные вопросы по теме занятия (для подведения итогов) или стать поощрением за хорошую работу (любимые компьютерные игры детей). Требования, предъявляемые к развивающим и обучающим программам, применяемым на логопедических занятиях: - программа должна иметь указание на возраст ребенка; - программа должна быть яркой, красочной, со звуковым оформлением; - объекты, отображенные на экране, не должны быть мелкими

или непонятными детям; - программа должна быть на русском языке; - текст заданий, если он имеется, должен быть озвучен диктором; - задания - интересные, понятные ребёнку, простые для выполнения; - периоды и эпизоды игры должны быть не более 3-5 минут; - желательно, чтобы ребенок работал с клавиатурой, так как справиться с мышкой ему еще сложно; - программа должна развивать детей, давать им знания, обучать навыкам в незатейливой игровой форме; - чередование разных компьютерных игр.

Программно-аппаратный комплекс «Дельфа» – 142

Это тренажёр для речевой реабилитации и коррекции звукопроизношения детей и взрослых.

Звучащая речь улавливается микрофоном и преобразуется и передаётся сигналом на процессор – отображается на экране компьютера в виде информативных образов с элементами анимации – сохраняется на экране в течение любого времени.

В комплекте – 63 базовых словаря с общим количеством слов около 4,5 тысяч. Это тематические словари («Одежда», «Пища», «Школа»…) и словари, построенные по фонематическому принципу («гласные второго ряда», «Мягкий знак»).

Состав упражнений

1. Меню «Звук» (19 упражнений): полный набор упражнений сурдологопедического тренажера «Дэльфа-130».
2. Меню «Буква» (9 упражнений)
3. Меню «Слог» (4упражнения)
4. Меню «Слово» (19 упражнений)
5. Меню «Предложение» (8 упражнений)
6. Меню «Текст» (3 упражнений, только в версии 2.0)

Программно-аппаратный комплекс «Видимая речь – III»

В 1989 году американскими исследователями (корпорацией IBM) была разработана программа «Видимой речи». Это интерактивная компьютерная технология, по которой воспринимаемые звуковые сигналы преобразуются в соответствующие зрительные образы.

Разработка компании IBM. Предназначена для работы с детьми и взрослыми, имеющие нарушения звукопроизношения, голосообразования, нарушения сенсомоторных функций речи.

В настоящее время широкое распространение получают разнообразные компьютерные программы, использующие эффект «Видимой речи». В целях выработки длительного речевого выдоха, коррекции интонационно-мелодической стороны речи и нормализации процесса паузирования используется ряд модулей программы «Видимая речь». Работа с модулями «Длительный речевой выдох», «Изменение высоты голоса», «Интонация» включает в себя серию игр. Выполнение заданий контролируясь визуально, помогает выработке новых навыков.

В комплекте – 13 модулей.

Главные идеи: визуальный контроль речи и игровой принцип работы.

1. Модуль «Наличие звука».
2. Модуль «Громкость».
3. Модуль «Громкость голоса».
4. Модуль «Включение голоса».
5. Модуль «Высота».
6. Модуль «Высотные упражнения».
7. Модуль «Автоматизация фонемы».
8. Модуль «Цепочки».
9. Модуль «Дифференциация двух фонем».
10. Модуль «Дифференциация четырёх фонем».
11. Модуль «Спектр высоты и громкости во фразе».
12. Модуль «Спектр звука».

Образовательная и коррекционная система EduPlay (Эдуплей)

Данное решение является целостной системой. И не случайно. EduPlay содержит в своем составе как уникальное программное решение, так и учебный материал (пазлы, карточки с заданиями, таблицы).

Дети работают в группах по 3-4 человека, что позволяет воспитывать в них командный дух и самостоятельность.

Главная концепция системы EduPlay (Эдуплей) - перед тем, как перейти к работе на компьютере, преподаватель объясняет устно учебный материал, то есть дети поначалу занимаются с дидактическими материалами и различными учебными аксессуарами и только после этого переходят к работе на компьютере, чтобы закрепить полученные знания. Темы:

1. Цвета и словарь
2. Алфавит и ориентация в пространстве
3. Целое и части
4. Мир природы и математика

Модульность системы Eduplay предоставляет большую гибкость обучения. Темы и виды деятельности полностью адаптированы к существующей учебной программе, систему можно легко настроить для определенного возраста, уровня обучения и умственного развития отдельного ребенка или группы детей.

Ещё несколько вариантов современных коррекционных комплексов:

1. Комплекс «Интегрированная развивающая среда EduQuest (Эдуквест)
2. Интерактивный комплекс Multimind (мультимайд)
3. Логопедический комплекс «Антошка»

Компьютерные логопедические программы

«Логозаврия» (или «Уроки Мудрой Совы» или «Учимся с Логошей») Игра содержит программно-методический комплекс для подготовки детей к обучению в начальной школе.

Виртуальная школа, в которой каждая из учебных тем даётся в игровой форме и разбита на 3 уровня сложности.

Комплекс компьютерных программ «Грамотей»

Разработан для начального обучения детей грамотному чтению и письму. Автор логопед Наталья Вальчук совместно с лабораторией компьютерных технологий ИКП РАО.

Пакет комплексных программ «Грамотей» разделён на 4 части:

1. Звукослоговой анализ слов
2. Работа над словом
3. Работа над предлогами
4. Работа над предложением, текстом.

Программа «Баба Яга учится читать»

Особенности программы:

1. Методика опережающего обучения.
2. Впервые на компьютере игры и азбука в стихах.
3. Обучение навыкам чтения на базе занимательных игр.
4. Красочная мультипликация и анимация.
5. Красочная атмосфера с лёгким оттенком детектива.
6. Игры озвучены известными актёрами.
7. Сказочные герои с яркими характерами.
8. Частушки про буквы на бис.

I ступень «Букварик».

II ступень «Слогарик».

III ступень «Карта с заданиями».

Всех малышей, которые успешно выполнили задания, ждёт сюрприз от Бабы Яги.

Комплексная логопедическая программа «Игры для Тигры»

Предназначенная для коррекции ОНР у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста, показана при коррекции дислалии, дизартрии, ринолалии, заикании.

Технология «Игры для Тигры» построена на основе методик обучения детей с отклонениями развития Г. А. Каше, Л. В. Лопатиной, Н. В. Серебряковой, Р. И. Лалаевой, Н. С. Жуковой, Е. М. Мастюковой, Т. Б. Филичевой, а также Программы воспитания и обучения в детском саду под редакцией М. А. Васильевой. Она представляет собой единый программно-методический комплекс и содержит компьютерную программу «Игры для Тигры» и учебно-методическое пособие с подробными методическими рекомендациями ее пошагового применения в коррекционно-образовательном процессе.

Адресована специалистам – логопедам и дефектологам детских учреждений. Логопед составляет индивидуальный план, выбирает соответствующие ему упражнения, контролирует правильность их выполнения ребенком и дозирует необходимую нагрузку.

В рамках системного подхода к коррекции речевых нарушений компьютерная логопедическая программа «Игры для Тигры» предлагает более 50 упражнений с несколькими уровнями сложности, объединенных в четыре тематических блока:

- «Просодика»

- «Звукопроизношение»
- «Фонематика»
- «Лексика»

Каждый блок программы «Игры для Тигры» состоит из нескольких модулей, представленных в подменю. При этом упражнения, входящие в состав модулей направлены на коррекцию и развитие определенных языковых и речевых компонентов.

Блок Просодика

Упражнения блока «Просодика» направлены на коррекцию следующих просодических характеристик речи:

- Длительность и сила речевого выдоха
- Громкость и тембр голоса
- Темпо-ритмичность
- Интонационная выразительность
- Четкость и разборчивость речи

Принцип работы этого блока основывается на интерактивном общении ребенка и компьютера с использованием микрофона. При этом речевая активность фиксируется микрофоном и представляется на экране компьютера в виде визуальных анимационных картинок.

Выбор упражнений, входящих в блок «Просодика», производится из подменю, включающего в себя четыре модуля.

Модуль Дыхание

Упражнения данного модуля позволяют отрабатывать плавный, длительный или короткий, резкий выдох, отслеживать момент включения речевой активности, а так же измерить силу и длительность речевого выдоха и голоса (в относительных единицах и в секундах соответственно).

Модуль Слитность

Упражнения этого модуля позволяют работать над четкостью и разборчивостью речи ребенка на основе фраз, силой и длительностью выдоха и голоса на основе речевого выдоха без фонации, с фонацией – на материале гласных и согласных звуков, отрабатывать слитное произнесение звуков, слогов, слов и фраз.

Модуль Ритм

Упражнения модуля «Ритм» позволяют работать над ритмической и слоговой структурой слова, а так же над четкостью и разборчивостью речи ребенка.

Модуль Высота и тембр

В этом модуле компьютерная логопедическая программа «Игры для Тигры» позволяет визуально зафиксировать и измерить частотные характеристики речи с целью дальнейшей коррекции в упражнениях данного модуля, а так же выбрать приемлемый тембральный диапазон речи у ребенка с нарушениями фонации. Упражнения данного модуля так же позволяют построить вокальные задания для развития голосового аппарата ребенка. Этому способствует работа над речевым выдохом, высотой и длительностью голоса. Работа

над упражнениями данного модуля строится на основе отдельных звуков, их комплексов, слогов, слов, фраз.

Блок Звукопроизношение

Работа с упражнениями блока «Звукопроизношение» позволяет развивать моторные свойств органов артикуляции) и афферентное двигательное звено речевой системы.

Блок Фонематика

Направлен на коррекцию и развитие фонематических процессов у детей с нарушениями речи.

Модуль Звуки

Упражнения модуля «Звуки» позволяют работать над развитием фонематического слуха на материале неречевых звуков, речевых звуков и звукокомплексов.

Модуль Слова

Упражнения модуля «Слова» можно использовать для развития фонематического слуха на материале слов, коррекции звукопроизношения на этапе автоматизации и дифференциации дефектных звуков, а также для развития словаря и мышления ребенка.

Модуль Анализ

Упражнения модуля «Анализ» позволяют организовать работу по формированию фонематического восприятия у детей, коррекции звукопроизношения на этапе автоматизации дефектных звуков.

Модуль Синтез

Упражнения модуля «Синтез» позволяют работать над формированием фонематического восприятия у детей.

Блок Лексика

Данный блок направлен на коррекцию лексико-грамматических нарушений речи у детей. Блок включает в себя три модуля. Упражнения внутри каждого модуля позволяют организовать коррекционную работу по определенному направлению.

Модуль Слова

Упражнения модуля «Слова» позволяют работать над лексической стороной речи на основе различных семантических признаков. Данный модуль способствует формированию структуры значения слова, организации семантических полей на основе парадигматических связей слова. При работе с упражнениями модуля «Слова» происходит развитие словаря детей по основным темам: «Одежда», «Обувь», «Мебель», «Посуда», «Инструменты» и т. д., формируется понятие и значение обобщающих слов.

Модуль Словосочетания

Упражнения модуля «Словосочетания» позволяют работать над лексической стороной речи на основе словосочетаний, способствует организации семантических полей на основе синтагматических связей слов, а так же позволяет работать над грамматической структурой слов и словосочетаний. При работе с упражнениями модуля «Словосочетания» происходит развитие сло-

варя детей по темам «Дикие животные», «Домашние животные» и «Птицы», формируется понятие и значение обобщающих слов. Программой предусмотрена возможность изменения сложности заданий. Это позволяет индивидуализировать коррекционно-образовательный процесс в соответствии с потребностями ребенка.

Модуль Валентность

Упражнения модуля «Валентность слов» позволяют работать над формированием лексической валентности слов (способность слова сочетаться с другими) на материале существительных, прилагательных, глаголов, грамматической структурой слов и словосочетаний, позволяет актуализировать и структурно организовать словарь ребенка по семантическим полям на основе парадигматических связей. При работе с упражнениями модуля происходит развитие словаря детей по темам «Жилище», «Профессии», «Действия», «Признаки», формируется понятие и значение обобщающих слов.

Цветовое решение каждого блока («Звукопроизношение» — розовый, «Просодика» — зеленый, «Фонематика» — голубой, «Лексика» — желтый) сохраняется во всех составляющих его упражнениях в виде цветовых фонов и психологически способствует созданию единой ассоциативной линии коррекционной работы в рамках каждого блока.

В процессе работы над упражнениями ребенок, играя, помогает компьютерному герою Тигренку выполнить задания и вместе достичь необходимого результата. Со стороны компьютера выступает не обезличенная программа, а веселый и забавный компьютерный герой Тигренок, который объясняет ребенку цель и правила выполнения предлагаемого задания, помогает его выполнить, дает итоговую или промежуточную оценку выполненного действия. Это создает положительную мотивацию при работе с программой, так как ребенку интересно общаться с компьютерным героем.

Общение с компьютерным героем программы – Тигренком способствует развитию собственно коммуникативных навыков у детей за счет того, что специально построенные и подобранные задания побуждают ребенка вступить с ним в диалог.

Программа проста в управлении. Она имеет доступный интерфейс с всплывающими подсказками. Таким образом, не требуется специального обучения работы с программой, и пользовательские навыки приобретаются непосредственно в процессе ее применения.

7.4. Компьютерные устройства и приложения в коррекции заикания

К электронным устройствам, применяемым при лечении заикания, относятся и системы электромиографической обратной связи, помогающие пациенту избирательно следить за степенью активности тех или иных мышц, принимающих участие в речевом акте.

Маскирование обратной связи синусовыми шумами может быть более эффективным, чем использование "белого шума", причем при низкой громкости. Устройство позволяет уменьшить заикание без предварительной подготовки пациента, каких-либо усилий с его стороны или насильственного изменения речи. Также в настоящее время широко используются метрономы и корректоры темпа, которые все время остаются включенными.

Были выдвинуты три гипотезы, пытающиеся объяснить, почему устройства, подобные метрономам, позволяют исправить качество речи: Они замедляют речь. Результаты исследований показали, что, хотя с помощью метронома и можно научить говорить заикающихся быстро, все же речь на более медленной скорости дает больший эффект. Разбиение слов на слоги может уменьшить заикание. Ритмика оказывает положительный эффект. Одно из исследований показало, что ритмичные удары метронома уменьшают заикание, в то время как аритмичные, спонтанные удары его не уменьшают.

Маскирование обратной связи (MAF — Masking auditory feedback) «белым шумом». Этот метод позволяет уменьшить заикание на величину от 35% при 85 дБ до 55% при 90 дБ. Оказалось, что увеличение громкости шума позволяет улучшить плавность речи. Шум громкостью до 85-90 дБ не должен вызывать отрицательных последствий для слуха. Считается, что заикающиеся могут говорить плавно, когда они не слышат собственную речь. Это спорно, потому что у многих заикающихся блоки появляются еще до того, как они сами себя услышали.

Маскирование обратной связи синусовыми шумами. Эта технология может быть более эффективной, чем применение «белого шума», причем при низкой громкости. Она была использована в устройстве Edinburg Master в начале 80-х годов. Устройство позволяет уменьшить заикание без предварительной подготовки пациента, каких-либо усилий с его стороны. В отличие от методов DAF и FAF (см. ниже), MAF может избавить заикающихся от «тихих» блоков (т. е. тонических судорог при попытке начать фразу). Кроме того, переносной Edinburg Masker являлся способом устранения страхов и беспокойств у заикающегося. Edinburg Master, может быть, и не в силах мгновенно научить беглой и плавной речи, но он позволяет обеспечить «забывание» заикания, что, безусловно, положительно сказывается на качестве речи.

Задержка акустической обратной связи (DAF — Delayed auditory feedback). При использовании метода DAF голос пациента выводится на наушники с задержкой на доли секунды. Исследования выявили, что задержка в диапазоне 50-75 мс позволяет уменьшить заикание на 60-80% при нормальной и ускоренной речи. Задержка в 195 мс оказалась чуть более эффективной, чем 75 мс. DAF оказывается немного эффективнее, когда пациента просят говорить быстрее, чем обычно, что является стрессовой ситуацией. В то же время он менее эффективен при телефонных разговорах и более эффективен при громком чтении.

Вышеприведенные исследования проводились без какой-либо предварительной подготовки или медицинского воздействия. Сейчас DAF широко применяется в различных программах лечения заикания. При использовании длинных задержек (90-220 миллисекунд) заикающиеся учатся протягивать гласные и уменьшать скорость речи. Это позволяет практически полностью

устранить даже тяжелое заикание, но может вызвать отсутствие в речи эмоционального оттенка. После исправления речи на долгих задержках устройство настраивается на менее длительные, которые увеличивают скорость речи до тех пор, пока она не станет нормальной. Методы лечения с использованием DAF эффективны для школьников и взрослых.

Изменение частоты обратной связи (FAF — Frequency-shifted auditory feedback). Метод заключается в сдвиге частоты тона голоса пациента в наушниках относительно его нормального голоса. Подобно DAF, этот метод немедленно уменьшает заикание на 60-80% при нормальной и быстрой речи. Для повышения эффективности FAF обычно комбинируют с DAF, особенно в случаях тяжелого заикания. Показано, что если в результате применения DAF речь пациента улучшилась на 60%, то при комбинировании его речь улучшится на 80% .

Основное преимущество FAF перед задержкой и маскированием состоит в том, что этот метод не затрудняет речь в процессе его использования, так как пациент слышит свою речь в реальном времени и без шума. FAF эффективен при чтении, публичной речи и телефонных разговорах. Эффективность FAF не связана с трудностью речевой ситуации.

В последние годы мобильные приложения стали ценным инструментом в коррекции заикания у детей дошкольного возраста. Эти приложения предлагают множество функций, которые могут помочь детям практиковать свою речь и предоставлять обратную связь в режиме реального времени. Некоторые популярные мобильные приложения для коррекции заикания: Speech4Good (Balbus Speech, 2011 г.), DAF Pro (GyoiApp, 2013 г.) и FluencyCoach. Эти приложения включают в себя различные методы, такие как задержанная акустическая обратная связь (delayed auditory feedback, DAF), измененная по частоте акустическая обратная связь (frequency-altered auditory feedback, FAF) и визуальная обратная связь, чтобы помочь улучшить речь и уменьшить заикание.

Speech4Good (Balbus Speech, 2011) предлагает комплексную платформу, включающую DAF, анализ речи в реальном времени и функции записи, помогающие детям практиковать речь.

DAF Pro (GyoiApp, 2013 г.) специально ориентирован на использование DAF, чтобы помочь пользователям контролировать скорость речи.

FluencyCoach — еще одно приложение, использующее как DAF, так и FAF для помощи в управлении заиканием. Программное обеспечение позволяет пользователям настраивать время задержки и уровень звуковой обратной связи в соответствии со своими потребностями.

С. Обраен, К. Смит и М. Онслоу провели исследование в 2014 году и обнаружили, что на онлайн занятиях может эффективно использована программа Lidcombe.

Программа Lidcombe представляет собой основанное на фактических данных поведенческое лечение заикания у детей дошкольного возраста. Разработанная в Австралии программа направлена на участие родителей и использование вербальных средств для улучшения речи и уменьшения заикания.

Ключевые компоненты программы Lidcombe:

Вовлечение родителей: родители обучаются использованию программы под руководством логопеда, что позволяет проводить последовательную коррекцию заикания в естественной среде ребенка.

Прямое наблюдение: родители хвалят, когда ребенок говорит без заикания и лишь изредка комментируют, когда ребенок заикнется, помогая ребенку развить осознанность и контроль над своей речью.

Оценка степени тяжести: родители ежедневно оценивают тяжесть заикания своего ребенка, чтобы отслеживать прогресс и соответствующим образом корректировать интенсивность лечения.

Программа Lidcombe подчеркивает важность раннего вмешательства при заикании у детей дошкольного возраста.

Виртуальная реальность (VR) — это иммерсивная технология, которая может изменить лечение заикания у детей дошкольного возраста. Создавая контролируемую и настраиваемую среду, виртуальная реальность может предоставить детям безопасную и привлекательную платформу для отработки навыков речи.

Г. Уолком в 2016 году провел исследование касаемо использования VR в лечении заикания. Он изучил возможность использования виртуальной реальности для моделирования реальных речевых ситуаций для людей, которые заикаются, продемонстрировав, что виртуальная среда может помочь уменьшить беспокойство и повысить уверенность в разговорных ситуациях. Хотя это исследование было сосредоточено на взрослых, в перспективе предложения для детей дошкольного возраста являются многообещающими, поскольку виртуальная реальность может создавать благоприятную для детей среду, которая способствует вовлечению и мотивации в терапии.

Одним из применений виртуальной реальности для лечения заикания у дошкольников являются интерактивные игры, предназначенные для улучшения навыков речи. Эти игры могут быть адаптированы к интересам и уровню развития ребенка, предоставляя веселые и эффективные средства отработки методов управления заиканием.

Важно признать, что, хотя виртуальная реальность обещает стать средством коррекции заикания, необходимы дальнейшие исследования, чтобы установить ее эффективность и определить передовой опыт внедрения. Кроме того, необходимо учитывать такие соображения, как стоимость, доступность и побочные эффекты, чтобы гарантировать, что виртуальная реальность может быть жизнеспособным вариантом коррекции заикающихся детей дошкольного возраста.

Технологии и инновации могут существенно повлиять на коррекцию заикания у детей дошкольного возраста. С ростом доступности технологий, таких как мобильные приложения, онлайн занятия и виртуальная реальность, появляется все больше возможностей для улучшения традиционных методов

коррекции заикания и предоставления более персонализированных, привлекательных и эффективных вариантов терапии.

Литература

1. Алексеева М.М., Яшина В.И. Методика развития речи и обучения языку дошкольников. – М., 1998.

2. Алмазова Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. – М.: Просвещение, 1973.

3. Арутюнян Л.З. Как лечить заикание. - М., 1993.

4. Асланова С.Р., Крапивина Л.М. Организация и содержание охранительного режима для детей группы риска заикания // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. - с. 66-71

5. Белякова Л.И., Асланова С.Р. Характеристика показателей неплавности речи у дошкольников // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. – с. 61-65

6. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание. – М., 2001.

7. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Основные логопедические технологии формирования плавной речи у заикающихся // Дефектология. – 2001. - №4. – с. 49-54

8. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Паузы в нормальной речи и при заикании // Вопросы психологии. – 1993. - №3. – с. 88-94

9. Белякова Л.И., Шишкова Т.Г. Речевое дыхание у дошкольников // Проблемы детской речи. – 1999: Материалы Всероссийской конференции. СПб, 1999. – с. 25-26

10. Бернштейн Н. А. О построении движений. — М: Медгиз, 1947. — 255с.

11. Брызгунова Е.А. Звуки и интонация русской речи. – М.: Просвещение, 1972.

12. Визель Т.Г. Коррекция Нарушений плавности фразовой речи у детей. В сб. "Диагностика и коррекция речевых нарушений". СПб., 1997, с. 63-73.

13. Визель Т.Г. Значение функциональных интеграции для формирования и нарушения речевой функции. Сб. ст., Изд-во СПб. Университета, 1999. С. 101-106.

14. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика. – М.: Владос, 2002.

15. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика. – М.: Владос, 1996.

16. Власова Т.М., Пфафенродт А.Н. Фонетическая ритмика. – М.: Учебная литература, 1997.

17. Вильсон Д.К. Нарушение голоса у детей: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1990.

18. Выгодская И.Г., Пеллингер Е.Л., Успенская Л.П. Устранение заикания у дошкольников в игровых ситуациях. – М.: Просвещение, 1993.

19. Голубева Г.Г. Коррекция фонетической стороны речи у дошкольников. – СПб., 2000.

20. Гузеев, В. В. Образовательная технология: от приема до философии [Текст] / В. В. Гузеев. — М. : Сентябрь, 1996. — С. 12 - 17.

21. Голод В.И., Мачинская Р.И., Фишман Н.М. Функциональная асимметрия, полушарий: норма и патология // Функциональная асимметрия мозга при нарушениях речевого и слухового развития. — М:: Наука, 1992. — С/6-39.

22. Данилов И.В., Черепанов И.М. Некоторые общие вопросы организации речевой деятельности // Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание. Хрестоматия. – М., 2001. – с. 46-54

23. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения. – СПб.: Детство – Пресс, 2002.

24. Дыхательная гимнастика Стрельниковой в школе здоровья Н. Семёновой «Надежда». – СПб.: Диля, 2002.

25. Захарова И.Г. Информационные технологии в образовании.- М: Издательский центр «Академия», 2008

26. Калмыкова И.Р. Таинственный мир звуков. – Ярославль: Академия развития, 1998.

27. Калягин В.А. Если ребенок заикается. – СПб, 1998.

28. Копачевская Л.А., Лаврова Е.В. Формирование интонационной выразительности у детей с речевыми нарушениями // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. – с. 200-211

29. Крапивина Л.М. Комплексная коррекционно-педагогическа система воздействия для выработки устойчивого состояния плавной речи заикающихся детей младшего дошкольного возраста // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. – с. 166-176

30. Куракевич Н.В. Применение технологий для коррекции заикания у детей дошкольного возраста // Мир педагогики и психологии: международный научно-практический журнал. 2023. № 04 (81). Режим доступа: https://scipress.ru/pedagogy/articles/primenenie-tekhnologij-dlya-korrektsii-zaikaniya-u-detej-doshkolnogo-vozrasta.html (Дата обращения: 30.04.2023)

31. Левина Р.Е. Воспитание правильной речи у детей. – М.: АПН РСФСР, 1958.

32. Лепская Н.И. Язык ребенка (онтогенез речевой коммуникации). – М., 1997.

33. Лизунова Л.Р. Использование информационно-коммуникативных технологий в логопедической работе. // Логопед. — 2006. — № 4.

34. Личностно-ориентированные технологии в образовании как фактор безопасного развития личности: Монография / Под ред. В.Г. Маралова, Н.В. Гольцовой. – Череповец: ЧГУ, 2014. – 291 с. – с.102-198

35. Логопедия. / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Владос, 2002.

36. Лопухина И.С. Логопедия. Речь, ритм, движение. – СПб.: Дельта, 2001.

37. Лохов М.И. Межполушарные взаимодействия в процессах речи // Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Логопедия. Заикание. Хрестоматия. – М., 2001. – с. 54-66

38. Лукашевич И.П., Мачинская Р.И., Фридман Т.В., Шкловский В.М. Комплексный анализ патогенетических механизмов и этиологии синдрома заикания // Дефектология. – 2000. - №5. – с. 9-15

39. Лурия А.Р. Очерки по психофизиологии письма. — М.,1950. — 83с.

40. Лурия А.Р. Развитие речи и формирование психических процессов // Сб. Психологическая наука в СССР. — М.: АПН РСФСР, 1959. —том 1.

41. Маланов С.В. Развитие умений и способностей у детей дошкольного возраста. – Москва – Воронеж, 2001.

42. Медникова Л. С. К проблеме развития ритмической способности дошкольников с интеллектуальной недостаточностью // Дефектология. – 2001. - №6. с. 18-22

43. Мещерская Л.Н. Современные методы устранения заикания (обзор литературы) // Дефектология. – 1988. - №2. с. 25-29

44. Морозова Н.Ю. Как преодолеть заикание. – М.: Эксмо – Пресс, 2002.

45. Набиева Т.Н. Заикание – обзор зарубежной и отечественной литературы // Дефектология. – 1998. - №4. с. 88-93

46. Набиева Т.Н. Основные факторы риска возникновения заикания // Дефектология. – 2000. - №1. с. 18-23

47. Набиева Т.Н. Пути устранения мышечной патологии при заикании // Дефектология. – 2000. - №6. 9-15

48. Новоселова С.Л. Компьютерный мир дошкольника. М.: Новая школа, 1997

49. Оганесян Е.В. Анализ взаимосвязей некоторых сторон моторики и речи заикающихся // Дефектология. – 1983. - №3. с. 16-20

50. Одинцова Т.С. Заикание у детей. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.

51. Основы логопедии. / Под ред. Т.В.Волосовец. – М.: Академия, 2000.

52. Павалаки И.Ф. Темпо-ритмическая организация движений и речи заикающихся дошкольников. – М., 1996.

53. Панкратова Е. Упражнения от заикания // Физкультура и спорт. – 2002. - №2. с. 18-20

54. Парамонова Л.Г. Логопедия для всех. – М.: АСТ, 1997.

55. Поваляева М.А. Справочник логопеда. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2001.

56. Поварова И.А. Практикум для заикающихся. – СПб.: Союз, 2000.

57. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях.– часть 1. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

58. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

59. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 374 с.

60. Поникарова В.Н. Дефектология. Основы дифференциальной диагностики: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 170 с.

61. Поникарова В.Н. Дефектология. Психологические основы логопедии: Учеб. пособие. в 3-х частях. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н.– часть 1. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 351 с.

62. Поникарова В.Н. Дефектология. Клинические основы логопедии: Учеб. пособие в 3-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 293 с.

63. Поникарова В.Н. Клиническая психология: учебное пособие – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Курск, 2021.

64. Развитие речи детей. / Под ред. Ф.А. Сохина. – М.: Просвещение, 1979.

65. Сдельникова Г. Элементы психотерапии в работе логопеда // Дошкольное воспитание. – 1998. - №5. с. 56-58

66. Селевко Г.К. Технологии воспитания и обучения детей с проблемами – М.: НИИ школьных технологий, 2005. – 144 с.

67. Селиверстов В.И. Заикание у детей. – М.: Владос, 1994.

68. Рождественская В.И., Павлова А.И. Игры и упражнения для исправления заикания. – М.: Просвещение, 1978.

69. Соловьева Е.Н. Путь к преодолению заикания. Система занятий. – СПб.: Детство – Пресс, 2002.

70. Троян Г.А. О некоторых нетрадиционных приемах преодоления заикания // Дефектология. – 1995. - №6. с. 16-19

71. Тугова М.А. Развитие выразительной речи у детей с речевыми нарушениями // Дефектология. – 1995. - №2. с. 7-10

72. Фарбер Д.А. Системная организация интегративной деятельности мозга ребенка в онтогенезе // Физиология человека. — 1979. — том5. — №3.—С. 516-526

73. Фесенко Ю. А., Миссуловин Л. Я., Лохов М. И., Лалаева Р. И. Психологическая и педагогическая коррекция заикания. СПб.: Ленингр. гос. ун-та им. А. С. Пушкина, 2012. 164 с.

74. Филичева Т.В., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М.: Просвещение, 1987.

75. Флерова Ж.М.Логопедия. – Ростов-наДону: Феникс, 2000.

76. Фридман Т.Л. Интонационные типы в речи детей 2-3 лет // Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. / Под ред. Ю.Ф. Гаркуши. – М., 2001. – с. 16-24

77. Фридман Т.Л., Шкловский В.М. Некоторые патогенетические механизмы нарушения развития речи у детей // Дефектология. – 2001. - №1. с. 75-79

78. Цвынтарный В.В. Играем, слушаем, подражаем – звуки получаем. – СПб.: Лань, 1998.

79. Цвынтарный В.В. Радость правильно говорить. – М.: Центрполиграф, 2002.

80. Шевцова Е.Е. Артикуляционный массаж в системе преодоления заикания у детей // Дефектология. – 1998. - №1. с. 38-40

81. Щерба Л.В. Избранные работы по русскому языку. — М.: Учпедгиз, 1957.

82. Шкловский В.М. Заикание — М.: ICE. 1994. — 248 с.

83. ЯрославцеваА. Формирование интонационной выразительности речи у детей дошкольного возраста с речевыми нарушениями, 2002.

84. Ястребова А.В., Лазаренко О.И. Комплекс занятий по формированию у детей 5 лет речемыслительной деятельности и культуры устной речи. – М.: Аркти, 2001.

85. http://www.uchportal.ru/load/158

86. O'Brian, S., Smith, K. and Onslow, M. (2014). Webcam delivery of the Lidcombe Program for early stuttering: A Phase I clinical trial. Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 57(3), 825-830.

87. Speech4Good. (n.d.). The Speech4Good App. Retrieved from https://www.speech4good.com/

88. Walkom, G. (2016). Virtual Reality Exposure Therapy: To Benefit Those Who Stutter and Treat Social Anxiety. 2016 International Conference on Interactive Technologies and Games (ITAG).

РАЗДЕЛ IV. АФАЗИЯ

1. Исторический аспект изучения афазии

1.1. Общая характеристика афазий

Термин «афазия» в переводе с греческого обозначает отсутствие речи: a – отрицание, phasis – речь. Этот термин принадлежит французскому ученому Trousseau (Трусco) (1864). До этого времени существовал термин «афемия». В зарубежной литературе иногда употребляется термин «дисфазия» для обозначения слабой степени выраженности афазии.

Афазия – это распад сложившейся речевой (языковой) системы вследствие локального поражения головного мозга.

Афазия характеризуется следующими признаками:

1) При афазии, как и при алалии, имеют место системные нарушения речи, т.е. страдают все стороны речи – импрессивная (восприятие и понимание речи) и экспрессивная речь (произношение), а также внутренняя речь. Страдает устная и письменная речь, повторение и самостоятельная речь, страдает фонетико-фонематическая и лексико-грамматическая стороны речи. Распадается речь как сложная функциональная система.

2) Афазия, как и алалия – это нарушение речи на языковом уровне. Нарушается процесс кодирования и декодирования речевых обобщений, использование языка в процессе перехода от мысли к речи. Это нарушение речи символического уровня. Больной перестает понимать символическое значение звуков, слов, фраз.

3) Причиной афазии является не диффузное, а локальное поражение доминантного полушария головного мозга.

4) Афазия – это распад речи. Поражение мозга при афазии происходит после того, как речь сформирована (в отличие от алалии, при которой поражение мозга происходит до начала формирования речи).

Учение об афазии считается одной из старейших классических проблем различных наук: логопедии, нейропсихологии, неврологии и нейрофизиологии, период изучения которой охватывает не менее двухсот лет.

Несмотря на это интерес к данной области знания не уменьшается, а наоборот увеличивается, что объясняется, как минимум, двумя причинами.

Во-первых, междисциплинарный анализ этого сложнейшего явления открывает путь к пониманию многих методологических и теоретических вопросов современной науки, таких как, мозг и психика, взаимосвязь речи с мозговой активностью, интегративная деятельность мозга, его уровневая организация, принципы его работы.

Во-вторых, важна роль принципов работы мозга и его взаимодействия с высшими психическими функциями в понимании сущности афазии, природы и механизмов ее возникновения, а также пластичности центральной нервной системы, ее компенсаторных возможностей. Исследования афазии делает су-

щественный вклад в понимание проблемы взаимосвязи социального и биологического в психике человека.

Начало истории изучения афазии хоть и датируется серединой семнадцатого века, однако системного характера в том периоде не имеет.

Толчком к построению теории об афазиях принято считать учение о локализации психических процессов в головном мозге и, в частности, локализации речи. В то время были популярны две крайние точки зрения, переосмысление которых отчасти дало современный взгляд на афазию.

1.2. История изучения афазий

1.2.1. Ранние этапы изучения афазий

Еще в античную эпоху Аристотель (384-322 гг до н.э., древнегреческий философ и энциклопедический ученый, основоположник науки логики, образование получил в Афинах, в школе Платона) и Демокрит из Абдер (ок. 460-370 гг до н.э., древнегреческий философ-материалист, Маркс считал его первым энциклопедическим умом среди греков) описывали больных с афазией. Упоминания об афазии (без употребления этого термина) имеются также в трудах средневековых медиков. Но учения об афазии, как такового, в то время еще не существовало.

Учение об афазии стало развиваться только в середине XIX века. На развитие представлений об афазии повлияли данные многих наук – анатомии, медицины, психологии, лингвистики и др. Возникали различные школы, направления, концепции, теории.

В истории учения об афазиях четко можно проследить два противоположных направления: «классическое» и «ноэтическое». Развитие этих направлений происходило на фоне острой борьбы локализационизма и антилокализационизма, т.е. столкновения двух концепций – узкого, механического понимания речи и широкого, многоэтапного понимания речевого поцесса.

1.2.2. «Классическое» направление в изучении афазий

«Классическое» направление основывалось на представлениях узкого локализационизма.

Основная идея локализационизма сводилась к мысли о глубоком различии в деятельности определенных зон коры головного мозга. Локализационисты говорили о существовании в коре головного мозга определенных центров, которые осуществляют как простые, так и сложные психические функции. Психические функции понимались в то время как отдельные способности. Представителями узкого локализационизма были: австриец Галль, француз Брока, немец Вернике, немец Клейст и др. Галль создал френологические карты (карты способностей). В лобной области Галль располагал центры причинности, времени, меры, остроумия, агрессивности. В затылочных областях – центры дружбы, общительности, любви к дому, патриотизма. В височных областях – приобретательские инстинкты, стяжательство, бережливость, запасливость и т.д. Френологические карты Галля носили умозрительный характер, не были клинически научно обоснованными.

Учение об афазиях возникло в тот период, когда медицинские науки находились под влиянием идей австрийского врача и анатома Галля. Галль впервые стал рассматривать кору головного мозга как материальную основу, как субстрат психической деятельности человека. Он соотносил способности человека с отдельными строго ограниченными участками мозговой коры, которые, разрастаясь, образуют выпуклости на черепе, позволяющие определить индивидуальные различия в способностях человека.

Подлинное рождение учения об афазиях можно отнести к 1861 г, когда молодой француз Поль Брока (1824-1880 гг.) (хирург и антрополог, профессор медицинского факультета Парижского университета, основатель современной научной антропологии, автор большого числа работ по анатомии головного мозга человека, представитель течения локализационистов, связывающих психические процессы с ограниченными участками мозга) описал мозг больного, который в течение многих лет страдал грубым нарушением моторной (экспрессивной) речи. Брока установил, что в мозгу этого больного была разрушена задняя треть нижней лобной извилины. Через несколько лет дополнительные наблюдения позволили Полю Брока показать, что «моторная речь» связана с ограниченной областью головного мозга, а именно с задней третью нижней лобной извилины. А так как у всех наблюдавшихся им больных были сохранны как понимание речи, так и движения губ и языка, П. Брока предположил, что задняя треть нижней лобной извилины левого полушария является «центром моторных образов слов», и что поражение этой области приводит к своеобразному выпадению речи, которое он назвал «афемией» и лишь позднее, вслед за Труссо, заменил термином «афазия».

Открытие Брока имело двойной смысл: с одной стороны, оно подтвердило материальную основу психических функций, оно было материалистическим. Правда, этот материализм носил механический характер: сложная психическая деятельность локализовалась в определенном участке мозговой коры. Вместе с тем эта локализация носила клинически обоснованный характер. С другой стороны, это открытие впервые показало коренное отличие между функциями левого и правого полушария головного мозга, выделив левое полушарие (у правшей) как ведущее, связанное со сложнейшими речевыми функциями.

В 1874 г немецкий психиатр Карл Вернике описал случай, когда поражение другого участка мозга (задней трети верхней височной извилины левого полушария) вызывало столь же четкую, но на этот раз обратную картину – нарушение понимания слышимой речи при относительной сохранности экспрессивной речи. Развивая идеи Брока, Вернике предположил, что задняя треть верхней височной извилины левого полушария является центром «сенсорных образов слова» или, как он тогда выражался, «центром понятия слова».

Открытие того факта, что сложные психические функции могут быть локализованы в ограниченных участках мозговой коры, вызвало небывалое оживление в неврологической науке. Ученые, врачи стали с энтузиазмом собирать факты.

В результате такого бурного интереса к прямой «локализации» функций в зонах коры в течение очень короткого срока (блистательных 70-х гг) в коре головного мозга были найдены «центры понятий» (в нижнетеменной области), «центр письма» (центр Экснера в задних отделах средней лобной извилины), «центры счета», «центр чтения», «центр ориентировки в пространстве» и т.д.

К 80-м гг XIX века неврологи и психиатры стали составлять «функциональные карты», подобно картам Галля (эти карты составлялись и в XX веке). Наиболее подробные из этих «карт» были предложены немецким психиатром Карлом Клейстом (1934 г). На основании обработки огромного материала наблюдений над больными с ранениями мозга в течение Первой Мировой войны, Клейст разместил в различных участках коры такие функции, как «схема тела», «понимание фраз», «конструктивные действия», «настроение», и т.д. Эти представления являлись механистическими и приводили исследования афазии в тупик.

Попытки непосредственной локализации сложных психических функций в ограниченных участках мозга оказались очень стойкими.

Сторонники классического направления создавали и классификации афазии. В 1885 г немецкий ученый Лихтгейм создал свою знаменитую схему речевых нарушений, которые, по его мнению, возникали вследствие повреждения речевого центра и его связи с центром понятий, а также с проекционными двигательными, слуховыми и зрительными центрами. В том же году Вернике подвел под схему Лихтгейма анатомический субстрат и создал классификацию афазических расстройств. Классификация Вернике-Лихтгейма представляет собой пример классификации классического направления и называется классической классификацией.

Схема Вернике-Лихтгейма (1885 г), которая лежит в основе классической классификации афазий.

В зависимости от поражения разных центров выделялись разные формы афазии:

1. Кортикально-моторная афазия
2. Кортикально-сенсорная афазия
3. Субкортикальная моторная афазия
4. Субкортикальная сенсорная афазия
5. Транскортикальная моторная афазия
6. Транскортикальная сенсорная афазия
7. Проводниковая афазия

По этой классификации афазии делились по двум принципам:

Во-первых, выделялись афазии моторные или сенсорные в зависимости от локализации поражения и симптоматики. К моторной афазии относили

расстройства экспрессивной, произносительной речи (кортикально-моторная, субкортикальная моторная, транскортикальная моторная). К сенсорной афазии относили расстройства преимущественно понимания речи (кортикально-сенсорная, субкортикальная сенсорная, транскортикальная сенсорная).

Во-вторых, афазии подразделялись в зависимости от сохранности или нарушения внутренней речи и повторения. Выделялись афазии:

- субкортикальные – при которых внутренняя речь была сохранной, а повторение затруднено;
- транскортикальные – при которых нарушена внутренняя речь, а повторение возможно;
- кортикальные – которые являются промежуточными между двумя формами.

При проводниковой афазии внутренняя речь сохранна, имеются расстройства повторения, отраженной речи (даже собственной).

О сохранности внутренней речи судили по отсутствию нарушения в процессах спонтанного самостоятельного письма и чтения про себя. Эта классификация является схематичной, но все же она позволила как-то упорядочить бесконечную пестроту клинических факторов. Поэтому эта классификация используется во многих странах и до настоящего времени. Идеи узкого локализационизма, или психоморфологизма, привели к изменению содержания самого понятия «афазия». Под понятием «афазия» стали понимать единство клинических симптомов и очага поражения.

1.2.3. Характеристика «ноэтического» направления в учении об афазии

На смену теориям психоморфологизма, или узкого локализационизма, пришло противоположное по характеру направление, «ноэтическое» (антилокализационизм). Сторонники этого направления рассматривали всю кору головного мозга как однородное поле, каждый участок которого подобен другому.

Один из первых против психоморфологического упрощения и схематизации проблемы афазии выступил крупнейший английский невролог Джексон (1874-1884 гг). Его идеи настолько опережали свое время, что оказались слишком сложными для его современников. К сожалению, учение Джексона и до настоящего времени недостаточно усвоено клиницистами. Джексон полагал, что деструктивный процесс в мозге клинически проявляется негативными симптомами (симптомами выпадения), а высвободившаяся активность нервных центров более низкого уровня – разнообразными позитивными симптомами. В случае афазии очаговое поражение мозга приводит к тому, что больной не может писать, читать и выражать свою мысль словами. По мнению Джексона, ошибочно думать, что у больных афазией имеются расстройства перцепции, т.е. «слуховых и зрительных образов слов».

Афазия и агнозия – это самостоятельные клинические синдромы, хотя в практике нередки их комбинации. Точно так же необходимо строго отличать

от афазии расстройства речи, обусловленные дефектами артикуляции при сохранной способности письма.

Расстройства речи при афазии, писал Джексон, представляют собой нарушения символической функции языка в той мере, в какой язык неотделим от интеллекта. Расстройства пропозиционирования проявляются клинически не только расстройствами устной речи, но и обязательно письменной речи, а также нарушениями символической деятельности вообще. Из речи больного афазией всегда выпадают ее наиболее произвольные компоненты, в то время как различные и, в первую очередь, эмоциональные автоматизмы сохраняются.

Пропозиционировать – высказывать мысль, говорить предложениями.

«Локализовать поражение, которое расстраивает речь, и локализовать функцию речи – две совершенно разные вещи», - указывал Джексон. К точке зрения Джексона были близки концепции таких немецких авторов, как Финкельнбург (1870 г) и А.Куссмауль (1877 г).

По мнению Финкельнбурга, расстройства речи при афазии представляют собой одно из проявлений более сложного расстройства – асимболии, когда страдает способность понимать значение знаков (символов) и использовать знаки для выражения своей мысли.

А.Куссмауль полагал, что речь, как одна из форм символической деятельности, осуществляется мозгом. При очаговых поражениях мозга могут наблюдаться общие и частные асимболии. При некоторых асимболиях зрительные и слуховые образы речи остаются ненарушенными, а их символические значения перестают распознаваться.

При других асимболиях, наоборот, отмечаются избирательные расстройства слуховых или зрительных речевых образов.

Такой вид асимболии, при котором больной теряет способность речи, но при котором у него не замечается ни душевных расстройств, ни параличей аппарата речи, ни повреждений нервного механизма артикуляции отдельных звуков, Куссмауль назвал афазией.

Содержание понятия «афазия» у представителей ноэтического направления значительно отличается от его содержания в различных психоморфологических школах. Сторонники ноэтического направления понимали под «афазией» не всякое нарушение речи, а речевую недостаточность более высокого уровня, чем уровень артикуляторных движений и зрительно-слуховой перцепции (восприятия). Афазический дефект связывается с символической деятельностью.

Во Франции из наиболее убежденных противников классического направления был П.Мари. Мари не оставил потомкам фундаментального научного труда, но своей резкой критикой сторонников узкого локализационизма в учении об афазии вызвал в 1906-1908 гг острейшую дискуссию, в которой приняли участие многие видные ученые: Дежерин, Бале и др. Мари утверждал, что существует только одна афазия – сенсорная афазия Вернике. Природа этой истинной афазии заключается в расстройстве интеллекта. Однако

интеллект у больных страдает не по типу деменции (от лат. dementia – безумие, слабоумие, стойкое ослабление познавательной деятельности, снижение критики и памяти, огрубение эмоций), а совсем по-иному: больные теряют возможность выполнять те интеллектуальные операции, которые связаны с использованием языка. Больные не понимают речь окружающих, не могут писать и читать, но они могут говорить. Эта истинная афазия зависит от поражения мозга в довольно широкой зоне, включающей смежные области теменной и височной долей левого полушария. По мнению Мари, моторная афазия Брока есть не что иное, как истинная афазия Вернике + анартрия. Анартрия представляет собой расстройство сложноорганизованных речевых движений и не имеет ничего общего ни с афазией, ни с процессами внутренней речи.

В представлениях Мари содержание понятия «афазия» снова претерпело изменения. Представления Мари об афазии были несколько упрощенными, они были приняты не всеми и не сразу, хотя значительно расшатали многие доктрины афазиологии.

С этого момента в истории учения об афазиях начинается период, который Генри Хэд образно назвал «периодом хаоса». Разрабатываются самые разнообразные, нередко противоположные концепции о природе афазии. Это относилось и к терминологии. Термины «афемия», «афазия», «анартрия», «дизартрия», «субкортикальная моторная афазия» одни авторы используют для описания одинаковых клинических проявлений, другие строго их различают. Так, Геншен (1920 г), проведя работу по систематизации клинико-анатомических описаний афазии, снова поддержал идеи психоморфологизма. Он считал, что клеточные группы мозга становятся в процессе обучения хранилищами специфических «энграмм», которые используются затем в актах речи. Болезненные поражения этих клеточных групп обнаруживаются в клинике расстройствами слуха (извилины Гешля), словесной глухотой (задняя и средняя части первой височной извилины), словесной слепотой (угловая извилина), афемией (основание третьей лобной извилины), анартрией или дизартрией (нижние отделы прецентральной извилины).

Совсем другие взгляды на проблему афазии развивал Монаков (1914 г). По его мнению, акты речи невозможны без символического обобщения различных категорий стимулов. Поэтому они не могут быть связаны с деятельностью ограниченных центров и могут нарушаться при весьма различных поражениях коры мозга. Кроме того, очаговые поражения мозга всегда сопровождаются явлениями диашиза (прерывание связей), часто в зонах, отдаленных от пораженного участка мозга. В связи с этим расстройства речевых функций (афазия) могут быть проявлениями такого диашиза, наблюдаться временно и никак не коррелировать с самим очаговым поражением мозга. Этиология очагового поражения мозга, острота его развития, длительность существования и множество других факторов видоизменяют динамику явлений диашиза и, следовательно, клинические проявления афазии (1914 г).

Таким образом, в концепции Монакова под терминами «моторная афазия» и «сенсорная афазия» подразумеваются группы симптомов, чрезвычайно изменчивые у разных больных и у одного и того же больного в разные моменты исследования. Понятие «афазия» оказывается тесно связанным с широким кругом общих клинических факторов, что ранее никогда не подчеркивалось.

По-иному рассматривал проблему афазии Липманн (Liepmann) (1900-1913). В 1900 г он впервые обобщил клинические наблюдения, касающиеся расстройств произвольных и целенаправленных движений, возникающих у больных при отсутствии параличей, нарушений координации и чувствительности. Эти расстройства автор обозначил термином «апраксия». Толкуя апраксию очень широко и относя к ней расстройства всякой целенаправленной двигательной активности, Либманн пришел к заключению, что моторная афазия есть частный случай апраксии. Но через несколько лет автор отказался от этой точки зрения, полагая, что нельзя свести все специфические мнестико-ассоциативные нарушения к понятию апраксии. В клинике афазии эти симптомы часто сочетаются, но встречаются больные моторной афазией без каких-либо апраксических расстройств и больные апраксией без проявлений моторной афазии.

Однако многие авторы не только приняли положение о том, что моторная афазия – это апраксия речевых мышц, но и перенесли это положение на сенсорную афазию. Таким образом, получилось, что сенсорная афазия – это сенсорная агнозия.

Такое совмещение понятий моторной афазии с апраксией, а сенсорной афазии с агнозией вызвало резкую критику многих ученых, в том числе и крупнейшего афазиолога (Кембридж) Генри Хэда (Head Henri) – ученика Джексона (1861-1940 гг).

Изучая афазии и другие расстройства речи у молодых людей, получивших травмы левого полушария мозга во время Первой Мировой войны, Хэд пришел к выводу, что афазические синдромы принципиально отличаются от синдромов речевой апраксии и речевой агнозии. Чтобы оттенить это различие, Хэд определил содержание термина «афазия» как расстройство символической формулировки и выражения.

Автор раскрывает определение следующим образом: символические формулировки и выражения есть «способ поведения, в котором словесный или какой-либо другой символ играет роль между началом и завершением поведенческого акта». Поскольку расстройство символической формулировки и выражения обнаруживаются, в большинстве случае, при использовании слов и цифр, то можно их конкретизировать как расстройства языка, хотя это и не совсем точно. Нарушения символической формулировки и выражения – это более широкий круг расстройств символического порядка, чем только расстройство символов языка.

Расстройства языковых символов не могут быть сведены к моторным или сенсорным нарушениям, в том числе, к нарушениям типа апраксии или

агнозии. Так как процессы символизации осуществляются на более высоком уровне иерархической деятельности нервной системы, чем любые двигательные и чувствительные акты, моторная афазия не находится в прямой причинной зависимости от наличия апраксии, хотя они часто наблюдаются одновременно. Принципиально то же самое Хэд говорит и относительно связи терминов «сенсорная афазия» и «агнозия».

Автор предпочитает не пользоваться терминами «моторная афазия» и «сенсорная афазия». Генри Хэд отвергал анатомические классификации сторонников классического направления.

Классификация афазий, которую разрабатывал Хэд, является психолого-лингвистической. В основу своей классификации Хэд положил принцип лингвистики и исходил из психологических представлений о строении и распаде речи.

Он выделял 4 формы афазии:

Вербальная афазия: страдает словообразование, имеются дефекты произношения, словесный запас ограничен, внутренняя речь расстроена;

Номинативная афазия: нарушено понимание слов и их использование;

Синтаксическая афазия: речь становится бессвязной, характерен аграмматизм типа телеграфного стиля;

Семантическая афазия: отдельные слова понимаются правильно, но затруднено понимание сложной грамматической конструкции фраз, повторение слов не нарушено, в спонтанной речи имеются нерезко выраженные грамматические и синтаксические дефекты.

Хэд установил, что больные, у которых существует затруднение в нахождении слов, одновременно испытывают большие трудности в понимании сложных грамматических конструкций. Сущность этих нарушений он видел в «невозможности умственно соотнести детали в одно конечное целое». Такое же нарушение симультанного синтеза характерно, как показал Лурия, и для других расстройств при теменном синдроме.

Хэд отмечал, что ни один из отделов широкой зоны коры головного мозга не ассоциируется исключительно с процессами речи. Например, поражения прецентральной извилины слева ведет не только к вербальной афазии, но и к расстройству мимических движений и движений языка. Однако в этих случаях речь идет о двух расстройствах разного уровня.

Но данная классификация носит лишь описательный характер. Описанные формы во многом перекрывают друг друга. Исключение составляет выделенная Хэдом семантическая афазия, которая часто наблюдается в клинике при теменной локализации поражения и признается в настоящее время рядом авторов (Лурия).

Попытка подхода к афазическому расстройству с точки зрения существенных параметров языка была перспективной и в дальнейшем разрабатывалась другими авторами.

К концепции Хэда примыкает и работа А. Пика (1905 г.). Этот автор преимущественно работал над проблемой сенсорной афазии. По его мнению,

синдром, развивающийся при очаговых поражениях первой височной извилины левого полушария головного мозга, не может быть назван сенсорным в классическом смысле слова. Этот синдром не может быть объяснен недостаточностью слуховых словесных образов или словесной памяти. Пик считал, что следует говорить о расстройстве использования языка. Клинический синдром проявляется характерным аграмматизмом: нарушениями синтаксиса, ошибочным употреблением окончаний слов, приставок и суффиксов. Можно считать, что работы Хэда и Пика положили начало нейролингвистическому изучению афазий в клинике. Бауман (Baumann), Гольдштейн (Coldshein) и др. считали, что афазия преимущественно связана с интеллектуальной недостаточностью; нарушение моторного или сенсорного характера – это добавочные симптомы.

Таким образом, в первую четверть XX века в учении об афазиях сложилось несколько самостоятельных направлений, сторонники которых нередко исходят из прямо противоположных взглядов на природу изучаемого явления, его связь с другими симптомами и топическое значение. Сам термин «афазия» трактовался по-разному различными авторами. Возникла необходимость синтеза концепций различных афазиологических школ, в каждой из которых подчеркивается лишь один из аспектов сложнейшей проблемы афазии. Такая работа по синтезу накопленных фактов, концепций стала все чаще и целенаправленней проводиться с середины XX в. в разных странах.

1.3. Современные подходы к изучению афазий

Можно выделить следующие подходы к изучению афазий:

- Анатомо-физиологический (место и характер поражения);
- Клинический, нейропсихологический (клинические симптомы при локализованном поражении головного мозга);
- Психологический (мышление, память, внимание, восприятие, особенности личности);
- Лингвистический (характер нарушения языковой системы);
- Психолингвистический (характер нарушения языковых операций, порождения речевых высказываний).

Современное учение об афазии опирается на теорию системной локализации функций и учение о системном строении высших психических функций, разработанное советскими неврологами, физиологами, клиницистами, психологами (Павлов, Ухтомский, Анохин, Выготский, А.Н.Леонтьев, Лурия). Основные положения этой теории говорят о том, что даже элементарные функции коры головного мозга представлены не в изолированных «центрах», а в организованных «мозговых системах». Тем более это относится к такой сложной специфической человеческой функции, какой является речь. Речь как сложная функциональная система не может быть локализована в узких зонах мозговой коры, а охватывает сложные системы совместно работающих зон, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов, которые могут располагаться в совершенно различных, иногда далеко отстоящих друг от друга участках мозга.

Локализация высших психических функций в коре головного мозга не является постоянной, устойчивой. Она меняется как в процессе развития ребенка, так и на последовательных этапах упражнения. Таким образом, это динамическая локализация.

Известно, что каждая сложная деятельность сначала носит развернутый характер и опирается на высшие опорные средства, и, только затем, постепенно сокращается и превращается в навык (например, письмо). Так, на первых порах письмо опирается на припоминание графического образа каждой буквы и осуществляется цепью изолированных двигательных импульсов (каждая буква воспроизводится как бы изолированно). Впоследствии, когда письмо становится автоматизированным, меняется структура этого процесса, и письмо превращается в единую «кинетическую мелодию», не требующую специального припоминания зрительного образа изолированной буквы или отдельных движений при воспроизведении буквы. Естественно, что в процессе такого развития меняется не только функциональная структура процесса, но и его мозговая локализация: участие слуховых и зрительных зон коры, обязательное на ранних этапах формирования этой деятельности, перестает быть необходимым на его поздних этапах, и та же деятельность начинает опираться на иную систему совместно работающих зон.

При поражении определенной зоны коры головного мозга нарушается деятельность не одной функции, а целого ряда психических функций. Например, при поражении теменной области коры головного мозга, отвечающей за формирование пространственных представлений, нарушается схема тела, ориентировка в пространстве, процессы чтения и письма, конструирование, рисование. И наоборот, одна и та же функция может нарушаться при поражении различных отделов мозга.

Классификация афазий по А.Р. Лурия

А.Р.Лурия пришел к классификации, в которой выделяются формы афазии, возникающие при поражении передних или задних отделов головного мозга.

Передние отделы головного мозга представляют ″морфологическую основу программирования и реализации актов поведения различной степени сложности″ и, в частности, речевых актов.

Эти операции идут на основе сукцессивного синтеза, то есть объединения возбуждений в последовательные, серийно организованные ряды. Между элементами рядов возникают отношения смежности, или, иными словами, синтагматические связи.

В противоположность передним отделам задние отделы, являясь перцептивными, гностическими, выполняют свои функции на основе симультанного синтеза, то есть объединения возбуждений в одновременные группы.

Зрительное сканирование или текущее распознавание звуков речи приводят к накоплению признаков, набор которых позволяет относить целостную единицу к определенной группе единиц и делать выбор внутри этой группы.

Принимая участие в двигательных актах, задние отделы осуществляют наблюдение за выполнением действия, его уточнение, дифференцирование.

Суммируя точку зрения А.Р.Лурии о наличии двух видов связей речевых единиц и двух видов синтетической деятельности мозга, можно заключить, что в речевом механизме выделяются два вида операций.

Первые, нарушающиеся при передних поражениях мозга, отвечают за комбинирование синтагматически связанных элементов в последовательные (сукцессивные) структуры. Эти операции создают программу, обеспечивают серийную организацию, временную развертку последующей деятельности на определенном уровне.

Операции *второго* вида, страдающие при задних поражениях мозга, представляют собой выбор на основе парадигматических связей единиц, обладающих определенным набором признаков и составляющих симультанное целое. Эти операции уточняют, конкретизируют схему. Сюда относится нахождение фонем, артикулем, лексем

Классификация афазий при поражении передних или задних отделов головного мозга представлена в таблице 1.

Таблица 1

Классификация афазий при поражении передних или задних отделов головного мозга

Передние формы афазий	Задние формы афазий
Эфферентная моторная афазия Динамическеая афазия	Сенсорная афазия Акустико-мнестическая афазия Семантическая афазия Афферентная моторная афазия

Наиболее часто применяемые в настоящее время классификации ориентированы на выделение какого-то одного типа речевых нарушений (например, афазии) с последующим разделением их на отдельные формы.

Так, для афазии в России чаще всего используют классификацию А.Р. Лурия, а в мировой практике — Лихтгейма—Вернике или Бостонскую классификацию афазии.

В настоящее время общепринятой является классификация афазий А.Р.Лурия, основанная на нейропсихологическом подходе к организации высших корковых функций, принципе системного строения и динамической поэтапной локализации всех высших корковых функций.

Различается шесть форм афазий: акустико-гностическая (сенсорная), акустико-мнестическая, семантическая, афферентная моторная, эфферентная моторная и динамическая афазии.

Сенсорная афазия возникает при поражении задней трети височной извилины левого полушария (у правшей). В основе ее лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различения звукового состава слов. Для данной формы афазии характерны трудности понимания устной речи, трудности письма под диктовку. Вторично страдают и другие виды речи. Впервые описана К. Вернике (1874).

Акустико-мнестическая афазия наблюдается при поражении средних отделов левой височной области (у правшей), приводящем к нарушению слухоречевой памяти. Проявляется в виде трудностей понимания речи в усложненных условиях (быстрая речь, одновременное предъявление двух речевых сообщений и т. д.), трудностей, возникающих в устной речи (поиск нужных слов, вербальные парафазии), затруднений письма под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Как самостоятельную форму афазии ее впервые описал А. Р. Лурия.

Оптико-мнестическая афазия вызывается поражением задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей). В ее основе лежит нарушение, зрительной памяти, слабость зрительных представлений, зрительных образов слов. Проявляется в виде затруднений в назывании предметов и их изображений при большей легкости называния действий. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана А. Р. Лурия как один из вариантов амнестической афазии.

Семантическая афазия связана с поражением, зоны ТРО левого полушария (у правшей). В основе ее лежат дефекты симультанного анализа и синтеза (трудности в оценке пространственных и «квазипространственных» отношений). Проявляется в виде нарушений понимания определенных логико-грамматических конструкций *(брат отца, отец брата, весна перед летом* и т. п.), отражающих пространственные отношения. В случаях обширных поражений указанной зоны больные не понимают смысла такого типа слов, как *над, под, слева, справа* и т. д. Данная форма афазии сочетается с нарушениями счета, пространственного мышления, конструктивного праксиса. Впервые описана Х. Хэдом (1926).

Афферентная моторная афазия. Возникает при поражении нижних отделов постцентральной коры левого полушария (у правшей). В основе лежит нарушение кинестетической афферентации, поступающей в указанные отделы коры больших полушарий во время произнесения слов. Проявляется в виде нарушения произношения слов, замены одних звуков другими. вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулом (артикуляционных движений, необходимых для произнесения слова). В этих случаях бывает нарушено самостоятельное письмо и письмо под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана О. Липманом (1913).

Эфферентная моторная афазия связана с поражением нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (у правшей). В основе ее лежат нарушение кинетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых сте-

реотипов. В то же время у данных больных не нарушено произношение отдельных звуков. Первично страдают активная устная речь и письмо, вторично нарушаются другие виды речи. Эфферентную моторную афазию следует отличать от дизартрии. Впервые описана П. Брока (1861).

Динамическая афазия возникает при поражении заднелобных отделов левого доминантного по речи полушария, т. е. отделов третьего функционального блока — блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности. Основным речевым дефектом при этой форме афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания. При динамической афазии правильно произносятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных трудностей слова и короткие предложения, однако коммуникативная функция речи все же оказывается нарушенной. При грубой выраженности расстройства отмечается не только речевая, но и общая аспонтанность, безынициативность, возникает выраженная эхолалия, а иногда и эхопраксия, когда как бы механически повторяются за собеседником не только произнесенные им слова, вопросы, но и движения.

Итак, афазия — это системное нарушение речи, состоящее в полной потере или частичной потере речи и обусловленное локальным поражением одной или более речевых зон мозга

В подавляющем большинстве случаев афазия возникает у взрослых людей, однако она возможна и у детей, если поражение мозга произошло после того, как речь хотя бы частично сформировалась.

Понятие афазии к настоящему времени вполне определилось.

Признается системность речевого расстройства, которая подразумевает наличие первичного дефекта и вытекающих из него вторичных нарушений речи, охватывающих все языковые уровни (фонетику, лексику и грамматику);

Отмечается обязательность нарушения процессов не только внешней, но и внутренней речи.

Характерно сочетание не только речевой, но и неречевой сипмтоматики. Такое положение обусловлено спецификой самой речевой функции: а) ее делением на внутреннюю и внешнюю речь; б) системностью, т.е. зависимостью одних частей от других, как во всякой системе.

В основе любой формы афазии лежит та или иная нарушенная нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка, которая ведет к специфическому системному нарушению понимания речи, устной речи, письма, чтения, счета.

При каждой форме афазии определяются центральный механизм, центральный дефект, клиническая и психологическая картинаНа современном этапе изучение афазий является многоаспектным, разносторонним.

2. Этиология афазий

Афазия может иметь различную этиологию: травматическую (черепно-мозговая травма); опухолевую; сосудистую.

2.1. Травмы головного мозга

Черепно-мозговые травмы делят на закрытые и открытые. К *закрытой* относятся повреждения, при которых отсутствует нарушение целостности покровов головы или имеется повреждение мягких тканей без повреждения апоневроза головы. К открытой относятся случаи с повреждением мягких тканей и апоневроза.

Открытые травмы бывают непроникающими — при сохранности твердой мозговой оболочки, и проникающими — при нарушении целости твердой мозговой оболочки и при переломе основания черепа.

*Закрытая черепно-мозговая травма***.** По степени тяжести закрытые черепно-мозговые травмы делятся на легкую, средней степени и тяжелую. Клинические формы закрытых черепно-мозговых травм: сотрясение головного мозга, ушиб . мозга легкой, средней степени тяжести и тяжелой степени, сдавление мозга в сочетании с его ушибом, сдавление мозга без сопутствующего ушиба.

Сотрясение головного мозга характеризуется общемозговыми явлениями при отсутствии четких локальных выпадений. Прежде всего, это расстройство сознания после травмы. У детей грудного возраста сознание не выключается. В первые часы после травмы отмечается вялость, сонливость, плаксивость, нарушение формулы сна. Могут отмечаться кратковременные, генерализованные судороги. Постоянные симптомы—срыгивание, рвота, вегетативно-сосудистые расстройства: бледность кожи, нарушение пульса. У детей старшего возраста выявляется ретроградная амнезия. Дети жалуются на головную боль, головокружение, слабость, шум в ушах. В неврологическом статусе могут иметь место нистагм, слабость конвергенции, диплопия. Улучшение наступает через 3—5 дней. Все явления исчезают через 2—4 недели.

Ушиб головного мозга у детей встречается реже, чем сотрясение. Характеризуется наряду с общемозговыми явлениями наличием симптомов выпадения, зависящих от локализации повреждений структур мозга. У детей раннего возраста обще-мозговые симптомы преобладают над очаговыми.

Ушиб головного мозга легкой степени характеризуется выключением сознания на период от нескольких минут до 1 часа. У детей грудного возраста потеря сознания может отсутствовать. Отмечается вялость, сонливость, бледность и мраморность кожи, гипергидроз, умеренная брадикардия, лабильность АД. После восстановления сознания — жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. В неврологическом статусе — нистагм, анизокория, менингеальные симптомы. Возможны переломы свода и основания черепа, субарахноидальные кровоизлияния. У ряда больных наблюдаются признаки отека головного мозга.

Ушиб головного мозга средней степени тяжести характеризуется - нарушением сознания от 10 минут до 3—6 часов, ретроградной и антероградной амнезией. Наблюдается сильная головная боль, многократная рвота, брадикардия, тахипноэ, субфебрилитет.

Выражена очаговая симптоматика, зрачковые и глазодвигательные нарушения, парезы конечностей, расстройства чувствительности и речи. Часты переломы костей свода и основания черепа значительные субарахноидальные (подпаутинные) кровоизлияния. Компьютерная томография выявляет очаговые изменения в виде мелких включений повышенной плотности: на фоне пониженной плотности, что соответствует мелкоочаговым кровоизлияниям в месте ушиба.

Ушиб головного мозга тяжелой степени характеризуется потерей сознания на длительное время (до 2—3 недель). Часто выражены двигательное возбуждение, нарушения ритма дыхания, пульса, артериальная гипертензия, гипертермия, генерализованные или парциальные судорожные приступы. Характерна стволовая неврологическая симптоматика; плавающие движения глазных яблок, парезы взора, нистагм, нарушение глотания, меняющийся мышечный тонус, децеребрационная ригидность, парезы конечностей. Почти всегда встречаются переломы костей свода и основания черепа, кровоизлияния. На глазном дне — застойные явления. Компьютерная томография выявляет травматический очаг с кровоизлиянием и расслоением белого вещества мозга.

Сдавление головного мозга проявляется нарастанием через различные промежутки времени после травмы общемозговых, очаговых и стволовых симптомов. Сдавление мозга чаще является следствием внутричерепных гематом (эпидуральных, субдурадьных, внутримозговых), реже — следствием отека, вдавленного перелома свода черепа.

Эпидуральные гематомы располагаются между твердой мозговой оболочкой и костью, чаще всего — в области свода на стороне травмы. При этом чаще повреждается средняя оболочечная артерия и ее ветви, вены наружной поверхности твердой мозговой оболочки. Больные беспокойны, отмечается головная боль, головокружение, рвота. Постепенно увеличивается заторможенность, переходящая в сопор, возможно появление судорог. На стороне гематомы наблюдается отсутствие реакции на свет зрачка, его расширение. На глазном дне — застойные явления, более выраженные на стороне гематомы.

Субдуралъные гематомы располагаются под твердой мозговой оболочкой в субдуральном пространстве. Источником кровотечения являются вены мягкой мозговой оболочки. Различают острые {симптомы появляются в первые дни после травмы), подострые (на протяжении 4—14 дней) и хронические (через несколько недель) формы. В клинике менее выражен компрессионный синдром. Позднее появляются симптомы очагового поражения. На ЭХО-ЭС — признаки внутричерепной гипертензии и смещение срединных структур на 2—3 минуты.

Внутримозговые гематомы у детей редки, локализуются чаще в белом веществе. Источники кровотечения — сосуды системы средней мозговой .артерии. Эти гематомы выявляются спустя 12—24 ч. после травмы. Характерно бурное развитие и появление грубых очаговых симптомов.

Открытая черепно-мозговая травма. Характеризуется повреждением мягких тканей головы, апоневроза, часто — и костей.

Клиника Судороги, геми- и монопарезы, стволовые и мозжечковые симптомы. При повреждениях пирамиды височной кости — кровотечение изо рта и ушей, при переломах решетчатой кости — носовое кровотечение.

Лечение. Лечение черепно-мозговых травм делится на консервативное и оперативное.

Афазия при травмах головного мозга более всего связана с очаговым поражением головного мозга. В этом случае имеется узко ограниченный очаг. Для травматической афазии характерны на первом этапе проявления тотальной афазии. Тотальное расстройство речи возникает не только при поражении непосредственно речевых зон, но и пограничных с речевыми областей коры. При ранении зон, пограничных с речевыми, речевые расстройства могут исчезать в резидуальном периоде. При ранении речевых зон, хотя и в стертом виде, но, как правило, речевые расстройства остаются. При травматической афазии лишь на поздних этапах после исчезновения общих мозговых симптомов, явлений диашиза, речевое расстройство приобретает черты локального мозгового синдрома, связанного с локализацией поражения.

2.2. Опухоли мозга

Опухоли могут развиваться как в головном, так и в спинном мозге, а также и в периферических нервах. Они свойственны не только взрослым, но могут встречаться и в детском возрасте. Для детского возраста более характерна локализация их в головном мозге (область мозжечка). Опухоли могут возникать в самой мозговой ткани (первично), а также могут иметь характер метастаз.

Общемозговые симптомы опухоли могут иногда выражаться в форме эпилептических припадков, но если эти припадки имеют характерное начало, например начинаются с клонических подергиваний, с поворота головы и глаз в определенную сторону и т.п., то такие симптомы могут быть отнесены к локальным, и на них в известной мере опирается врач при установлении местоположения опухоли. Трудности топической диагностики в подобных случаях объясняются тем, что иногда, помимо очаговых симптомов, вызванных непосредственным давлением опухоли на тот или иной участок мозга, могут возникать и отдаленные симптомы в результате нарушения кровообращения, отека.

Локальные симптомы. При опухолях височной доли в доминантном полушарии возникают расстройства типа сенсорной или амнестической афазии и некоторые вестибулярные нарушения. Различные нарушения оптического анализа в форме расстройств пространственной ориентации, чтения, а также

ослабление зрения, вплоть до слепоты, могут сопровождать развитие опухоли в затылочной доле.

Опухоли часто сопровождаются изменением психической деятельности: больные оглушены, подавлены, депрессивны, активность мышления и интересы к окружающему снижены, "больной погружен в свою болезнь". Опухоли спинного мозга обычно сопровождаются сдавливанием задних или передних корешков, что вызывает боли и двигательные нарушения типа парезов и параличей. Нередко возникают поражения сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, что сопровождается расстройством мочеотделения и дефекации.

Лечение опухолей преимущественно оперативное. Успех операции зависит от характера опухоли и места ее локализации.

Симптоматика и динамика афазии в этом случае определяется целым рядом факторов. Афазия может возникать на разных этапах заболевания, может быть одним из первых неврологических симптомов, если опухоль расположена близко к коре, может появляться позже, когда уже есть другие очаговые симптомы, как следствие прогрессирующего роста опухоли. Она может появляться на поздних стадиях болезни за счет сдавливания головного мозга при росте опухоли, даже расположенной в другом полушарии (не доминантном по речи).

Клиника и динамика афазии может зависеть от характера опухоли: доброкачественная или злокачественная, от темпов ее роста. Афазия также зависит от этапа болезни: дооперационный, послеоперационный, резидуальный и от возможности рецидива опухоли.

2.3. Сосудистые поражения мозга

Инсульты – этиология, патогенез, классификация

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), вызывающее поражение и гибель нервных клеток. Само название происходит от латинского слова «insultus», переводится как «удар, нападение». Ранее патологию именовали апоплексией (апоплексическим ударом), так греки называли паралич – один из основных её симптомов и последствий.

Болезнь встречается чаще, чем острый инфаркт миокарда. В мире ежегодно регистрируется свыше 15 млн. случаев. С ними связаны 10% всех летальных исходов (почти 6 млн. в год). Но в большинстве эпизодов последствием ОНМК стает не смерть, а

Около 60% больных, перенесших инсульт, имеют стойкие неврологические нарушения, которые мешают их полноценному образу жизни. Среди типичных отклонений отмечают нарушение движений и способности передвигаться, затрудненное глотание, высокий риск речевых и зрительных расстройств, падений, переломов. Часто наблюдаются эмоциональные (депрессия) и когнитивные (вплоть до стадии деменции) нарушения.

Симптомы инсульта

Все симптомы инсульта головного мозга развиваются резко, быстро, проявляются внезапно:

- слабость, онемение, утрата чувствительности, паралич одной половины тела или лица, руки, ноги;
- интенсивная головная боль, описываемая пациентами как самая сильная в жизни;
- нарушение речи (человек не может говорить либо ему это удается с трудом), непонимание речи собеседника;
- ухудшение четкости зрения, оно расфокусировано либо полностью отсутствует в одном глазу;
- головокружение, расстройство координации движений, равновесия, ходьбы, иногда – потеря сознания;
- тошнота, рвота.

Причины инсульта

Причиной инсульта становится нарушение нормального тока крови к какой-либо зоне мозга из-за стеноза (сужения), эмболии (закупорки) или разрыва мозговой артерии. Если клетки мозга не получают в достаточном объеме кислород и питательные вещества – наступает их смерть.

Эмболия и стеноз чаще всего развиваются на фоне атеросклероза, когда атеросклеротическая бляшка сужает просвет сосуда и способствует образованию тромба. Оторвавшийся тромб полностью перекрывает сосуд, это называется тромбоэмболией. Разрыв сосуда (по сути, внутримозговое кровоизлияние) может произойти при артериальной гипертензии (повышенном давлении), аневризме, тяжелой черепно-мозговой травме.

Классификация инсультов

Есть два вида инсульта – ишемический и геморрагический:

- Ишемический (он же инфаркт мозга) случается при сужении или полной блокировке тромбом просвета кровеносного сосуда шеи либо головного мозга.
- Геморрагический – когда в головном мозге происходит кровоизлияние из-за разрыва стенки сосуда, вследствие чего сдавливаются нервные ткани, формируется отек мозга, смещение мозговых структур.

Отдельно следует упомянуть *транзиторную ишемическую атаку* (ТИА) – короткое, от 10 минут до нескольких часов, нарушение кровообращения головного мозга. Сопровождается симптомами, характерными для инсульта (головная боль, парезы, расстройство речи и пр.), но отличается кратковременность их проявлений и обратимостью нарушений. В большинстве случаев ТИА проходит самостоятельно, без медицинской помощи.

Геморрагический инсульт

Этиопатогенез

Геморрагический инсульт развивается как осложнение иных болезней или патологических состояний: повышенное артериальное давление любого генеза, амилоидное изменение сосудистой стенки, аневризмы и сосудистые мальформации центральной нервной системы, заболевания крови (эритремия, тромбофилии), васкулиты, системные заболевания соединительной ткани.

Кровоизлияния в определенных эпизодах развиваются как осложнение лечения некоторыми фармпрепаратами (антикоагулянты, фибринолитические фармсредства), употребления амфетамина, кокаина.

Самой распространенной причиной геморрагического инсульта считается продолжительно повышенное артериальное давление любой этиологии или значительное его нарастание при гипертоническом кризе, физической нагрузке, врожденное или амилоидное изменение артериальной стенки.

Патогенетический механизм кровоизлияния зависит от выраженности патологических изменений в стенке артерий и артериол, расположенных в веществе мозга, – из-за этого более распространены внутримозговые гематомы.

В преобладающем числе случаев (ориентировочно 90%) гематомы возникают в супратенториальных пространствах мозга.

Гематомы в области задней черепной ямки составляют приблизительно 10% всех внутримозговых гематом. Преимущественно они образуются в мозжечке, в более редких случаях – в стволе головного мозга, где их «излюбленной» локализацией является мост.

Кровоизлияния во внутренние отделы больших полушарий мозга, а также гематомы задней черепной ямки приблизительно в 30% случаев сопровождаются проникновением крови в вентрикулярную систему. Количество скопившейся крови во внутримозговых гематомах при геморрагическом инсульте может колебаться от нескольких миллилитров до 50–100 мл и выше.

Клиническая картина

Острое начало заболевания, сопровождающееся повышенным артериальным давлением, наиболее часто характеризует внутримозговое кровоизлияние.

Больного тревожит выраженная головная боль, головокружение, тошнота и рвота с быстрым развитием очаговой неврологической симптоматики. Уровень бодрствования быстро угнетается – от умеренного оглушения до возникновения глубокого коматозного состояния.

В отдельных случаях возникает психомоторное возбуждение, которое предшествует угнетению сознания. Субкортикальные геморрагии довольно часто сопровождаются эпилептическим припадком.

Учитывая наиболее частую локализацию внутримозговых кровоизлияний, очаговая неврологическая симптоматика характеризуется нарушением или полным отсутствием движений и чувствительности с одной стороны (по гемитипу), изменением речи, нарушением однотипных полей зрения на каждом глазу (гемианопсия), психоэмоциональной неустойчивостью, нарушением памяти и поведения, отсутствием самокритики.

Тяжесть состояния больного в ближайший период времени после кровоизлияния и в последующем периоде заболевания зависит, в основном, от выраженности общемозговых и дислокационных нарушений, в свою очередь обусловленных объемом и локализацией скопившейся крови.

Обширные или глубоко расположенные кровоизлияния становятся причиной быстрого нарастания вторичной стволовой симптоматики, обусловленной смещением и сдавливанием структур мозга.

Возникновение кровоизлияния в стволе мозга, массивных гематом мозжечка характеризуется стремительным нарастанием угнетения жизненно важных центров, что становится причиной смертельного исхода, наступающего очень быстро.

Крайне тяжелым течением характеризуются кровоизлияния с проникновением крови в систему желудочков головного мозга. Для них характерны горметонические судороги, гипертермия, быстрое угнетение сознания, нарастание стволовой симптоматики.

Первые 2–3 недели заболевания отличаются наиболее тяжелым течением, обусловленным нарастанием отека головного мозга, наличием самой гематомы, что характеризуется возникновением и прогрессированием общемозговых и дислокационных симптомов.

Главной причиной смертельного исхода в остром периоде заболевания являются отек и смещение структур головного мозга. Для этого периода свойственно также обострение или декомпенсация имевшихся ранее общесоматических заболеваний (пневмония, нарушение функций печени и почек, сахарный диабет).

В связи с отсутствием двигательной активности больного значительную угрозу представляет тромбоэмболия легочной артерии. Спустя 2–3 недели у выживших больных начинается регрессирование общемозговой симптоматики, на первый план выходят последствия очагового поражения мозга, в дальнейшем определяющие степень инвалидизации больного.

Ишемический инсульт

Ишемический инсульт – состояние, которое развивается с клинической симптоматикой общего или ограниченного сосудистого поражения при разнообразных заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

У пациентов с ишемическим инсультом довольно часто выявляются болезни сердечно-сосудистой системы: атеросклероз, повышенное артериальное давление различной этиологии, заболевания сердца (хроническая ишемическая болезнь сердца, ревматоидные пороки клапанного аппарата, нарушения сердечного ритма).

Около 80% всех ОНМК – ишемические.

Этиопатогенез

Конкретный специфический этиологический фактор для ишемического инсульта определить иногда невозможно, потому что подобное состояние не является самостоятельным заболеванием.

Различают факторы риска, связанные с повышенной опасностью возникновения ишемического инсульта, которые можно распределить на три основные группы:

– не поддающиеся какой-либо коррекции (возраст, пол, наследственность);

– поддающиеся полной или частичной коррекции (повышенное артериальное давление различного происхождения, ревматоидные изменения и пороки (врожденные или приобретенные) клапанного аппарата сердца, мерцательная аритмия (фибрилляция предсердий), инфаркт миокарда (даже в анамнезе), сахарный диабет, скрытое атерогенное поражение сонных артерий);

– факторы риска, зависящие от образа жизни пациента (табакокурение, ограниченное употребление фруктов и овощей, повышенный вес тела, слабая физическая активность, продолжительное психоэмоциональное перенапряжение или острая стрессовая ситуация).

Характер нарушений имеет прямую зависимость от степени недостаточности мозговой перфузии, продолжительности подобной недостаточности, а также от индивидуальной устойчивости клеток мозга к ишемии, что, в свою очередь, определяет степень обратимости структурных изменений на каждом этапе патологического процесса.

Нормальный объем мозговой перфузии составляет 50–55 мл в минуту на 100 г вещества мозга.

Тяжелая ишемия (менее 10 мл на 100 г/мин) сопровождается бескислородной деполяризацией мембран, что становится причиной гибели клеток головного мозга всего за 6–8 мин.

Умеренное уменьшение мозгового кровотока стимулирует повышенное поглощение кислорода из артериальной крови, поэтому некоторое время может сохраняться достаточный уровень обеспечения кислородом мозгового вещества.

Кроме образования области некроза, в ишемизированном участке мозга происходит гибель клеток, сходная с апоптозом.

Погибшие вследствие ишемии клетки мозга формируют зону необратимого повреждения – ядро инфаркта.

Область ишемического поражения, где при восстановлении кровоснабжения возможно полное или частичное восстановление мозгового вещества, считается ишемической полутенью – пенумброй.

Период существования пенумбры во многом зависит от своевременности и полноты оказанной медицинской помощи в первые часы или даже минуты возникновения ишемии.

С течением времени обратимые процессы трансформируются в необратимые (область пенумбры преобразуется в ядро инфаркта).

Вокруг пенумбры возможно формирование зоны олигемии, в которой длительное время может сохраняться кровоток, обеспечивающий потребности мозговой ткани при сниженном кровотоке.

Клиническая картина

Клинические проявления ишемического инсульта имеют непосредственную зависимость от расположения и размеров участка поражения головного мозга.

Ишемические нарушения чаще всего развиваются в каротидном бассейне (80–85%), в более редких случаях – в вертебробазилярном бассейне (15–20%).

Инфаркт мозга в бассейне СМА

Особенностью инфаркта в бассейне кровоснабжения *средней мозговой артерии* является наличие выраженной системы коллатерального кровоснабжения. Окклюзия проксимального отдела средней мозговой артерии может вызывать субкортикальный инфаркт, при этом корковая область кровоснабжения остается непораженной. В отсутствии данных коллатералей возможно развитие обширного инфаркта в области кровоснабжения средней мозговой артерии.

Для инфаркта в области кровоснабжения поверхностных *ветвей средней мозговой артерии* типично возникновение девиации глазных яблок и головы в сторону пораженного полушария. При этом в случае поражения доминантного полушария развивается ипсилатеральная идеомоторная апраксия и тотальная афазия, а в случае поражения субдоминантного полушария — анозогнозия, дизартрия, апросодия и контралатеральное игнорирование пространства.

Основное клиническое проявление инфаркта головного мозга в области ветвей *средней мозговой артерии* — контралатеральный гемипарез и контралатеральная гемианестезия. В случае обширных очагов поражения возможно появление содружественного отведения глазных яблок и фиксации взора в сторону пораженного полушария. При инфарктах субдоминантного полушария развиваются эмоциональные нарушения и пространственное игнорирование.

Распространение пареза при инфаркте в бассейне кровоснабжения стриатокапсулярных артерий зависит от локализации и размеров поражения (верхняя конечность, лицо или вся контралатеральная часть тела). В случае обширного стриатокапсулярного инфаркта, как правило, развиваются типичные проявления окклюзии средней мозговой артерии (афазия, гомонимная латеральная гемианопсия). Лакунарный инфаркт клинически проявляется развитием лакунарных синдромов (изолированные гемипарез и гемигипестезия или их сочетание).

Инфаркт мозга в бассейне ПМА

Наиболее частым клиническим проявлением инфаркта в бассейне кровоснабжения передней мозговой артерии являются двигательные нарушения. В большинстве случаев окклюзии кортикальных ветвей развивается моторный дефицит в стопе и всей нижней конечности, а также слабо выраженный парез верхней конечности с обширным поражением языка и лица.

Инфаркт мозга в бассейне ЗМА

В результате окклюзии задней мозговой артерии развиваются инфаркты затылочной височной доли, а также медиобазальных отделов височной доли. В таких случаях клиническими проявлениями выступают дефекты полей зрения (контралатеральная гомонимная *гемианопсия*). Возможно также их сочетание со зрительными галлюцинациями и фотопсиями.

Инфаркт мозга в вертебробазилярном бассейне

Инсульт в вертебробазилярном бассейне кровоснабжения происходят в результате окклюзии единственной перфорирующей ветви базилярной артерии и сопровождаются, как правило, симптомами поражения черепных нервов на ипсилатеральной стороне. Окклюзия позвоночной артерии или ее основных пенетрирующих ветвей, отходящих от дистальных отделов, приводит к развитию синдрома Валленберга (латеральный медуллярный синдром).

Различают также несколько периодов ишемического инсульта:

- *острейший период* — первые 3 суток. Из них первые три часа получили определение «терапевтического окна», когда есть возможность применения тромболитических препаратов для системного введения. В случае регресса симптомов в течение первых суток диагностируют транзиторную ишемическую атаку;
- *острый период* — до 4-х недель;
- *ранний восстановительный период* — до полугода;
- *поздний восстановительный период* — до 2-х лет;
- *период остаточных явлений* — после 2-х лет.

Ишемический инсульт чаще, чем геморрагический, ведет к развитию афазии. Тяжесть речевого нарушения при ишемическом инсульте также значительно выше.

В целом характер афазии определяется не только видом инсульта, но и величиной очага, его локализацией, общим состоянием мозга и дальнейшим развитием заболевания

Дифференциальная характеристика инсультов представлена в таблице 2.

Таблица 2

Дифференциальная характеристика инсультов

Признаки	Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт
Анамнез	Артериальная гипертензия	ИБС, нарушение ритма сердца, сахарный диабет, транзиторные ишемические атаки
Начало заболевания	Острейшее в период активности больного. Возможен эпилептический припадок	Нарастание симптомов в течение нескольких часов. Развивается во сне или сразу после сна
Рвота	Часто	Редко
Утрата сознания	Характерна	Не характерна
Общее состояние	Быстрое ухудшение	Относительная устойчивость жизненно важных функций
Клинические проявления	Преобладание общемозговых симптомов	Преобладание очаговых симптомов над общемозговыми
Гипертермия	Часто	Редко
Симптомы дислокации ствола	Возможны	Редко
Менингеальные симптомы	Характерны	Редко
Смещение срединных структур ГМ	Более 2 мм	Менее 2 мм
Ликвор	Часто геморрагический	Бесцветный Прозрачный

2.4. Дегенеративные заболевания нервной системы

Нарушение речи различных модальностей патогномонично для всех форм нейродегенеративных заболеваний. Так, афазия встречается при болезни Альцгеймера, лобно-височной деменции, кортико-базальный синдром, в ряде случаев деменции с тельцами Леви, описана при болезни Паркинсона и прогрессирующем надъядерном параличе и др.

Различные нарушения речи могут комбинироваться при одной и той же нозологической форме, меняя клинические проявления. Так, например, в рамках лобно-височной деменции можно отметить и дизартрию, и афазию, и апраксию, что определяет сложности корректной оценки каждого из видов речевых расстройств.

Первичная прогрессирующая афазия (ППА) – медленно нарастающее, но непрерывно прогрессирующее расстройство, приводящее к утрате речевых функций. Выделена в самостоятельную нозологию в 1982 г., хотя впервые описана более века назад. В современной неврологии ППА входит в группу фокальных нейродегенеративных процессов и занимает в их структуре 20–40%. Средний возраст дебюта составляет 50 лет, однако известны случаи заболеваемости первичной прогрессирующей афазией пациентов от 20 до 82 лет. От начальных клинических проявлений до полного распада речи проходит около 7 лет.

Этиология

На текущий момент известно несколько этиофакторов, приводящих к манифестации первичной прогрессирующей афазии. Изученные причины коррелируют с разными формами ППА. В их числе:

1. Таупатии. Нейродегенеративные патологии, вызванные отложением тау-белка в нейронах и нейроглии, включают лобно-височные дегенерации, кортикобазальную дегенерацию, прогрессирующий надъядерный паралич. С этим этиологическим фактором связано развитие аграмматической формы ППА.

2. TDP-43-патии. К ним относятся заболевания, обусловленные внутриклеточным накоплением протеина TDP-43: долевая лобно-височная дегенерация, болезнь моторных нейронов, деменции с тельцами Леви и др. Характерны для семантической, части аграмматической и логопенической формы ППА.

3. β-амилоидопатии. Сочетание отложения β-амилоида и тау-белка патогномонично для логопенического варианта ППА при атипичном варианте болезни Альцгеймера.

4. Наследственность. Описаны случаи первичной прогрессирующей афазии как наследственной патологии с аутосомно-доминантной передачей. Мутация выявлена в гене GRN, кодирующем экспрессию белка гранулина на 17 хромосоме. Наследственную ППА относят к семейной лобно-височной деменции.

Патогенез

Синдром первичной прогрессирующей афазии патоморфологически неоднороден. ДНК-связывающий белок TDP-43 отвечает за транскрипцию ДНК в нейронах коры головного мозга. Его избыточное накопление в ядрах нейронов и невозможность выведения в цитоплазму запускает процесс нейродегенерации. Клинически это выражается в развитии лобно-височной атрофии.

Тау-протеин является важным нейробиохимическим регулятором развития нейронов, формирования микротрубочек в нервных клетках. Однако гиперфосфорилированный тау-протеин формирует нейрофибриллярные клубочки, нарушающие работу нервной ткани.

Первичные патологические изменения при аграмматической прогрессирующей афазии обнаруживаются в верхней и средней лобной извилинах, островковой доле. При логопенической форме ППА локальные атрофические изменения наблюдаются преимущественно в задних отделах лобной и теменной доли, при семантической – в височной коре доминантного полушария.

Классификация

С учетом клинического варианта развития первичные прогрессирующие афазии делятся на 4 формы. В их основу положены критерии расстройства речевой функции, особенности патоморфологии и нейровизуализации:

1. Аграмматическая. Ведущий дефект – оральная диспраксия в сочетании с грамматическими нарушениями.

2. Семантическая. Центральный механизм − расстройство понимания смысла высказывания.

3. Логопеническая. Основные критерии − трудности произнесения и повторения слов.

4. Комбинированная. Сочетает аграмматическую и семантическую форму ППА.

Симптомы

Для всех форм первичной прогрессирующей афазии типично медленное, постепенное (в течение нескольких лет) нарастание речевых расстройств. При этом, как минимум, в первые два года у больных отсутствует когнитивное снижение и какая-либо неврологическая симптоматика. В последующем языковой дефицит нарастает стремительно и остается ведущем в структуре синдрома, появляется снижение интеллекта, изменение поведения и т.д.

Аграмматическая ППА

В дебюте данной формы первичной прогрессирующей афазии возникают несудорожные запинки, заикание, паузы в речи. Постепенно снижается речевая активность. Больной начинает изъясняться «телеграфным стилем», в речи может появиться иностранный акцент. Понимание значения слов и синтаксических конструкций сохранно.

Наблюдаются литеральные парафазии, персеверации, аграмматизмы в устной речи и на письме. В дальнейшем чтении и письмо становится невозможным (алексия, аграфия). При наличии оральной апраксии страдает повторная речь. Возникает аномия. В продвинутой стадии развивается мутизм.

В неврологическом статусе – мышечная ригидность, гипокинезия, тремор. Позднее присоединяются поведенческие отклонения: апатоабулический синдром, депрессия, навязчивые состояния.

Семантическая ППА

Начинается в возрасте 50-60 лет. Клинические признаки включают сокращение словарного запаса, отчуждение смысла слова, вербальные парафазии. Больные могут описать или нарисовать объект, но затрудняются назвать его словом, плохо понимают значение малочастотных слов. Счет сохранен, письмо и чтение нарушены частично (дисграфия, дислексия), но страдает понимание написанного/прочитанного.

Типичная зрительная (в том числе, лицевая) агнозия, возможно развитие паркинсонизма. Поведение больных с семантической первичной прогрессирующей афазией характеризуется утратой эмпатии, излишней педантичностью, скупостью, обсессивно-компульсивными действиями.

Логопеническая ППА

Первоначально у больных возникают трудности с поиском нужно слова, как при назывании предметов, так и в спонтанной речи. Из-за этого речь становится замедленной. Вызывает сложности повторение предложений. Отмечаются ошибки фонетического характера. Аграмматизмы отсутствуют, понимание не нарушено. Логопеническая форма прогрессирующей афазии нередко предшествует развернутой клинике болезни Альцгеймера.

Логотерапия

Больным с ППА показаны систематические занятия с логопедом-афазиологом, психологом. В процессе логотерапии достигается улучшение восприятия речи, уменьшение артикуляционных трудностей, хотя в целом эти положительные изменения незначительны и носят временный характер. Для компенсации языковых трудностей могут быть использованы специальные мобильные приложения, карточки PECS.

Таким образом, ППА – сложный нейродегенеративный синдром, связанный с прогрессированием локальной атрофии речевых зон мозга; со временем к речевым нарушениям присоединяются когнитивные, что говорит о распространении атрофического процесса за пределы речевых зон; больные остро нуждаются в речевой реабилитации, независимо от длительности заболевания и формы ППА.

3. Патогенез афазии

Речь представляет собой очень сложную психическую деятельность, которую можно определить, как процесс общения посредством языка. Согласно общим психологическим представлениям, речь, как и все высшие психические функции (ВПФ), является продуктом длительного культурноисторического развития.

Формируясь у ребенка по мере овладения языком, речь проходит несколько этапов развития, превращаясь в развернутую систему средств общения и опосредования различных психических процессов.

Выделяют два основных самостоятельных вида речи: экспрессивную и импрессивную речь, которые характеризуются разным психологическим строением.

Экспрессивная речь - это процесс высказывания с помощью языка, он начинается с замысла (программы высказывания), затем проходит стадию внутренней речи, обладающей свернутым характером, и, наконец, переходит в стадию развернутого внешнего речевого высказывания (в виде устной речи или письма).

Импрессивная речь – это процесс понимания речевого высказывания (устного или письменного), который начинается с восприятия речевого сообщения (слухового или зрительного), затем проходит стадию декодирования сообщения (т.е. выделения информативных моментов) и, наконец, заканчивается формированием во внутренней речи общей смысловой схемы сообщения, ее соотнесением со смысловыми семантическими структурами и включением в определенный смысловой контекст (собственно пониманием).

Выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности: *устная* и *письменная* речь (относятся к экспрессивной речи); *понимание устной* и *понимание письменной* речи (относятся к импрессивной речи).

Таким образом, речевая система - это целая совокупность речевых функций, объединенных в единое целое.

Как сложная функциональная система, *речь* включает много афферентных и эфферентных звеньев.

В речевой функциональное системе принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-кинестетический, двигательный и др.; каждый из них вносит свой вклад в афферентные и эфферентные основы речи. Поэтому мозговая организация речи очень сложна, а нарушения речи - многообразны и различны по характеру в зависимости от того, какое из звеньев речевой системы пострадало в результате мозгового поражения.

Речевая деятельность человека является результатом согласованной деятельности многих областей головного мозга (в первую очередь, его левого полушария). Корковые зоны, поражение которых приводит к той или иной форме афазии, называют «речевыми зонами». К ним относятся средние отделы конвекситальной поверхности коры левого полушария мозга (у правшей):

1. зона Брока - задняя треть нижней лобной извилины левого полушария - «центр моторных образов слов», который отвечает за моторную составляющую речи, т.е. те двигательные координации, результатом которых является произнесение слов; при поражении возникает эфферентная моторная афазия;

2. заднелобные отделы коры кпереди и сверху от зоны Брока – отвечают за внутреннее программирование речевого высказывания и переход от этой внутренней схемы речи к реализации развернутого речевого высказывания; при поражении возникает динамическая афазия;

3. зона Вернике - задняя треть верхней височной извилины левого полушария - «центр сенсорных образов слов» или центр понимания устной речи; при его поражении возникает сенсорная афазия;

4. вторая височная извилина – отвечает за слухоречевую память; при поражении возникает акустико-мнестическая афазия;

5. задненижние отделы височной доли - «центр зрительных представлений слов»; при его поражении возникает оптико-мнестическая афазия;

6. височно-теменно-затылочная область (зона ТРО) – отвечает за понимание пространственного соотношения речевых элементов в сложных логико-грамматических конструкциях; при поражении возникает семантическая афазия;

7. постцентральная (нижнетеменная) область коры – отвечает за возможность производить тонкие артикуляционные движения в процессе произнесения слов; при поражении возникает афферентная моторная афазия.

Нарушение афферентных звеньев речевой функциональной системы приводит к одним формам афазий, а нарушение эфферентных звеньев – к другим. Афферентных афазий А.Р. Лурия выделил 5, а эфферентных - 2.

При выпадении афферентных звеньев могут выявляться: сенсорная, акустико-мнестическая, оптико¬ мнестическая, афферентная моторная или кинестетическая, семантическая афазии. При нарушении эфферентных звеньев речевой системы могут возникнуть эфферентная моторная афазия и динамическая афазия. Для понимания основного дефекта при каждой из форм рассмотрим, какие звенья речевой функциональной системы должны быть сохранны для ее сохранной реализации.

Как уже говорилось, в формировании речевой функциональной системы принимают участие все анализаторы. Поэтому среди афферентных звеньев указанной функциональной системы можно выделить: слуховое звено, зрительное звено, кинестетическое и комплексную афферентацию (пространственную и «квазипространственную»), которая лежит в основе симультанного анализа и синтеза. А.Р. Лурия различал наглядный пространственный анализ и синтез и «квазипространственный».

Человек отражает собственно пространственные характеристики внешнего мира (наглядное пространство) и словесное обозначение пространственных координат – «сверху-снизу», «справа-слева» и т.п. Наряду с этим, отражаются логические отношения, требующие для своего понимания соотнесения входящих в него элементов в некотором условном, ненаглядном пространстве («квазипространстве»).

Эти логические отношения включают в себя грамматические построения, смысл которых определятся окончаниями слов (брат отца, отец брата), способами расстановки слов в предложении – «платье задело весло» и наоборот, предлогами, отражающими последовательность событий во времени (лето перед весной, весна перед летом), несовпадением реального хода событий и порядка слов в предложении (перед завтраком я прочитал газету) и т.д.

«Квазипространственные» конструкции не имеют прямых наглядных аналогов, а представлены в виде логических отношений, требующих сопоставления входящих в них элементов в некоем условном пространстве. Т.е.

можно говорить о пространственных характеристиках информации – реальных или условных.

Таблица 3

Патогенез афазии

Название	Локализация поражения	Нарушенное звено речевой системы	Нейропсихологические факторы	Ведущее нарушение речи
Сенсорная (афазия Вернике)	Височная область (поля 41, 22, 42)	Афферентное	Модально специфический слухоречевой	Импрессивная речь (в основе – нарушение фонематического слуха)
Акустико-мнестическая	Верхняя задневисочная (поля 21, 37)	Афферентное	Модально специфический мнестический слухоречевой	Импрессивная речь (в основе – нарушение слухоречевой памяти)
Оптико-мнестическая	Нижняя задневисочная (поля 21,37, 20)	Афферентное	Модально специфический мнестический зрительный	Экспрессивная речь (в основе – нарушение связи «зрительный образ предмета - слово, обозначающее этот предмет»)
Семантическая	Задняя ассоциативная зона (поля 37, 39)	Афферентное	Фактор симультанного анализа и синтеза (пространственный и «квазипространственный»)	Импрессивная речь (в основе – нарушение понимания пространственных и «квазипространственных» речевых конструкций)
Афферентная моторная	Нижне-теменная область (поле 40)	Афферентное	Модально специфический кинестетический орального аппарата	Экспрессивная речь (в основе – нарушение кинестетической основы речедвигательного акта)
Эфферентная моторная (афазия Брока)	Нижнепремоторная (поля 44,45)	Эфферентное	Кинетический орального аппарата	Экспрессивная речь (в основе – нарушение переключения речевых движений)
Динамическая	Передняя ассоциативная зона (поля 9, 10, 46)	Эфферетное	Регуляторный	Экспрессивная (в основе – нарушение порождения речи

Помимо перечисленных афферентных звеньев речевой функциональной системы для реализации речи необходима сохранность и эфферентных звеньев (звена кинетической организации речевых двигательных актов и звена

сукцессивной организации речевого высказывания). При нарушении афферентных и эфферентных звеньев речевой системы могут возникать определенные формы афазий (см. табл.3).

Рассмотренная классификация, предложенная А.Р. Лурия, основана на выделении основного нарушенного фактора (и звена) – афферентного или эфферентного, лежащего в основе соответствующей формы афазии.

Клинические данные свидетельствуют о том, что возможно выявление сочетаний равноценных речевых нарушений, что свидетельствует о смешанной афазии.

Кроме того, при очень больших очагах или в острой стадии заболевания, при которой резко выражены нейродинамические расстройства, нарушения речи квалифицируются как тотальная афазия. С уменьшением нейродинамических расстройств обычно начинает выявляться и конкретизироваться форма афазии.

4. Симптоматика афазий

4.1. Общая характеристика симптоматики афазий

Афазии характеризуются разнообразной сипмтоматикой.

Афазия вызывается разнообразными органическими нарушениями корковых зон коры головного мозга. К афазии могут вести травматические поражения коры головного мозга, закупорка мозговых сосудов (образование тромбов - тромбоз или эмболия - закупорка оторвавшимся тромбом), нарушения мозгового кровообращения, кровоизлияния в мозг, опухоли, воспалительные процессы головного мозга, ранения головного мозга, нарушения питания тканей мозга при атеросклерозе, хирургическое вмешательство. Органическое поражение наступает после того, как речь была сформирована. Поражение может охватывать ограниченные участки мозга (очаги) и обширные области (разлитые поражения). При этом поражаться могут как непосредственно речевые зоны мозга, так и смежные (пограничные) неречевые участки коры.

Клиническая картина афазии зависит от обширности очага поражения (чем больше очаг, тем более выражена афазия), от локализации поражения (места поражения речевой зоны, речевая или неречевая зона поражена), от сочетания органических и функциональных факторов, от характера поражения головного мозга (этиологический фактор).

При афазии всегда имеется первичный очаг органического поражения головного мозга, имеются также вторичные системные последствия: наступает рассогласование в деятельности мозговых зон, которые анатомически или функционально связаны с первичным очагом поражения (т. н. явления диашиза).

Наличие первичного очага нарушает проводимость нервных импульсов, вследствиечего наступает перерыв, ослабление или прекращение деятельности областей мозга, связанных с первичным очагом. В процессе обратного

развития болезни явления диашиза постепенно исчезают, но системность нарушения речевой функции сохраняется.

При афазии всегда имеет место отклонение от нормы в протекании основных нервных процессов (возбуждение – торможение). Вокруг очага поражения образуется торможение, угнетение деятельности мозга. Таким образом, к основному органическому фону будут присоединяться функциональные нарушения.

Бывает трудно определить локализацию очага поражения из-за разнообразности и сложности картины афазии. Ее усложняют: наличие первичного очага, вторичные следствия и явления компенсации. В процессе компенсации сначала восстанавливаются простые, примитивные формы речи, затем - более сложные и тонкие.

4.2. Нейропсихологическая симптоматика афазий

К основным нейропсихологическим синдромам относятся:

– *агнозии* – гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (зрительного, слухового, кожно-кинестического) при сохранной элементарной чувствительности;

– *апраксии* – нарушения произвольных движений и действий, совершаемых с предметами, возникающие при локальных поражениях вторичных и третичных полей двигательного анализатора и не сопровождающиеся элементарными двигательными расстройствами (параличи, парезы, тремор);

– *афазии* – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры головного мозга (у правшей) и представляющие системное расстройство различных форм речевой деятельности; афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха.

Характеристика нейропсихологических синдромов при афазии представлена в таблице 4.

Таблица 4

Нейропсихологические синдромы

(классификация по топическому принципу)

Название нейропсихологического синдрома	Характеристика нейропсихологического синдрома
синдромы поражения затылочных отделов больших полушарий головного мозга	проявляются в виде различных нарушений зрительного восприятия — зрительных агнозий - предметного, лицевого, цветового, пространственного и др. — и иногда сочетаются с расстройствами праксиса, вследствие дефектов пространственных координат двигательного акта. При поражении указанных областей коры левого полушария возможны расстройства восприятия букв, цифр, что ведет к нарушению чтения - алексии
синдромы поражения вторичных корковых полей височных отделов мозга	первичными дефектами выступают нарушения речевого или неречевого слуха, а вторичными — расстройства различных речевых процессов, связанных с речевым слухом (*сенсорная* афазия*)* или с неречевым и музыкальным слухом (*амузия).* В основе другого височного синдрома лежит нарушение слухоречевой памяти, проявляющееся в виде слабости слухоречевых следов и их повышенной тормозимости, в результате чего возникает *акустико-мнестическая* афазия
синдромы поражения третичных корковых полей зоны ТРО	проявляются в нарушении непосредственной ориентировки в пространстве, дефектах пространственной организации движений. Отмечаются также явления *конструктивной* апраксии*, расстройства понимания* определенных семантических логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные или «квазипространственные» отношения. Характерно нарушение образных наглядных интеллектуальных операций счета - явления *акалькулии* и др. В основе всех этих нарушений лежат дефекты *симультанного* анализа и синтеза
синдромы поражения вторичных корковых полей теменной постцентральной области	выражаются в нарушении *кинестетической* основы двигательных актов (движений руки, туловищ речевого аппарата), представляющем собою первичный дефект. Его следствие являются расстройство координации управления различными движениях и афферентно-моторного нарушения речи*,* а также расстройства тактильного восприятия в виде *астереогноза*
синдромы поражения премоторных областей	характеризуются нарушением *сукцессивной* организации различных движений (руки, речевого аппарата и др.). При данных синдромах при сохранности отдельных двигательных актов и речевых артикуляций нарушено бывает переключение от одного движения к другому, возникают двигательные или речевые *персеверации*. Подобные трудности переключения, инертность психических процессов наблюдаются и в других случаях
синдромы поражения префронтальных третичных областей коры	выражаются в *нарушении программировании* различных произвольных форм психической деятельности и невозможности контроля за их протеканием. Нарушения программирования и контроля проявляются не только в отдельных познавательных*,* процессах или двигательных актах, но и во всем поведении больного в целом.
синдромы поражения медиальных или медио-базальных отделов лобных долей мозга	характеризуются отсутствием первичных нарушений гнозиса, праксиса и речи. Центральным симптомом является нарушение в системе регуляции процессов неспецифической активации, что приводит к *аспонтанности*, *акинезии*, *снижению* уровня бодрствования, нарушениям *селективности*, *избирательности* психических процессов, появлению *контаминации*, нарушению *памяти* на семантическом уровне и т. д. Для данных больных характерны также нарушения в эмоционально-личностной сфере, проявляющиеся в ви-

	де *эйфории*, *эмоциональной неадекватности*, *некритичности* (чаще — при поражении медиальных или медио-базальных отделов лобных долей правого полушария)
синдромы поражения медио-базальных отделов височных долей мозга	характеризуются изменениями *аффективных* процессов, *модально-неспецифическими* расстройствами памяти, *нарушениями состояний* бодрствования, сознания
синдромы поражения подкорковых областей мозга	Данные синдромы характеризуются *расстройствами* цикла «сон — бодрствование», *изменениями* состояния сознания, *модально-неспецифическими нарушениями* памяти и внимания.

При афазии могут наблюдаться такие виды агнозий, как: *предметная, оптико-пространственная (апрактогнозия), буквенная и цифровая, агнозия на цвета, агнозия на лица*.

При афазии отмечаются следующие виды апраксий:

моторная апраксия (больной забывает простые действия) – самая грубая,

идеоторная апраксия (подражательные действия сохранны, нарушена последовательность действий, входящих в состав сложного действия, двигательной программы, больной не может по представлению показать то или иное действие),

конструктивная апраксия (больной не может сложить фигуру из частей, начертить фигуру, нарисовать план знакомого здания),

апраксия пространственных соотношений (больной не может найти свою палату, кровать, теряется при передвижении по ранее знакомому пространству),

графическая апраксия (часто сочетается с моторной, больному трудно воспроизвести написание тех или иных букв, срисовать буквы.

Нередко встречается *оральная апраксия* (нарушение произвольных движений губ, языка), ее частный случай - *артикуляторная апраксия*, которая может быть:

- кинетическая (трудности переключения от одной артикулеммы к другой, персеверации)
- кинестетическая (нарушение кинестетических ощущений артикуляционных движений, поиск артикуляции, соскальзывание с одной артикуляции на другую, замены звуков).

При сочетании теменно-затылочных нарушений у больных наблюдаются агностико-апраксические расстройства: нарушение схемы тела, распад пространственных представлений, пространственной ориентировки.

4.3. Неврологическая симптоматика афазий

Неврологическая симптоматика афазий складывается из общемозговых и очаговых симптомов.

Общемозговые симптомы, характерные для многих патологий связанных с повреждением головного мозга – это головокружение, дурнота, оглушение или возбуждение, нарушение координации и другие.

Очаговые симптомы – внезапные парезы, параличи, потеря зрения или изменение положения зрачка, неуверенная речь, нарушение координации движения, ригидность (патологическое напряжение) мышц затылка.

В зависимости от уровня поражения можно выделить 4 типа *двигательных* нарушений:

1) нарушения движений «высшего (коркового) уровня» (апраксии и родственные им расстройства),

2) нарушения движений «среднего уровня» — пирамидный синдром, мозжечковая атаксия, экстрапирамидные синдромы,

3) нарушения движений низшего (периферического) уровня (бульбарные расстройства и другие нарушения, связанные с поражением краниальных нервов, контрактуры и некоторые синкинезии),

4) комбинированные (смешанные) нарушения движений.

Самым *частым* клиническим синдромом инсульта является спастический гемипарез, традиционно связываемый с поражением пирамидных путей (пирамидный синдром). Однако двигательные нарушения более полиморфны и связаны с непосредственным поражением или вторичной дисфункцией различных звеньев единой системы регуляции движения, которая охватывает нейроны моторных зон коры, ствола мозга, базальных ганглиев и мозжечка, нисходящие пирамидные и парапирамидные пути, спинальные интернейроны и афферентные пути. В зависимости от локализации и распространенности поражения может формироваться сложная динамическая констелляция двигательных синдромов, среди которых клиницист должен выделить ведущее расстройство, ограничивающее мобильность пациента.

Нарушения движений высшего уровня в большей степени изменчивы и зависимы от ситуации, эмоциональных и когнитивных факторов, чем нарушения низшего и среднего уровней. Они в меньшей степени могут быть скорригированы за счет компенсаторных механизмов, неадекватность которых как раз и является их характерной чертой. Двигательные расстройства «высшего уровня» можно условно разделить на следующие группы:

1) паратония и другие синдромы растормаживания (хватательные феноꟷ мены, утилизационное, полевое и имитационное поведеꟷ ние, персеверации, зеркальные движения, синкинезии),

2) депрограммирование движений (моторное игнорирование, моторная имперсистенция, апраксия (идеомоторная/ кинетическая), синдром «чужой» (автономной или беспоꟷ лезной) руки),

3) нарушение равновесия и ходьбы «высшего уровня» (подкорковая астазия, лобная астазия (апраксия поддержания равновесия), синдром «толкания» («заваливания»), подкорковая/лобная дисбазия, апраксия ходьбы),

4) демотивация движений (нарушение побуждения к дейꟷ ствию: абулия/акинетический мутизм.

Среди нарушений *чувствительности* можно выделить: сенсорные нарушения, парестезии, измененная чувствительность только в руке, кисти, лице или в ноге (или в различных комбинациях), наиболее часто вовлекаются рука

и лицо. Обычно встречается одновременно и на той же стороне, что и гемипарез. Зрительные нарушения: нечеткое зрение в пределах поля зрения обоих глаз. Вовлеченное поле зрения является противоположным по отношению к стороне пораженной артерии. Монокулярная слепота: зрительные нарушения в одном глазу. Могут страдать все или часть поля зрения, часто эти нарушения описывают как исчезновение, побледнение, серое пятно, черное пятно в поле зрения.

4.4. Психологическая симптоматика афазий

Афазия не относится к числу психических расстройств, в целом, поведение больных адекватно. При афазии отмечаются особенности *восприятия*.

При сенсорной афазии отмечается речевая акустическая агнозия вследствие поражения зоны Вернике. Степень выраженности может быть различной: от полной неспособности различать фонемы родного языка до затруднения понимания близких фонем и речи в условиях затруднения (А.Р. Лурия).

При оптико-мнестической афазии происходит рассогласование наглядно-образных представлений с вербальным знаковым обозначением.

При афферентной моторной афазии отмечается расстройство кинестетической основы речевого акта, проявляющееся в трудностях артикуляции речевых звуков и слов в целом, в смешении близких артикулем.

При эфферентной моторной афазии отмечаются трудности в оттормаживании уже произнесенных звуков речи при переходе к следующим. Кинетические трудности отмечаются в процессе обычного речевого высказывания, а также в персеверативной замене развернутого речевого высказывания одним речевым стереотипом (эмболом) при грубых речевых расстройствах (Т.Г. Визель).

У больных с афазией неустойчивое, быстро истощаемое *внимание*, часто наблюдаются расстройства *памяти*, сужение ее объема, нарушение прочности сохранения информации.

При афазии состояние *внимания* будет определяться локализацией поражения: при поражении ретикулярной формации ухудшаются все свойства внимания (объем, концентрация, усталость, переключение, распределение); при поражении гиппокампа наблюдаются нарушение избирательности внимания; при поражении лобных отделов отмечается патологическое усиление непроизвольного внимания (данные особенности характерны для синдромов поражения префронтальных отделов коры). Возможны модально-специфические нарушения внимания в виде игнорирования стимулов тех или иных модальностей (зрительных, слуховых, тактильных). Данные нарушения характерны для поражения корковой зоны соответствующего анализатора и могут встречаться при сенсорной, оптико-мнестической и других афазиях.

Особенности нарушения мышления при разных формах афазии:

При *лобной динамической афазии* интеллектуальный дефект является первичным (что отличает эту форму от других). Речевой дефект отражает интеллектуальную недостаточность. Больные не в состоянии анализировать даже элементарные задачи, выделять существенные связи. Отсутствует мотив интеллектуальной деятельности, общая цель решения задачи.

При *семантической афазии* затруднены многозвеньевые мыслительные операции, при которых необходима система устойчивых словесных следов, их удержание в процессе решения умственной задачи. У этих больных сужено значение слов, часто нарушено зрительное восприятие, пространственный гнозис и праксис. Они испытывают затруднения при решении задач, требующих симультанного анализа и синтеза (например, составление целого из частей). Нарушено решение задач, требующих оптико-пространственного анализа и синтеза, конструирование. Абстрактное мышление и общая стратегия мышления сохранены.

При *эфферентной моторной афазии* значительно нарушена интеллектуальная деятельность. Умственные операции замедленны, фрагментарны. Больные с трудом понимают условия задачи, им трудно переключаться в процессе ее решения с одного звена на другое (происходит застревание на отдельных операциях).

При *афферентной моторной афазии* нарушения мыслительной деятельности менее заметны.

При *сенсорной афазии* особенности мышления связаны с трудностями восприятия формулировки задачи, с сохранением ее в памяти.

Особенности мышления у больных с афазией изучались многими исследователями, в результате чего был сделан вывод: при афазии нарушены не общие интеллектуальные способности, а речевой механизм, с помощью которого реализуется интеллектуальная деятельность. Речь формулирует и формирует мысли (особое отношение в этом вопросе занимает лобная динамическая афазия).

Особенности эмоционально-волевой сферы при *афазии* во многом зависят от *этапа* заболевания и *зоны поражения*.

Выделяются четыре *этапа* протекания болезни:

1 этап. Состояние непосредственно после травмы. В этот период больные начинают осознавать свое речевое нарушение. У большинства больных наблюдается пониженный фон настроения, они остро нуждаются в поддержке окружающих. Необходима помощь психотерапевта.

2 этап. На этом этапе больные начинают осознавать, что все позади, у них наблюдается повышенный фон настроения, может наблюдаться переоценка себя и своих возможностей.

3 этап. Происходит осознание тяжести болезни. Человек начинает понимать, что стал инвалидом. В этот период характерным является стремление к одиночеству, изоляции, наблюдается депрессия. Могут быть суицидальные попытки. Необходима помощь близких и психотерапевта.

4 этап. Период адаптации к дефекту. Состояние больного стабилизируется. Человек начинает правильно осознавать суть заболевания, видит свои дальнейшие перспективы, принимает свое новое положение в обществе. У

больного появляется активность в преодолении дефекта. В этот период возможна эффективная логопедическая работа.

При поражении медиобазальных отделов коры головного мозга (лимбическая система). Для височных поражений характерны различия между право – и левовисочной локализацией патологического очага.

При поражении коры правой височной доли возможны два типа аффективных нарушений:

- пароксизмы чрезмерных по силе эмоций с оттенком страдания (тоски, страха, ужаса), которые могут сопровождаться галлюцинациями и висцеровегетативными изменениями;

- пароксизмы, включающие переживание дереализации и деперсонализации с резким уменьшением эмоциональности или эйфорическим фоном настроения. Во втором случае нет грубых изменений личности. Имеется склонность к переживаниям с депрессивным оттенком, не достигающих уровня депрессии. Больные адекватны в своем отношениям к окружающим, самим себе. При поражении правой височной доли обнаруживаются нарушения распознавания эмоционально-просодических характеристик речи и нарушения распознавания эмоций по мимике.

Клинические наблюдения за больными с левовисочным поражением показали, что ведущим здесь является преобладание депрессивно-тревожных переживаний с активизацией и двигательным беспокойством. На фоне постоянного эмоционального напряжения и тревоги все более проявляются настороженность, подозрительность, раздражительность, конфликтность.

Для *поведения* лиц с афазией нередко характерны: аспонтанность, инактивность, инертность.

Аспонтанность выражается в невозможности самостоятельно включиться в какую-либо деятельность. Может проявляться в быстром выключении из выполнения задания.

Инактивность заключается в увеличении времени протекания деятельности в рамках той или иной функции.

Инертность характеризуется трудностями переключения в процессе выполнения различных операций или переключения с одного вида деятельности на другой. В тяжелых случаях полностью отсутствует возможность переключения с одного действия на другое, то есть наблюдается невозможность осуществления нормальной деятельности.

4.5. Речевая симптоматика афазий

Афазия - системное нарушение речи, т. е. страдают все ее компоненты. Можно выделить *специфические афазические симптомы*, характерные для данного нарушения в целом:

- Речевые эмболы (вставки). Эмбол - осколок, остаток имеющейся у больного речи. На все раздражители он реагирует этим эмболом (или несколькими эмболами). Эмбол - негативный симптом, он мешает восстановлению речи, тормозит его. Причина возникновения эмболов - инертность, застойность нервных процессов.

- Персеверации (упорствование) - навязчивое повторение одних и тех же элементов речи: звуков, слогов, фраз (может сопровождаться навязчивыми движениями). Наиболее стабильны и выражены при моторной афазии. При сенсорной афазии персеверации менее выражены и постоянны. Носят характер соскальзывания с одного звука на другой.
- Парафазии - употребление одних слов или звуков вместо других. Могут быть литеральные (звуки), вербальные (по звуковому или смысловому сходству).
- Параграфии - замены на письме, паралексии - замены на чтении.
- Контаминации (смешение) - ошибочное воспроизведение слова, представляющее собой сочетание, смешение элементов двух и более слов.

Речевые симптомы делятся на негативные и позитивные.

Негативные (симптомы распада, патологической деятельности мозга):

- эмболы
- контаминации
- невозможность выполнить языком, губами отдельные артикуляционные движения по инструкции, по подражанию
- невозможность выполнять серии артикуляционных движений
- невосприятие и непонимание чужой речи
- распад письма и чтения
- невозможность запомнить несколько слов и т. д.

Позитивные симптомы (основа восстановительного обучения):

- возможность, пусть с ошибками, выполнить отдельные движения языком, губами по инструкции, по подражанию
- поиски артикуляции при произнесении слова
- возможность воспроизводить автоматизированную ранее речь (пение любимых песен и пр.)
- сохранность экспрессивной речи (частичная)
- сохранность импрессивной речи
- сохранность "угадывающего" чтения
- стремление записывать слова для их запоминания
- прислушивание к чужой речи и т. д.

5. Клиника афазий

5.1. Акустико-гностическая сенсорная афазия

Сенсорную афазию впервые описал немецкий психиатр Вернике. Он показал, что афазия, которую он назвал сенсорной, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария (поле 22). Отличительной чертой этой формы афазии является нарушение понимания речи при восприятии ее на слух. Длительное время причины нарушения понимания при этой форме афазии оставались неясными. Лишь в 30-е годы нашего

века советскими психологами было установлено, что в основе речевой акустической агнозии лежит нарушение фонематического слуха.

Нарушение понимания. На раннем этапе после инсульта или травмы при сенсорной афазии наблюдается полная утрата понимания речи: чужая речь воспринимается как нечленораздельный поток звуков. Непонимание речи окружающих и отсутствие явных двигательных нарушений приводит к тому, что больные не всегда сразу осознают у себя наличие речевого расстройства. Они могут быть возбуждены, подвижны, многоречивы. На более поздних этапах и при менее выраженных расстройствах наблюдается лишь частичное непонимание речи, подмена точного восприятия слова догадками: различные слова звучат для такого человека одинаково (например: *хвост — гвоздь — кость — трость).* Одно и то же слово может восприниматься поразному, смешиваются слова *дом — том, бочка — почка, точка — дочка* и др.

Нарушение экспрессивной речи. В связи с нарушением фонематического слуха, непостоянством восприятия слышимой речи при акустико-гностической сенсорной афазии расстраивается слуховой контроль над своей речью. В результате этого в речи возникает множество литеральных и вербальных парафазии. На раннем этапе после инсульта или травмы речь больного может быть абсолютно непонятной для окружающих, так как она состоит из случайного набора звуков, слогов и словосочетаний, что получило название «жаргонафазии» или «речевой окрошки». Так, больной М. на вопрос: «У вас голова болит?» — отвечал: «Раз нас это и грамажим, ну мы их и так это давно было лет пять то же было а последних годах. Что очень болезня теня ну голова на вот надима».

Период жаргонафазии держится не более 1,5—2 месяцев, постепенно уступая место логорее (многоречивости) с выраженным аграмматизмом. На среднем этапе восстановления речи литеральные парафазии наблюдаются реже, однако отмечаются обильные вербальные парафазии.

Э. С. Бейн и И. Т. Власенко показали разнообразие вербальных парафазии, возникновение которых связано как со схожей акустико-фонематическои структурой слов, так и с семантической организацией их значения. Выбор определенного значения слова обусловлен контекстом, что создает необходимость оттормаживания побочных смысловых ассоциаций. Так, близкие по значению слова *смелый, героический, отважный, пасмурный, холодный, дождливый* и т. п. требуют своего точного отбора в зависимости от контекста. Нарушение этого механизма оттормаживания побочных связей может привести к заменам одного слова другим, не адекватным в контексте данного высказывания; например, вместо *чемодан* — «шкаф» или «колодец» лишь на основании того, что оба предмета имеют общие признаки углубления и хранения.

Нарушение чтения и письма. При чтении в речи человека с сенсорной афазией появляется множество литеральных парафазии, возникает затруднение в нахождении места ударения в слове, в связи с чем осложняется и понимание прочитанного. Однако чтение остается наиболее сохранной речевой функцией при сенсорной афазии, так как оно осуществляется путем привлечения оптического и кинестетического контроля.

Письменная речь при акустико-гностической афазии в отличие от чтения нарушается в большей степени и находится в прямой зависимости от состояния фонематического слуха.

Грубые **нарушения счета** при сенсорной акустико-гностической афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе, так как счет требует проговаривания слов, входящих в счетные операции. Больные, не понимая инструкции, могут пассивно копировать, списывать примеры, не совершая арифметических операций, могут неправильно записать число, например: 4+1 = 4+1, 4+1=15, 5 + 2 = 3.

Пересказ текста при сенсорной афазии. Больным с грубо выраженной формой пересказ не доступен. Больные с менее грубой формой пересказывают текст, но допускают искажения, характерные для экспрессивной речи в целом. Общую смысловую направленность текста больные все-таки передают. Часто характерна некоторая вычурность стиля изложения и отмечаются элементы логорреи.

5.2. Акустико-мнестическая афазия

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области (А. Р. Лурия, 1969, 1975; Л. С. Цветкова, 1975) (поля 21 и 37.). А. Р. Лурия считает, что в ее основе лежит снижение слухоречевой памяти, которое вызвано повышенной тормозностью слуховых следов. При восприятии каждого нового слова и его осознании больной утрачивает предыдущее слово. Это нарушение проявляется также при повторении серий слогов и слов. При этой форме афазии сохранны премоторные и постцентральные зоны, а также фонематический слух.

Слухоречевая память этих больных чрезвычайно инертна.

Характерна диссоциация между относительно сохранной способностью повторить отдельные слова и нарушением возможности повторения трехчетырех не связанных по смыслу слов (например: *рука — дом — небо; ложка — диван — кот; лес — дом — ухо* и т. д.). Обычно больные повторяют первое и последнее слово, в более тяжелых случаях — лишь одно слово из заданной серии слов, объясняя это тем, что не запомнили все слова. При повторном прослушивании они также не удерживают либо их последовательность, либо опускают одно из них.

Заучив серию слов, больные не могут их повторить, если они предъявлены в другом порядке. Они заменяют нужные слова персеверативным повторением уже сказанных слов. Если попросить больного повторить серию слов после паузы, заполненной какими-либо вопросами, то он не в состоянии их вспомнить.

Нарушение понимания речи. Нарушение объема слухоречевой памяти приводят к трудностям понимания длинных, многосложных высказываний,

состоящих из пяти — семи слов: человек может указать или дать не тот предмет, о котором идет речь, возникает его акустико-мнестическая дезориентированность, с трудом ориентируется в беседе с двумя-тремя собеседниками, «отключается» в сложной речевой ситуации, не может посещать доклады, лекции, утомляется при восприятии музыки и радиопередач. Больные хорошо понимают значение отдельных слов, не проявляют никаких признаков «отчуждения» смысла слова. Однако при увеличении объема словесной информации, как и у больного с акустико-гностической афазией, может возникнуть феномен «отчуждения» смысла слова.

Нарушение восприятия речи своеобразно выражается и в уравнивании или смешении ударения внутри слова, в связи с чем, возникает либо отчуждение смысла слова, либо его произнесение. Так, характерно произнесение слов, в которых безударный слог становится полнозвучным ударным, а ударный редуцирует в безударный. Например, больной Р., называя предметные картинки, произносил: «Завод... что-то не так... такое слово есть?» Логопед дал прослушать слово больному, записал его в тетради, после чего больной обрадовано произнес: «Ну конечно, завод... а то почему-то вода... за водой... чепуха получилась».

Нарушение экспрессивной речи. Активная речь: при этой форме афазии экспрессивная речь характеризуется трудностями подбора слов, необходимых для организации высказывания. Трудности нахождения слов объясняются обеднением зрительных представлений о предмете, слабостью оптико-гностического компонента. Семантическая размытость значения слов приводит к возникновению обильных вербальных парафазии, редких литеральных замен, слияния двух слов в одно, например «ножалка» *(нож + вилка)*. Речь при акустико-мнестической афазии, как и при акустико-гностической афазии, сохраняет свой выраженный предикативный характер. У них нет артикуляторных трудностей, они не только многоречивы, но и гиперактивны. Речь обильна, малоинформативна. Но в отличие от акустико-гностической афазии высказывание при акустико-мнестической афазии отличается большей законченностью, в речи нет «речевой окрошки».

Функция называния. Персеверации у больных с акустико-мнестической афазией отмечаются лишь при повторении и назывании серий слов, не связанных смыслом, что все же не мешает им понимать смысл предложений и текстов, смысловой подтекст басен (А. Р. Лурия).

Нарушение чтения и письма. При акустико-мнестической афазии в письменной речи больше, чем в устной, выступают явления экспрессивного аграмматизма, т. е. смешение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом, в роде и числе. Номинативная сторона письменной речи оказывается более сохранной, так как больные имеют больше времени для подбора слов, выбора синонимов, а также фразеологизмов, способствующих «всплыванию в памяти» нужных слов, изредка наблюдаются литеральные парафазии по акустическому типу (смешение звонких и глухих фонем). При записи текста под диктовку больные испытывают значительные трудности в удержании в слухоречевой памяти даже фразы, состоящей из трех слов. При этом обращаются с просьбой повторять каждый фрагмент фразы.

Значительно затруднено понимание читаемого текста. Это объясняется тем, что печатный текст состоит из длинных предложений. Удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухоречевой памяти.

Нарушение счета. Дефекты слухоречевой памяти сказываются и при решении арифметических примеров, в которых часть операций надо удерживать в уме, т. е. помнить. Например, при сложении чисел 27 и 35 больной пишет 2 и произносит «один в уме». Даже в том случае, если единица записана вблизи примера, он забывает ее прибавить к последующим слагаемым.

Таким образом, при акустико-мнестической афазии нарушение слухоречевой памяти вторично затрудняет нормальную реализацию письма, чтения и счета.

Речемыслительные операции затруднены. Больные свободно производят мыслительные операции, в которые входит элемент наглядности, т. е. операции с геометрическими отношениями, задача на конструктивный праксис, и испытывают значительные трудности при переходе к систематическим последовательным операциям, требующим участия речевых связей. Так, больные свободно раскладывают серии сюжетных картинок, но не могут определить их последовательность путем расположения в соответствии с нумерацией, если они заведомо разложены в иной последовательности. Попытки включить в эти операции устную речь не облегчают, а усложняют речемыслительную деятельность

Слабость зрительных представлений. Больные, изображая какие-либо предметы, опускают, не дорисовывают значимые для опознания этих предметов детали. Так, они могут не дорисовать носик у чайника, гребешок у петуха, ручку у чашки. Характерно, что больные не дорисовывают те элементы, которые, с одной стороны, специфичны именно для изображаемых предметов, а с другой — связаны с многозначностью слова (слова «носик», «гребешок», «ручка» и т. д. неоднозначны). Больной вместо петуха рисует неопределенной формы птицу, вместо чайника — нечто похожее на сахарницу, вместо чашки — миску или стакан и т. д.

5.3. Семантическая афазия

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочной области доминантного по речи полушария (поле 39). При поражении теменно-затылочных (или задних нижнетеменных) отделов левого полушария головного мозга сохраняется плавная синтагматическая организация речи, не отмечается никаких поисков звукового состава слова, отсутствуют явления снижения слухоречевой памяти или нарушения фонематического слуха.

При семантической афазии наблюдаются специфические амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольном назывании предмета, когда больные при трудностях нахождения лексической парадигмы обра-

щаются к описанию функций и качеств этого предмета синтагматическими средствами, т. е. не заменяют одно слово другим (вербальные парафазии), а заменяют слово целой фразой, говорят: «Ну, это то, чем пишут», «...это то, чем режут» и т. д., а с другой стороны, имеется характерный для этой формы афазии сложный импрессивный аграмматизм.

Нарушение понимания. Нарушение понимания сложных смысловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных предлогами и флексиями, получило название импрессивного аграмматизма. При семантической афазии сохраняется понимание обычных фраз, передающих «коммуникацию событий». Больные хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут карандаш под ложку или ложку справа от вилки, но затрудняются в расположении трех предметов по инструкции: «Положите ножницы справа от вилки и слева от карандаша». Еще большие трудности они испытывают при расположении геометрических фигур, не в состоянии решить такую логико-грамматическую задачу, как нарисовать крест под кругом и над квадратом, и не могут сориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа: *Коля выше Миши и ниже Васи. Кто из них самый высокий? Кто самый низкий?* Такие же трудности возникают у них при понимании сравнительных словосочетаний с наречиями *дальше — ближе, слева — справа* и т. д.

Основным проявлением речевой патологии при этой форме афазии является импрессивный аграмматизм, то есть нарушение понимания сложных смысловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных предлогами и флексиями.

Наибольшие трудности возникают при семантической афазии в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих «коммуникацию отношений» типа «брат отца» — «отец брата», которые можно решить, лишь соотнося с определенными смысловыми категориями: *дядя — брат — отец.*

При семантической афазии утрачивается понимание метафор, пословиц, поговорок, крылатых слов, не обнаруживается в них переносный смысл. Так, метафоры «каменное сердце», «железная рука», пословица «Не плюй в колодец, пригодится водицы напиться» понимаются в прямом, конкретном смысле.

Нарушение устной и письменной речи. Экспрессивная речь при семантической афазии отличается сохранностью артикуляторной стороны речи. Однако могут отмечаться выраженные амнестические трудности, подсказка первого слога или звука слова помогает больному. Слова заменяются описанием функции предмета: «Ну, это то, через что смотрят на улицу» или «Это то, что показывает время».

По мнению А. Р. Лурия, в основе амнестичсских трудностей при семантической афазии лежит нарушение так называемого «закона силы» позволяющего в норме безошибочно выбирать слово из серии слов, близких по категориальной отнесенности, по смыслу. Нарушение того «закона силы» как бы блокирует поиск слова как парадигмы в определенном семантическом поле, в связи с чем, больные прибегают к синтагматическому приему описания

функции или категориальной принадлежности предмета: «То, чем едят рыбу», «То, чем режут (пишут и т. д.)».

Вербальные парафазии не характерны для семантической афазии, так как больные на замещают одну парадигму другой.

Письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, сокращается употребление прилагательных.

Нарушение счета. При семантической афазии наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные смешивают направление действий при решении арифметических примеров, испытывают трудности при действии с переходом через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные числа. Например, вместо числа 1081 человек записывает 1801, 1108, так как затрудняется в определении разрядности числа. Нарушения счета проявляются в трудностях понимания текста задач, так как они включают те же логические элементы *больше — меньше, дальше — ближе, на столько, во сколько раз* и т. д.

Как у правшей, так и у большинства переученных левшей семантическая афазия возникает при поражении левого полушария и является стойким речевым расстройством.

5.4. Афферентная моторная афазия

Афферентная моторная афазия является одним из самых тяжелых речевых расстройств. Возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной, или Роландовой, борозды. Термин «афферентная» моторная афазия введен А.Р. Лурия.

А. Р. Лурия отмечает (1969, 1975), что существуют два варианта афферентной моторной афазии. Первый характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи при грубой выраженности расстройства.

Второй вариант, носящий в клинике название «проводниковой афазии», отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Этот вариант афферентной моторной афазии характеризуется преимущественно нарушением дифференцированного выбора способов артикуляции и симультанным синтезом звуковых и слоговых комплексов, входящих в слово.

Нарушение экспрессивной речи. При первом варианте афферентной моторной афазии выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Попытки произвольного повторения звуков приводят к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным (звуковым) заменам. Пристальное всматривание больного в артикуляцию логопеда приводит лишь к нахождению либо способа, либо органа артикуляции, что порождает смешение звуков *м — п — б, н — д — т — л, и —*

с, о — у и т.п., которое объясняется нарушением кинестетической оценки степени смычки артикуляторных органов при произнесении звуков, дезинтеграцией движений таких органов, как мягкое нёбо и голосовые складки.

Наиболее сложны для больных артикуляция гласных звуков *а, о, у, э, ы* и их дифференциация. Из-за апраксии губ гласные фонемы получают более долгое и нередуцированное звучание, которое на поздних этапах восстановления воспринимается на слух как иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных, в редких литеральных парафазиях.

На более поздних этапах одна фонематическая парадигма заменяется другой. Например, больные произносят слово *халат* как «ханат» или «ходат», *дом* как «лом» или «том».

По мере восстановления произносительной стороны речи выявляется сохранность синтагматической стороны речевого высказывания.

Нарушение понимания. На раннем этапе после травмы или инсульта при афферентной афазии может наблюдаться грубое нарушение понимания речи. Период значительного непонимания речи непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, понимание значений отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.

Нарушение чтения и письма. Степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата. При грубой апраксии всего артикуляционного аппарата чтение и письмо наиболее грубо нарушены. Нередко сохраняется лишь глобальное чтение про себя отдельных слов при задании показать, где находится то или иное слово из 4-5 слов, написанных столбиком.

При втором варианте афферентной моторной афазии (проводниковой афферентной моторная) больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, представляют их зеркально *(вода*—«даво», *окно* — «онко»), пропускают гласные или же пишут сначала все согласные, а затем уже гласные, причем, как правило, у них сохраняется представление о наличии звука в слове, например, пропуская букву *ё* в слове *ведёт,* больной ставит две точки над *д.*

По мере восстановления чтения и письма число литеральных параграфий уменьшается.

Называние. У больных с грубой формой афферентной моторной афазией называние чаще всего отсутствует, но это нарушение вторично, поскольку основной причиной является неспособность произнести слова даже в тех случаях, когда они есть во внутренней речи.

При менее грубом речевом дефекте возможно называние отдельных предметов, которые часто употребляются, а также называние распространенных действий, так как артикулирование звуков в этих словах является достаточно упрочненным.

При легкой степени называние как функция не страдает.

Фраза по сюжетной картинке. Грубая форма: составление фраз по сюжетной картинке не возможно.

При меньшей степени: возможно составление простой фразы по сюжетной картинке в основном бытового содержания. Это связано с тем, что артикулирование оборотов речи, которые используются в этих случаях, были высоко автоматизированы до заболевания.

Больные с легкой степенью речевого дефекта, как правило, достаточно легко составляют фразы по сюжетной картинке.

Пересказ текстов. Грубая степень выраженности – пересказ невозможен.

В менее грубых случаях, больные могут пересказать текст, но в форме ответов на вопросы или по подробному плану.

В легких случаях пересказ текстов возможен, но имеются трудности формулирования сложных фраз. Иногда встречаются аграмматизмы.

Повторная речь. Грубая степень – повторная речь отсутствует, за исключением способности повторять отдельные гласные звуки. Иногда возможно повторение некоторых губных согласных с опорой на артикуляционный образ звука и по акустическому образу. Также сохраняется способность воспроизведения абриса простых по звуковой стриктуре слов.

При средне степени – повторная речь опережает спонтанную.

Легка степень расстройства – повторная речь страдает незначительно.

Диалогическая речь. При грубой степени выраженности афферентной моторной афазии диалогическая речь отсутствует. Некоторые больные способны отвечать на вопросы только словами «да-нет».

При менее грубой форме – больные способны поддерживать диалог, но их ответы стереотипны и имеется тенденция к использованию слов, содержащихся в вопросе. Иногда ответы самостоятельны, но все равно они привязаны к вопросу.

При легкой степени – диалогическая речь сохраняется.

Таким образом, при афферентной моторной афазии центральным расстройством является нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений. Больные теряют способность совершать движения органов артикуляции по заданию, непроизвольно эти движения легко выполнимы, так как нет парезов, нет ограничений объема оральных движений (оральная апраксия, которая лежит в основе артикуляционной апраксии, непосредственно относящейся к произношению звуков).

5.5. Эфферентная моторная афазия

Эфферентная моторная афазия возникает при поражении передних ветвей левой средней мозговой артерии (поля 44, 45). Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы.

Поражение премоторных отделов мозга вызывает патологическую инертность речевых стереотипов, приводящую к звуковым, слоговым и лек-

сическим перестановкам и персеверациям, повторам. Персеверации, непроизвольные повторы слов, слогов, являющиеся следствием невозможности своевременною переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

Эфферентная моторная афазия многовариантна. Существует пять вариантов данной формы. А. Р. Лурия выделил и подробно описал 4 ее варианта.

Нарушение экспрессивной речи при разных вариантах эфферентной моторной афазии. При грубой эфферентной моторной афазии на раннем этапе после нарушения мозгового кровообращения может полностью отсутствовать собственная речь. Апраксия артикуляционного аппарата при этой форме афазии проявляется не в трудностях повторения отдельных звуков, а в утрате способности повторить серию звуков или слогов. Больной многократно повторяет их, при просьбе повторить две серии звуков или слогов персеверирует звуки из предыдущего звукового или слогового ряда, не испытывая трудностей в самом акте звукопроизношения. Это самый тяжелый вариант эфферентной моторной афазии.

Вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога предыдущего слова: «стожка» *(стол, ложка)*.

При другом варианте эфферентной моторной афазии при спонтанном восстановлении речи и общении нередко формируется выраженный экспрессивный аграмматизм: больные пропускают глаголы, с трудом употребляют предлоги, флексии существительных выявляется так называемый аграмматизм типа «телеграфного стиля», который возникает вследствие нарушения предикативной функции внутренней речи. В более легких случаях глаголы переносятся в конец предложения. Например, при рассказе по серии сюжетных картинок «Случай на реке» был произнесен следующий текст:

«Это мальчик... мальчик и вот речка и плот и мальчик как это... падать в воду и плот туда позвать далеко... И мальчик пионер ботинки снимать надо... зовет как это... помогите...»

При третьем варианте эфферентной моторной афазии не наблюдается столь грубого аграмматизма, а выявляется крайняя инертность в выборе слов, в высказывании отмечаются длительные паузы, персеверации, вербальные парафазии, произнесение слов становится растянутым. Длительные паузы, вызванные инертностью протекания речевых процессов, внешне напоминают амнестические трудности, характерные для семантической афазии, но в их основе лежит инертность выбора лексических средств.

Нарушение регуляции выбора слов приводит и к вербальным парафазиям, которые обусловлены инертностью переключения при их извлечении из разных «семантических полей». Например, составив фразу: «Мальчик удит рыбу», страдающий афазией переходит к составлению фразы по другой сюжетной картинке и вместо фразы «Мальчик купается в реке», произносит:

«Мальчик удится, ловится в речке» или вместо «Кузнец кует подкову» произносит «Кузнец кузнечит что-то».

Наблюдается еще один вариант эфферентной моторной афазии, при которой речь нарушается лишь в звене плавной, мелодичной смены одного слога другим. Речь этих больных грамматически правильно оформлена, но из-за нарушений ритмико-мелодической стороны речи страдает выделение не только ударных слогов, но и интонационная окраска психологического предиката, т. е. того нового, о чем говорится в сообщении, на что падает логическое ударение.

Функция называния. При тяжелой форме нарушения речи функция называния полностью отсутствует, а при подсказке первого слога слова происходит либо автоматизированное его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово, начинающееся с того же слога. Например, называя предметные картинки, больной, получив слоговую подсказку *мо,* вместо слова *молоко* произносит «море», «морковь», «мороженое» и т. п.

Нарушение письма. При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам.

В тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки.

Нарушение чтения. В наиболее грубых случаях чтение носит угадывающий характер, доступен показ того или иного написанного слова, подкладывание подписей к картинкам. Эти грубые нарушения чтения и письма обусловлены распадом способности программирования звукобуквенного состава слова. При «телеграфном стиле» чтение может быть сохранным.

В более легких случаях возможно чтение отдельных слов и коротких предложений, но затруднено понимание прочитанного, особенно предложений со сложной синтаксической структурой.

Нарушение понимания. В основе расстройства понимания при эфферентной моторной афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушения так называемого «чувства языка» и предикативной функции внутренней речи. Не различаются на слух грамматически правильно построенные высказывания и неправильные. Плохо понимается переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А. Р. Лурия, 1975), отмечается нарушение понимания многозначности слов. Например, слова *коса, ключ, идти* — больные воспринимают как неправильные.

5.6. Динамическая афазия

Динамическая афазия характеризуется тем, что страдает динамичность речи, существуют трудности внутреннего программирования речевого высказывания, в то время как отдельные единицы — звуки, слоги, слова могут быть

произнесены. Она возникает при поражении заднелобной коры левого полушария.

Синдром динамической афазии проявляется нарушением как импрессивной, так и экспрессивной речи. Тяжесть нарушения этих сторон речи может быть различной — от едва заметных расстройств до выраженного нарушения интеллектуальной деятельности. Нейрофизиологически эти трудности объясняются нарушением активности протекания всей психической деятельности.

Нарушение слухоречевой памяти при динамической афазии является одним из ее симптомов. Если здоровый человек постепенно запоминает из 10 предъявленных ему слов сначала 5, затем 6, 8, 9, 10, то больной с динамической афазией, персеверируя отдельные слова и переставляя их, не может запомнить больше 4 слов. Для больных характерно нарушение последовательности воспроизводимой серии слов. Даже воспроизведение в обратном порядке таких автоматизированных видов речи, как счет от 20 к единице, дней недели от воскресенья к понедельнику и месяцев года от декабря к январю, вызывает у них чрезвычайные трудности.

В обычной экспрессивной ситуативной речи больные с динамической афазией аспонтанны, малоинициативны. Ответы на вопросы односложны и, как правило, включают в себя слова из вопроса собеседника, соответственно грамматически перестроенные.

Понимание речи. У больных с динамической афазией понимание элементарной ситуативной речи может быть сохранно, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, и нарушено понимание сложных текстов. Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при показе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации, трудности быстрого нахождения предмета, возникает псевдоотчужденность смысла слова.

При выраженной динамической афазии, обнаруживается нарушение чувства языка, возникают затруднения в понимании сложных фраз, особенно инвертированных, требующих для своего понимания перестановки элементов предложения. Эти трудности в понимании сложных высказываний связаны с недостаточной активностью больных, инертной фиксацией их внимания на значении отдельных элементов с нарушением понимания грамматических средств языка.

Экспрессивная речь. В экспрессивной речи обнаруживаются те же трудности: остается относительно сохранной ситуативная, диалогическая речь, в которой замысел высказывания диктуется или предъявляется самой бытовой ситуацией. При этой форме афазии больные могут следить за домашними событиями, проявляя некоторую заботливость, но почти не оречевляя ситуацию, а также способны вести хозяйство. Лишь при обширных очагах поражения больные выключаются из микросоциального общения, реализуемого при обычной динамической афазии правым, симультанно схватывающим ситуацию полушарием. При этом отмечается эмоционально-интонационная окраска междометий и других речевых штампов. Но как только возникает необходимость оречевить ситуацию (а это также нередко требует планирования не только речевых, но и внеречевых действий, которые все же следует оречевить), больные оказываются беспомощными, переходя к употреблению вводных слов, частиц: «Ну, как это... ну... ну... понимаете, не могут и все...». Оречевить смутную мысль, скорее побуждение к ней, интенцию помогают наводящие вопросы либо план высказывания при помощи фишек или элементарной схемы из 3—4 квадратов, как бы материализующей для этого больного высказывание. В результате больной может построить фразу, «выталкивая» слова, например: «Надо... купить хлеба», «К. нам же придут... гости!» и т. п. Даже диалогическая речь, в которой инициатором должен выступить больной, требует организационной помощи со стороны окружающих. То же, но в еще более выраженной форме происходит в случае, когда больному предлагают рассказать содержание фильма, известной картины или о фактах своего собственного жизненного опыта, требующих плана или программы изложения, поскольку это уже творческий процесс.

Письмо и чтение. При динамической афазии относительно сохранны письмо под диктовку и чтение. Однако больные не могут самостоятельно написать даже элементарное письмо, прибегая к списыванию поздравительных шаблонов к праздникам.

Нарушение счета. При динамической афазии значительно затруднено решение не только арифметических задач, которые требуют планирования нескольких операций (Лурия А. Р., Цветкова Л. С, 1968), но и простых примеров, в которых надо произвести операции на сложение и вычитание, например (3 + 26) — (28 + 13) = ... Больные испытывают определенные трудности при переходе через десяток и выраженные трудности при решении примеров, включающих операции на умножение и деление, поскольку это требует не только планирования действия, но и переключения с одного действия на другое.

5.7. Травматические афазии

Травматические афазии могут принимать разные формы и протекать с различной глубиной поражения начиная от тотальной афазии с полной невозможностью говорить и очень плохим вниманием обращенной к больному речи, до самых тонких и стертых форм речевых расстройств, выражающихся в одних случаях в легком затруднении артикуляции, в других — в слабом «недослышании» обращенных к больному слов, а в третьих — в незначительных трудностях подыскивания нужных названий и припоминании нужных слов.

Условно можно выделить картины на три основные клинические группы.

К *первой* относится картина *полной афазии* с тотальной блокадой моторной речи или (если дело идет о сенсорно-афазических расстройствах) с грубым нарушением слышания и понимания чужой речи. В этом смысле патологический процесс грубо нарушает как внешнюю физическую сторону речи, так и ее рецепторную сторону.

Вторую группу составляют четкие случаи афазических расстройств, в которых нарушение речи не принимает характера тотальной блокады речевых процессов, но в которых специфический для данной формы афазии синдром выступает особенно четко. В случаях нарушения передних разделов мозга он принимает формы отчетливых артикуляционных нарушений, с невозможностью найти правильную моторную структуру слова или оторваться от только что данной артикуляции и переключиться на новую. При височных поражениях синдром, не принимая формы тотальной сензорной афазии, может приводить к ясным нарушениям членораздельного («фонематического») слуха, к отчуждению смысла слов и грубым забываниям значений слов. Другие локализации ранений могут давать столь же отчетливую картину нарушения смысловой («логико-грамматической») стороны речи с ясным амнетистико-афазически-ми симптомами или столь же ясные нарушения динамики речевого мышления.

К *третьей* группе относятся нестойкие, *стертые* формы афазических расстройств. В одних случаях они принимали характер легкой дезавтоматизации речевого процесса с его недостаточной плавностью; в других они имели характер остаточных затруднений словесной артикуляции, проявляющихся лишь при произношении трудных и необходимых слов; в третьих они приобретали форму остаточного амнестико-афазического синдрома, ведущего к затруднению при припоминании некоторых неходких слов или к трудности понимания чуть осложненных грамматических конструкций.

5.8. Нарушения чтения и письма при афазии

5.8.1.Нарушения письма при афазии

I Речевые формы аграфии

Сенсорная аграфия

Клинике давно известны симптомы сенсорной аграфии. Для правильного протекания процесса письма прежде всего необходимо четкое константное восприятие фонематического строя языка, что создает необходимые предпосылки для правильного звуко-буквенного анализа слова. Нарушение же фонематического слуха неизбежно ведет к нарушению звуко-буквенного анализа. В этих случаях письмо может быть либо совсем распавшимся и тогда больной не может написать ни одной буквы или слова как в самостоятельном письме, так и со слуха. У него остается лишь идеограммное письмо, да и то не всегда. В случаях менее выраженной степени нарушения письмо этих больных изобилует литеральными и иногда вербальными парафазиями, звуки заменяются больным по фонематическому правилу.

Центральным механизмом сенсорной аграфии является нарушение акустического восприятия речи, ее фонематического слуха. Центральным дефектом является практический распад всех видов письма, и прежде всего письма со слуха.

В клинической картине сенсорной аграфии обнаруживаются или полная утрата способности к письму, или грубые литеральные парафазии, представляющие собой замену оппозиционных звуков в акустическом восприятии.

В психологической структуре письма нарушается сенсомоторный уровень организации этого процесса в звене звукоразличения и вторично нарушается лингвистический уровень — все его подуровни — звуки, слова, предложения, тексты. Сохранным остается психологический уровень организации и реализации письма (намерение, замысел, мотивы).

Контрольные функции за письмом также нарушаются, по не как вид целенаправленной деятельности, а вторично, из-за дефектов фонематического слуха.

Сенсорная аграфия протекает в синдроме сенсорной афазии: в синдроме нарушения устной экспрессивной и импрессивной речи. При сенсорной аграфии нарушаются: а) слуховое письмо (диктанты, конспективные записи услышанного), б) самостоятельное письмо, в) списывание относительно более сохранно, но оно также нарушается: автоматизированный способ замещается осознанным процессом побуквенного списывания, а нередко и просто копированием.

Афферентная моторная аграфия

При афферентной моторной аграфии больные из-за нарушений речевых кинестезии теряют артикуляторные границы между звуками, близкими по месту происхождения. Центральным механизмом нарушения письма при афферентной моторной аграфии и являются дефекты кинестетических ощущений, которые приводят к нарушению тонких артикуляторных движений и к невозможности четко отдифференцировать звуки по их кинестетическим основам, что и ведет к центральному дефекту при письме — нарушению письма отдельных звуков, близких по способу и месту образования.

Нарушение письма и в этом случае выступает в грубой форме, но уже по другим основаниям. В клинической картине этих нарушений письма у больного обнаруживаются литеральные параграфии.

Наиболее частыми ошибками являются:

1) замены одних звуков другими, близкими по месту нахождения;
2) пропуски согласных при их стечении;
3) пропуски гласных в словах;
4) нередко встречаются и пропуски целых слогов из середины слова («Нов» вместо *Псков,* «потвй» вместо *портной* и т. п.).

Наиболее частыми и характерными ошибками при этой форме аграфии являются замены звуков: т-д-л-н; м-в-н; т-к; э-с-ш-ч; в-ф и др. Обычно больные жалуются на то, что они не «чувствуют» этих звуков.

Афферентная моторная аграфия протекает в синдроме афферентной моторной афазии, при которой нарушается устная экспрессивная речь по тем же механизмам, дефекты которой и влияют на письмо. При этой форме аграфии нарушаются практически все виды письма, кроме списывания. Особенно грубо нарушается самостоятельное письмо (изложение, сочинение) и письмо со слуха (диктант).

Эфферентная моторная аграфия

Центральным механизмом, лежащим в основе эфферентной моторной аграфии, является нарушение кинетической организации моторной стороны устной речи, дефекты своевременной денервации предыдущего и иннервации последующего речевого акта, что приводит к патологической инертности возникших стереотипов в устной и письменной речи. Этот механизм ведет к дефектам переключения с одного звука (слова, предложения) на другой в процессе устной речи и с одного знака на другой — в письменной речи. Нарушение процесса переключения и является центральным дефектом в эфферентной моторной аграфии.

Эфферентная моторная аграфия протекает в нейропсихологическом синдроме эфферентной моторной афазии, нарушений динамического праксиса. Для психологической картины расстройства письма характерно нарушение внутренней схемы слова и предложения, нарушение осознания последовательности букв в слове (слов в предложении). У больных с этой формой аграфии нарушается осознание сложных отношений слов внутри предложения, а также утрачиваются динамические отношения слов, благодари которым не слово, а предложение становится единицей значении и смысла. Этим больным трудно создать «в уме» схему целой грамматической конструкции, разместить и связать отдельные слова в предложения.

II Неречевые формы аграфии

Оптическая аграфия

Поражение нижнетеменных и затылочных отделов коры левого полушария, связанных с интеграцией зрительного опыта и его пространственной организацией, приводит к нарушению оптического и оптико-пространственного восприятия и образов-представлений букв, что и лежит в основе нарушений письма по типу оптических аграфий. Этот вид аграфии рассматривается в синдроме гностических расстройств. Наиболее часто встречающимися в клинике оптических аграфий являются оптическая, оптико-пространственная и оптико-мнестическая формы нарушения письма [7].

Сущность всех оптических аграфий заключается в том, что графема нарушается в этом случае не как речевая единица, а как зрительный и зрительно-пространственный образ представления. Во всех формах оптической аграфии нарушается перешифровка звука в букву.

Поражение нижнетеменных отделов ведет к дефектам актуализации (или к нарушению) зрительно-пространственного образа и графемы, что и является центральным механизмом нарушения письма при оптико-пространственной аграфии. В этих случаях у больных сохраняется графический образ графемы, буквы, которую нужно написать, но нарушается пространственное расположение элементов буквы. Особенные трудности больные испытывают при написании букв, имеющих четкую пространственную ориентацию *(и-п, е-э, б-д* и др.), что является центральным дефектом при этой форме нарушения письма.

Другой тип оптической аграфии заключается в утере обобщенного оптического образа буквы, обозначающего конкретный звук; графема в этом случае перестает выполнять функцию обозначения определенного звука. Больные с этой формой аграфии хорошо вычленяют звуки речи, но у них распадается константный и обобщенный образ буквы. Нарушение константности и обобщенности буквы и является центральным механизмом оптической аграфии. Центральным дефектом в этом случае является нарушение дифференцированности оптического образа буквы, замена одних букв другими, близкими по оптическому образу и конструкции *(а-о-е, и-п-н, ш-и-п, с-х-к, в-р, б-в-р* и т. д.).

В клинической картине оптической аграфии обнаруживаются поиски нужной буквы, ошибки по типу замены одной буквы другой, сходной по рисунку (литеральные оптические параграфии), замедленность и произвольность процесса письма. В психологической картине нарушения для этой формы аграфии является характерным, с одной стороны, размытость образа буквы, дефекты вычленения ее существенных компонентов, несущих на себе значение, т. е. микрознаки *(б-в, и-й, г-п-т, н-п* и т. д.), а с другой — распад обобщенного образа буквы и замена его конкретным, единичным и присущим только дачному субъекту (некоторые больные, например, могли писать букву *Д* только как *д,* букву *Р* — только как р и т. д.). Из-за дефекта обобщенности образа буквы эти больные испытывали трудности перехода от одного вида буквы к другой внутри одной графемы (Д, D, *д).* Именно в этой связи при этой форме аграфии нередко остается более сохранным письмо одним каким-либо шрифтом — либо рукописным, либо печатным, с трудностями или полной невозможностью перехода от одного шрифта к другому. Нарушаются прежде всего такие виды письма, как самостоятельное и диктант, списывание остается более сохранным.

Этот вид аграфии включен в синдром оптической предметной агнозии.

5.8.2. Нарушения чтения при афазии

При афазиях могут встречаться следующие нарушения чтения: оптическая алексия, сенсорные формы алексии, моторные формы алексии.

Оптическая алексия.

Оптическая алексия часто возникает в синдроме оптической агнозии или оптико-пространственных нарушений и нередко в синдроме оптико-мнестических расстройств. Эта форма нарушения чтения радикально отличается от всех форм алексий, идущих в синдроме речевых нарушений: оптические расстройства чтения идут, как правило, на фоне сохранной речи.

Нередко оптическая алексия протекает и при участии нарушенных речевых процессов. Тогда на первый план выступают трудности соотнесения буквенного знака с его звуковой характеристикой: больной утрачивает значение буквы, забывает ее наименование, путает наименование близких по оптическому рисунку букв. Графема в этом случае распадается как понятие, как результат сложной речевой организации оптического материала. Нарушение

взаимодействия речи и зрительного восприятия ведет к так называемой оптико-мнестической алексии, при которой центральным дефектом выступает амнезия на буквы и слова при чтении.

Сенсорные (сенсорная и акустико-мнестическая) формы алексии

Нарушения чтения в этих случаях идет в синдроме сенсорной афазии. Процесс непосредственного зрительного узнавания знакомых слов при этой форме нарушения чтения может оставаться сохранным, в то время как звуковой анализ и синтез читаемого слова оказывается глубоко нарушенным, а часто и невозможным. Многие слова (не упроченные в опыте больного) оказываются для него лишь системой знаков, не имеющей звуковой основы. Невозможность узнать смысл слов посредством звукобуквенного анализа превращает весь процесс чтения в угадывание, близкое к тому, которое имеет место у детей, обучающихся чтению методом целых слов. У больных, у которых до болезни чтение представляло высокоавтоматизированный навык, узнавание читаемого слова может сохраниться, в то время как у больных с менее упроченным в прошлом опыте навыком чтения оно распадается полностью.

«Угадывающее» чтение объясняется тем, что высокоавтоматизированный навык в норме может протекать как процесс непосредственного узнавания слова со вторичной коррекцией его звукового состава. Поэтому больной с височной афазией и алексией может нередко узнать «в лицо» целое хорошо знакомое слово, однако не в состоянии прочитать отдельную букву, слог или малознакомое слово, поскольку у него отсутвует четкое восприятие звукобуквенного его строения. Сенсорная алексия наступает вследствие нарушения процесса звукоразличения из-за дефекта акустического восприятия, что является центральным механизмом и центральным дефектом сенсорной алексии. Этим объясняется появление в процессе чтения литеральных замен, паралексий.

Однако дефекты акустического восприятия приводят не только к заменам одних фонем на другие, но и к полной невозможности синтезировать звуки в слово, к невозможности понять его значение. Этот дефект ведет либо к полной утере чтения, либо к полной замене адекватного чтения «угадывающим», при котором нарушается уровень понимания значения слова, но остается сохранным усмотрение общего смысла читаемого, что может объяснить появление вербальных паралексий.

При акустико-мнестической афазии отмечаются дефекты не столько сенсомоторного уровня чтения, сколько нарушение уровня понимания. В основе этих дефектов чтения лежат трудности удержания объема поступающей информации. Например, больные затрудняются соотнести прочитанное предложение с картинкой к нему. Больные не могут правильно воспринять, удержать и воспроизвести предложение. Процесс соотнесения прочитанного оказывается затрудненным, а понимание неточным. У больных разобщены два уровня чтения – сенсомоторный и понимания.

Эфферентная и афферентная моторная алексия.

При афферентной моторной афазии центральным дефектом является нарушение кинестетической основы артикуляции. Иннервация артикуляторных актов теряет свою избирательность, и возникают типичные для этих поражений замены одних звуков (артикулем) на другие, близкие. Контроль над процессом чтения у этих больных сохранен, они знают о своих ошибках и пытаются их исправить.

Как и в случае эфферентной моторной алексии, здесь нарушается, прежде всего, звукобуквенный анализ (центральный дефект), но уже из-за дефектов кинестетической основы речи. чтение становится резко дезавтоматизированным, максимально осознанным аналитическим процессом, все внимание больного приковано к перешифровке оптических знаков в нужные артикуляции, поэтому внимание отстает от восприятия. артикуляторные трудности приводят к подмене подлинного чтения угадывающим на основе отдельных фрагментов слова. однако угадывание в этом случае идет в русле общего смысла фразы и текста; больные при чтении постоянно прибегают к сличению только что прочитанного материала с ранее прочитанным.

При описанных формах моторной алексии на состояние уровня понимания влияет степень нарушения сенсомоторного уровня чтения при описанных формах моторной алексии. К нарушению понимания читаемого могут привести лишь грубые моторные дефекты чтения.

Наименьшие трудности понимания обнаруживаются в случаях афферентной моторной алексии, когда даже при довольно грубом нарушении сенсомоторного уровня может остаться возможным «внутреннее чтение» недлинных слов и фраз, которое и помогает понять читаемое. Этот факт является положительным моментом и соответствующим образом используется в восстановительном обучении.

5. Особенности афазий в детском и подростковом возрасте

Афазии в детском и подростковом возрасте – это группа полиэтиологических нарушений центральной нервной системы, которые характеризуются частичной или тотальной потерей речевых функций у детей с ранее сформировавшейся речью. В педиатрии такие состояния встречаются редко – данные патологии больше распространены у взрослых. Суммарная встречаемость среди детей – менее 1%. Детские афазии чаще наблюдаются у мальчиков. В детском возрасте афазии проявляются менее разнообразно, чем у взрослых, поскольку речь у детей не столь развита. Чем младше ребенок – тем менее разнообразны клинические симптомы детской афазии. Также для пациентов детского возраста характерен быстрый регресс возникших симптомов – спустя несколько месяцев речевые функции могут полностью восстановиться.

6.1. Этиология афазий в детском и подростковом возрасте

6.1.1. Черепно-мозговые травмы в детском и подростковом возрасте

Среди клинических форм ЧМТ в детском возрасте преобладают сотрясение мозга и ушиб мозга легкой степени. Следует подчеркнуть, что для ЧМТ у детей характерно несоответствие между степенью ее тяжести и развивающимися последствиями. Необходимо отметить, что в раннем возрасте у детей еще открыты роднички, кости черепа податливы, еще не заросли швы, поэтому общемозговые симптомы при наличии внутричерепной гематомы отсутствуют. В то же время высокая гидрофильность тканей у детей способствует более легкому возникновению отека мозга. У детей, особенно раннего возраста, потеря сознания может продолжаться 1-2 с, что обычно трудно уловить. Дети часто оглушены, вялые, сонливые. Только у детей старше 4 лет можно установить наличие ретроградной амнезии. Рвота может быть однократной или повторяться в течение нескольких дней. У грудных детей с ЧМТ отмечаются частые срыгивания, диспептические явления.

При ушибах мозга у детей характерно преобладание общемозговой симптоматики над очаговой, часто изменяется поведение, выражены вегетативные проявления. Из очаговых симптомов наиболее постоянна пирамидная недостаточность, однако у детей раннего возраста этих симптомов может не быть. Бессимптомность или малосимптомность ЧМТ в детском возрасте, преобладание общемозговой симптоматики над очаговой даже в случаях сдавления головного мозга затрудняют раннюю диагностику ЧМТ у детей. У детей грудного возраста нередко возникает перелом костей, что объясняется тонкостью костей черепа, отсутствием диплоического слоя. К особенностям повреждения мозга в этом возрасте относят разрыв мозговой ткани при травме. Геморрагические проявления *встречаются редко, зато* часто возникают ишемические очаги в базальных узлах, внутренней капсуле. Внутричерепная гематома в детском возрасте встречается реже, чем у взрослых. Среди них чаще наблюдается эпидуральная гематома, источником кровотечения являются сосуды твердой мозговой оболочки. В раннем детстве твердая мозговая оболочка хорошо кровоснабжается.

У детей симптомы сдавления мозга гематомой сначала слабо выражены. Субдуральная гематома в первое полугодие жизни обусловлена обычно разрывом вен вблизи верхнего стреловидного синуса. Известно, что одной из причин разрыва этих вен может быть чрезмерное укачивание детей. При субдуральной гематоме у детей часто не бывает светлого промежутка. Изолированные травматические внутримозговые и внутрижелудочковые кровоизлияния у детей раннего возраста встречаются редко, наблюдаются они преимущественно в школьном возрасте.

Последствия ЧМТ в детском возрасте зависят от тяжести травмы, возраста и преморбидного фона. Наиболее тяжелыми бывают последствия ЧМТ у детей раннего возраста. Это связано с недостаточной дифференциацией

клеток коры мозга, слабостью тормозных процессов, незаконченной миелинизацией нервных волокон.

6.1.2. Опухоли головного мозга в детском и подростковом возрасте

Опухоли бывают доброкачественными, состоящими из высокодифференцированных клеток, и злокачественными, для которых характерен инвазивный рост, метастазирование и менее благоприятный прогноз. По времени возникновения новообразования делят на врожденные и приобретенные.

Дети имеют высокий компенсаторный потенциал нервной системы, поэтому клинические проявления возникают только при больших размерах новообразования. Основные симптомы связаны с повышением внутричерепного давления. Ребенок испытывает сильные приступообразные головные боли, которые появляются без видимых причин. Они сочетаются с головокружением, мельканием мушек перед глазами. Интенсивность ощущений изменяется в зависимости от положения головы.

Важным клиническим признаком является «мозговая» рвота, которая открывается внезапно и носит фонтанирующий характер. Данный синдром не связан с приемом пищи, наклонами или физической нагрузкой. При церебральной рвоте отсутствуют предвестники: тошнота, позывы, дискомфорт в желудке. Чаще всего она появляется ночью или рано утром, на высоте головной боли.

Сдавление отдельных церебральных участков дает очаговые симптомы, по которым врач может предположить локализацию неоплазии. Зачастую у ребенка отмечаются нарушения походки и координации движений, что патогномонично для поражения мозжечка. Реже наблюдаются зрительные, слуховые или речевые расстройства. Иногда первым проявлением опухолевого процесса служит эпилептический припадок.

Важное место занимают симптомы психических нарушений, развитие которых обусловлено дистрофическими изменениями нервной ткани. У детей возможны нарушения сознания по типу загруженности и оглушения, ослабление концентрации внимания и памяти. Возникают проблемы с усвоением нового материала в школе. Ребенок становится апатичным, вялым, перестает интересоваться общением с родителями и сверстниками.

При онкопатологии определяются общемозговые симптомы (головные боли, церебральная рвота, головокружение), очаговые признаки (нарушение сенсорных и двигательных функций), изменения в психическом статусе. С диагностической целью используют гистологический анализ биоптатов опухоли, визуализационные методы: ЭЭГ, компьютерную и магнитно-резонансную томографию головного мозга. Лечение состоит из резекции образования, лучевой терапии и химиотерапии.

6.1.3. Инсульты в детском и подростковом возрасте

Инсульт у детей — это острое нарушение церебрального кровотока, симптомы которого длятся более 24 часов. Возникает при врожденных аномалиях сосудов, нейроинфекциях, аутоиммунных и гематологических болезнях. У заболевания есть общемозговые (цефалгии, изменения сознания) и очаговые симптомы (парезы и параличи, нарушения речи, выпадение полей зрения).

Причины

Этиологическая структура детских инсультов зависит от их типа и времени появления. В периоде новорожденности основные причины болезни — перинатальные черепно-мозговые травмы и компрессия шейного отдела позвоночника. 50% неонатальных ишемических инсультов обусловлены гипоплазией сосудов, осложнившей врожденные сердечно-сосудистые пороки. Остальные причины расстройств кровообращения можно разделить на несколько категорий:

- *Аневризмы и сосудистые мальформации***.** Патологии строения сосудов занимают первое место среди этиологических факторов во всех возрастных группах. При разрывах аневризмы или мальформации происходит кровоизлияние в головной мозг — геморрагический инсульт.
- *Системные поражения соединительной ткани.* Расстройства церебрального кровотока обычно развиваются при артериитах, которые возникают вследствие васкулитов, красной волчанки, болезни Кавасаки или синдрома Такаясу. У детей пубертатного возраста заболевание может наблюдаться при антифосфолипидном синдроме.
- *Нейроинфекции***.** Инсульт становится осложнением менингитов и энцефалитов вирусного или бактериального происхождения. В период новорожденности основным этиологическим фактором является Haemophilus influenzae, которая зачастую вызывает ишемический тип церебрального поражения.
- *Генетические патологии***.** Наличие наследственной серповидноклеточной анемии в 2 раза повышает риск инсульта, что особенно значимо у чернокожих детей, предрасположенных к этой болезни. Редкие генетические причины включают гипергомоцистеинемию, дефицит протеинов С и S, мутацию V фактора Лейдена.
- *Заболевания крови***.** Врожденные нарушения в свертывающей системе (гемофилия, болезнь Верльгофа) резко повышают вероятность геморрагического инсульта у детей. Инсульт также встречается при ДВС-синдроме, который развивается в основном в рамках онкологической патологии.

У подростков причины нарушений кровотока в головном мозге могут включать такие типичные для взрослых пациентов факторы, как вторичная артериальная гипертензия, сахарный диабет, аритмии. Инсульты иногда возникают при тяжелом наркотическом опьянении, поскольку среди 15-18 летней молодежи повышается распространенность кокаиновой и амфетаминовой наркомании. Среди предрасполагающих факторов называют курение (в том числе пассивное), употребление алкоголя, преобладание жирной и высокохолестериновой пищи в рационе.

Патогенез

Патофизиологические особенности развития определяются типом инсульта. При геморрагическом инсульте происходит диапедезное кровоизлияние (при длительной ишемии и дезорганизации сосудистых стенок) или одномоментный разрыв стенки сосуда, например, вызванный резким повышением артериального давления или истончением в месте аневризмы.

При ишемическом инсульте симптомы обусловлены снижением кровотока и гибелью нейронов. Выделяют 2 типичных механизма омертвения нервной ткани: некроз и апоптоз. Первый вариант преобладает в острейшей фазе заболевания в центре патологического очага, где кровоснабжение полностью отсутствует. Апоптоз наблюдается в зоне пенумбры (ишемической полутени) и в отделенных от некроза мозговых участках.

Классификация

В современной детской неврологии используют деление инсультов по возрасту на 3 категории:

- фетальный — возникающий у плода в ходе внутриутробного развития;
- перинатальный — от 28 недели гестации до месяца после рождения;
- детский — у больных от 1 месяца жизни до 18 лет.

По течению выделяют 4 периода: острейший, острый, ранний и поздний восстановительный. В клинической практике наиболее важна классификация инсульта на 2 типа:

1. *Ишемический***.** Обусловлен острым нарушением кровоснабжения отдельного участка нервной ткани, его синонимичное название — инфаркт головного мозга. С учетом причины и механизма различают несколько подтипов: тромботический (тромбоэмболический), лакунарный (глубинный мелкоочаговый), атеротромботический.

2. *Геморрагический.* Развивается при разрыве церебрального сосуда и кровоизлиянии в мозговые ткани. По локализации повреждений подразделяется на паренхиматозное, вентрикулярное и субарахноидальное кровоизлияние. Его симптомы и течение более тяжелые, он чаще заканчивается летально.

Симптомы инсульта у детей

Клинические проявления в детском возрасте сходны с признаками болезни у взрослых. Сложность педиатрического инсульта заключается в невозможности выявить все симптомы у новорожденных и малышей первых лет жизни, которые не могут пожаловаться или испытывают затруднения в описании своего самочувствия. Поэтому диагностика детских инсультов часто отсрочена во времени, что негативно сказывается на прогнозе для выздоровления.

Инсульт имеет общемозговые симптомы и очаговые признаки. Первые более выражены при геморрагическом варианте, вторые — при ишемическом.

Общемозговые проявления характеризуются тошнотой и рвотой, цефалгиями, нарушением сознания от легкого оглушения до комы. Они могут начаться внезапно: на фоне полного здоровья у ребенка начинает сильно болеть голова, он становится вялым и апатичным, после чего за считанные минуты теряет сознание.

Очаговые симптомы зависят от локализации поражения. Нарушения кровотока в средней мозговой артерии проявляются онемением и параличом туловища и конечностей с одной стороны. У детей перекашивается лицо, угол рта уходит вниз, губы на стороне поражения не двигаются. Характерны нарушения речевой функции, когда пациент произносит неразборчивые звуки и возгласы, не может сказать простую фразу или предложение.

При поражении в бассейне передней церебральной артерии указанные симптомы осложняются максимально выраженной мышечной спастичностью, неспособностью ходить. Рука или нога могут быть неестественно согнуты. При попытке их вернуть в нормальное положение родители ощущают непреодолимое сопротивление мышц. Зачастую возникает недержание мочи.

Осложнения

Инсульт у детей — жизнеугрожающее и инвалидизирующее состояние. При ишемической форме летальный исход наблюдается у 12% пациентов, а стойкие неврологические симптомы сохраняются в 61% случаев. У 21,6% детей происходят повторные инсульты в течение ближайших 2-х лет. Геморрагическая форма болезни еще более опасна: смерть наступает в 29% случаев, а остальные дети имеют нарушения мозговых функций разной степени выраженности.

Неблагоприятные исходы инсульта связаны с двигательными и когнитивными расстройствами (60%), развитием детской инвалидности (51%) и трудностями в школьном обучении (15-20%). У 7-30% детей после перенесенного эпизода нарушения мозгового кровообращения формируется эпилепсия, 14% страдают от зрительных нарушений, 12% больных регулярно испытывают синкопальные состояния.

6.2. Симптомы афазий в детском и подростковом возрасте

Характерный возраст для детских афазий – 3-7 лет. Однако во многих случаях время начала заболевания зависит от того, в какой момент подействовал этиологический фактор – возникла гематома или произошла травма. В зависимости от речевых и неречевых симптомов, а также локализации поражения в педиатрии и логопедии выделяют следующие формы структурных детских афазий: акустико-гностическая или сенсорная, акустико-мнестическая, афферентная и эфферентная моторные, динамическая. Присутствующей у взрослых семантической формы в детском возрасте не наблюдается, поскольку в этом периоде еще не сформирована система символически-знакового обобщения сигналов.

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) афазии детского и подросткового возраста можно разделить на *две* группы:

1. Афазии детского и подросткового возраста, возникшие в результате органического или структурного изменения коры головного мозга. Сюда относятся речевые нарушения вследствие опухолей, травм, патологии сосудов и др. В зависимости от места поражения и патогенетических механизмов эта группа разделяется на подгруппы, которые будут рассмотрены далее.

2. Синдром Ландау-Клеффнера или приобретенная эпилептическая афазия детского и подросткового возраста. В данном случае речевые нарушения возникают без органических патологий головного мозга, основой их развития является эпилептиформная активность.

Отдельно стоит выделить сочетание этих синдромов. Данное состояние развивается в тех ситуациях, когда на фоне новообразования, гематомы или других структурных изменений головного мозга появляются судорожные приступы, существенно утяжеляющие клиническую картину и стимулирующие прогрессирование детской афазии.

Клинические формы афазий детского и подросткового возраста

Акустико-гностическая, или *сенсорная* форма. Зона поражения – задняя 1/3 верхней темпоральной извилины левой половины головного мозга. Эта форма детской афазии возникает из-за нарушения акустического анализа и обработки звуков речи, что характеризуется поражением фонематического слуха. Клинически проявляется нарушением всех форм устной и письменной речи, чтения и устного счета, ритмическим воспроизведением. Также у таких детей наблюдается чрезмерная тревога и возбудимость, эмоциональная нестабильность.

Акустико-мнестическая афазия. Локализация поражения – средние и задние участки темпоральной области. Суть этой детской афазии – повышение тормозимости слуховых следов, приводящее к нарушению слуховой и речевой памяти. Также присутствует дефект зрительных и предметных образов-представлений. Такие дети не понимают подтекста, аллегорий, не могут называть предметы. Отмечается умеренное нарушение устной речи и ее восприятия. Может возникать повышенная активность и эмоциональная нестабильность, тревога.

Афферентная моторная афазия. Место поражения – нижние париетальные участки доминирующего полушария. Патогенетически основывается на нарушениях кинестетического восприятия. Основной признак – аномалии мелких артикуляционных движений губ и языка. Такие дети или неспособны к экспрессивной речи или имеют большое количество литеральных парафазий. Непроизвольная и автоматизированная (песни, стихи) речь, письмо и чтение сохранены.

Эфферентная моторная форма детской афазии. При этой форме поражаются задние лобные участки. Страдает инертность сформировавшихся стереотипов, что проявляется персеверациями. Способность к устным высказываниям минимальная или полностью отсутствует. Могут сохраняться отдельные звуки, автоматизированная речь. Наблюдается нарушение чтения, письма, апраксия.

Динамическая афазия. Крайне редкая форма в педиатрии, может наблюдаться у детей старших возрастных групп. Локализация патологического очага – задние лобные отделы. Патогенетически данная разновидность заболевания обусловлена дефектами внутренней речи, нарушением сукцессивной организации высказывания. Проявляется расстройством продуктивной речи, неспособностью активного общения – нормальные предложения заменяются стереотипами или шаблонами, глаголы полностью отсутствуют. Больные с данной формой детской афазии почти никогда ничего не спрашивают и не вступают в диалоги, но охотно отвечают на поставленные вопросы. Чтение и письмо могут быть сохранены.

Синдром Ландау-Клеффнера. Локализация пароксизмальной активности может быть разной, наиболее часто поражаются височные области. Потеря речи может происходить как резко (чаще всего), так и постепенно, на протяжении нескольких месяцев. Также теряется способность к восприятию речи, возможны нарушения поведения и эмоциональной сферы – гипервозбудимость, эмоциональная лабильность. Характерная черта данной формы детской афазии – судорожные припадки, которые, однако, наблюдаются не у всех больных.

6.3. Диагностика афазий в детском и подростковом возрасте

Диагностика детских афазий включает в себя сбор анамнестических данных, объективный осмотр и общение с ребенком, лабораторные и инструментальные методы исследования. При выяснении анамнеза у родителей устанавливают этиологические факторы (травмы, сопутствующие заболевания), а также динамику симптомов от возникновения до момента обследования. При объективном осмотре ребенка обращают внимание на возможные неврологические расстройства, которые могут указывать на характер поражения головного мозга. При общении с ребенком педиатр или детский психиатр оценивают способность пациента к устной речи, письму, чтению и счету, другие речевые и неречевые функции, что позволяет определить форму детской афазии.

Лабораторные анализы, как правило, малоинформативны. В некоторых случаях они могут указывать на возможную этиологию (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево при абсцессе и т. д.). Среди инструментальных методов применяются ЭЭГ, рентгенография черепа, КТ и МРТ. ЭЭГ используется для оценки активности того или иного участка коры головного мозга, а при синдроме Ландау-Клеффнера – для выявления эпилептиформных припадков. Рентгенография и КТ черепа показаны при травмах головы, поскольку позволяют определить состояние костей черепа, диагностировать их переломы. МРТ головного мозга – наиболее информативный метод оценки структуры ЦНС. Она почти всегда дает возможность установить этиологический фактор детской афазии и распространенность патологического процесса и определить дальнейшею терапевтическую тактику.

7. Содержание логопедического обследования при афазии

7.1. Схема логопедического обследования при афазии

Обследование речи начинается с предварительной беседы, она позволяет установить контакт с больным. По ходу беседы с больным (выяснение имени, отчества, возраста, адреса) логопед составляет общее суждение о его речевых возможностях, сохранности сознания, критичности, ориентированности в окружающем, в месте нахождения, во времени.

Для организации эффективного восстановительного обучения необходимым представляется комплексное обследование лиц с афазией, осуществляемое специалистами разных профилей – нейропсихологами, логопедами, врачами. Рассматриваемый вариант обследования представляет одну из многочисленных модификаций нейропсихологической диагностической системы А. Р. Лурия, предложенную Т. Г. Визель.

Принципиально важное значение для определения тактики диагностического обследования имеет предварительная беседа. Она строится так, чтобы исследователь в каждом конкретном случае мог сделать вывод о том, на что в дальнейшем следует обратить особое внимание. На основании беседы составляют предварительную общую характеристику лица с афазией, в которой отражены:

1) уровень осознанности ситуации беседы;

2) ориентация в окружающем;

3) состояние способности вербального выражения мысли;

4) наличие или отсутствие речевого эмбола, жестких речевых автоматизмов («ах ты, черт!, как же так?, не могу вот…» и т.п.), диссоциации между способностью к непроизвольным высказываниям и неспособностью к произвольным;

5) объем паралингвистических средств общения (жест, мимика, интонация);

6) критичность к своему состоянию.

После беседы переходят к выявлению состояния движений и действий, а, именно, обследуют:

1) кинестетический кистевой и пальцевый праксис (воспроизведение отдельных кистевых и пальцевых поз);

2) кинетический (динамический) праксис (воспроизведение серии кистевых, пальцевых поз, симметричное и асимметричное постукивание);

3) конструктивный праксис (конструирование из деталей);

4) реципрокную координацию (проба Озерецкого, позволяющая выявить состояние межполушарных двигательных координаций). Далее проводят обследование зрительного, сомато-сенсорного гнозиса (стереогноз) и акустического гнозиса.

В сфере зрительного выявляют состояние предметного гнозиса, лицевого, оптико-пространственного, цветового, пальцевого. В исследование стереогноза входят: определение места прикосновения на теле (с закрытыми гла-

зами); узнавание предмета на ощупь («Волшебный мешочек»). Определение состояния акустического гнозиса предусматривает выявление способности узнавания неречевых шумов, знакомых мелодий.

В диагностической системе особое внимание уделено исследованию речевой функции. Собственно логопедическая часть обследования направлена на выявление состояния импрессивной и экспрессивной форм речи. В исследование импрессивной стороны речи входит изучение:

1) понимания речи (ситуативный и неситуативный диалог);

2) соотнесения названия с предметом (показ предметов и частей тела по названиям);

3) понимания сложно построенной речи (объяснение логико-грамматических конструкций). Исследование экспрессивной речи содержит изучение:

1) автоматизмов порядковой речи (порядковый счет до 10, дни недели, месяцы, оканчивание знакомых пословиц, фраз с жестким контекстом, чтение упроченных стихов, пение со словами хорошо известных песен);

2) аффективно окрашенных автоматизмов («ах ты, черт!», «не знаю!», «как же так?!» и др.;

3) соотношения объемов произвольной (по заданию) и непроизвольной речи;

4) повторения звуков и слогов, слов и фраз;

5) называния предметов, действий и состояния спонтанной речи, а также – спонтанной речи в монологе (пересказ, рассказ, импровизация);

6) глобального и аналитического чтения букв, слогов, фраз, текстов;

7) письма букв, слов, фраз, текстов (списывание, диктант, самостоятельное письмо).

При обследовании состояния интеллекта лиц с афазией внимание направлено на изучение:

1) категориального мышления (классификация, исключение лишнего, извлечение аналогий, объединение предметов по сходству);

2) аналитико-синтетического мышления (причинно-следственные отношения, арифметический счет, арифметические задачи);

3) понятийного мышления (антонимы, синонимы, метафоры). Обследование памяти проходит по следующим направлениям:

1) модально-специфическая оперативная память (слухоречевая, зрительная);

2) долговременная (память на события в своей биографии в преморбидном периоде жизни, на общеизвестные исторические события и даты).

7.2. Специфика обследования при афазиях детского возраста

Симптоматика речевого дефекта при детских афазиях отличается сочетанием признаков распада базовых компонентов (сенсомоторный уровень) с явлениями несформированности более сложных структур (языковой уровень) речевой системы (Т.Г. Визель, 2016).

У дошкольников с афазией редко наблюдается избирательность повреждения той или иной подсистемы языка (грамматической, лексической или фонематической), речевые нарушения имеют системный характер, симптоматика их разнообразна, неоднородна, «размыта» и распространяется как на импрессивную, так и на экспрессивную стороны речи.

Обследование речи у детей с афазией включает собственно логопедическое обследование и нейропсихологическое обследование.

Логопедическое обследование при афазиях детского возраста

1. Изучение особенностей *импрессивной* речи у дошкольников с афазией (раздел включает пять серий заданий, направленных на изучение навыков понимания целостных словосочетаний, простых и сложных инструкций, названий предметов, их признаков, действий с предметами; изучение навыков понимания действий с предметами, простых и сложных инструкций, временных понятий; изучение навыков понимания признаков предметов; понимание грамматических форм слов, понимания связной речи)

2. Изучение особенностей *экспрессивной* речи и активности ее использования дошкольниками с афазией (данный раздел включал четыре серии заданий, направленных на изучение звукопроизносительной стороны речи; грамматической стороны речи; лексической стороны речи и навыков словообразования; связной речи).

Адаптация стимульного материала:

1) выбор изображений, отражающих предметы и явления, вероятность встречи с которыми в быту является достаточно высокой, а также вызывающих позитивные эмоциональные реакции, интерес и мотивацию ребенка;

2) ограничение количества элементов изображения и выбор расположения элементов изображения на картинке с учетом особенностей зрительного восприятия (сужение поля зрения, наличия явлений гемианопсии и др.);

3) выбор преимущественно реалистичных изображений, ограничение при использовании стилизованных и контурных изображений;

4) выбор изображений с учетом цветовых характеристик (5–6 лет – полихромные изображения, 6–7 лет – допустимо применение монохромных, черно-белых изображений.)

Нейропсихологическое обследования при афазиях детского возраста

Содержание нейропсихологического изучения дошкольников с афазией включает следующие разделы.

1. Исследование неречевого и речевого слухового гнозиса (различение предметных и бытовых шумов, различение природных звуков по предъявлению образцов; различение изолированных парных фонем, серий из трех звуков или простых слогов, повторение отдельных звуков, дизъюнктивных пар, оппозиционных и коррелирующих звуков, слов различной слоговой структуры).

2. Исследование процессов произвольной регуляции деятельности и внимания при выполнении заданий для изучения кинестетического и кинетического (динамического) праксиса (праксис поз пальцев по зрительному об-

разцу, оральный праксис, динамическая организация двигательного акта обеих рук по образцу, динамическая организация двигательного акта обеих рук по словесной инструкции, реципрокная координация рук, динамическая организация двигательного акта, выполнение сложной двигательной программы на основе условных двигательных реакций, выполнение конфликтных реакций).

3. Исследование мнестических процессов различной модальности (слухо-речевой и зрительно-предметной памяти).

4. Исследование когнитивных процессов (особенности аналитикосинтетической деятельности, способность к обобщениям на материале визуальных и акустических стимулов).

У детей в отличие от взрослых можно выделить два основных варианата афазии: сенсомоторная афазия с преобладанием моторного компонента и сенсомоторная афазия с преобладанием сенсорного компонента.

7.3. Логопедическое заключение

После проведенного обследования логопед пишет заключение о речевом статусе больного, которое составляется по следующему плану:

1) эмоционально-волевые черты больного, контактность, сохранность личности, ориентированность его в месте и времени, отношение к своему речевому дефекту, наличие левшества у больного и членов семьи;

2) особенности понимания ситуативной речи, выполнение одно- и многосложных инструкций, слухоречевая память, фонематический слух, отчуждение смысла слова, персевераторность в выполнении заданий, понимание логико-грамматических конструкций;

3) особенности экспрессивной речи: многоречивость, аспонтанность, эхолалия, персеверации, речевые эмболы, возможность общения при помощи отдельных слов или деформированных предложений, характер аграмматизма, наличие вербальных и литеральных парафазий, амнестические трудности, оральный или артикуляторный праксис. Возможности повторения, называния, составления фразы, автоматизированная речь. Отмечается ли диссоциация между репродуктивной произвольной и ситуативной активной речью, а также наличие дизартрии;

4) особенности чтения и письма: сохранность зрительного гнозиса, узнавание букв, особенности чтения про себя и вслух, литеральные и вербальные парафазии, возможность выполнения письменных инструкций, глобальное чтение отдельных слов;

5) особенности нарушения письменной речи: запись отдельных букв, слов под диктовку, письменное называние предметов и их изображений, запись сложных слов и отдельных предложений под диктовку, письменное составление предложений по сюжетной картинке, характер литеральных и вербальных парафазий, аграмматизм в письменной речи, характер других дефектов в письме больного;

6) особенности нарушения счета: возможность решения раз1личных арифметических примеров, записи цифр под диктовку;

7) особенности гнозиса и праксиса: наличие акустической или оптической агнозии, зеркальности в письме, оральной и артикуляторной апраксии, динамической и конструктивно-пространственной апраксии, дизартрии, эхолалии.

После суммарного описания речевого статуса больного пишется заключение, в котором отмечается форма афазии, ее степень тяжести, комплексность двух форм, степень тяжести аграфии, алексии и акальку1лии, характер апраксии, наличие левшества в семье, степень активности или аспонтанности, наличие депрессивности, эффективности, слабодушия (плаксивости) и эйфории (смешливости, расторможенности).

8. Дифференциальная диагностика афазий

8.1. Дифференциальная диагностика афазии у детей и взрослых

У детей симптомы афазии проявляется полной или частичной утратой уже сформированных речевых функций. Ребенок может испытывать проблемы с чтением, письмом и счетом. Особенностью считаются специфические поведенческие и эмоциональные реакции.

В основе детских речевых расстройств лежит поражение тканей центральной нервной системы, приводящее к изменению их структуры, снижению функциональности. Состояние диагностируется не более, чем у 1% детей, причем, мальчики страдают от него чаще девочек.

Независимо от формы, детская афазия имеет ряд особенностей:

клиническая картина не такая яркая, как у взрослых;

симптомы не очень разнообразны;

чем меньше пациент, тем менее выражены тревожные признаки, что осложняет постановку диагноза;

нередко проявляется быстрый регресс патологии, когда утраченные функции стремительно восстанавливаются в течение нескольких месяцев терапии.

Нарушение речи при *афазии* у детей становится результатом изменения структуры тканей на определенных участках коры головного мозга. Процесс может возникнуть на фоне воспалительного, инфекционного или дегенеративного процесса, отека, сдавливания или гипоксии. В зависимости от локализации очага проблемы развивается та или иная форма заболевания. В педиатрии афазия чаще всего становится последствием перенесенной черепно-мозговой травмы.

Также афазия у детей может развиться в результате врожденных церебральных сосудистых аномалий, гематом, опухолей. Опасность представляют перенесенные воспалительные или инфекционные заболевания головного мозга. В отдельную группу выделяют нарушения речи при синдроме Ландау-Клеффнера. Такой недуг дополняется эпилептическими приступами. Механизм развития патологии до конца не изучен, но его связывают с наследст-

венной или приобретенной предрасположенностью к повышенной эпилептической активности.

Все афазии, встречающиеся у детей, официально делят на две группы. В первую входят патологии, которые развиваются в результате изменения тканей головного мозга на структурном или органическом уровне. Это нарушения речи, возникающие из-за опухолей, сосудистых патологий, травм, отравлений медикаментами или ядами и т.д. Все патологии разбиваются на несколько подгрупп в зависимости от локализации очага основного заболевания. У каждой формы есть свои особенности, для них свойственны характерные клинические проявления, что нужно учитывать в ходе терапии.

Вторую группу представляет приобретенная эпилептическая афазия (синдром Ландау-Клеффнера). Речевые расстройства в этом случае становятся последствием патологической эпилептической активности головного мозга. Состояние не сопровождается изменением структуры нервной ткани. В редких случаях механизмы развития, характерные для обеих групп, сочетаются и выливаются в один недуг. Это существенно утяжеляет ситуацию, усугубляет клиническую картину, ускоряет прогрессирование патологии.

В первую очередь терапия при афазии у детей должна быть направлена на устранение фактора, провоцирующего речевое расстройство. В педиатрии предпочтение отдается максимально щадящим комплексным подходам, по возможности ограничиваются консервативными приемами. Параллельно занимаются самой афазией. Методы ее устранения подбирает целая группа врачей, состоящая из педиатра, невролога, логопеда, дефектолога. Важно понимать, что даже при самом лучшем раскладе достижение показателей возрастной нормы случается редко.

Логопедические занятия направлены на запуск компенсаторных свойств клеток головного мозга, окружающих пораженный участок. В ход идут прямые способы, основанные на стимулировании резервных функций нервной ткани, и непрямые – нацеленные на функциональные перестроения внутри проблемного отдела. В детской логопедии активно используются карточки, устные и письменные упражнения, работа с предметами, программное обеспечение.

Благодаря особенностям головного мозга у детей и гибкости происходящих в нем процессов прогноз по афазии в большинстве случаев благоприятный. В каждой конкретной ситуации важную роль играет тип нарушения, площадь поражения нервной ткани, корректность подобранного лечения. При легких формах расстройств признаки положительной динамики проявляются уже через несколько недель терапии. Примерно через месяц восстанавливается коммуникативная функция. При средней степени тяжести состояния на получение стойкого эффекта уходит до полугода.

Дифференциальная диагностика афазии в детском возрасте и афазия у взрослых представлена в таблице 5.

Таблица 5

Дифференциальная диагностика афазии в детском возрасте и афазия у взрослых

Критерии дифференциальной диагностики	Афазия в детском возрасте	Афазия у взрослых
Этиология	Травматические поражения головного мозга Опухоли головного мозга Сосудистые поражения головного мозга	Преимущественно сосудистые поражения головного мозга Травматические поражения головного мозга Опухоли головного мозга Возрастные деменции
Патогенез	Распад уже сложившейся речевой функции	Распад уже сложившейся речевой функции
Клиника	Сенсомоторная афазия с преобладанием моторного компонента и Сенсомоторная афазия с преобладанием сенсорного компонента.	Сенсорная афазия Акустико-мнестическая афазия Семантическая афазия Афферентная моторная афазия Эфферентная моторная афазия Динамическая афазия
Лечение	Коррекционно-восстановительная работа, включая восстановление речевых и неречевых функций Формирование новой функциональной речевой системы	Коррекционно-восстановительная работа, включая восстановление речевых и неречевых функций Восстановление уже имевшейся функциональной речевой системы
Прогноз	Благоприятный	Благоприятный Чаще сохраняются остаточные явления афазии

8.2. Дифференциальная диагностика афазии и алалии

Детскую афазию важно отличать от алалии. В первом случае расстройство проявляется в виде проблем с уже сформированной речью, возникает ее регресс. Во втором нарушение заключается в недоразвитости или полном отсутствии функции изначально.

Алалия – это отсутствие или ограничение речи у детей, обусловленное недоразвитием или поражением в доречевом периоде речевых областей коры головного мозга: лобных или височных.

Различают моторную, сенсорную и тотальную алалию.

При *моторной* алалии речь нарушена, но сохранено её понимание. Обращает на себя внимание отсутствие или органичение гуления, поздно появляющийся и очень бедный лепет. Отсутствие речи у ребёнка 2-3 лет должно вызывать тревогу. Если при нормальном речевом развитии лепет появляется

во втором полугодии первого года жизни, то у детей с моторной алалией лепет появляется на втором и третьем году жизни, поэтому их называют «безречевыми». К концу третьего года и позже у детей появляются отдельные звукоподражания или слоговые элементы, которые сохраняются на длительный срок. Накопление словаря идёт медленно и, как правило, за счёт существительных, наиболее часто произносимых родителями. Структура слова нарушена: дети употребляют первый или ударный слог, наблюдается упрощение слоговых элементов. В возрасте 4-5 лет происходит некоторая активизация речи, обогащение словаря за счёт наиболее простых по структуре слов. Существительные употребляются в именительном падеже, глаголы – в неопределённой форме. В этот период становится отчётливо видно отставание в развитии речи. Постепенно начинает формироваться фраза, структура которой резко нарушена из-за аграмматизмов. Бедность словаря сохраняется. После 5-летнего возраста отмечается активация речи, наряду с существительными появляются глаголы, но предлоги и дополнения в речи отсутствуют. Таким образом, прослеживаются этапы речевого развития: позднее речевое развитие, медленное накопление словаря, нарушение структуры слова, позднее накопление словаря и формирование фразовой речи с выраженными аграмматизмами, недостаточное или полное отсутствие коммуникативной функции речи. У детей отмечается недостаточный интерес к речи окружающих.

В противоположность моторной алалии при *сенсорной дети* многословны даже в период лепетной речи. На фоне сохранённого слуха у детей отмечается нарушение восприятия речи. В одних случаях дети слышат слова, повторяют их, но не соотносят с предметом, его обозначающим. Связи «слово – предмет» и при многократных повторениях не формируется. Поведение детей правильное, интерес к окружающему достаточный, экспрессивная речь развивается. Более тяжёлым вариантом сенсорных нарушений являются сенсорные расстройства, когда дети не понимают речи окружающих людей и не могут повторить слово вслед за педагогом. Они лучше воспринимают тихие звуки или звуки средней громкости, в то время как громкие звуки их раздражают. Они лучше воспринимают речь человека, постоянно общающегося с ними, а речь незнакомого человека не воспринимают вовсе. При сенсорной и тотальной алалии обучение детей крайне осложнено.

Дифференциальная диагностика афазии и алалии представлена в таблице 6.

Таблица 6

Дифференциальная диагностика афазии и алалии

Критерии дифференциальной диагностики	Афазия	Алалия
Этиология	Преимущественно сосудистые поражения головного мозга Травматические поражения головного мозга Опухоли головного мозга Возрастные деменции	Гипоксия иди асфиксия плода и новорожденного Травматические поражения головного мозга на ранних этапах онтогенеза Нейроинфекции
Патогенез	Распад уже сложившейся речевой функции	Недоразвитие речи вследствие запаздывания созревания нервных клеток соответствующих зон головного мозга
Клиника	Сенсорная афазия Акустико-мнестическая афазия Семантическая афазия Афферентная моторная афазия Эфферентная моторная афазия Динамическая афазия	Моторная алалия Сенсорная алалия Смешанные формы
Лечение	Коррекционно-восстановительная работа, включая восстановление речевых и неречевых функций	Коррекционно-логопедическая работа, направленная на создание механизмов речевой деятельности
Прогноз	Относительно благоприятный	При моторной алалии речевой прогноз более благоприятный; при сенсорной и сенсомоторной алалии – неопределенный

8.3. Дифференциальная диагностика афазии и дизартрии

Отграничение травматической афазии от явлений *дизартрии* представляет часто большие трудности.

Дизартрия – это речевое нарушение, вызванное поражением центральной нервной системы, которое проявляется в расстройстве артикуляции, фонации и дыхания. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм: бульбарную, псевдобульбарную, корковую, смешанную и мозжечковую.

При *бульбарной* форме в патологический процесс вовлекаются ядра черепных нервов: тройничного, лицевого, языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, которые иннервируют группы мышц артикуляционного аппарата, участвующих в звукообразовании, фонации и дыхании. При поражении

ядер черепных нервов парез или паралич носит характер периферического, при этом нарушается проведение нервного импульса и мышцы атрофируются. Особенно заметны дизартритические расстройства при поражении подъязычного нерва с одной стороны, при этом кончик языка отклоняется в сторону пареза.

Более распространёнными являются *псевдобульбарные* дизартрии. Они возникают тогда, когда поражается корково-стволовой пирамидный путь, иннервирующий ядра двигательных черепных нервов, участвующих в артикуляционных движениях. Осложняют дизартрию вторичные нарушения формирования премоторной и теменно-височных областей мозга, происходящие после рождения. У грудных детей происходит задержка гуления и лепета. Появляющиеся в последующем звуки оказываются однообразными, тихими, редкими, кратковременными, без интонаций. С возрастом лексическое развитие речи ребёнка задерживается. В результате нарушения артикуляций страдает фонетическая сторона речи. На начальном этапе речевого развития многие звуки отсутствуют, что затрудняет контакт с окружающими. В последующем некоторые звуки формируются, но речь остаётся смазанной, плохо модулированной, невнятной. Речедвигательные затруднения вторично приводят к нарушению анализа звукового состава слова. Дети не различают звуки на слух, затрудняются в повторении звукового ряда, выделении звуков в словах, что даёт основание рассматривать эти нарушения как фонетико-фонематические расстройства.

Неврологическая симптоматика, на фоне которой развивается псевдобульбарная дизартрия, характеризуется парезами и параличами конечностей и нарушением функций других черепных нервов.

Корковая дизартрия. В случаях поражения артикуляционного праксиса, когда поражается нижний отдел постцентральной извилины, наблюдается вариант корковой афферентной апрактической дизартрии. В этих случаях расстраивается произнесение согласных звуков, причём нарушения артикуляции непостоянны. Отмечается поиск артикуляционного уклада речи, что замедляет её темп и нарушает плавность.

Кинетический вариант корковой афферентной апрактической дизартрии возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария. Он характерен затруднениями произнесения сложных предложений. Речь ребёнка напряжённая, замедленная. При исследовании артикуляционного праксиса отмечаются трудности воспроизведения серии последовательных движений по заданию.

Мозжечковая форма дизартрии возникает при поражении путей, связывающих двигательную зону коры головного мозга со стволом и мозжечком. Для неё характерны гипотония артикуляционных мышц, а также десинхронизированное дыхание, фонация и артикуляция. Речь замедленная, толчкообразная, с нарушенной модуляцией, затуханием голоса к концу фразы. В неврологическом статусе больных – атаксия, расстройство координации движений.

Наряду с хорошо выраженными формами дизартрии наблюдаются стёртые, малозаметные, при которых артикуляционные и общемозговые нарушения выявляются при обследовании или функциональной нагрузке. Дети с такими расстройствами с раннего возраста нуждаются в специальных лечебных и педагогических мероприятиях.

При *смешанной* дизартрии (экстрапирамидной) наблюдается мышечная дистония в общей и артикуляционной моторике. Дистония значительно искажает артикуляцию, возникает замена и пропуск звуков. Дистония артикуляционных мышц обычно сочетается с гиперкинезами мышц лица, языка, губ, диафрагмы, межрёберных мышц, в связи с чем дизартритические нарушения сочетаются с расстройством дыхания и фонации.

Таблица 7

Дифференциальная диагностика афазии и дизартрии

Критерии дифференциальной диагностики	Афазия	Дизартрия
Этиология	Преимущественно сосудистые поражения головного мозга Травматические поражения головного мозга Опухоли головного мозга Возрастные деменции	Преимущественно сосудистые поражения головного мозга Травматические поражения головного мозга Опухоли головного мозга Демиелинизирующие и нейродегенеративные заболевания
Патогенез	Распад уже сложившейся речевой функции	Поражение проводящих путей и ядер черепных нервов
Клиника	Сенсорная афазия Акустико-мнестическая афазия Семантическая афазия Афферентная моторная афазия Эфферентная моторная афазия Динамическая афазия	Нарушение артикуляции, фонации и глотания в зависимости от клинической формы дизартрии Может возникнуть в любом возрасте
Лечение	Коррекционно-восстановительная работа, включая восстановление речевых и неречевых функций	Медикаментозная терапия Физиотерапия Логопедическое воздействие
Прогноз	Относительно благоприятный	Прогноз обусловлен клинической картиной основного заболевания

Явления дизартрии (обычно характерные для бульбарных или псевдобульбарных расстройств) могут возникнуть при травматических поражениях передних разделов сензо-моторной зоны обоих полушарий или иногда при глубоких ранениях левого полушария, задевающих подкорковые узлы. Общая схема произносимого слова остается при дизартрии обычно сохранной, одна-

ко произнесение многих звуков оказывается результатом частичного пареза голосового и артикуляторного аппарата или той неловкости и недифференцированное артикуляторных движений, которая возникает при поражении экстрапирамидных систем. Они проявляются в типичных феноменах диффузной, мажущей речи с плохой дифференциацией направления звукового толчка; часто при них речь приобретает носовой оттенок. Эти дефекты проявляются в заметном нарушении четкого произношения язычных, гортанных и губных звуков, связанном с недостаточностью механизмов смыкания голосовых связок и дефектами позиции языка, благодаря чему возникают явления сложного нарушения, подробно описанные в специальных исследованиях по логопедии.

Дифференциальная диагностика афазии и дизартрии представлена в таблице 7.

8.4. Дифференциальная диагностика афазии и посттравматического мутизма

Практическая задача дифференциальной диагностики травматической афазии сводится к ее отграничению от явлений постконтузионной немоты (или мутизма), дизартрических нарушений речи и от тех вторичных изменений, которым подвергается речь больного при общемозговой астении, загруженности и типичной для поражения лобных систем аспонтанности.

Реактивные (постконтузионные) нарушения речи радикально отличаются от травматической афазии тем, что они являются не нарушениями речи, как символической деятельности, но отключением всего фонационного (голосового) аппарата. Символическая (речевая) деятельность, лежащая вне *устной речи,* как таковая, может и не нарушаться при этом заболевании.

Первый характерный признак реактивной постконтузионной глухонемоты сводится к тому, что больной, у которого голосовой и артикуляторный аппарат полностью отключен, даже не делает попыток артикулировать или применять остаточную речь как средство общения, в то время как у афазика попытки в той или иной степени активно использовать речевые остатки всегда имеют место... Больной с реактивной постконтузионной немотой является человеком не столько с дефектами речи, сколько с дефектами фонации, и это радикально отличает его от больного с травматической афазией. Вторым коренным отличием такого больного от афазика является *сохранность письменной речи.*

В некоторых случаях реактивную постконтузионную ***глухонемоту*** можно смешать с грубой сензорной афазией; однако и в этом случае опорные признаки позволяют легко отдифференцировать эти два вида страдания. В то время как при сензорной афазии элементарный слух является частично или полностью сохранным и больной всегда пытается использовать его остатки, активно вслушиваясь в обращенную к нему речь, больной с реактивной постконтузионным мутизмом *отключает всякую сознательную слуховую деятельность и как бы игнорирует любые звучания.*

8.5. Дифференциальная диагностика афазии и общемозговых поражений

Существенной стороной дифференциальной диагностики травматической афазии является ее отграничение от картин *общемозговых поражений* с сопровождающими эти поражения астенией, загруженностью и аспонтанностью. В ряде случаев массивных поражений мозга, распространяющихся на подкорковые образования или глубоко затрагивающих ликвородинамическую систему и заметно нарушающих внутричерепное давление, загруженность и адинамия достигают таких пределов, что больной оказывается не в состоянии вступать в речевое общение, и врач легко может принять это страдание за посттравматическую афазию.

Речевые нарушения, проявляющиеся при общемозговой загруженности, принимают чаще всего форму общей адинамии речи и выступают на фоне общей замедленности, дезориентированное и истощаемое больного. Такому больному так же трудно поднять руку, как и поднять голос или сказать слово; взор обычно фиксирован в одном направлении, глаза не следуют за движущимся предметом, все поведение оказывается резко замедленным, инертным и суженным... речевая адинамия является здесь лишь частным моментом общей адинамии поведения.

Если эти вторичные нарушения протекают на фоне поражений лобных систем, эта загруженность и замедленность может отсутствовать, но речевая деятельность может проявлять все те признаки аспонтанности, которые свойственны лобному больному.

Существенной чертой этой формы речевых нарушений является лишь то, что больной, который без труда может повторять предложенные ему слова или фразы и произносить привычные речения, начинает испытывать большие затруднения каждый раз, когда его речь включается в систему более активной деятельности. Иногда эти затруднения начинают выступать уже в простом разговоре с больным, который проявляет заметные затруднения в подыскании ответов на задаваемые ему вопросы; иногда это обнаруживается в полной невозможности дать развернутую повествовательную речь или применить речь в акте активной формулировки или при решении какой-либо задачи.

8.6. Дифференциальная диагностика классических афазий и ППА

Первичная прогрессирующая афазия (ППА) – медленно нарастающее, но непрерывно прогрессирующее расстройство, приводящее к утрате речевых функций.

Этиология

На текущий момент известно несколько этиофакторов, приводящих к манифестации первичной прогрессирующей афазии. Изученные причины коррелируют с разными формами ППА. В их числе:

5. Таупатии. Нейродегенеративные патологии, вызванные отложением тау-белка в нейронах и нейроглии, включают лобно-височные дегенерации, кортикобазальную дегенерацию, прогрессирующий надъядерный пара-

лич. С этим этиологическим фактором связано развитие аграмматической формы ППА.

6. TDP-43-патии. К ним относятся заболевания, обусловленные внутриклеточным накоплением протеина TDP-43: долевая лобно-височная дегенерация, болезнь моторных нейронов, деменции с тельцами Леви и др. Характерны для семантической, части аграмматической и логопенической формы ППА.

7. β-амилоидопатии. Сочетание отложения β-амилоида и тау-белка патогномонично для логопенического варианта ППА при атипичном варианте болезни Альцгеймера.

8. Наследственность. Описаны случаи первичной прогрессирующей афазии как наследственной патологии с аутосомно-доминантной передачей. Мутация выявлена в гене GRN, кодирующем экспрессию белка гранулина на 17 хромосоме. Наследственную ППА относят к семейной лобно-височной деменции.

Патогенез

Первичные патологические изменения при аграмматической прогрессирующей афазии обнаруживаются в верхней и средней лобной извилинах, островковой доле. При логопенической форме ППА локальные атрофические изменения наблюдаются преимущественно в задних отделах лобной и теменной доли, при семантической – в височной коре доминантного полушария.

Классификация

С учетом клинического варианта развития первичные прогрессирующие афазии делятся на 4 формы. В их основу положены критерии расстройства речевой функции, особенности патоморфологии и нейровизуализации:

6. Аграмматическая. Ведущий дефект – оральная диспраксия в сочетании с грамматическими нарушениями.

7. Семантическая. Центральный механизм − расстройство понимания смысла высказывания.

8. Логопеническая. Основные критерии − трудности произнесения и повторения слов.

9. Комбинированная. Сочетает аграмматическую и семантическую форму ППА.

Симптомы

Для всех форм первичной прогрессирующей афазии типично медленное, постепенное (в течение нескольких лет) нарастание речевых расстройств. При этом, как минимум, в первые два года у больных отсутствует когнитивное снижение и какая-либо неврологическая симптоматика. В последующем языковой дефицит нарастает стремительно и остается ведущем в структуре синдрома, появляется снижение интеллекта, изменение поведения и т.д.

Аграмматическая ППА

В дебюте данной формы первичной прогрессирующей афазии возникают несудорожные запинки, заикание, паузы в речи. Постепенно снижается речевая активность. Больной начинает изъясняться «телеграфным стилем», в

речи может появиться иностранный акцент. Понимание значения слов и синтаксических конструкций сохранно.

Наблюдаются литеральные парафазии, персеверации, аграмматизмы в устной речи и на письме. В дальнейшем чтении и письмо становится невозможным (алексия, аграфия). При наличии оральной апраксии страдает повторная речь. Возникает аномия. В продвинутой стадии развивается мутизм.

В неврологическом статусе – мышечная ригидность, гипокинезия, тремор. Позднее присоединяются поведенческие отклонения: апато-абулический синдром, депрессия, навязчивые состояния.

Семантическая ППА

Начинается в возрасте 50-60 лет. Клинические признаки включают сокращение словарного запаса, отчуждение смысла слова, вербальные парафазии. Больные могут описать или нарисовать объект, но затрудняются назвать его словом, плохо понимают значение малочастотных слов. Счет сохранен, письмо и чтение нарушены частично (дисграфия, дислексия), но страдает понимание написанного/прочитанного.

Типичная зрительная (в том числе, лицевая) агнозия, возможно развитие паркинсонизма. Поведение больных с семантической первичной прогрессирующей афазией характеризуется утратой эмпатии, излишней педантичностью, скупостью, обсессивно-компульсивными действиями.

Таблица 8

Дифференциальная диагностика афазии и ППА

Критерии дифференциальной диагностики	Афазия	ППА
Этиология	Преимущественно сосудистые поражения головного мозга Травматические поражения головного мозга Опухоли головного мозга	Деменция при болезнях Альцгеймера, Паркинсона, Пика с поражением строения и функций нейронов
Патогенез	Поражение областей мозга, ответственных за речь и язык	Поражение областей мозга, ответственных за память и мышление
Клиника	Сенсорная афазия Акустико-мнестическая афазия Семантическая афазия Афферентная моторная афазия Эфферентная моторная афазия Динамическая афазия	Семантический вариант Аграмматический варинат Логопенический варинат
Лечение	Коррекционно-восстановительная работа, включая восстановление речевых и неречевых функций	Коррекционная помощь, направленная на сохранение имеющихся функций
Прогноз	Относительно благоприятный	Неблагоприятный

Логопеническая ППА

Первоначально у больных возникают трудности с поиском нужно слова, как при назывании предметов, так и в спонтанной речи. Из-за этого речь ста-

новится замедленной. Вызывает сложности повторение предложений. Отмечаются ошибки фонетического характера. Аграмматизмы отсутствуют, понимание не нарушено. Логопеническая форма прогрессирующей афазии нередко предшествует развернутой клинике болезни Альцгеймера.

Таким образом, ППА – сложный нейродегенеративный синдром, связанный с прогрессированием локальной атрофии речевых зон мозга; со временем к речевым нарушениям присоединяются когнитивные, что говорит о распространении атрофического процесса за пределы речевых зон; больные остро нуждаются в речевой реабилитации, независимо от длительности заболевания и формы ППА.

Дифференциальная диагностика афазии и ППА представлена в таблице 8.

9. Коррекционно-востановительная работа при афазии

9.1. Теоретические основы коррекционно-восстановительной работы при афазии

Теоретической основой восстановительного обучения при афазии являются современные представления в психологии о высших психических функциях как функциональных системах, их системной и динамической локализации, о при жизненном их формировании, их общественно-историческом происхождении и опосредованном строении.

На основании этих теоретических позиций психологами, физиологами, неврологами и логопедами был разработан и практически применен путь перестройки функциональных систем методом восстановительного обучения. Этот путь имеет два направления в практической работе: 1-ое – нарушенное звено в психологической структуре функции замещается другим; 2-ое – создание новых функциональных систем, включающих в работу новые звенья, не принимавшие прежде участие в ныне нарушенной функции.

Основа эффективности восстановления речи при афазии – правильно разработанные принципы восстановительного обучения, которые сформулировала Л. С. Цветкова на основании идей А. Р. Лурия. Условно принципы можно разделить на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

Психофизиологические: *принцип квалификации дефекта,* от чего зависит применение адекватных методов; *использование сохранных анализаторных систем* в качестве опоры при обучении; *создание новых функциональных систем* на основе афферентаций (звеньев), не принимавших ранее прямого участия в отправлении пострадавшей функции; *опора на разные уровни организации психических функций,* в том числе и речи; *опора при обучении на всю психическую сферу человека в целом и на отдельные сохранные психические процессы*.

К *психологическим* принципам относятся: *принцип учета личности*; *принцип опоры на сохранные формы деятельности*; *принцип организации деятельности*; *принцип программированного обучения*; *принцип системного воздействия на дефект* (не только на речь, но и на другие психические функции); *принцип учета социальной природы человека.*

Психолого-педагогические принципы следующие: *принцип «от простого – к сложному»*; *принцип учета объема и степени разнообразия материала*; *принцип сложности вербального материала*; *принцип учета эмоциональной стороны материала.*

Задачи восстановительного обучения при афазии Л. С. Цветковой названы социально-психологическим аспектом восстановительного обучения.

Данный аспект предполагает комплексное воздействие на речь, поведение и всю психическую сферу в целом.

Такой подход требует решения следующих задач: 1) восстановление речи как психической функции, а не приспособление лица с афазией к своему дефекту; 2) восстановление деятельности речевого общения, а не изолированных частных сенсомоторных операций речи; 3) восстановление, прежде всего, коммуникативной функции речи, а не отдельных ее сторон; 4) возвращение лица с афазией в нормальную речевую среду, а не в упрошенную, то есть – возвращение к профессиональной деятельности.

Для решения этих задач предусмотрена групповая форма занятий, а не индивидуальная. В качестве метода работы на групповых занятиях могут быть применены такие формы и функции речи, которые не подлежат использованию в индивидуальной работе – диалогическая и коммуникативная. Именно диалогическая форма речи может оказаться эффективным средством коммуникативной функции речи. Групповая речь создает эмоциональный подъем, высвобождает все «дремлющие» способности человека к общению. Кроме того, преимущества групповой формы занятия: подражание, поддержка, взаимопомощь, сотрудничество, наличие положительных эмоций, связей между членами группы и т.д. Основной задачей логопедического воздействия является восстановление импрессивного и экспрессивного словаря.

Выделяют два периода в работе с лицами с афазией: *острый* – до двух месяцев после заболевания; *резидуальный* – после двух и далее.

В *острый* период основные задачи: 1) растормаживание временно угнетенных речевых структур; 2) предупреждение возникновения и фиксации некоторых симптомов афазии: аграмматизма, вербальных и литеральных парафазий, речевого эмбола; 3) предотвращение отношения лица с афазией к себе как к неполноценному, к человеку, который не может говорить. Основной задачей в резидуальный период является затормаживание патологических связей.

Растормаживание речевой функции на основе старых речевых стереотипов следует проводить на раздражителях малой силы (шепотом, вполголоса). Материал подбирается по его смысловой и эмоциональной значимости для лица с афазией, а не по признаку легкости или трудности произношения. Для этого следует познакомиться с историей болезни, поговорить с лечащим врачом, родственниками для выявления склонностей, увлечений, интересов.

Можно использовать привычные речевые стереотипы – счет, дни недели, месяцы; эмоционально значимые отрывки стихов, договаривание ходовых фраз, выражений. Со временем, работа с близкого для обучающегося материала переводится на вопросы специальности, профессии.

В основе восстановительной работы по растормаживанию речевой функции лежит диалогическая речь. Можно использовать следующую схему восстановления диалогической речи: повторение готовой формулы ответа (отраженная речь) – подсказки одного, двух слогов каждого слова ответа – спонтанный ответ с выбором из двух, трех, четырех и т.д. слов, использованных логопедом при постановке вопроса – спонтанный ответ на поставленный вопрос без учета количества слов, использованных в вопросе, и задавание вопросов самим лицом с афазией.

Появление аграмматизма при афазии, как правило, результат неправильной организации первоначального восстановительного периода, когда проводится растормаживание или только номинативной функции речи, или только предикативной. Речь сразу должна быть полноценной со стороны лексики, а дефекты произношения, не снижающие правильности построения предложения, можно пока терпеть. В этом и заключается сущность профилактики аграмматизма. Работу по преодолению аграмматизма проводят не только на устной, но и, когда немного восстанавливается навык письма, на письменной речи. В основе упражнений (устных и письменных) по предотвращению развития аграмматизма лежит диалогическая форма речи.

Наиболее трудным в плане предупреждения и преодоления патологическим симптомом является речевой эмбол, нередко образующийся в первые недели после поражения. Выделяют два основных типа речевых эмболов: единственное слово или предложение, которое возможно произнести, либо пусковой механизм, необходимый для произнесения других слов (В. В. Опель). Так как речевой эмбол является результатом и проявлением застойности, инертности нервных процессов, он не может служить исходной точкой для восстановительных занятий.

Затормаживанию речевого эмбола (речевой персеверации) способствуют следующие условия:

1) соблюдение между речевыми раздражителями оптимальных интервалов, позволяющих «угаснуть» после выполнения каждого задания возникшему возбуждению;

2) подача материала на малой силе голоса, так как в нетяжелых случаях персеверации почти не возникают при малой силе звукового раздражителя, а в случаях возникновения быстрее угасают;

3) пауза в занятиях при первом же намеке на возникновение персеверации;

4) временное ограничение разговоров с окружающими, за исключением логопеда.

Для предотвращения отношения лица с афазией к себе как неполноценному следует с почтением разговаривать с ним, горячо и искренне переживать все его успехи и огорчения, стараясь постоянно подчеркивать достижения, спокойно и уверенно объяснять трудности, создавая уверенность в своих возможностях.

В *резидуальный* период необходима более тщательная дифференциация методических приемов в зависимости от формы афазии. По *тяжести* нарушения выделяют две группы: первая группа – наиболее запущенные; с которыми никто не говорит; вторая группа – более сложная – лица с речевым эмболом, аграмматизмом.

С обеими группами следует начинать работу с растормаживания речи, однако, со второй группой необходимо параллельно заниматься скорейшим изжитием эмбола. Для этого следует, не фиксируя внимание на использовании эмбола, обходить все звукосочетания, способствующие его произношению.

Так как восстановительное обучение направлено, прежде всего, на восстановление коммуникативных способностей, необходимо вовлечение в общение не только на занятиях, но и в семье, общественных местах.

9.2. Компенсация речевых функций при афазии

Речевые функции нарушаются в результате образования в определенных областях мозга очагов поражения, то есть, функции пропадают, выпадают или расстраиваются, потому что гибнут клетки мозга, благодаря которым эти функции осуществляются. Но нарушенные функции могут компенсироваться, т.е. восполняться, восстанавливаться.

Известно, что нервные клетки не оживают и не рождаются взамен погибших. Однако нельзя забывать, что далеко не всегда погибают все клетки пораженной области мозга. Непострадавшие участки мозга могут быть заторможены благодаря защитной реакции мозга, чтобы «поломка» не распространилась и на них. Со временем это торможение «отступает», и соответствующие клетки мозга начинают постепенно функционировать. Кроме того, наш мозг обладает удивительной способностью: он умеет перестраиваться. Участки мозга, предназначенные для определенного вида деятельности, в случае необходимости начинают «овладевать смежной дальностью» и выполнять не только свою работу, но и «чужую». Сначала они это делают медленно, с большим количеством «сбоев», поисков и пр., но затем постепенно достигают достаточно высокого уровня умения, т.е. происходит процесс компенсации. Таким образом, компенсация пострадавших функций происходит за счет здоровых, не захваченных болезнью областей мозга.

Типы компенсации речевой функции. Тебольные, у которых компенсация происходит в основном за счет здоровых отделов левого полушария, идут по пути накопления произвольно управляемой речи. Они усваивают сначала одни звуки и слова, затем — другие, строят сначала простые фразы, затем — более сложные, активно и сознательно исправляют свои ошибки. Те больные, у которых компенсация осуществляется путем включения непораженного, как правило, правого полушария, могут сказать целые тирады каких-либо уп-

роченных фраз, пословиц и в то же время не суметь повторить даже простого слова. Они не в состоянии что-либо отбросить, выбрать, исправить, а говорят то, что получается.

Если компенсация речевой функции протекает преимущественно путем «прорыва» и накопления непроизвольной, как бы нечаянной речи, ее нельзя ограничивать, раньше времени исправлять ошибки. Необходимо дать больному возможность свободно реализовать остаточную речь.

Чисто левополушарный или чисто правополушарный путь компенсации на практике встречается редко. В основном чаще встречается смешанный тип компенсации, когда участвуют оба полушария, хотя одно из них является доминантным.

10. Технологии коррекционно-восстановительной работы при афазии

10.1. Восстановление речи при моторной афазии (афферентного и эфферентного типа)

При данных формах афазии используются как методы, направленные на преодоление *первичного* речевого дефекта, так и те, которые рассчитаны на устранение *вторичной* (системной) симптоматики. Среди них выделяют *специфические* и *неспецифические* приемы работы.

Для этой цели в инициальной стадии заболевания и, следовательно, при наиболее грубой степени выраженности речевого дефекта, актуальным при обеих формах моторной афазии является использование прямых (растормаживающих и стимулирующих) методов работы. К ним относятся:

1. *Стимуляция понимания ситуативной и бытовой речи.* Используются упражнения *по показу предметов* и *ответам на вопросы в ситуативном диалоге.*

Растормаживание произносительной стороны речи. Оно достигается путем сопряженного, отраженного и самостоятельного произнесения автоматизированных речевых рядов порядкового счета, перечисления дней недели, месяцев по порядку, пения песен со словами, оканчивания пословиц и фраз с «жестким контекстом»; моделирования ситуаций, стимулирующих продуцирование непроизвольных возгласов: *«Ой! Ох! Ах! Боже мой!* и пр. » Стимулируются также простые коммуникативные виды речи, например, ответы на вопросы одним-двумя словами в простом ситуативном диалоге. Для этого моделируются ситуации, способствующие вызову коммуникативно значимых слов *«да», «нет», «хочу», «буду» и т.д.*

2. Стимулирование глобального чтения и письма. Данный вид работы тоже относится к числу прямых методов обучения. Он состоит из таких заданий, как: раскладывание подписей под картинками (предметными и простыми сюжетными); письмо наиболее привычных слов — идеограмм («Россия», «мама» и пр.); списывание простых слов и фраз; сопряженное чтение простых диалогов.

На последующих этапах восстановления методы обучения рассчитаны на *произвольную* деятельность. Она требует подклю дония максимального объема межанализаторных резервов компенсации (запасных афферентаций).

При *афферентной* моторной афазии *в рамках устной речи* основным специфическим приемом работы является *реконструкция обобщенной артикуляционной схемы* звуков речи — артикулем т.е. оптико-тактильный метод, широко известный как постановка звуков. Важный раздел составляет здесь и работа по автоматизации артикулем в словах, где они занимают различные позиции и разных по слогоритмической структуре. Это необходимо для преодоления литеральных парафазии. *В рамках письменной речи* преследуется цель восстановления ассоциативной связи «артикулема-фонема-графема». Это достигается путем списывания и письма букв, соответствующих произнесенным звукам речи прочтение этих букв непосредственно после написания.

При *эфферентной* моторной афазии специфической является работа, направленная на выработку *артикуляционных переключений.* Помимо известных приемов, используемых при коррекции звукопроизношения у детей, здесь полезна экстериоризация звуко-ритмической стороны речи: деление слов на слоги с отстукиванием, отхлопыванием каждого слога, выделение голосом ударного слога, воспроизведение голосом абриса слова, подбор слов с идентичной звуко-ритимической структурой, ритмизированное произнесение слов во фразе с привлечением внешних опор — отстукивание, охлопывание и т.д., улавливание и воспроизведение различных созвучий, в том числе и подбор рифмирующихся слов.

Остальные виды работы не являются специфичными, они используются при обеих формах афазии при условии, что речевой дефект перестал быть грубо выраженным.

Фразовая речь, семантика слова, чтение и письмо при моторных афазиях страдают вторично, структура их дефекта носит стандартный характер. В связи с этим для преодоления этих расстройств пригодны универсальные методы, используемые в практике преодоления нарушений речи у детей, а также в преподавании иностранных языков. Специальную задачу составляет, однако, подбор лексико-фразеологического материала, отвечающего возрастным параметрам больных, а также их индивидуальному «языковому портрету».

10.2. Восстановление речи при динамической афазии

При обоих вариантах динамической афазии, различающихся характером экспрессивного аграмматизма, имеется общая симптоматика, проявляющаяся в изменениях нейродинамики — Речевой аспонтанности, инактивности, персевераторности, инертсти и вязкости речевых следов. Они создают крайне неблагоп-пиятный фон для восстановительного обучения. В связи с этим, независимо от конкретного варианта динамической афазии, на начальном этапе работы центральное место занимают методы преодоления расстройств нейродинамики:

1. *Повышение активности больного, организация произвольного внимания.*

Для достижения этой задачи используются такие виды работы, как:

- целенаправленное выполнение различных видов неречевой деятельности (рисование, лепка и т.д.);
- оценка специально искаженных изображений, слов, фраз и т.д.;
- ситуативный, эмоционально значимый для больного диалог;
- прослушивание сюжетных текстов и ответы на вопросы по ним в форме утвердительно-отрицательных жестов или словами *«да», «нет»;*
- тренинг нейромоторных переключений («борьба с персеверациями») в различных видах невербальной деятельности: графическом, кинетическом праксисе, предметно-практической деятельности и прочее.

2. Стимулирование простых видов коммуникативной речи. Вызов и автоматизацию коммуникативно значимых слов: «да», *«нет», «могу», «хочу», «буду», «надо»* и т.д. позволяют осуществить прямые методы. Они оживляют в памяти отдельные штампы коммуникативной, побудительной и вопросительной речи: *«дай», «иди сюда», «кто там?», «тише!»* и т.д.

3. *Восстановление фразовой речи.* Методы, используемые в рамках этого вида работы, *специфичны* в зависимости от варианта динамической афазии. При той из них, когда имеются нарушения операций глубинного синтаксирования, восстановление фразовой речи проводится за счет составления «ядерных» фраз, имеющих синтаксическую модель типа субъект + предикат или субъект + предикат + объект. Такие фразы строятся по простым сюжетным картинкам с привлечением внешних опор — фишек (Л.С. Цветкова). Предикат как порождающий центр фразы маркируется особенно ярко. Затем, с помощью вопросов, стрелок или других способов маркировки, проводится экстериоризация его грамматико-смысловых связей. Постепенно число фишек должно сворачиваться, а способ порождения глубинной синтаксической структуры фразы переходить в умозрительный план.

При том варианте динамической афазии, когда глубинна структура фразы остается сохранной, а экспрессивный аграмматизм проявляется в неспособности совершать поверхностны грамматические трансформации, используются такие методы восстановительного обучения, как:

- улавливание грамматических искажений — флективных предложных и т.п. в специально деформированных текстах (с целью оживления чувства языка);
- выполнение простых грамматических трансформаций по изменению слов, составляющих фразу, но предъявляемых в номинативных формах;
- дифференциация значений единственного и множественного числа, родовых значений, значений настоящего, прошедшего и будущего времени глагола;
- восполнение в словах пропущенных грамматических элементов;
- составление фраз по сюжетным картинкам, ответы на вопросы простой фразой, оформленной грамматически;

- пересказ простого текста;
- стимулирование к использованию побудительных и вопросительных предложений, различных предложных конструкций;
- стимулирование ответов на вопросы с постепенным уменьшением в ответе числа слов, заимствованных из вопроса;
- раскладывание серии последовательных картинок, соответственно заключенному в них сюжету.

4. *Восстановление коммуникативной фразовой речи.* Наиболее адекватной формой проведения занятий в рамках данного раздела восстановительного обучения являются групповые занятия, причем с «клубной» окраской, позволяющей создавать ситуации непосредственного и, что особенно важно, эмоционально окрашенного общения.

5. *Стимулирование письменной речи.* Используются универсальные для психолого-педагогическй практики методы.

10.3. Восстановление речи при сенсорной афазии

Исходя из того, что первичным речевым дефектом при сенсорной афазии является нарушение понимания речи, основной задачей восстановительного обучения является *восстановление представлений о смысловой роли звуков речи (фонем).* Учитывая также, что в зрелой речевой функции обиходные слова и выражения понимаются не на основе фонематического знания, а как слухо-речевые штампы, на начальном этапе работы ставится задача оживления в памяти слов как вербально-невербальных единств.

Это предполагает преодоление одного из самых тяжелых расстройств импрессивной речи при сенсорной афазии — отчуждения смысла слова. В рамках этого вида работы используются следующие направления, рассчитанные на *прямые* методы обучения:

1. *Стимуляция понимания обиходного пассивного словаря.* Для того чтобы оживить в памяти больного предметную отнесенность звуковых комплексов, представленных теми или иными словами, проводится показ реальных предметов и картинок с изображением предметов и действий по их названиям, функциональным, классификационным и другим признакам, а также показ частей тела на картинке и на себе;

2. Стимуляция понимания ситуативной фразовой речи.

3. Подготовка к восстановлению письменной речи.

Основными из используемых здесь методов являются:

- раскладывание подписей к предметным и простым сюжетным картинкам;
- оживление единства «фонема-графема» путем выбора из предъявленного ряда заданной буквы или слога по их названию;
- письмо букв и слогов под диктовку.

На последующих этапах доминирующая роль переходит к методам обучения, рассчитанным на произвольную деятельность. Среди них наиболее важными являются следующие:

4. Восстановление фонематического слуха (по стандартным методикам).

5. Восстановление понимания значения слова. В связи с тем, что при данной форме афазии конкретные значения слов страдают больше, чем абстрактные, в первую очередь закрепляются слова, представляющие собой предметные номинации. Эта работа требует опоры на реальные предметы и картинки. Выделяются дифференциальные признаки предметов, играющие существенную роль для соответствующего предметного образа. Затем уже проводятся: выработка обобщенных понятий путем классификации предметов по категориям; подбор обобщающего слова к группам слов, относящихся к той или иной категории; заполнение пропусков во фразах; подбор синонимов в качестве однородных членов предложения и вне контекста; работа над омонимами, антонимами и фразеологизмами.

6. *Коррекция экспрессивной устной речи.* Основной задачей этого раздела работы является преодоление характерной для больных с сенсорной афазией логореи и Уменьшение явления «словесного салата». Это достигается с помощью «наложения рамок», ограничивающих объем высказывания, путем составления предложений из заданного количества слов. Важной задачей является и уточнение лексически о и фонетического состава фразы с помощью анализа и исправления вербальных и литеральных парафазии, допущенных больным а также устранение элементов аграмматизма с использованием упражнений по «оживлению» чувства языка, а также анализа и исправления допущенных грамматических искажений.

7. *Восстановление письменной речи.* При сенсорной афазии причиной нарушения ассоциативной связи «фонема-графема» является неполноценность самой фонемы. В этом случае графема, как правило, служит опорой для стабилизации фонемы. В связи с этим проводится выработка ассоциативной связи «фонема-графема» с опорой на их смысловую роль (Э.С. Бейн).

8. *Выработка навыка самоконтроля за собственной речью.*

Как известно, звуковая лабильность, неконстантность представлений о звуковом составе слова, «погоня за ускользающим звучанием» (Э.С. Бейн) требуют выработки у больного способности к самоконтролю за собственной речью. С этой целью целесообразно:

предъявление больному деформированных предложений, в том числе сложносочиненных и сложноподчиненных, для улавливания имеющихся в них искажений;

ответы на вопросы в развернутом диалоге и оценка их правильности. Для этого внимание больного фиксируется на допущенных им ошибках, предъявляемых графически и в магнитофонной записи.

10.4. Восстановление речи при акустико-мнестической афазии

Главной задачей восстановительного обучения у больных с данной формой афазии является укрепление слухо-речевой памяти, что включает *расширение рамок слухового восприятия.*

Это достигается благодаря таким методам работы, как:

- показ предметов (реальных и на картинках) по названиям, предъявляемым парами, тройками и т.д.;
- показ частей тела по тому же принципу;
- выполнение 2—3-х звеньевых устных инструкций;
- ответы на развернутые вопросы, постепенно усложняемые по синтаксической структуре;
- прослушивание текстов, состоящих из нескольких предложений, и ответы на вопросы по содержанию текстов;
- письмо под диктовку постепенно наращиваемых фраз;
- чтение постепенно наращиваемых фраз с последующим воспроизведением больным (по памяти) каждого из предложений и всего набора в целом.

Повышение стойкости слухо-речевых следов проводится с использованием таких видов тренинга, как:

- повторение по памяти прочитываемых букв, слов, фраз с постепенным увеличением промежутка времени между прочтением и воспроизведением, а также с заполнением паузы каким-либо другим видом деятельности;
- заучивание наизусть коротких стихотворений и прозаических текстов;
- повторный показ предметов и картинных изображений через 5—10 с, а затем и через 1 минуту после первого предъявления;
- чтение текстов с «отставленным» по времени пересказом (через 10 мин, 30 мин, и т.д.);
- устное составление предложений по опорным словам, воспринимаемым зрительно;
- перечисление по буквам слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой и постепенный уход от письменного образца этих слов.

Помимо этих специфических для акустико-мнестической афазии задач ставятся и другие, такие, как *преодоление трудностей называния.* Для этого проводятся:

- анализ зрительных изображений и самостоятельное рисование предметов, обозначаемых словами-названиями;
- смысловое обыгрывание в контекстах различного типа слов, обозначающих предметы, действия и разнообразные признаки предметов;
- классификация слов с самостоятельным подбором обобщающего слова;
- упражнения по объяснению слов с конкретным, абстрактным и переносным значением.

К числу системно обусловленных патологических симптомов у больных с данной формы афазии относятся и трудности организации развернутого высказывания. В связи с этим необходима работа по их устранению.

Отдельную задачу составляет организация развернутого высказывания. Для ее решения применяются:

- составление рассказа по серии сюжетных картинок;
- пересказ текстов: вначале по подробному плану, затем — посвернутому, далее — без плана;

- развернутые диалоги на внеситуативные темы (профессиональные, общественные и т.д.);

-отработка образцов коммуникативной и повествовательной письменной речи (поздравительные открытки, письма, изложения, сочинения на заданную тему и т.п.).

10.5. Восстановление речи при семантической афазии

При семантической афазии первичным дефектом является нарушение симультанного оптико-пространственного гнозиса и праксиса. В связи с этим первостепенной задачей восстановительного обучения является *преодоление пространственной апрактоагнозии.*

Этот раздел восстановительного обучения включает:

- схематическое изображение пространственных взаимоотношений предметов;

- изображение плана пути, комнаты и т.д.;

- конструирование по образцу, по словесному заданию;

- работа с географической картой, часами;

- восстановление способности понимания слов с пространственным значением (предлогов, наречий, глаголов с приставками «движения» и т.д.);

- наглядное изображение простых пространственных ситуаций, обозначаемых предлогами и другими частями речи.

На основе полученных в этом плане навыков проводится восстановление способности употреблять слова и фразы, отражающие количественно-оптико-пространственные взаимоотношения объектов:

- заполнение пропущенных «пространственных» элементов в слове и фразе;

- составление фраз со словами, имеющими пространственное значение (*«дальше, ближе, вчера, завтра, давно, скоро»* и пр.), а также содержащими соответствующие морфемы (приставки, предлоги, суффиксы). Такие морфемы предъявляются с опорой на картинку или реальную ситуацию типа *«подойти, отойти; объехать, отъехать, кулак, кулачище...»*.

- конструирование сложноподчиненных предложений.

При условии, что элементарные пространственные, количественные и временные категории вербального уровня больному доступны, переходят к восстановлению способности понимания логико-грамматических конструкций. Для этого используются:

- картинное изображение сюжета конструкции;

- введение дополнительных слов, обеспечивающих смысловую избыточность *(«отец моего брата», «письмо от любимой подруги»* и т.д.);

- введение логико-грамматических конструкций в развернутый смысловой контекст;

- предъявление конструкций письменно, а затем устно.

10.6. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению нарушений чтения и письма при афазии

10.6.1. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению нарушений чтения при афазии

Коррекция нарушений чтения при оптической алексии.

Центральной задачей восстановительного обучения чтению является восстановление обобщенного восприятия буквенных знаков, с одной стороны, и процесса тонкого дифференцирования сходных по своей конструкции букв – с другой.

На первой стадии обучения чтению с этой целью ведется широкая работа над восстановлением восприятия отдельной буквы и ее узнавания. Работа начинается с восстановления умения узнавать буквы, далекие по своему оптическому рисунку (С-Н, А-В и др.). К узнаванию буквы и ее дифференцированию от другой ведет последовательное выполнение серии операций. Больному дается буква. Сначала он пытается вспомнить и воспроизвести ее моторный образ путем написания ее рукой в воздухе без участия зрения в этом процессе. Затем он записывает эту букву в тетрадь, находит ее среди нескольких других букв, ощупывает, сравнивает с другими – зрительно и кинестетически, называет нужную букву, находит и подчеркивает в тексте, подчеркивает наиболее часто встречающиеся и знакомые ему слова, начинающиеся с этой буквы. Это умение закрепляется в ряде упражнений [14].

От анализа конструкции букв, далеких по своему оптическому рисунку, больного переводят к методу подробного анализа букв. Близких по своей структуре (О-С, К-В, Ж-К и др.). Параллельно применяется и метод вербального анализа конструкции сравниваемых букв в выделением общего и отличного в их рисунке. Этот анализ подкрепляется ощупыванием соответствующих букв, нахождением их среди других путем ощупывания с закрытыми глазами, упражнениями, в которых больные отвечают на вопрос, что нужно сделать, чтобы из буквы Б получить букву Р и т.д.

Отсюда больной переходит к работе по методу реконструкции буквы, позволяющему восстановить обобщенный образ буквенного знака.

На второй стадии обучения переходят к восстановлению чтения слогов и слов на основе полученных на первой стадии знаний о буквах. Сначала чтение слогов и слов опирается на письмо букв воздухе (моторный образ буквы), помогающее найти ее значение, узнать ее, а также и на оральный образ ее произнесения. Узнавание букв при чтении и целых слов (особенно рукописных текстов) помогает метод чтения цветных слов, при котором каждая буква в слове написана разным цветом. Цветные буквы позволяют более отчетливо отделить их друг от друга, и опора на цвет является дополнительной афферентацией, способствующей дифференциации букв внутри слова.

Задачей третьей ступени обучения является восстановление точности и скорости чтения. Здесь используется вся система методов, обеспечивающая положительное влияние контекста на точность и быстроту чтения. Слова

подбираются с высоким уровнем контекста (знакомые слова, высокой частотности, строчки из стихов и т.д.). однако пользоваться методом высокого уровня контекста следует осторожно, так как он может привести к угадывающему чтению и стать препятствием для восстановления аналитического чтения.

Указанные методы, направленные на создание условий для дифференцированного восприятия буквенных знаков, обеспечивают восстановление четкого, константного и обобщенного образа буквы, что способствует восстановлению чтения и его автоматизации.

Коррекция нарушений чтения при акустико-мнестической и сенсорной афазии

При *акустико-мнестической* афазии восстановительную работу необходимо начинать с уровня слова, включая затем его в предложение, а последнее – в текст (при грубой степени афазии), а при средней и легкой степени – обучение идет предложения вверх – к тексту и вниз – к слову.

Работа над восстановлением полноценного чтения в случаях литеральной и вербальной алексии (иначе говоря, при первичных дефектах звуковой расшифровки букв и при первичной тенденции заменять аналитическое чтение угадывающим) должна иметь неодинаковую последовательность.

В случаях первичного распада звукового анализа букв и слов, возникающего при сенсорной афазии, следует начинать обучение с чтения знакомых слов с опорой на картинку. После появления умения читать некоторое количество слов с опорой на картинки или узнавать их можно переходить к обучению называния отдельных букв, входящих в состав незнакомого слова, т.е. к аналитическому чтению.

При преобладании «угадывающего» чтения, возникающего при *сенсорной* алексии, методика обучения чтению прямо противоположна указанной, т.е. нужно начинать работу с растормаживания тенденции к чтению прямым узнаванием слов, с тем, чтобы постепенно перевести чтение на аналитико-синтетический путь. Это и является центральной задачей обучения чтению при сенсорной алексии. На этой стадии необходимо сделать предметом специальных упражнений работу над соотнесением буквы с соответствующим ей звуком, над узнаванием и называнием ее в слоге, а позже – в слове. Ведущим методом работы в этот период является метод рамки, когда слово с помощью рамки разбивается на элементы (сначала на буквы, затем на слоги, позже – сочетание слогов и т.д.). рамка тормозит угадывание слова и направляет процесс чтения в русло осознанной аналитико-синтетической работы над ним. После такого этапа, применяющего аналитический метод работы, можно переходить к восстановлению слияния букв в слоги, слогов в слова.

Коррекция нарушений чтения при эфферентной и афферентной афазиях

При эфферентной моторной алексии центральной задачей восстановительного обучения является перевод процесса чтения с угадывания на осознанный уровень аналитического чтения. У этой группы больных прежде всего необходимо снять персеверации и тенденцию к угадыванию. Такое становится возможным с помощью переключения внимания больного на произнесение отдельных звуков (доступных больному) при чтении целого слова и с помощью искусственного торможения движения глаз вперед по строке. Используется описанный выше метод чтения с помощью рамки. На данном этапе обучения больного обычно держат длительное время, и только после хорошо отработанного и упроченного способа послогового чтения с помощью рамки больного переводят на чтение целых слов внутри фразы, но тоже с помощью ограничивающей рамки. Слово разбивается педагогом на слоги, далеко отодвинутые друг от друга, что создает условия для пауз в чтении, снимающих персеверацию. Такой метод чтения, ограничивая догадки больного о смысле читаемого слова, снимая предвосхищение последующих звуков или слогов. А потом и слов, переводит чтение на уровень аналитического процесса, помогая тем самым снять тенденцию к персеверациям, что и является основной задачей восстановления при данной форме патологии чтения.

Общее направление методики восстановительного чтения при афферентной моторной алексии предусматривает начало восстановительной работы с восстановления чтения целых слов, в отличие от восстановительного чтения при височной и эфферентной моторной афазии, которое начинается с восстановления аналитического (побуквенного и послогового) чтения. К восстановлению чтения при афферентной моторной алексии приступают лишь после появления у больного некоторого запаса активных слов. Эти слова и являются первым материалом для восстановления чтения. Позже обучение чтению идет параллельно восстановлению устной речи и становится одной из важнейших ее опор. На первой стадии большое внимание уделяется укреплению процесса внутреннего чтения, увеличению его объема.

С этой целью проводится работа, в которой больному предлагается либо находить по данным предметным и сюжетным картинкам соответствующее слово из ряда данных ему в напечатанном виде слов, либо находить по данным словам соответствующие картинки (метод выбора) и т.д. когда внутреннее чтение становится привычным действием, больного переводят на громкое чтение слов, имеющихся в его активном словаре, с опорой на картинки.

На этом этапе возникают трудности, связанные с распадом артикулем и с тенденцией заменять одни артикулемы другими, сходными. Преодоление этого дефекта и остается основной задачей этого периода восстановления чтения и может занять длительное время, только после отработки умения читать вслух отдельные слова и маленькие фразы ставится задача отработки четкого артикулированного чтения.

Таковы основные методы преодоления алексии, возникающей при поражении левого полушария. Каждая форма алексии имеет свою структуру и соответствующую ей систему методов восстановления чтения. Однако во всех случаях его методика предусматривает создание новой функциональной системы на основе сохранных анализаторов, обеспечивающих дополнитель-

ную афферентацию с них, а также использование сохранных форм деятельности.

10.6.2. Коррекционно-педагогическая работа по преодолению нарушений письма при афазии

Основным принципом обучения при сенсорной аграфии является путь использования сохранных анализаторов — зрительного, кинестетического и речедвигательного в качестве опоры для восстановления основных предпосылок письма. Создание новой афферентирующей системы со стороны сохранных анализаторов эффективно влияет на восстановление нарушенной функции. В процессе динамики обратного развития в работу постепенно подключаются остаточные возможности акустического анализатора для нормализации функции письма в пределах возможного.

Центральной задачей восстановительного обучения при сенсорной аграфии является восстановление четкого осознания каждого отдельного звука, умение выделить его из целого звучащего слова, т. е. восстановление осознанного аналитико-синтетического процесса письма. Эта задача является общей как для восстановления письма, так и для восстановления устной речи при сенсорной афазии, и работа по восстановлению двух функций проводится параллельно. При правильно построенном обучении обратное развитие двух форм речи успешно влияет одна на другую.

Первая стадия обучения больных с сенсорной аграфией не ставит своей задачей работу над восприятием отдельных звуков речи и не предусматривает восстановления письма. Работа на этой стадии ведется с широким использованием сохранной общей смысловой сферы: все усилия здесь направлены на восстановление у больного умения слушать и слышать речь, вычленять и опознавать сначала целые тексты, затем целые предложения из этих текстов, позже — умение выполнять вербальные инструкции и выделять отдельные слова из предложенного текста.

На *второй стадии* проводится обучение больного знанию букв, так как при грубой форме сенсорной аграфии нередко утрачивается знание алфавита, его букв.

После обучения знанию и называнию нескольких, наиболее частотных букв больных обучают узнаванию звуков со слуха, но работа над дифференцированным восприятием звука идет через слово методом соотнесения звучащего слова с соответствующей картинкой и с графическим изображением этого слова по следующей схеме: звучащее слово - предмет - написанное слово. Больному дается на слух слово (произносимое педагогом или с магнитофона), он должен найти соответствующую картинку (выбрать из нескольких) и затем выбрать искомое написанное слово из 3—5 слов, лежащих перед ним, выделить первую букву, соотнести ее со звуком, затем найти букву в разрезной азбуке, записать ее по памяти и в конце записать целое слово. Таким способом отрабатывается узнавание звуков, соотнесение их с соответствующими буквами, но только через слово и его семантическое содержание.

Закреплению связи между звуком и соответствующей графемой служит целый ряд упражнений: 1) выбор искомой буквы в разрезной азбуке, 2) запись буквы в тетради, 3) подчеркивание ее в заданном тексте, 4) выбор реальных предметов (или картинок), наименование которых начинается с отрабатываемой звуко-буквы, 5) вписывание недостающих букв в слове и т. д.

Восстановление дифференцированного и константного восприятия звуков речи становится предметом специального обучения лишь на *третьей стадии* обучения, на которой начинается работа по восстановлению собственно письменной речи. Сначала обучают больного знанию буквы, т. е. ее называнию, узнаванию со слуха с помощью определенных методов.

В этот период обучения применяется метод ощупывания объемных букв: больной, услышав звук, находит нужную букву, ощупывает ее, записывает, затем подкладывает ее под нужную картинку, название которой начинается с этой буквы, и т. д. Работа ведется по схеме: звук - ощупывание буквы - запись буквы, т. е. на основе кинестетических и оптико-моторных навыков. На этой стадии обучения имеются и задачи, касающиеся восстановления аналитического письма путем восстановления обобщенного восприятия звуков.

Одним из таких методов является ориентация больного на позиционные отношения звуков внутри слова, который и создает предпосылки для восстановления обобщенного восприятия звуков. Больного обучают различению не чистых звуков, например т, д, к, г и т. д., а всевозможных вариантов их звучаний (т-те-ти-то-тю-ту-та-ото-ату и т. д.). Практика обучения показывает, что часто больные, научившись вычленять и узнавать какой-либо звук в определенном сочетании с одним-двумя другими звуками, не узнают его во всех других сочетаниях. Поэтому на всех стадиях обучения больного ориентируют на восприятие не изолированного звука, а всей системы звуковых отношений внутри слова. Вот почему одной из важнейших задач обучения письму на четвертой стадии является восстановление способности к звукоразличению внутри слова и на ее основе — восстановление письма целых слов. Эффективным приемом здесь является вынесение количественной и качественной структуры слова.

Больному дается картинка с изображенным на ней предметом (явлением, действием), наименование которого представляет собой простое слово, состоящее из 1—2 слогов. Под картинкой дана готовая количественная схема слова (в виде квадратиков или черточек). Больной сначала слушает наименование предмета, затем повторяет его. И только после этого он начинает вычленять каждый звук, входящий в состав слова, используя для этого зеркало, оральный образ звука и т. д. Каждый выделенный звук он последовательно вписывает в соответствующий квадратик; постепенно анализируемые слова усложняются. Со временем больной начинает анализировать состав слова самостоятельно и с качественной стороны.

Описанный прием работы состоит из серии последовательных операций:

1) слушание слова,

2) его повторение,

3) вычленение первого звука с опорой на зеркало,
4) оральный образ,
5) вычленение последующего звука,
6) запись каждого звука в соответствующей клетке,
7) соотнесение звука с буквой,
8) запись буквы по памяти.

Используются материализованные средства в качестве внешней опоры и является одним из эффективных способов восстановления письма слов. Значительную роль играют материализованные опоры, например: картинка с изображенным предметом, помогающая удержать . целиком слово, с которым ведется аналитическая работа; квадратики (количественная схема) для фиксирований уже выделенных звуков, умение отчленять ту часть слова, которая уже проанализирована, от той, которую еще нужно подвергнуть анализу. Постепенно этот развернутый способ анализа слова сокращается за счет выпадения тех или иных материализованных средств.

С целью нормализации протекания процесса письма позже подключается дефектный акустический анализатор. Только после максимального успеха при восстановлении процессов звукоразличения, умения писать буквы, слова (с опорой на сохранные кинестетические ощущения и оптико-моторные координации) переходят к восстановлению устной речи и письма.

10.7. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии в детском и подростковм возрасте

Афазии у детей, подростков и молодых людей, возникшие в результате разрыва аневризмы сосудов головного мозга, могут проходить спонтанно.

В остальных случаях преодоление афазий осуществляется у подростков старше 15 лет за 3-5 лет систематических логопедических занятий, но при условии максимально серьезного отношения к речевому дефекту как са¬ мого подростка или юноши, так и его родителей. Нередко несерьезное отношение к своему речевому дефекту, отсутствие навыка преодолевать трудности, надежда на спонтанное восстановление приводят к тому, что эти пациенты не возвращаются к учебе, к труду.

Упорный, целенаправленный труд в преодолении речевого дефекта позволяет подросткам окончить школу, техникум и т.п., а студентам – вузы и приступить к работе по специальности в несколько облегченных условиях.

Для преодоления моторной афазии у детей и подростков используют¬ ся те же приемы коррекционно-педагогической работы, которые применяются в работе со взрослыми на раннем этапе восстановления. В связи с несформированностью у детей различных навыков значительное внимание надо уделять психической деятельности, обучать ребенка планировать свои действия, отрабатывать некоторые движения.

Занятия с детьми должны быть интересными, разнообразными. Лексика и семантика дидактического материала должны соответствовать возрасту ребенка. Особое место в преодолении речевых расстройств у детей занимают

различные речевые игры, рисование, лепка, конструирование из элементов различных детских поделок. Дошкольников целесообразно с первых дней занятий обучать чтению и письму, используя букварь, разрезную азбуку, развивая у них звукобуквенный анализ состава слова, подготавливая их тем самым к учебе в общеобразовательной школе или школе для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Школьники и подростки, перенесшие травму или нарушение мозгового кровообращения в теменно-затылочных отделах головного мозга, могут утратить некоторые приобретенные до заболевания навыки: ориентацию в географической карте, представление о времени, представление о дробях, извлечении квадратного корня, испытывать значительные трудности в решении задач.

В связи с этим логопед ставит своей задачей не только восстановление у ребенка навыков чтения, письма и элементарного счета, но и других навыков, необходимых ему для возвращения в школу.

Восстановление этих элементарных математических навыков предупреждает дальнейшие трудности овладения более сложными математическими знаниями. В тех случаях, когда больной возвращается к учебе, осуществление преодоления нарушений понимания деепричастных и причастных оборотов проводится с опорой на экспрессивную устную и пись¬ менную речь. После освоения этих оборотов в экспрессивной речи больные свободно понимают последовательность действий, выраженных деепричастным оборотом, при восприятии речи на слух.

По мере восстановления речевых навыков подросток или студент переходит к обновлению знаний иностранного языка. Особенно значимо это для студентов высших учебных заведений. Несомненно, что при более массивных травмах головного мозга или тяжелых менингоэнцефалитах, восстановление речевых функций у детей протекает медленнее и требует многолетней работы по развитию речи в школах образовательных организациях.

Лечение афазий в детском и подростковом возрасте

Лечение детских афазий подразумевает специальное восстановительное обучение под контролем логопеда. Его суть заключается в активации компенсаторных механизмов головного мозга при помощи прямых и непрямых способов. Прямые методы показаны на ранних сроках, основаны на использовании активации резервных способностей клеток. Непрямые или обходные методы компенсируют утраченные функции за счет функциональных перестроек. В зависимости от ситуации и формы детской афазии в качестве материалов для обучения применяются тексты, карточки, картинки, компьютерные программы, различные предметы, однако ведущую роль играют упражнения с логопедом.

Эффективность восстановительного обучения зависит от целого ряда факторов: формы и длительности заболевания, тяжести поражения ЦНС, этиологического фактора, возраста ребенка и момента начала терапии. Детский мозг очень пластичен, поэтому при легких формах зачастую наблюдает-

ся быстрый регресс симптомов. При структурных детских афазиях легкой степени тяжести способность к коммуникации возвращается на протяжении 3-5 недель, при средней – через 1-6 месяцев. При синдроме Ландау-Клеффнера помимо обучения может использоваться соответствующее медикаментозное противосудорожное лечение. Однако даже на фоне позитивной динамики возрастной нормы достичь удается достаточно редко.

Прогноз и профилактика детских афазий

Прогноз при детской афазии зачастую благоприятный. При ранней диагностике и своевременно начатом восстановительном обучении на протяжении первых нескольких недель или месяцев удается добиться быстрого регресса патологии. При тяжелых формах поражения ЦНС или синдроме Ландау-Клеффнера прогноз сомнительный. Прогностически неблагоприятным признаком считается отсутствие позитивной динамики на протяжении первых нескольких недель. Специфической профилактики детских афазий не существует. Неспецифические меры подразумевают исключение всех возможных этиологических факторов: раннюю диагностику и лечение фоновых заболеваний ЦНС и сосудов, которые могут вызвать ишемию коры головного мозга, минимизацию риска травм головы.

11. Восстановление неречевых высших психических функций (ВПФ) при афазии

11.1. Преодоление нарушений неспецифических компонентов нейропсихологического синдрома

Основные приемы работы по устранению этих расстройств направлены на аспонтанность, инертность и инактивность. Это достигается с помощью упражнений по концентрации внимания, общей активизации личности, выработке навыков самоконтроля и контроля способности к целенаправленной деятельности, по улучшению памяти и прочее. Для этой цели рекомендуется проводить работу на эмоционально значимом речевом материале, который предъявляется в форме свободной беседы, в виде рассказа о каком-либо событии, в форме сказки, художественного рассказа, фельетона, газетной заметки, журнальной статьи и т.д. Полезно обсуждение прослушанного текста, ответы на вопросы, пересказ и прочее. Может быть использован прием самостоятельного «сочинения» рассказа на заданную тему, оканчивание начатого текста и прочее, нахождение различного рода искажений — смысловых, грамматических, фонетических.

Для концентрации внимания используется такой речевой материал, как:

- Речевые конструкции, искаженные по смыслу, например, *«уголь белый, а снег черный», «днем всегда темно, а ночью светло».*

- Различные каламбуры по типу «чепухи», например, *«шел высокий гражданин низенького роста, весь кудрявый без волос, худенький, как бочка»* и т.д.

- Конструкции, искаженные грамматически, например, *«кошка сидит на стула», «я хочет пить», «хорошая мальчик», «две мужчины идут по улице», «мы завтра ели суп», «двор, который въехал на машину, находится рядом»* и т.д.

- Фонетические искажения, например, *«стош»* (стол), *«руда»* (рука), *«чошка»* (чашка); искаженные слова сопровождаются соответствующей картинкой.

- Целесообразны упражнения по подбору слов на заданную букву, по заданному признаку (например, назвать только острые предметы, например, предметы, которые бывают только белыми, только черными и пр.); подобрать слова-антонимы, слова-синонимы и т.д.

- Конкретным материалом для этих упражнений служат сборники игр для детей, содержащихся в различных детских журналах, книгах, а также в выпусках для взрослых типа «В часы досуга», «5 минут на размышление» и т.п., содержащие кроссворды, ребусы, шарады и другой занимательный материал.

11.2. Преодоление нарушений различных видов гнозиса и праксиса

11.2.1. Преодоление нарушений предметного гнозиса

Основной задачей этого раздела обучения является восстановление обобщенного образа предмета. Для этой цели проводятся следующие виды работы:

1-й вид упражнений.

Анализ зрительного образа (реальных предметов и их рисованных изображений). Это требует выделения существенных признаков предмета, обусловливающих его категориальную принадлежность и функциональное назначение. Анализируя зрительный образ, например, такого предмета как стул, необходимо выделение следующих деталей: четыре ножки, спинка, горизонтальная поверхность для сидения. Отсутствие какой-либо из этих существенных деталей служит признаком того, что изображение дефектно. Так, отсутствие у стула спинки позволяет принять решение, что изображен не стул, а табуретка, тогда как отсутствие одной из ножек свидетельствует о ненормативности изображения. Отработка функционального признака предмета проводится параллельно. Основной прием — сравнение сходных по зрительному образу предметов, один из которых обладает отрабатываемым признаком, а другой нет. Например, больному предъявляются изображения стола и стула и задается вопрос. «Покажите, на чем сидят». На основании проведенного анализа делается вывод о категориальной отнесенности данного предмета к классу однородных предметов, в частности, мебели, а также о его функциональном назначении.

Необходимо соблюдение принципа постепенного усложнения предъявляемых изображений с точки зрения степени упроченности воспринимаемого предмета в зависимости от способа его изображения (от знакомого, часто употребляемого, к менее знакомому, от сугубо реалистического изображения — к стилизованному).

2-й вид упражнений.

Сравнительный анализ зрительных образов предметов одного класса с выделением дифференциальных признаков, например, изображений чашки и стакана, куста и дерева, собаки и кошки и т.д.

3-й вид упражнений.

Идентификация зрительных изображений, разностильных по способу изображения. Например, дается задание выбрать из набора картинок изображения кошек, домов, людей и т.д. Этот прием работы также основан на выделении существенных деталей предмета, уточнении функциональной роли предмета и его деталей, подробном анализе формы предмета и деталей, места их расположения и т.д. Например, больному предъявляются два различных по способу изображения рисунка чайника и предлагается решить, один и тот же нарисован предмет или разные. В том случае, когда идентифицикация предъявленных изображений не вызывает затруднений, дается задание указать идентичные детали обоих изображений (носик, крышку, ручку), описать словами, для чего каждая из них предназначена. Затем производится разбор классификационных ошибок. Фиксируется внимание на форме той или иной детали, на расположении снизу, сверху, сбоку и т.д.

4-й вид упражнений.

Срисовывание предметных изображений, а также рисование их по памяти, с предварительным анализом характерных признаков. Этот вид работы направлен на закрепление образа предмета.

5-й вид упражнений.

Автоматизация слов — названий предмета путем их «смыслового обыгрывания» в разных контекстах.

6-й вид упражнений.

Конструирование заданных предметов со сходными и дискретными признаками из отдельных деталей. Предъявляются детали различных предметов и предлагается самостоятельно выбрать «комплект» деталей, необходимый для конструирования того или иного предмета. Задание может быть дано в двух вариантах: 1) конструирование по образцу: 2) конструирование по названию. Вначале используются дискретные изображения — например, детали фигуры человека или животного и детали транспорта, затем вводятся более близкие изображения, например, стол и стул. Для этого даются изолированные изображения. 4 больших ножки, 4 ножки меньшего размера, большая квадратная пластинка, такая же пластинка меньшего размера, одна спинка. Нужно определить, к какому предмету относится та или иная деталь. С течением времени задания усложняются. На поздних этапах восстановительная работа может вестись на таких трудно дифференцируемых предметах, как троллейбус и трамвай, ножницы и плоскогубцы, мышь и белка, береза и дуб и т.д.

Выделение дифференцируемых признаков этих предметов требует достаточно тонкого анализа, способствующего выработке сложного обобщенного образа предмета.

7-й вид упражнений.

Выделение фигуры из фона, вычленение наложенных друг на яруга предметов. Этот вид работы проводится на конечных стадиях восстановительного обучения, когда у больных уже сформированы обобщенные образы тех предметов, которые используются в фигурах Поппельрейтера. В случаях неудачных попыток выполнить задание предъявляется каждый из наложенных и перечеркнутых предметов, изображенных раздельно, без «помех». Проводится анализ их дифференциальных признаков, а затем они снова демонстрируются в сенсибилизированном виде (наложенными друг на друга). Соблюдается принцип постепенного усложнения задания: от простого способа зашумления — к сложному, от меньшего количества наложенных друг на друга изображений — к большему.

8-й вид упражнений.

Узнавание предмета по его словесному описанию (без предъявления изображения) — прием «загадки». Дается задание опознать предмет в начале по его функциональному признаку (для чего спрашивается, например *«Какой предмет нужен, чтобы узнать время?»),* а затем — по признакам конфигурации (например, *«Какой предмет имеет циферблат, стрелки?»* и т.д.), а затем уже по категориальным признакам в сочетании с функциональными. Так, предъявляется серия изображений и задается вопрос: *«Какой из этих предметов неодушевленный?»* Примерный ответ: «Вещь, изготовлена людьми, обычно небольшого размера, тикает» и т.п.

Для преодоления предметной агнозии по субдоминантному типу используются те же упражнения, однако акцент делается на восстановление способности к симультанному схватыванию зрительного образа. Для решения этой задачи вводится симультанное опознание больным предметных изображений. Время экспозиции изображения в таких заданиях должно быть коротким, чтобы возникла необходимость одномоментного его охвата. В начале курса занятий предъявляются простые обиходные предметы, сугубо реалистические по способу изображения. Каждое последующее изображение должно быть дискретно по отношению к предъявленному до него (например: собака, стул, яблоко).

На последующих этапах обучения предъявляются менее Дискретные изображения, а время экспозиции — все более укорачивается. Кроме того, рекомендуется постепенный переход от меньших размеров изображения к большим, т.к. более мелкий рисунок доступнее симультанному охвату взором.

Преодоление нарушения буквенного гнозиса является, по существу, главным видом работы по восстановлению чтения при первичной оптической дислексии

11.2.2. Преодоление нарушений лицевого гнозиса

Этот вид работы требует специальной работы, которая начинается с выяснения степени знакомости лиц близких или известных людей, изображенных на портретах. Затем, привлекая наиболее знакомые портреты, проводится

«оживление» зрительного образа того или иного лица на основе связанных с ним вербальных, культурных, научных и других ассоциаций (прослушивание стихов, обсуждение содержания произведений известных поэтов или писателей, изображенных на предъявляемых больному портретах, прослушивание песен, отрывков из музыкальных произведений, пьес, рассматривание картин и т.д.).

В качестве приема, стимулирующего оживление лиц хорошо знакомых людей, рекомендуется рассматривание семейного альбома фотографий в присутствии на занятии кого-либо из членов семьи больного или его близких друзей.

Наконец, полезна работа по психологическому анализу портретов (обсуждение лиц с привлечением понятий, «молодой, старый, добрый, злой, открытый, угрюмый, веселый» итд, сравнение лиц различных людей, выявление схожести и несхожести лиц, с анализом причин констатируемого сходства или несходства).

11.2.3. Преодоление нарушений цветового гнозиса

Для этого используются упражнения, направленные на выработку обобщенного категориального отношения к цвету

1-й вид упражнений

«Смысловое обыгрывание» понятия того или иного цвета на основе оживления наиболее стереотипных образов, связанных с ним. Например, обыгрывая красный цвет, больному предъявляются картинки с изображением красного знамени, пионерского галстука, красного помидора, красной рябины и т.д Каждая картинка имеет подпись, на которой слово «красный» выделено крупным шрифтом Внимание обращается на то, что все эти предметы одного и того же цвета. Таким же образом проводится «обыгрывание» других цветов, а также их оттенков. Голубой оттенок, например, ассоциативно связывается с ясным небом, колокольчиками, голубыми глазами и т.д.

2-й вид упражнений.

Раскраска контурных изображений тех же предметов по соответствующим образцам, т.е. переведение цвета с одного рисунка на другой. Затем дается задание раскрасить контурные изображения тех же предметов самостоятельно, а не по образцу.

3-й вид упражнений

«Выстраивание» цветовой гаммы проводится с опорой на наглядно-вербальные ассоциации. Так, больному демонстрируется какой-нибудь плод, например, помидор, в разных стадиях созревания от бледно-розового до ярко-красного. В названиях цветов подчеркиваются слова, «светлый, светлее, бледный, темный, темнее, жидкий, густой, сочный и т.д.».

4-й вид упражнений

Нахождение больным заданного цвета в серии разноцветных предметных изображений и абстрактных, например, геометрических фигур.

5-й вид упражнений.

Классификация цветов и их оттенков:

- самостоятельный подбор больным цветовой гаммы, вплетенной в определенный сюжет, например, предъявляется версия рисунков с изображением какого-либо пейзажа и предлагается разложить их в порядке, демонстрирующем стадии постепенного потемнения неба,
- выстраивание абстрактной цветовой гаммы из предъявленных ему оттенков одного и того же цвета;
- выстраивание нескольких цветовых гамм из оттенков различных цветов.

11.2.4. Преодоление расстройств оптико-пространственной апрактоагнозии по доминантному типу

Этот вид работы подчинен главной задаче восстановления высших обобщенных уровней пространственно-ориентировочной деятельности. Он включает восстановление схематических представлении о пространственном соотношении объектов действительности. С этой целью используются следующие упражнения

1-й вид упражнений

Поворот фигуры в пространстве.

Вначале эта работа проводится на материале, оформленном ситуативно, «сюжетно»: например, предъявляется макет комнаты с фигуркой стоящего посередине человека и дается задание повернуть ее лицом к двери. Затем дается инструкция повернуть фигуру к себе и от себя.

С течением времени опора на ситуацию устраняется и осуществляется переход к оперированию геометрическими фигурами — реальными, затем — нарисованными.

2-й вид упражнений.

Работа с географической картой, которая включает:

- нахождение сторон и частей света;
- нахождение тех или иных объектов — стран, городов, рек и т.д.;
- перенос географических объектов с обычной карты на немую;
- самостоятельное заполнение немой карты с предварительным ознакомлением с данной местностью по обычной карте.

3-й вид упражнений.

Работа с часами:

- «оживление» роли цифр, стрелок, делений на минуты и т.д. Оно может проводиться с помощью обыгрывания наиболее стереотипных значений понятия времени и его компонентов.

Так, обсуждаются понятия «полночь», «полдень», «5 минут», «минута», «час» и прочее — в прямом и переносном смысле. Приводятся примеры из хорошо знакомых больному произведений художественной литературы, текстов песен, сказок, кинофильмов и т.д.;

- расстановка стрелок на часах соответственно заданномувремени;

- анализ различий при симметричном расположении стрелок в правой и левой части циферблата;

- списывание с циферблата цифр по расставленным стрелкам;

- самостоятельное обозначение заданного времени на немыхчасах и т.д.

4-й вид упражнений.

Схематичное изображение пространственных ситуаций на чертеже — плане комнаты, пути и т.д.

В дальнейшем пространственные ситуации предъявляются вне вербального контекста.

5-й вид упражнений.

Идентификация аналогичных пространственных ситуаций, в которых участвуют различные объекты. Например, больному предъявляется ряд рисунков: кошка на стуле, книга на столе, книга в ящике, собака под кроватью, птица над домом, книги в портфеле, ваза на шкафу и т.д. Больной должен показать те рисунки, на которых изображены аналогичные пространственные ситуации.

Соотнесение реальных пространственных ситуаций с их схематическим изображением. Для облегчения решения этой задачи в начале обучения реальные рисунки и схемы сопровождаются подписями в виде предлогов. Затем эти подписи убираются, и возникает необходимость оперировать «голыми» рисунками и схемами.

6-й вид упражнений.

Уточнение значений слов с пространственным значением *(вверху, внизу, далеко, близко, сбоку, рядом, в отдалении, направо, налево* и т.д.), а также автоматизация этих слов в собственной речи больных.

11.2.5. Преодоление расстройств конструктивной деятельности

Эта работа начинается с «оживления» понятий формы и размера.

1-й вид упражнений.

Выработка дифференцированного восприятия круглой и угольной формы, вначале на материале реальных предметов (мяч — телевизор, арбуз — книга и т.д.), а затем — на геометрических фигурах.

2-й вид упражнений.

Выработка дифференцированного восприятия размера, независимо от формы (идентификация различных предметов и геометрических фигур, неодинаковых по размеру).

3-й вид упражнений.

Срисовывание предметов и геометрических фигур, дорисовывание предметов; рисование предметов и геометрических фигур по памяти, самостоятельное рисование заданных предметов и фигур; конструирование предметов и фигур из элементов («кубики Кооса» и т.п.); добавление различных деталей.

11.2.6. Преодоление нарушений схемы тела

В этом разделе обучения используются следующие виды упражнений:

1-й вид упражнений.

«Смысловое обыгрывание» каждой из частей тела с одновременным иллюстративным подкреплением, например, «у женщины болит голова», «мальчик поранил ногу», «мужчине на нос села муха», «женщина вдевает в уши серьги», «девочка моет руки» и т.д.

2-й вид упражнений.

Складывание фигуры человека и животных из ее частей, складывание лица человека из частей; показ частей тела на другом человеке, на рисунке, на себе; срисовывание и самостоятельное рисование людей и животных.

11.2.7. Восстановление праксических и гностических функций нарушенных по субдоминантному типу

Здесь используются такие упражнения, как.

1-й вид упражнений.

Выработка умения непосредственной ориентации в пространстве.

В качестве главной компенсаторной опоры используется речь. Предлагается запомнить путь из одного места в другое; оживляются в памяти известные приемы ориентации на местности по солнцу, звездам, растительности и т.п.

2-й вид упражнений.

Восстановление способности к симультанному восприятию пространственной ситуации.

Так же, как и в предыдущем случае, в качестве компенсаторной опоры используется речь. Предъявляется текст, содержащий определенную пространственную ситуацию, например: *«Мама с сыном пошли гулять. Мальчик убежал от мамы и спрятался за деревом. Мама ищет мальчика»* Соответствующая иллюстрация, подготовленная содержанием текста, воспринимается целиком. На последующих этапах работы фактор предварительной установки с помощью текста играет все меньшую роль. Предъявляется, например, тот же рисунок с лаконичной надписью *«спрятался»* или *«где шалун?»,* а затем — без всякой подписи. По мере восстановления способности к симультанному восприятию реальных пространственных ситуаций, следует перейти к абстрактным ситуациям (*«крест под кругом», «круг над квадратом», «круг между треугольником и квадратом»* и пр.).

3-й вид упражнений.

Восстановление способности к симультанному восприятию предмета:

- восприятие реальных предметов с привлечением различных компенсаторных опор, например, ощупывания;

- восприятие рисованных изображений предметов, на которых специально выделены их дифференциальные признаки, например, *«у кружки ручка»* (в отличие от изображенного рядом стакана без ручки);

- преодоление игнорирования правой стороны зрительных образов;

- работа на листах, специально разделенных пополам жирной чертой или с половинами разных цветов (левая — окрашенная, правая — белая);

- рисование или письмо с правой стороны листа с предварительной установкой на это;

- анализ изображений предметов, имеющих симметричный правую и левую стороны, например, человека, циферблата часов, кастрюли и т.д.;

- фиксация внимания больного на том, что обе стороны изображения идентичны;

- верификация специально искаженных изображений, устранение обнаруженных искажений;

- преодоление апраксии одевания: выполнение больным различных операций одевания с предварительным анализом действия, их вербализацией, рассматриванием соответствующих схем (сами операции одевания предъявляются по принципу «от высокоавтоматизированных, до выполняемых редко, мало привычных).

11.2.8. Восстановительное обучение с использованием средств невербальной коммуникации

Этот раздел обучения включает следующие направления занятия с использованием предметно-практической деятельности с применением средств невербальной коммуникации. Каждый из видов работы может быть направлен одновременно на решение нескольких восстановительных задач:

1 Преодоление расстройств кистевого, пальцевого и конструктивного праксиса, как на конкретном, предметном уровне (предметно-практическая деятельность), так и на символическом, знаковом (исполнение жестов, рисование пиктограмм).

2. Овладение рядом бытовых и трудовых навыков, что возможно лишь при определенной степени восстановления «неречевых» функций разных модальностей.

3 Расширение рамок коммуникации с окружающими.

Занятия с применением предметно-практической деятельности особенно эффективны в работе с больными с афазией, у которых речевой дефект выражен грубо, вплоть до полного отсутствия собственной речи. В этих случаях на передний план выступают задачи восстановления речевой функции, и предметно-практические операции служат в основном средством для стимуляции речи.

Работа по устранению нарушений неречевых функций протекает в тесной связи с работой по восстановлению речевой функции больного. В разных формах работы вербально-невербальные взаимодействия складываются поразному. Так, обучение предметно-практическим или иным (бытовым и трудовым) операциям строится не только на показе конкретных действий составляющих данный вид деятельности, но и на вербальных инструкциях и описаниях Использование паралингвистических средств (жест, мимика, пиктограмма) способствует стимуляции и растормаживанию экспрессивной речи

Основной формой занятий с использованием предметно-практической деятельности являются *групповые занятия.* Последние не заменяют индивидуальной работы с больным, но являются чрезвычайно важной частью восстановительного обучения, имеющего свои несомненные преимущества. Коллективная форма занятий обеспечивает социальную среду, которая способствует активизации личности в целом, расширяет рамки коммуникативных возможностей Групповые занятия позволяют в наиболее благоприятных условиях общения применить те навыки, которые он получил на индивидуальных занятиях, это облегчает впоследствии решение более широких задач речевой коммуникации

Используются следующие виды деятельности – лепка из пластилина и глины, рисование, выжигание по дереву, конструирование, различные виды рукоделия, изготовление изделий из природного материала, бытовые действия и т.д. Выбор видов деятельности обусловлен:

художественно-эстетической направленностью, обеспечивающей благоприятный фон занятий, широкими возможностями растормаживания и стимулирования бытовой лексики, связанной с содержанием того или иного вида деятельности, поскольку у людей с окончательно сформированной речью упрочена связь «предмет — слово», доступностью этих работ для каждого из больных, возможностью использования максимального числа путей компенсации нарушенных функций за счет включения запасных афферентаций (зрительной, слуховой, тактильной и др.)

Методически обучение строится по принципу постепенного овладения технологией того или иного вида деятельности и параллельного стимулирования речи в импрессивном и экспрессивном вариантах в соответствии с заранее подобранным к каждому занятию лексико-фразеологическим материалом.

12. Психотерапия в коррекции афазий

В комплексе восстановительных мероприятий при афазии большое место занимает *психотерапевтическая* работа. В большинстве случаев афазия приводит к нетрудоспособности и социальной дезадаптации: лишение привычных норм коммуникации, осложняющее взаимоотношения с семьей и обществом. В начальный период после инсульта и нейротравмы могут быть состояния как острого переживания случившегося, так и недостаточное осознание тяжести заболевания.

Со временем «внутренняя картина» патологического состояния претерпевает определенную эволюцию. В большинстве случаев лица с афазией начинают остро переживать свои ощущения, что проявляется в невротических реакциях вторичного характера.

Заостряются преморбидные черты личности, иногда появляются суицидальные тенденции. При этом психические нарушения могут возникать на фоне как незначительного восстановления речи и других высших психических функций, так и в тех случаях, когда отмечается положительная клиническая динамика. Сказанное и обусловливает необходимость психотерапевтиче-

ского воздействия на личность с афазией. Общая психотерапия предполагает наличие благоприятного психологического климата.

Выделяют индивидуальную и группоую психотерапию.

Ведущая роль принадлежит групповой психотерапии. В частности, Л. С. Цветкова, В. М. Шкловский и др. подчеркивали такое преимущество групповой психотерапии, как возможность создания речевой среды, стимулирующей к общению, а, следовательно, направленность на решение социально-психологических задач реабилитации. Групповые психотерапевтические занятия через организацию общения в коллективе способствуют и коррекции изменений личности.

Важное место в структуре личности лиц с последствиями инсульта и нейротравмы занимает отношение к своему дефекту: имеет место как недооценка, так и переоценка своих возможностей. У одних возникают элементы логофобии, неуверенность в поведении, попытки «ухода» от речевых контактов, другие же, не избегая социального взаимодействия, просто не прикладывают достаточных усилий для реализации своих потенциальных возможностей.

Групповые занятия позволяют объективно оценить состояние коммуникативной функции со стороны других членов группы, что способствует выработке объективной самооценки. Показания к групповой психотерапии даются врачом-невропатологом и нейропсихологом по результатам нейропсихологического обследования, а также по данным медицинской документации, имеющимся при выписке из стационара.

В определении целесообразности и назначении показаний к групповой психотерапии участвует и логопед.

Данный вид работы показан лицам с негрубыми нарушениями речи, которые не испытывают серьезного словарного дефицита или резко выраженных трудностей программирования речевого высказывания. Однако, даже при положительной динамике восстановления, возникшее убеждение в своей неполноценности достаточно стойко, что осложняет возможность достижения максимального восстановительного эффекта.

Лица с афазией избегают развернутых речевых контактов, объясняя это своей «неполноценностью по речи». Поэтому целесообразно использовать психотерапию и аутогенную тренировку, направленную на выработку установки преодоления «чувства болезни и безнадежности». В качестве противопоказаний выступают выраженные изменения личности: негативизм в поведении с окружающими, агрессивность, ипохондрия, психопатические черты.

Опыт проведения групповой психотерапии описан В. М. Шкловским и Т. Г. Визель. Авторы указали, что различия в формах афазии не являются фактором, вызывающим необходимость разделения на отдельные группы. Негрубая выраженность дефекта позволяет объединить в одну группу лиц с моторными и сенсорными афазиями. Специфика речевого нарушения при афазии требует мобилизующей психотерапии. Наиболее эффективным является создание закрытых групп, то есть с постоянным составом участников, так как

создает облегчающий работу фон – взаимосвязь, взаимовлияние, пример, самооценка.

Овладение аутогенной тренировкой основано на принципах последовательности и поэтапности. Ее курс длится приблизительно 4–6 недель, оптимальное число участников составляет 5–6 человек. В. М. Шкловский указал на пользу ведения дневников, в которых обучающиеся отмечали бы свои успехи, трудности овладения аутотренингом после каждого занятия. Разработке адекватных приемов работы помогают устные самоотчеты проходящих восстановительное обучение.

Необходимым условием использования психотерапевтического воздействия является формирование правильного отношения к собственному дефекту. Для этого следует:

1. Объяснить лицам с афазией, что мозг обладает большими, но не безграничными компенсаторными возможностями. Уточнение данного необходимо для того, чтобы не создавалась установка на «сверхзадачу». Целесообразно постепенное подведение к мысли, что отсутствие той или иной способности не препятствует социальной адаптации. Важно убедить обучающихся в неизбежности ухудшения состояния при чрезмерных нагрузках.

2. Проводить беседы на тему о связи «руки и речи». Разъяснение того, что одно помогает другому, стимулирует к более активному участию в овладении трудовыми навыками и повышает эффективность занятий по восстановлению речи.

3. Довести до сведения, что лекарства не сделают чуда. Необходимы терпение и аккуратность в выполнении назначений врача, логопеда, активное участие восстанавливающегося в лечебном процессе.

4. Объяснить лицам с афазией, что не пострадали ни мышление, ни психическая сфера в целом, а утратилась способность говорить.

5. Убедить, что более активное и смелое использование оставшихся и восстановленных навыков поспособствует быстрому возвращению к нормальной жизни.

Важным звеном в восстановительном обучении является семейная психотерапия. Психотерапевт и логопед обучают родственников правильной реакции на негативное отношение лица с афазией к ряду семейных проблем, связанных с изменением его статуса в семье. Например, снижение авторитета среди близких людей может привести к серьезным последствиям в виде аффективных состояний. Опыт работы В. М. Шкловского показывает, что нормализация поведения личности с афазией, его эмоционального статуса создает благоприятный фон для восстановления собственно нарушенных функций.

13. Инструментальные методы лечения афазий

Иглорефлексотерапия (акупунктура).

Иглорефлексотерапия (акупунктура) – метод лечебного воздействия на организм посредством иглоукалывания или прижигания (прогревания) биологически активных точек (БАТ).

Направлена на коррекцию артикуляции путём воздействуя на речевую мускулатуру и рецепторный аппарат, воспринимающий раздражители. Одним из новых направлений акупунктуры является микротоковая рефлексотерапия (МТРТ), при которой слабый ток воздействует на биологически активные точки. Электрический ток малой величины — адекватный физиологический раздражитель для нервной системы. Он помогает вернуть активность повреждённых нервных клеток в речевых зонах головного мозга. Пока у этого метода недостаточно доказательно базы, чтобы однозначно установить, насколько он эффективен и безопасен. Но известно, что в комплексе с логопедическими занятиями он помогает добиться более хороших результатов.

Транскраниальная стимуляция постоянным током (ТСПТ)

ТСПТ – метод физического воздействия на структуры головного мозга слабым электрическим током (не более 1–2 мА). Анодная стимуляция способствует усилению корковой активации, в то время как катодная дает противоположный эффект, что позволяет модулировать активность различных зон участвующих в реализации речевых процессов.

Наибольшего эффекта на фоне ТСПТ удалось достичь у пациентов с моторной афазией, что проявлялось в улучшении артикуляционных движений и показателей произвольной речи. В целом отмечена значимая динамика возможностей называния существительных, причем как в краткосрочный, так и в отдаленный период, правда, мета-анализ не выявил достоверного эффекта в отношении общего функционального исхода на фоне применения ТСПТ.

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС)

ТКМС была рекомендована как эффективная методика восстановления речевой функции после инсульта. У пациентов с моторными афазиями ТКМС с высокой степенью доказательности может улучшить общий функциональный исход, что с учетом безопасности методики позволяет рекомендовать ее для более широкого применения. Причем низкочастотная ТКМС дает более значимый отсроченный эффект по восстановлению речевой функции при моторной афазии, чем стимуляция с высокой частотой, эффект которой оказался значимым только в краткосрочный период и почти полностью нивелировался при отдаленном наблюдении.

Наибольшего эффекта можно ожидать при использовании ТКМС и ТСПТ как дополнительных методик в комплексной реабилитации в сочетании с речевой и языковой терапией, что позволит улучшить реабилитационный потенциал и возможности нейропластичности.

Логопедический зондовый и ручной массаж речевой мускулатуры.

Массаж может нормализовать тонус мышц и уменьшить степень проявления двигательных дефектов, в некоторых случаях применяется для стимуляции ощущений. Логопедический массаж в большей степени эффективен при дизартриях либо патологии непосредственно речевого аппарата, при афазии может использоваться как вспомогательный метод

14. Лекарственная терапия афазий

Терапия афазий длительна, проводится специалистами разных направлений. При составлении плана лечения учитывается несколько факторов:

- возможность восстановления речевых нарушений;
- степень тяжести речевого расстройства;
- характер течения и формы афазии;
- происхождение, давность возникновения расстройства;
- сохранность других когнитивных функций;
- обширность органического поражения мозга;
- возраст пациента, его преморбидные особенности.

Лечение, как правило, консервативное. Хирургическое вмешательство при лечении афазий требуется лишь в случаях опухолей и иных новообразований.

Выбор препаратов зависит от основного заболевания, симптомом которого является афазия. Наиболее часто пациентам назначаются ноотропы – лекарства, способствующие восстановлению нервной ткани. Они усиливают поступление кислорода и питательных веществ к клеткам.

Специалисты назначают препараты разных видов:

- антикоагулянты - лекарства, которые снижают вязкость крови и стимулируют улучшение кровообращения;
- диуретики - снимают отёки, в том числе в мозге;
- ноотропные препараты - стимулируют регенерацию нервных клеток;
- гипотензивные препараты - не позволяют артериальному давлению достичь критического значения, которое может спровоцировать осложнения.

Мемантин (антагонист NMDA-рецепторов) — иногда применяется для симптоматического лечения при болезни Альцгеймера. В исследованиях доказано, что препарат оказывает небольшое, но полезное влияние на когнитивные функции (мышление, память, речь и др.) при умеренной и тяжёлой болезни Альцгеймера. Назначается на неопределённо долгий срок.

Вазоактивные препараты (циннаризин, винпоцетин, ницерголин) — применяются в комплексном лечении ишемических заболеваний (например, ишемического инсульта). Считается, что эти препараты улучшают метаболизм в тканях, расширяют сосуды головного мозга, усиливают кровоток и улучшают снабжение мозга кислородом. Дозировка подбирается индивидуально лечащим врачом.

Антихолинэстеразные препараты (прозерин, ривастигмин) — могут назначаться при демиелинизирующих заболеваниях, таких как рассеянный склероз. Эта группа препаратов достоверно улучшает нервную передачу и когнитивные функции.

Ноотропные препараты (пирацетам, фенибут, глицин). По некоторым данным, Пирацетам может помочь при афазии, вызванной ишемическим инсультом. Однако нужны дополнительные исследования, чтобы это подтвердить. Ноотропные препараты используются, чтобы улучшить связи между

полушариями головного мозга и синаптическую проводимость в неокортикальных структурах. Предполагается, что именно за счёт этого они могут помочь в восстановлении когнитивных функций, особенно сознания, памяти и речи.

Нейромодулятор (кортексин) в сочетании антиоксидантом (мексидолом). По результатам некоторым исследований, применение этих лекарства в остром периоде ишемического инсульта (с первых суток) помогает в лечении постинсультиной афазии.

Приём медикаментов в постинсультный период позволяет предотвратить процесс разрушения клеток, нормализовать кровообращение и запустить процесс регенерации тканей.

Литература

1. Афазия и восстановительное обучение: Тексты / Под ред. Л. С. Цветковой, Ж. М. Глозман. М., 1983.

2. Бейн Э. С. Афазия и пути ее преодоления. Л., 1964.

3. Бердникович Е. С., Яцевич А. Д. Коррекционно-восстановительная работа с пациентами, имеющими первичную прогрессирующую афазию // Фундаментальные научные исследования как фактор обеспечения конкурентоспособности общества и государства: сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции 10 апреля 2020г.: Белгород : ООО Агентство перспективных научных исследований (АПНИ), 2020. URL: https://apni.ru/article/573-korrektsionno-vosstanovitelnaya-rabota

4. Большакова С.Е. Речевые нарушения у взрослых и их преодоление. - М.,2002. – с. 76-97

5. Бурлакова М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М., 1991.

6. Васенина Е.Е., Левин О.С. Нарушение речи при нейродегенеративных заболеваниях как проявление дисфазии. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(5):50-59.

7. Визель Т. Г. Вариативность форм афазии / Под ред. О.Ю. Цвирко. – Барнаул: АлтГПУ, 2015. – 271 с

8. Визель Т. Г. Как вернуть речь. М., 1998.

9. Визель Т. Г. Нейропсихологическое блиц-обследование: Тесты по исследованию высших психических функций. М., 2005.

10. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. – М., 2005

11. Винарская Е. Н. Дизартрия. М., 2005, с. 95–104.

12. Винарская Е. Н. Клинические проблемы афазии. М., 1971.

13. Волкова С.В. Феноменология фонематических нарушений при афазии у детей старшего дошкольного возраста на этапе восстановительного обучения: диссер. на соиск. уч. степ. к. пед. н.- М., 2017

14. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии: Мет. рек. Ч. 1. М., 1985.

15. Глухов В.Г. Основы психолингвистики. – М. , 2005

16. Жинкин Н.И. Речь как проводник информации. М.,1982. С. 108-110.

17. Зайцев И.С. Афазия. Учебно-методическое пособие . – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006 – 36 с.

18. Левин О.С., Боголепова А.Н. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: клинические особенности и современные подходы к реабилитации // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2020, т. 120, № 11, с. 99-107

19. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. – М., 2003

20. Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. М., 2003.

21. Логопедия. Методическое наследие / Под ред. Л. С. Волковой: В 5 кн. М., 2003. – Кн.3.

22. Логопедия / О.А. Денисова, Т.В. Захарова, В.Н. Поникарова и др. Пособие для самостоятельной работы по логопедии. – СПб, 2005. –С.116-158

23. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.,2003

24. Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.

25. Лурия А. Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования. М., 2002.

26. Лурия А. Р. Травматическая афазия. М., 1947.

27. Обуховская А.Ю. Восстановительное обучение при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Международная научнопрактическая конференция: VI Царскосельские чтения. – СПб.: изд-во ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2002. – Т. VII. – С.75-77. (0,2 п.л.).

28. Обуховская А.Ю. Динамика восстановления речи при афазии у детей и подростков / А.Ю. Обуховская // Научно-теоретическая межвузовская конференция с международным участием: V Царскосельские чтения. – СПб.: изд-во ЛГУ им. А.С.Пушкина, 2001. – Т.V. – С. 144-146. (0,2 п.л.).

29. Оппель В. В.Восстановление речи после инсульта. Л., 1972.

30. Первичные прогрессирующие афазии/ Васенина Е. Е., Левин О.С.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2014 - 114(6).

89. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях.– часть 1. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

90. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

91. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 374 с.

92. Поникарова В.Н. Дефектология. Основы дифференциальной диагностики: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 170 с.

93. Поникарова В.Н. Дефектология. Психологические основы логопедии: Учеб. пособие. в 3-х частях. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н.– часть 1. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 351 с.

94. Поникарова В.Н. Дефектология. Клинические основы логопедии: Учеб. пособие в 3-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга., 2023 – 293 с.

31. Поникарова В.Н. Клиническая психология: учебное пособие – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Курск, 2021.

32. Понятийно-терминологический словарь логопеда // Под ред. В.И. Селиверстова. – М., 1997. Понятийно-терминологический словарь логопеда // Под ред. В.И. Селиверстова. – М., 1997.

33. Проблемы афазии и восстановительного обучения / Под ред. Л. С. Цветковой. М., 1979.

34. Психические расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / В.С. Чудновский, Н.Ф. Чистяков Основы психиатрии – М., 1997 –С.359 - 368

35. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. М.,1969, стр. 176 – 190.

36. Столярова Л. Г. Афазия при мозговом инсульте. М.: Мед., 1973.

37. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М., 1997. – Т.2.

38. Хомская Е.Д. Нейропсихологическая диагностика. Часть I,II. Альбом – М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2004

39. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.

40. Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. М., 1972,

41. Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.

42. Шкловский В. М., Визель Т. Г. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии. М., 2000.

43. Шкловский В. М., Визель Т. Г., Насоновская Г. М. Нейропсихологическая диагностика. М., 1992.

44. Шохор-Троцкая М. К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М., 2002.

45. Щербакова М.М., Котов С.В. Методика скрининг обследования больных с афазией: Учебно-методическое пособие – М., 2017 – 117 с.

46. Anderson D., Larson D., Bluhm J. et al. Diagnosis and Initial Treatment of Ischemic Stroke. Updated July 2012. Institute for Clinical Systems Improvement. - 122 p. - www.icsi.org. – Последнеепосещениесайта 02.06.23.

47. Brott Th.G., Halperin J.L., Abbara S. et al. Guideline on the Management of Patients With Extracranial Carotid and Vertebral Artery Disease // Circulation, 2011. – Vol. 124. – P. 54-130.

48. Connolly E.S., Rabinstein A.A., Carhuapoma J.R. et al. Guidelines for the Management of Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage // Stroke. – 2012. – Vol. 43. – P. 1711-1737.

49. Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack. The European Stroke Organization (ESO), 2008. – 120 c. – http://www.eso-stroke.org – Последнеепосещениесайта 02.06.2023

50. Goldstein L.B., Bushnell Ch.D., Adams R.J. et al. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke. - 2011. – Vol. 42. – P. 517-584

51. Jauch E.C., Saver J.L., Adams H.P. et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke // Stroke. – 2013. – Vol. 44. P. 870-947

52. Jakobson R. Toward a linguistic typology of aphasic impairments // A. V. S. De Reuck & M. O'Connor (Eds.), Ciba foundation symposium. Disorders of language (pp. 21–46). – London: John Wiley, 1964.

53. Lindsay P., Bayley M., Hellings Ch. et al. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (updated 2008) // CMAJ. – 2008. – Vol. 179. – Suppl 12. – P. 1-93.

54. Lloyd-Jones D., Adams R.J., Brown T.M. et al. Heart disease and stroke statistics - 2010 update: a report from the AHA // Circulation. – 2010. – Vol. 121. – P. 215–246.

55. Luria A.R. Traumatic aphasia. – The Hague: Mouton, 1970.

56. Luria A.R. Two basic kinds of aphasia // Linguistics. 1973. V.115.

57. Mierzejewska H. Zaburzenia polskiego systemufonetycznego w niekotorych wypadkach afazii. – Wroclaw: Ossolineum, 1971.

РАЗДЕЛ V. НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

Часть 1. Специфика нарушений письменной речи

1. Предпосылки письменной речи

Письменная речь – одна из форм существования языка, противопоставленная устной речи. Письменная речь – процесс создания связного высказывания, предусматривающий две программы действия: конструирование предложения и создание текста.

Письменная речь – одна из форм существования языка, противопоставленная устной речи. Это вторичная, более поздняя по времени возникновения форма существования языка. Для различных форм языковой деятельности первичной может быть как устная, так и письменная речь. Если устная речь выделила человека из животного мира, то письменность следует считать величайшим из всех изобретений, созданных человечеством. Письменная речь не только совершила переворот в методах накопления, передачи и обработки информации, но она изменила самого человека, в особенности его способность к абстрактному мышлению. В понятие «письменная речь» в качестве равноправных составляющих входят чтение и письмо.

Устная и письменная формы речи представляют собой вид временных связей второй сигнальной системы, но, в отличие от устной, письменная речь формируется только в условиях целенаправленного обучения, т.е. ее механизмы складываются в период обучения грамоте и совершенствуются в ходе всего дальнейшего обучения. В результате рефлекторного повторения образуется динамический стереотип слова в единстве акустических, оптических и кинестетических раздражений. Овладение письменной речью представляет собой установление новых связей между словом слышимым и произносимым, словом видимым и записываемым, т.к. процесс письма обеспечивается согласованной работой четырех анализаторов: речедвигательного, речеслухового, зрительного, двигательного.

В понятие «письменная речь» в качестве равноправных составляющих входят чтение и письмо.

Письмо является процессом кодирования звучащей речи в письменную с применением правил грамматики и правописания и включает три программы действия: написание буквы; кодирование звучащего слова в написанное; запись готового предложения.

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. В основе его лежат «сложнейшие механизмы взаимодействия анализаторов и временных связей двух сигнальных систем» (А.Р. Лурия).

Чтение – один из видов речевой деятельности, заключающийся в восприятии написанного зрительно и воспроизведении вслух или про себя

Формирование письменной речи требует наличия определенного базиса, или предпосылок.

Можно условно выделить следующие предпосылки формирования письменной речи у детей.

Функциональная состоятельность анализаторных систем мозга, их готовность к взаимодействию в сложном процессе восприятия, соотнесения и перекодирования сенсорной информации из одной модальности в другую (например, перевод звука речи в зрительный образ – букву и перевод буквы в ее двигательную формулу – кинему). Сформированность у ребенка зрительного и слухового восприятия, моторных функций, полноценной слухо-оптико-моторной координации (межсенсорного взаимодействия) являются *нейрофизиологической* основой овладения письмом.

Психологическая готовность ребенка к обучению и произвольному овладению сложным навыком письма. В данном контексте под психологической готовностью подразумевается сформированность психически функций и процессов, которая зависит от физиологического и социального развития ребенка. Как уже говорилось, письмо – это вид психической деятельности. Его усвоение и реализация требуют участия таких необходимых для деятельности компонентов, как память, внимание, мышление. Кроме того, ведущими элементами организации любого вида деятельности являются мотивация, волевое усилие и произвольная саморегуляция. Сформированность перечисленных психических функций, а так же социально-личностных качеств в соответствии с возрастным этапом развития ребенка, их полноценное взаимодействие и регуляция необходимы для овладения детьми всеми школьными навыками, в том числе и письмом.

С точки зрения Л.С. Цветковой существует пять психологических предпосылок формирования письма как вида деятельности:

1. Сформированность (сохранность) устной речи, произвольное владение ею, способность к аналитико - синтетической речевой деятельности;
2. Формирование (сохранность) разных видов восприятия, ощущений и знаний и их взаимодействия, а также пространственного восприятия и представлений;
3. Сформированность двигательной сферы;
4. Формирование у детей абстрактных способов деятельности;
5. Сформированность общего поведения - регуляции, саморегуляции.

В ряде исследований указывается на специфику усвоения письма у детей в зависимости от ведущего модального канала (визуалы, аудиалы, кинестетики). Наиболее, на взгляд Е.С Гобовой, именно сознание визуала подготовлено к обучению грамотному письму.

В понятие психологической готовности к обучению письму входит и *лингвистическая* готовность ребенка к овладению новым и наиболее сложным видом деятельности. Для того, чтобы осознанно выполнять языковые операции у ребенка должна быть хорошо развита устная речь. Его словарный запас, способность к актуализации слов и продуцированию предложений, грамматическое оформление речи должны соответствовать возрастным нор-

мам младшего школьного возраста (Л.С. Цветкова,1997; Е.А. Логинова, 2004; Е.Н. Российская, 2004).

В качестве *лингвистических* предпосылок овладения письмом можно выделить: фонетические, лексические, грамматические.

К *фонетическим* предпосылкам, с точки зрения Г.М. Богомазова, относится усвоение двух систем фонем (по С.И. Бернштейну) - семасиологической и ономасиологической. Сосуществование двух фонологических систем в языковом сознании ребенка позволяет ему строить собственную систему письма, при этом процесс формирования систем протекает не последовательно, а одновременно.

Важной лингвистической (*лексической*) предпосылкой к овладению письменной речью многие исследователи называют отношение к речи как объективной действительности. Вычленение ребенком новой области объективного мира имеет для него не только прагматическое значение, обеспечивая овладение письмом, но является важным этапом его умственного развития.

Ряд авторов выделяют в качестве одной из лингвистических предпосылок овладения письмом объем внутреннего графического лексикона и умению оперировать его единицами.

К *педагогическим* предпосылкам относятся: соответствие методов формирования языковых понятий особенностям детского восприятия и мышления; внимание педагога к формированию промежуточных языковых понятий и осознанию промежуточных языковых фактов; соответствие формулировок некоторых правил тому результату, который должен быть достигнут с их помощью, а также сформированность учебной деятельности.

Таким образом, выделяют два основных уровня базиса (предпосылок) формирования навыка письма: функциональная состоятельность анализаторных систем мозга и психологическая готовность к обучению и произвольному овладению навыком письма.

2. Письмо как разновидность письменной речи

2.1. Структура письма

Письмо – это знаковая система фиксации речи, позволяющая с помощью графических элементов закрепить речь во времени и передать ее на расстоянии.

Письмо представляет собой процесс, психологическая структура которого весьма сложна.

Первым и основным компонентом процесса письма является звуковой анализ слова, предполагающий умение выделять отдельные звуки из звучащего слова и превращать их в устойчивые фонемы.

Вторым компонентом, входящим в процесс письма, является операция соотнесения каждого выделенного из слова звука с соответствующей ему буквой.

Наконец, *третьим* звеном является перешифровка зрительного представления буквы в адекватные ей графические начертания, осуществляемые серией последовательных движений.

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) начертить,
5) проверить правильность.

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

Обучение детей письму начинается с формирования у них навыков графомоторной деятельности, обеспечивающей правильность и скорость письма. Психологическими основами формирования навыков графомоторной деятельности являются построение обучения с учетом трех блоков деятельности: мотивационного, операционного и контрольного.

Таблица 1

Освоение графомоторной деятельности

Составляющие элементы	Действия, которым нужно учить детей	примечания
Мотивационный блок		
Обеспечение отчетливого восприятия объекта действий – выполнение всех гигиенических и методических требований, предъявляемых к наглядному материалу, его достаточность	Направлять внимание на учителя и демонстрируемый образец и удерживать его в течение определенного времени	Не следует ставить пред детьми слишком обобщенные и отдаленные цели, цель должна для них доступной и близкой, например, воспроизведение буквы в точном соответствии в образцом
Доведение до сознания учеников практического и учебного смысла задания, которое им предстоит выполнять, т.е. цели их работы	Внимательно слушать задание, понимать его практический и учебный смысл. Воспринимать задание - как руководство к действию – что надо делать; - как цель, которую нужно достичь – что должно получиться в конце работы; - как объект будущего контроля – что именно будет проверяться; - формулировать цель «для себя»	
Ориентирование учеников на создание программы действий,	Воспитывать понимание того, что для решения любой задачи	

которые необходимы для точного выполнения задания	надо составить план действий	
Операционный блок		
Целостное обобщенное восприятие объекта	Описывать словами общий внешний вид объекта	1. Для закрепления личностного оттенка мотивации целесообразно, чтобы ученики повторили задание в 1-м лице, для себя. 2. Составление плана действий происходит при активной помощи учителя, вплоть до прямых подсказок. План может быть как устным, так и в виде условных обозначений, зафиксированных либо на доске, либо в тетради
Определение содержания действий, необходимых для достижения цели	Анализировать объект написания: - делить его на элементы; -определять и соблюдать при письме соотношение и размер элементов; - уточнять и воспроизводить конфигурацию каждого элемента (с какой точки строки начинается линия, куда и каким образом идет, где заканчивается, почему заканчивается именно в этой точке и т.п.); - определять место отрыва ручки от бумаги.	
Составление плана действий	Словесно описывать последовательность выполнения элементов буквы	
Контрольный блок		
Выполнение действий контроля	Определять объект контроля, т.е. понимать, что именно подлежит проверке. Концентрировать внимание на работе анализатора, который играет ведущую роль при проверке выполнения конкретного задания, - зрительного, слухового, рече- или рукодвигательного. Сравнивать написанный объект с образцом и характеризовать допущенные ошибки. Оценивать полученный результат с позиции цели, обозначенной в задании	Проверка заключается в сравнении с образцом как всей буквы целиком, так и каждого ее элемента. Она начинается сразу после написания первой буквы. Дети отмечают, есть ли существенные расхождения между написанной буквой и образцом. При повторном написании ребенок отмечает, удалось ли ему исправить недочеты первого написания

2.2. Графический навык

Как известно, письмо относится к самым сложным видам речевой деятельности. Письмо требует от пишущего высокой сосредоточенности, напряжённой работы мозгового аппарата и волевой сферы, активизации внутренних мыслительных процессов, так сказать упреждающего порядка: надо отчётливо представить предмет сообщения, т.е. о чём именно будет идти речь в

письменном сообщении, возможный и удачный план «развёртывания» содержания, отбор нужных слов, соединение их в предложении, связывание одного предложения с другим, соотнесение каждого из слов и предложений с правилами правописания и пунктуации и, что весьма нелегко, каллиграфически ясное начертание каждой буквы, слова, предложения, текста в целом.

Таким образом, в акте письма можно выделить, по меньшей мере, две стороны. Одна из них содержательная, относящаяся к тому сообщению которое предстоит воплотить в письменной форме, или передать уже готовый текст, или же оставить свой, авторский. Другая сторона – техническая, она связана непосредственно с верным начертанием каждой буквы, соединения её с другими, с правильным написанием отдельных слов и предложений (М.Р. Львов, В.Г. Горецкий, О.В. Сосновская).

По мере развития навыка письма его психологическая структура меняется. Ребёнок приучается легко писать целые сочетания букв, а затем и целое слово. Выделение отдельных звуков, нахождение нужных графических знаков, написание букв, всё это перестает занимать его произвольное внимание – автоматизируется, превращаясь в отдельные операции, подчинённые общему целому.

Графический навык — это определенные привычные положения и движения пишущей руки, позволяющие изображать письменные знаки и их соединения.

Графические навыки письма относятся к сенсомоторным навыкам, поэтому именно они связаны с учебной деятельностью, обслуживают процесс письменной речи. Графические навыки письма формируются совместно с чтением и развитием письменной речи. На высшем уровне сформированности процесса письма орфографическая и каллиграфическая стороны его не осознаются или очень мало осознаются. Основное внимание направлено на то, как выразить мысль в словах.

Правильно сформированный графический навык позволяет писать буквы четко, красиво, разборчиво. Неправильно сформированный графический навык создает комплекс трудностей при письме: небрежный, неразборчивый почерк, медленный темп. В то же время «переделка» неправильного графического навыка не просто затруднена, но порой невозможна.

Обучение детей письму начинается с формирования у них навыков графомоторной деятельности, обеспечивающей правильность и скорость письма. Психологическими основами формирования навыков графомоторной деятельности являются построение обучения с учетом трех блоков деятельности: мотивационного, операционного и контрольного.

В формировании графического навыка выделяются три основных этапа:

аналитический — вычленение и овладение отдельными элементами действия, уяснение содержания работы. При этом большое значение имеет не только уровень развития ребенка, наличие определенных знаний и умений, но и способ объяснения того, что и как должен делать ребенок, степень осознания выполняемого им действия.

синтетический — соединение отдельных элементов в целостное действие;

автоматизация — образование графического навыка как действия, которое характеризуется высокой степенью усвоения и отсутствием поэлементной сознательной регуляции и контроля.

Характерной чертой графического навыка на этапе автоматизации являются быстрота, плавность, легкость, связность (но не безотрывность!). При этом быстрота должна быть не навязанным, а естественным результатом совершенствования движений, плавность же (связность) — возникать как естественный результат формирования навыка.

Объективной закономерностью начального этапа обучения является раздельное (дискретное) написание каждого графического элемента (М. М. Безруких, 1997).

Считается, что формирование графического навыка завершается к 10—11 годам, когда почерк становится или должен становиться стабильным, а увеличение скорости письма и какие-то дополнительные внешние «помехи» (грамматические задания, сосредоточение внимания на содержании текста или выражение своих мыслей письменно) не приведут к его искажению, изменению и нарушению.

Внешняя речь переходит во внутреннюю, происходит процесс интериоризации. На первых этапах развития навыка движения, нужного для написания каждой буквы (а ещё ранее - для каждого элемента буквы), является предметом специально осознанного действия, то в последующем эти отдельные элементы объединяются, и ребёнок, хорошо владеющий письмом, начинает записывать объединённым знаком целые комплексы привычных звучаний. Появляется плавность, которая характеризует всякое развитое письмо и показывает, что процесс развитого письма приобрел сложный автоматизированный характер, и что написание целых звуковых комплексов стало постепенно автоматизированной подсобной операцией. (А.Р. Лурия).

М.М. Безруких и С.П. Ефимова, Л.Я. Желтовская считают, что для детей, начинающих обучение в школе, этот процесс сложен, прежде всего, потому, что одновременно формируется и навык выполнения тонкокоординированных движений – графический навык, и навык орфографически-правильного письма. Причину они видят в том, что у детей 7 лет слабо развиты мышцы кисти, несовершенна нервная регуляция движений, недостаточно развиты механизмы программирования сложнокоординированных действий. В результате возникает сильное напряжение мышц руки, туловища, сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

По мнению М.Р. Львова, обучение письму – это, в первую очередь, выработка графического навыка.

У ребёнка при поступлении в школу должны быть сформированы предпосылки учебной деятельности: умение принять задание, проанализировать его, выбрать способы решения, спланировать последовательность выполнения и оценить результат выполненного задания. Готовность к школьному

обучению предполагает равновесие между требованиями школы и возможностями их выполнить. Речевая готовность является одной из важных составляющих общей готовности детей к школе. В настоящее время в психологии выделены предпосылки к овладению письменной речью:

- Сформированность (или сохранность) устной речи, произвольное владение ею, способность к аналитико-синтетической деятельности (правильное произношение всех звуков родного языка, навыки словообразования и грамматически верного оформления высказываний, умение связно рассказывать и пересказывать). К моменту достижения младшего школьного возраста ребёнок должен уметь производить звуковой анализ слова, находить первый и последний звук в слове, называть по порядку все звуки в слове, делить слово на слоги, определять количество звуков и слогов в слове.
- Сформированность (или сохранность) разных видов восприятия (зрительное, слуховое, тактильно- кинестетическое), пространственных представлений, ориентировка в схеме своего тела и др.
- Сформированность двигательной сферы – мелкой и общей моторики; предметных действий.

В норме мелкая моторика руки младших школьников подготовлена к овладению письмом: дети умеют правильно держать карандаш, видеть клетку в тетради, проводить заданные линии, копировать рисунки и фигуры. Движения детей целенаправленны и произвольны. Артикуляционная моторика у большинства не имеет нарушений. Движения языка характеризуются плавностью, точностью, свободной переключаемостью, умением удерживать нужные артикуляционные позы.

- Сформированность познавательной деятельности. Дети седьмого года жизни способны к произвольному вниманию, однако его устойчивость еще невелика и во многом зависит от условий организации обучения и индивидуальных особенностей ребенка.
- Сформированность поведения – саморегуляция (контроль за своими действиями, намерениями, мотивами поведения). Первоклассник должен уметь регулировать своё поведение в сложных ситуациях, связанных с напряжением и переживаниями; правильно оценить свою работу, найти и исправить свою ошибку.

Дети с нормальным развитием, как правило, эмоционально устойчивы, жизнерадостны, уверены в себе, с лёгкостью приспосабливаются к детскому коллективу.

У большого количества детей именно на начальном этапе начинают возникать трудности (пропуски букв, слогов, недописывание окончаний, соединение частей слова и др.), которые нельзя оставлять без внимания, так как в противном случае возникают нарушения в письме (дисграфии).

2.3. Классификация дисграфий

Дисграфия – частичное специфическое нарушение письма, проявляющееся в стойких повторяющихся ошибках, обусловленных несформированно-

стью высших психических функций, участвующих в процессе письма (Р.И. Лалаева).

Факторами, обусловливающими дисграфию, являются: недостатки развития устной речи; неврологическая и психопатологическая симптоматика; тип латерального профиля; несформированность памяти, внимания, мышления, разных видов восприятия и т.д. (Лалаева Р.И., Садовникова И.Н., Корнев А.Н., Ахутина Т.В. и др.).

Основными симптомами дисграфии являются пропуски, замены, смешения, вставки букв; пропуски и замены слогов; нарушения границ слов и предложений, аграмматизмы, оптические замены букв.

Таблица 2

Виды трудностей овладения письмом (по М.М. Безруких, 2000)

Виды трудностей	Причины	Типы трудностей
Трудность формирования правильной траектории движения при выполнении графического элемента	Недостаточная сформированность зрительно-моторной координации	специфические
Неспособность скопировать графический элемент (неровные штрихи, тремор)	Недостаточная сформированность зрительно-моторной координации Недостаточная сформированность моторных функций	Специфические Специфические
Неровные штрихи, различная высота и протяженность графических элементов, растянутые, разнонаклонные элементы	Недостаточная сформированность моторных функций Нарушение зрительно-моторной координации	Специфические Специфические
Сильный нажим, тремор	Недостаточная сформированность моторных функций Нарушение координации движений	Специфические неспецифические
Ухудшение графического навыка, замены и т.п. при копировании	Недостаточная сформированность зрительно-моторной координации	Специфические
Очень медленный темп графической деятельности	Недостаточная сформированность координации движений и зрительно-моторной координации	Специфические

Классификации дисграфии проводятся на основе разных критериев: с учетом нарушенных психических функций, анализаторов, несформированности операций письма.

Классификация дисграфий по О.А. Токаревой

Акустическая. Для нее характерна недифференцированность слухового восприятия, недостаточное развитие слухового синтеза и анализа. Среди характерных проявлений можно отметить замены букв, обозначающие звуки, на схожие по звучанию, пропуски и смешения букв.

Оптическая. Обусловлена неустойчивостью зрительных представлений и впечатлений. По причине нарушения зрительных представлений, целостного восприятия и зрительной памяти, у детей есть серьезные проблемы с запоминанием и узнаванием букв. На письме наблюдается смешивание оптически сходных букв, неправильное расположение элементов букв в пространстве.

Моторная. Для нее характерно нарушение связи моторных образов звуков и слов со зрительными образами, а также сложности движения руки во время написания.

Классификация дисграфий по М.Е. Хватцеву

Множество вариантов классификаций дисграфии обусловлено фактическим состоянием науки на период исследования и разным видением авторов на механизмы данного расстройства.

М.Е. Хватцев описал свою классификацию в 50-х годах прошлого столетия. Нужно сказать, что она не удовлетворяет современные представления о нарушениях письма, но мы все равно приведем ее для примера.

По Хватцеву выделяют следующие разновидности дисграфии:

На почве *акустической* агнозии и дефектов фонематического слуха. Механизмом данного расстройства является нарушение ассоциативных связей между слухом и зрением. Для этого дефекта характерны перестановки, замены, пропуски букв и слов, а также слияние двух слов в одно.

На почве *расстройств устной речи*. По мнению автора, расстройство возникает на фоне неправильного звукопроизношения. Отсутствие звуков в речи, замена одних звуков другими вызывает аналогичные проблемы на письме. Чем более тяжелым является нарушение произношения, тем разнообразнее и серьезнее ошибки при письме. Выделение данного вида расстройства признается верным и в настоящее время.

На почве *нарушения произносительного ритма*. Автор считает, что в результате проблем с произносительным ритмом, при написании слов появляются пропуски слогов, гласных, окончаний. Возникновение ошибок объясняется искажением звуко-слоговой структуры слова, либо недостаточным развитием фонематического синтеза и анализа.

Оптическая. Вызвана недостаточным развитием или нарушением оптических речевых систем в мозге. Искажается зрительный образ буквы, присутствуют замены и искажения изолированных букв (при литеральной дисграфии). При вербальной дисграфии нет проблем с написанием изолированных букв, но зрительный образ буквы формируется с трудом.

Дисграфия при сенсорной и моторной алалии. Для этого расстройства характерно искажение структуры слова, замены, которые обусловлены распадом устной речи, вызванным органическим поражением мозга.

Важно отметить, что именно Хватцев одним из первых охарактеризовал такое понятие, как аграмматизм.

В настоящий момент данная классификация не используется в логопедической практике, но ее роль в понимании проблемы очень велика. Именно его теоретические представления лежат в основе классификаций, используемых в сегодняшнее время.

И. Н. Садовникова взяла за основу классификацию Борель – Мезони. Она выделила следующие виды *дисграфии*:

Дисграфия, связанная с нарушениями устной речи.

Дисграфия, вызванная трудностями пространственной ориентировки.

Смешанная форма.

Эволюционная дисграфия.

Ложную дисграфию. Она является проявлением естественных затруднений детей в ходе начального обучения письму, что связано со сложностью этого вида речевой деятельности.

Большинство зарубежных авторов расстройства чтения и письма у детей связывают с различными мозговыми заболеваниями при афатических и дисфатических расстройствах и при задержке речевого развития детей.

А.Н. Корнев анализирует дисграфию с положения клинико-психологического подхода. Он обнаружил неравномерность психического воспитания у детей с расстройством письменной печи, и определил, что разные виды дисграфии протекают у детей различными по степени выраженности и сочетаниями нервно-психической деятельности.

Также А.Н. Корнев определяет дисфонологические дисграфии, дисграфию, обусловленную нарушением языкового анализа и синтеза.

Классификация дисграфий по А.Н. Корневу:

Дисфонологические дисграфии:

А) параалическая – полиморфное нарушение звукопроизношения, смешения и замещение звуков, дети пишут слова как произносят: рама – ляма

Б) фонематическая дисграфия – неправильность письма у детей с нормальной речью, при которых доминируют смешения и замещения оппозиционных звуков.

2. *Метаязыковая дисграфия* – в основе лежат расстройства металингвистических процессов и когнитивной обработки речевых явлений и навыков их отражения.

3. *Дисграфия анализа и синтеза*, связанная с пропускание букв, смешивание букв и звуков

4. *Диспраксическая* дисграфия – в основе лежит невозможность изучения графическим образом буквы, поэтому в письме ребенка появляются ошибки в виде замещения букв, которые близки по графическому изображению.

Классификация по Р.И. Лалаевой (разработана сотрудниками кафедры логопедии РГПУ им. А.И. Герцена)

Это современная классификация дисграфии, которая считается наиболее обоснованной. Согласно ей, выделяют следующие виды этого расстройства:

Артикуляторно-акустическая. Характеризуется нарушением артикуляции восприятия фонематического слуха. Ребенок пишет точно так же, как и

произносит. Проявляется в пропусках, заменах букв на письме, которые соответствуют заменам и пропускам звуков в устной речи. Как правило, наблюдается при ринолалии и дизартрии.

Оптическая. Характеризуется неразвитым зрительно-пространственным восприятием. Отличается заменами и искажениями букв на письме: зеркальное написание букв, написание лишних элементов (шишки – шишшики). Заменяются графически сходные, состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенные в пространстве (т-ш, в-д).

Акустическая. Для нее характерно нарушение фонематического распознавания звуков. Заменяются буквы, соответствующие фонетически близким звукам, при этом в устной речи таких проблем нет. Характеризуется неправильным обозначением мягкости на письме («лубит», «писмо»). Чаще всего заменяются шипящие и свистящие звуки, глухие и звонкие, компоненты и аффрикаты.

На почве *нарушения языкового синтеза и анализа*. В основе этого вида лежит нарушение разных форм синтеза и анализа. Ребенок пропускает согласные при их стечении (школа – кола, диктант – дитант), перестанавливает буквы (тропа – ртопа), пропускает гласные (собака – сбака), добавляет лишние буквы (таскали – тасакали).

Аграмматическая. Характеризуется проблемами в лексическом развитии и развитии грамматического строя речи. В связной письменной речи возникают серьезные трудности в установлении языковых и логических связей между предложениями. Иными словами, предложения не всегда соответствуют хронологии описываемых событий. Кроме того, для этого расстройства характерно искажение морфемного строя слова, пропуски членов предложения, некорректное употребление предлогов, числа, рода. Также наблюдается изменение падежа местоимений (вместо около нее – около ним), числа существительных (собака бегут) и т.д.

Классификация дисграфии, разработанная специалистами кафедры РГПУ имени А.И. Герцена, получила наиболее широкое распространение в логопедической практике.

В целом, симптоматика дисграфии проявляется в стойких и повторяющихся ошибках в процессе письма: ошибки звуко-буквенной символизации (замены фонематически или графически сходных букв); ошибки графического моделирования фонематической структуры слова (пропуски, перестановки, вставки, персеверации букв и слогов); ошибки графического маркирования синтаксической структуры предложения (отсутствие точек в конце предложения, заглавных букв в начале его, отсутствие пробелов между словами или создание неадекватных пробелов в середине слов). Кроме того, может отмечаться неречевая симптоматика: неврологические нарушения, нарушения познавательной деятельности, особенности личностного развития.

3. Нарушения чтения

3.1. Чтение как разновидность письменной речи

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. В основе его лежат «сложнейшие механизмы взаимодействия анализаторов и временных связей двух сигнальных систем» (А.Р. Лурия).

По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне единства письменной и устной речи. С другой стороны, зрительное восприятие испытывает на себе влияние смыслового содержания ранее прочитанного.

При чтении взрослый человек осознает лишь задачу, смысл читаемого, а те психофизиологические операции, которые предшествуют этому, осуществляются как бы сами собой, неосознанно, автоматизировано. Однако эти автоматизировавшиеся при овладении чтением операции являются разносторонними и сложными.

Основными психологическими условиями овладения навыком чтения являются: сформированность устной речи, фонетико-фонематической ее стороны, лексико-грамматического анализа и синтеза, лексико-грамматического строя, достаточное развитие пространственных представлений, зрительного анализа, синтеза и мнезиса.

Важным психологическим условием обучения чтению являются учет его психологического строения, обусловленного взаимодействием сенсомоторного и семантического уровней.

Сенсомоторный уровень состоит из взаимосвязанных звеньев – звукобуквенного анализа, удержания получаемой информации в оперативной памяти. Сложное их единство обеспечивает «техническую» сторону процесса чтения, т.е. скорость, точность и объем восприятия, безошибочное восприятие – основное условие понимания читаемого.

Семантический уровень обеспечивает понимание значения и смысла информации, использование смысловых догадок, сличение возникающих гипотез с исходным материалом. Перерабатывая для этого данные сенсомоторного уровня. Эти два уровня находятся в сложном взаимообусловленном единстве. Развитие понимания читаемого в процессе формирования чтения у детей идет в тесной связи с развитием процесса восприятия. На начальных этапах формирования навыка чтения следует учитывать, что сенсомоторный уровень ведет за собой понимание читаемого.

Как всякий навык, чтение в процессе своего формирования проходит ряд этапов, качественно своеобразных ступеней. Т.Г. Егоров выделяет следующие ступени формирования навыка чтения: 1) овладение звукобуквенными обозначениями; 2) послоговое чтение; 3) становление синтетических приемов чтения; 4)синтетическое чтение. Каждая из них характеризуется своеобразием, качественными особенностями, определенной психологической структурой, своими трудностями и задачами, а также приемами овладения.

Формирование навыка чтения у детей с нарушениями речи подчиняется общим психологическим закономерностям, однако более растянуто во времени. Так, в I классе дети овладевают сознательным, правильным и плавным послоговым чтением текстов. Во II и III классе дети переходят к самостоятельному чтению про себя отдельных отрывков. В IY классе завершается формирование навыка чтения целыми словами. В Y классе все ученики должны читать текст правильно, осознанно, целыми словами.

3.2. Симптоматика нарушений чтения

Дислексия – частичное специфическое расстройство процесса овладения чтением, проявляющееся в многочисленных повторяющихся ошибках стойкого характера, обусловленное несформированностью психических функций, участвующих в процессе овладения чтением.

Овладение письменной речью представляет собой установление новых связей между словом слышимым и произносимым, словом видимым и записываемым, т.к. процесс письма обеспечивается согласованной работой четырех анализаторов: речедвигательного, речеслухового, зрительного, двигательного.

Таблица 3

Основные трудности при обучении чтению и их возможные причины (по М.М. Безруких, 2000)

	Виды трудностей	Возможные причины	Типы трудностей
1	Плохо запоминает конфигурацию	Недостаточная сформированность зрительной памяти Недостатки методики обучения	Специфические Неспецифические
2	Недостаточное различение близких по конфигурации букв «п - н», «в - н», «г-т»	Недостаточная сформированность зрительного восприятия Недостаточная сформированность зрительной памяти Недостатки методики обучения	Специфические Специфические Неспецифические
3	Перестановка букв при чтении (рак – кар, нос – сон)	Недостаточная сформированность зрительного восприятия	Специфические
4	Замены букв, неправильное произношение при чтении	Недостаточная сформированность звукобуквенного анализа, нарушения произношения, трудности артикуляции	Специфические
5	Трудности слияния букв при чтении	Недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия Недостаточная зрелость коры головного мозга	Специфические Специфические

6	Пропуски букв	Функциональная слабость нервной системы Трудности концентрации внимания Выраженное утомление	Неспецифические Неспецифические Неспецифические
7	Пропуски букв, слогов; «угадывающее» чтение	Форсирование скорости чтения (недостатки методики обучения)	Неспецифические
8	Быстрый темп чтения при плохом понимании прочитанного	Форсирование скорости чтения (недостатки методики обучения)	Неспецифические
9	Очень медленный темп чтения (побуквенное или послоговое), без продвижения в течение года	Недостаточная сформированность зрительно-пространственного восприятия Недостаточная сформированность звукобуквенного анализа, трудности артикуляции Трудности концентрации внимания	Специфические Специфические Неспецифические
10	Очень медленный темп чтения есть продвижение в течение года	Индивидуальные особенности темпа деятельности	Неспецифические

Р.И. Лалаева выделяет следующие формы дислексий:

Фонематическая дислексия. Этот вид нарушений чтения наиболее распространен у младших школьников. Фонематическая дислексия вызывается нарушением формирования фонематического восприятия и фонематического анализа и синтеза. В связи с этим выделяются две формы фонематической дислексии.

Первая форма фонематической дислексии связана с недоразвитием фонематического восприятия (слуховой дифференциации фонем) и проявляется в заменах фонетически близких звуков при чтении, в трудностях усвоения букв, обозначающих акустически и артикуляторно сходные звуки.

Вторая форма фонематической дислексии связана с недоразвитием фонематического анализа и синтеза. Нарушение формирования фонематического анализа проявляется в специфических ошибках при чтении: побуквенном чтении, искажении звукослоговой структуры слова (пропуски согласных при их стечении, вставки гласных между согласными, перестановки звуков, пропуски, перестановки слогов и др.).

Аграмматическая дислексия. Этот вид дислексии наблюдается на аналитико-синтетическом и синтетическом этапе формирования навыка чтения. Аграмматическая дислексия проявляется в аграмматизмах при чтении, преимущественно морфологических и морфосинтаксических, в нарушении согласования, управления.

Семантическая дислексия (механическое чтение). Эта форма дислексии проявляется в нарушении понимания читаемого при технически правильном чтении (послоговом, целыми словами). Семантическая дислексия может проявляться как на уровне слова, так и, особенно, при чтении предложений и текста.

Оптическая дислексия. Этот вид дислексии проявляется в заменах и смешениях графически сходных букв при чтении. Чаще всего дети плохо дифференцируют две группы графически сходных букв: а) буквы, отличающиеся лишь одним элементом (В—З, Д—Л, Ь—Ъ и др.); б) буквы, состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенные в пространстве (Т—Г, Р—Ь, Х—К, П— Н–И и др.). При этом виде дислексии может наблюдаться и зеркальное чтение.

Выделяют литеральную и вербальную оптическую дислексию. При литеральной оптической дислексии наблюдаются нарушения узнавания изолированных букв. При вербальной дислексии значительные трудности проявляются при чтении слов.

Оптическая дислексия чаще всего выявляется у умственно отсталых, у детей с ЗПР, при детских церебральных параличах.

Мнестическая дислексия проявляется в нарушении усвоения букв, в трудностях установления ассоциаций между звуком и буквой. Ребенок не запоминает, какая буква соответствует тому или иному звуку. В процессе чтения у детей наблюдаются недифференцированные замены букв.

4. Текст и текстовая деятельность

4.1. Психолингвистическая характеристика текста

Текст как сложное семантико-синтаксическое образование обладает рядом психолингвистических характеристик. К их числу относятся цельность (смысловая, структурная и композиционная целостность), смысловая и грамматическая связность речи. Кроме того, в тексте, рассматриваемом как продукт речевой деятельности, проявляются следы невербального поведения участников коммуникации, и он обладает большой степенью «интерпретативности» (варианты интерпретации смыслового содержания слушающим или читающим).

В современной лингвистике и психолингвистике имеются различные варианты определений текста. Одно из наиболее точных и информативных лингвистических определений текста принадлежит известному отечественному ученому-филологу И. Р. Гальперину (1974): «Текст — это произведение речетворческого процесса, обладающее завершенностью, объективированное в виде письменного документа, произведение, состоящее из названия (заголовка) и ряда особых единиц (сверхфразовых единств), объединенных разными типами лексической, грамматической, логической, стилистической связи, имеющее определенную направленность и прагматическую установку». В этом определении текста отмечаются такие его качества, как целостность, связность составляющих его элементов и функциональная направленность.

По А. А. Леонтьеву, при психолингвистическом анализе речи существенным является ее понимание как средства организации неречевой (познавательной, общественно-производственной) деятельности людей. *Текст* как ос-

новная единица коммуникации включен в отношения между людьми, он организует, «структурирует» их деятельность, регулирует социальные отношения между субъектами речевой деятельности. А общение разных людей («коммуникантов»), в свою очередь, представляет собой *контекст* для отдельных высказываний, объединенных в целый законченный текст. Именно в общении текст реализует свое основное назначение, и именно на основе общения он может быть понят и интерпретирован адекватно замыслу автора речевого сообщения.

В том случае, если реципиент (слушающий, читающий) не включен в деятельность, которую текст отображает (или «структурирует»), говорящий или пишущий должен дать гораздо более подробное описание этой деятельности. Под «структурацией действительности» можно понимать и описание предметной ситуации средствами языка. С одной стороны, текст должен быть достаточно полным в плане отражения неречевой деятельности, предшествующей его появлению. С другой стороны, он заведомо может быть отчужден от этой деятельности (например, написан много лет назад), и тогда он интерпретируется только на основе его знаковой формы (реципиент-адресат должен сам восстанавливать последовательность событий, действия и ход рассуждений участников деятельности).

Текст может и не отражать реальных событий. Так, в художественном тексте средствами языка могут изображаться несуществующие миры, которые являются плодом авторских представлений о действительности или сочетаний того, что в реальности несочетаемо. В этом случае представленная в тексте когнитивная и эмоциональная структурация «возможного мира» подчиняется закономерностям авторского сознания, в том числе и языкового.

Для характеристики процесса создания («производства») текста в психолингвистике чаще всего используется «модель» трехфазной структуры деятельности — *ориентировка, исполнение, контроль*. Вместе с тем следует учитывать, что текст представляет собой самый сложный языковой знак, предполагающий единовременный охват достаточно большого количества фактов окружающей действительности и поэтому, а также в силу своей неоднозначности, подлежащий обязательной интерпретации («истолкованию») со стороны реципиента.

Ориентировочная фаза построения (анализа) текста представляет собой интеллектуально-познавательную деятельность по осмыслению проблемной ситуации общения и предмета речи. В фазе ориентировки у «продуциента» (автора текста) возникает коммуникативное намерение в виде целевой установки и общего замысла текста. Это коммуникативное намерение (наряду с социальными и витальными потребностями) служит *мотивом* производства текста, оно во многом определяет содержание и структуру коммуникативно-познавательной программы развернутого высказывания.

Достаточное знание автором текста (продуциентом) предмета речи, его «включенность» в отображаемую ситуацию предполагает ее осмысление, определенную личностную ее интерпретацию («авторская позиция»). В тексте

это проявляется в той или иной *структура-ции* отображаемого события, явления, предметной ситуации под углом зрения автора текста: например, изложение последовательности событий иначе, чем это было в реальности; привнесение аргументации, комментирование событий и др. Практически всегда в тексте (вне зависимости от его типа) в той или иной форме присутствуют интеллектуальные и эмоциональные авторские оценки отображаемого явления или события.

Поскольку предметом «текстовой деятельности» (речевая деятельность по созданию и анализу текста) является прежде всего та информация, которая объединена замыслом и позицией говорящего, важное место на этапе определения замысла текста занимает, с одной стороны, обстоятельный анализ отображаемой предметной ситуации и ситуации речевого общения, с другой — учет «правила» оптимальной семантической наполненности текста, его информационной неперегруженности.

Фаза реализации текста состоит в «языковой материализации» замысла речевого сообщения с привлечением необходимых для этого знаковых средств. Для текста специфическими языковыми средствами являются средства *межфразовой связи* и «сигнализаторы» его композиционной цельности (в частности, знаки-сигналы начала и конца текста). Поскольку замысел текста первоначально существует в сознании автора в свернутом, «симультанном» виде, он может полностью не осознаваться автором, здесь действует та же закономерность, что и в отношении любого высказывания: «мысль совершается в слове» (речи), она не только оформляется, но и формулируется в окончательном виде в *процессе* реализации речевого высказывания. Изначальный замысел по своей семантике, в связи с этим, нередко не совпадает полностью с конечным продуктом его реализации.

Фаза контроля при производстве текста предполагает как «смысловую отработку» замысла текста (на этапе планирования), так и коррекцию «вербализации» (словесного выражения) основной идеи и предметного содержания сообщения. При этом особую роль играет необходимость обеспечения тематической и смысловой целостности текста, поскольку ассоциативность мышления может превратить речевое сообщение (текст) в набор внешне формально связанных между собой высказываний, не представляющих собой единого семантического целого.

Основными свойствами, определяющими цельность текста (и, соответственно, связность речевого высказывания), *являются тематическое, смысловое и структурное единство, композиционное* построение и *грамматическая связность.*

Тематическое единство предполагает, что все содержательные (информативные) единицы текста так или иначе, прямо и опосредованно должны быть связаны с его темой, являющейся обобщенным определением предмета речи. Если в текст (например, в рассказ ребенка, не владеющего еще в достаточной мере навыками монологической речи) включаются семантические элементы, не связанные с его общей темой, это приводит к нарушению цело-

стности текста и связности речевого высказывания. Неадекватные «тематические» вставки нарушают логическую организацию речевого высказывания, «уводят» продуциента в сторону от основного предмета речи и создают реципиенту объективные трудности в восприятии содержания текста.

Смысловое единство текста определяется двумя основными моментами. Первый из них заключается в наличии смысловой связи между всеми последовательными, законченными в смысловом отношении фрагментами текста (подтемами, микротемами, «семантико-синтаксическими целыми» — ССЦ). Очень важную, установочно-оценочную семантическую функцию выполняют в тексте начальное и конечное предложение, во многом определяющие его общее смысловое содержание. Каждое предложение, как и целый фрагмент текста, должно быть связано смысловой связью не тЬлько с предыдущим и последующим, но и со всеми другими предшествующими и последующими отдельными высказываниями в рамках целого текста. Вторым моментом, определяющим смысловое единство текста, является его основная идея или *основная мысль,* которую при необходимости можно сформулировать в виде суждения или умозаключения и которая является как бы «семантической квинтэссенцией» речевого сообщения. Основная идея текста составляет второй «смысловой план» развернутого речевого высказывания. В соответствии с этим, включение в текст содержательно-смысловых элементов (например, микротем, не выражающих основную идею текста или даже противоречащих ей) приводит к нарушению его смысловой и структурной целостности.

Структурная организация текста, в свою очередь, определяется двумя факторами. Во-первых, традиционно сложившимися в ходе общественно-исторического развития нормами композиционного построения текста (они для всех людей, осуществляющих РД, примерно одинаковы, поскольку определяются законами *логики* — в данном случае логики отображения в речи ее предмета). Во-вторых, — особенностями логико-смысловой организации конкретного речевого высказывания, которая определяется функционально-смысловым типом: рассказ-повествование, рассказ-описание, доклад-сообщение, лекция и др.

Любой относительно развернутый текст имеет *трехчастную* композиционную структуру: *зачин* (вступление) — *основная часть — концовка* (заключение). Каждая из структурных частей текста выполняет свою семантическую функцию. Вступление выполняет функцию обозначения («номинации») предмета речи и подготовки реципиента к восприятию основного содержания (план сообщения) и основной мысли речевого высказывания. В повествовательных текстах *зачин,* как правило, содержит *экспозицию* — указание (определение) места, времени отображаемого события, основных персонажей сюжетного действия. Основная часть представляет собой достаточно полное и развернутое *отображение предмета речи* (фрагмента окружающей действительности — явления, события и др.), образную его «проекцию» в сознании человека (с учетом объективного отображения *межпредметных связей и отношений* — причинно-следственных, временных, пространственных и других). Концовка (заключение) выполняет обобщающе-оценочную семантическую функцию. Помимо указания на завершение речевого сообщения и рассмотрения данной темы, она может выражать авторскую позицию (отношение продуциента к предмету речи) и содержать оценочные суждения и умозаключения. Отсутствие в тексте какой-либо его части (в первую очередь, вступления и концовки), а также их недостаточно полное «семантическое развитие» (незавершенность) приводит к нарушению структурно-смысловой целостности текста и связности речи.

Любой относительно большой по объему текст всегда включает несколько составных частей, фрагментов, которые в лингвистической теории текста получили название *абзацев.* По своему содержанию абзац соответствует подтеме (которая, в свою очередь, с той или иной стороны раскрывает общую тему, характеризует предмет речи по тому или иному параметру, свойству, качеству). Абзацу как языковому целому соответствует *сверхфразовое единство.* В соответствии с подразделением подтемы на ряд микротем, абзацы подразделяются на семанти-ко-синтаксические целые (ССЦ). Целостность структурной организации текста определяется наличием в нем: а) «обязательных» структурных элементов (определяемых логико-смысловой организацией речевого сообщения) и б) логической последовательностью их актуализации в развернутом речевом высказывании. Отсутствие в речевом сообщении каких-либо значимых структурных компонентов текста («смысловые скважины», по определению Н.И.Жинкина) или их неполная актуализация также приводят к нарушению связности речи. Из сказанного следует, что смысловая и структурная организация текста теснейшим образом связаны между собой, что находит, в частности, свое выражение в психолингвистической модели *«Затекст — текст — подтекст»,* отображающей структурно-семантическую организацию развернутого речевого высказывания.

Объективное (полное и точное) отражение в тексте окружающей действительности предполагает наличие *затекста* — фрагмента действительности, отображенного в тексте. Затекст присутствует в тексте неявно — как отсылка к реальным событиям или явлениям. Чаще всего основной целью развернутого высказывания является не «фотографическое отражение» фрагмента окружающей действительности, а описание затекста в том «смысловом ракурсе», в каком он видится его автору. Исходя из этого, затекст — это, как правило, сами реально происходящие события. В художественной литературе затекст нередко является (полностью или частично) вымышленным.

Подтекст — скрытая (явно не выраженная в «фактическом содержании» речевых высказываний) информация, извлекаемая реципиентом из текста. Возможность выражения в тексте (и извлечения из него) смыслового подтекста становится возможной благодаря ассоциативной связи составляющих его языковых знаков (слов, словосочетаний) и их способности к «аккумулированию», «приращению смыслов».

При этом *научная литература* (не допускающая «двоякого» толкования текста) подтекстом, как правило, не обладает; информативность научного

текста требует строгой определенности в выражении мысли и полноты аргументации. Подтекст в *художественном тексте* основан на принципиальной невозможности текста включить в себя в полной мере личностное отношение автора ко всем отображаемым в речи событиям окружающей действительности. Художественный текст достаточно часто лишь «намекает» на авторскую оценку или же отсылает к тем или иным оценкам. Подтекст развернутого высказывания может быть и не выявлен реципиентом в том случае, если он не опознает имеющихся в тексте соответствующих языковых сигналов (речевые обороты, пословицы и поговорки и др.), как знаков, отсылающих к неявным оценкам автора.

Затекст также может включать второй «семантический план» в виде образа-представления фрагмента (или фрагментов) окружающей действительности, не являющегося предметом данного речевого высказывания, но возникающего в сознании реципиента на основе ассоциативных связей с основной темой текста.

Поставив перед собой определенную цель, говорящий или пишущий стремится решить задачи речевой коммуникации самым эффективным способом. Для этого ему необходимо реализовать в тексте общий замысел речевого высказывания, который говорящий может представлять себе и осознавать недостаточно четко. Но такой замысел обязательно должен существовать, поскольку именно он обеспечивает такое принципиальное, важнейшее свойство текста, как его *цельность.*

В оптимальном варианте осуществления речевой деятельности *замысел* охватывает текст в целом — от его начала и до конца, он оказывает свое воздействие на все его структурные свойства. Смысловые связи пронизывают не только структуру предложения, но и соединяют отдельные предложения между собой. Тем самым происходит смысловая интеграция последовательных предложений, в основе которой лежит соответствие содержания и языковой формы текста его общему замыслу. Цельность проявляется не только в наличии у отдельных высказываний одного и того же общего предмета речи, но и в грамматическом единообразии текста .

Хотя цельность текста — явление, прежде всего, «семантическое», можно выделить внешние (языковые и речепроизносительные) признаки целостного текста, языковые и речевые границы его завершенности. В частности, это выражается в наличии в тексте определенных вербальных знаков его *начала* и *конца.* К начальным «сигналам» текста относятся его название («Зимний вечер», «Война и мир»), указание на тип документа («Заявление», «Отчет» и т. п.), обращение *(«Дамы и господа!»)* и различные «этикетные фразы». В свою очередь знаками-сигналами завершения текста выступают различные речевые формулы *(«Благодарю за внимание»),* подпись автора (например, в конце делового документа) или т. н. метатекстовые указатели финала *(«Продолжение следует», «Конец фильма»).*

Единству и завершенности содержания должна соответствовать структурность текста, то есть определенное *начало* текста, отчетливая связь с начальным предложением последующих предложений (или ССЦ), соотнесенность частей сложных предложений, а также структурное выражение законченности всего текста при завершении его общей фабулы.

Некоторые психолингвисты предлагают свои универсальные критерии целостности текста. Так, например, считается, что текст является целостным, если его можно «количественно» уменьшить в объеме без ущерба для его основной семантической составляющей (основная идея текста). Смысловая и структурная цельность текста при его «компрессии», сжатии должна сохраняться. Если каждый раз при сокращении текст сохраняет свое «смысловое тождество» с исходным, максимально развернутым вариантом, а пропадают только менее значимые элементы, то такой текст можно определить как *цельный.*

Цельность текста рассматривается некоторыми исследователями как *относительная* его характеристика, так как она зависит и от того, насколько цельным считает текст реципиент (слушатель или читатель). Если читатель воспринимает текст как законченное связное высказывание, значит, он отвечает требованиям целостности. На наш взгляд, такой подход к интерпретации *цельности* текста не является достаточно обоснованным. Несмотря на важное значение таких качеств текста, как его доступность для восприятия любым реципиентом, ясность и четкость языкового выражения мысли, основным параметром, определяющим целостность текста, является соответствие его логико-смысловой организации требованиям, предъявляемым к речевой коммуникации (в данном социуме, применительно к той или иной конкретной системе языка). Следует отметить, что указанная особенность текста нашла свое отражение и в его общем определении: последовательность предложений, построенная согласно правилам данного языка, данной знаковой системы и образующая сообщение.

Важной категорией текста является *связность.* Развернутое речевое высказывание (РРВ) является связным, если оно представляет собой законченную последовательность одиночных высказываний (предложений), связанных друг с другом по смыслу и грамматически в рамках общего замысла автора. Связность речевого высказывания (обозначаемая в лингвистике также термином «когезия») реализуется по двум «каналам», в связи с чем выделяются два типа связи: формальная (или «эксплицитная») и смысловая (семантическая).

Семантическая связность РРВ (текста) — это смысловая связь составляющих его элементов на основе общности содержания последовательных фрагментов текста и отдельных, прежде всего смежных, фраз. Она может осуществляться без использования внешне выраженных средств связи. При восприятии текста такая связь уверенно воссоздается реципиентом на основе того, что отображаемые в нем объекты-денотаты (предметы, явления, события) находятся «рядоположенно» в пространственном и временном континууме, а также благодаря наличию у продуциента и реципиента общих «пресуппозиций» — знаний о предмете речи и др.

В лингвистической и психолингвистической литературе, посвященной теории текста, выделяются следующие критерии связности развернутого речевого сообщения: смысловые связи между частями (фрагментами) текста, логические связи между последовательными предложениями, семантические связи между частями предложения (словами, словосочетаниями) и завершенность выражения мысли говорящего (полнота отображения предмета речи, передачи основной «идеи» текста и др.).

Исследователи указывают на такие факторы связности целого сообщения, как последовательное раскрытие темы в следующих друг за другом сегментах текста, взаимосвязь тематических и рематических элементов («данное» и «новое») внутри и в смежных предложениях, наличие смысловой связи между всеми структурными компонентами развернутого речевого высказывания.

Следует иметь в виду, что нарушения связности текста могут быть следствием дезорганизации психических когнитивных процессов при различных психических расстройствах, в частности, при шизофреническом синдроме.

Формальная связность — это связь между сегментами текста, реализуемая через знаки языка. Она основана на обязательном наличии элементов связности во внешней языковой структуре текста. К типам эксплицитной связности относятся повтор, согласование предложений по грамматическим категориям, связь при помощи местоимений, замена предыдущего слова на синоним, антоним и др. Любой правильно организованный текст представляет собой смысловое и структурное единство, части которого тесно взаимосвязаны как семантически, так и синтаксически. Чтобы убедиться в этом, достаточно обратиться, прежде всего, к предложениям, составляющим текст. Даже простой анализ позволяет обнаружить разнообразные смысловые и синтаксические связи между ними. Эти *межфразовые* связи образуют *первый уровень* организации текста.

В лингвистике *межфразовая связь* определяется как синтаксическая и семантическая связь между предложениями, ССЦ, абзацами, главами и другими частями текста, организующая его смысловое и структурное единство.

Как указано выше, между предложениями текста существуют отношения, определяемые задачами речевой коммуникации, т. е. смысловая связь. Эта связь обеспечивается соответствующими лексико-грамматическими средствами. Как не всякие слова можно объединить в одно предложение, так и не всякие предложения можно соединить в один связный текст.

В связном развернутом высказывании между собой сочетаются не только соседние предложения, но и разделенные другими. Связь между смежными (рядом стоящими) предложениями называется *контактной,* а между несмежными — *дистантной.*

Межфразовую связь, осуществляемую при помощи повторения слов, называют «цепной связью», выраженной лексическим или синонимическим повтором. Тип развернутого речевого высказывания определяется как «текст с цепной, последовательной связью предикатов. Если повторяемое слово выступает в обоих предложениях в роли подлежащего, то связь имеет вид «подлежащее — подлежащее»; если в одном предложении оно является подлежащим, а в другом дополнением, то это связь «подлежащее — дополнение»; возможны также связи: «дополнение — дополнение», «дополнение — подлежащее» и др.

Контактные и дистантные связи играют важную роль в организации текста, они объединяют все его части в одно смысловое и структурное целое.

Сущность и характер дистантной связи раскрывается полностью только при анализе целого текста. По сравнению с контактной связью она сложнее и средства ее выражения более разнообразны. Дистантная связь соединяет наиболее информативные части текста, создавая смысловую и структурную его основу, формируя его целостность. В текстах, взятых из художественных произведений, особого внимания заслуживает дистантная межфразовая связь. Обычно те фрагменты, в которых речь идет об одном и том же лице, явлении и т. д., связаны между собой дистантной связью и начинаются с абзаца. На учебных занятиях в школе методисты рекомендуют следующий вид работы: учащимся предлагается прочитать или выписать отрывки текста, в которых речь идет об одном и том же персонаже.

Все *средства межфразовой связи* можно разделить на две группы: 1) средства связи, общие как для соединения частей сложных предложений, так и для соединения самостоятельных предложений и 2) средства связи, используемые только для соединения предложений и называемые *собственно межфразовыми средствами связи*.

К первой группе относятся: *союзы, частицы и вводно-модальные слова; единство видовременных форм глаголов-сказуемых, местоименная и синонимическая замена* и др. К собственно межфразовым средствам связи относятся: слова и словосочетания, не раскрывающие своей семантики в пределах предложения: *лексический повтор, простые нераспространенные двусоставные и односоставные предложения, отдельные вопросительные и восклицательные предложения* и др.

Кроме рассмотренных выше средств связи, общих как для частей сложного предложения, так и для самостоятельных предложений, есть и такие, которые хотя и используются для связи частей сложного предложения, но гораздо полнее раскрывают себя именно как средства межфразовой связи. К ним относятся *слова с временным, пространственным, предметным и процессуальным значением,* семантика которых не раскрывается в пределах одного предложения.

Практически всегда в любом предложении можно выделить две структурно-смысловые части: в первой содержится то, что известно из предыдущей части текста или легко угадывается из речевой ситуации («данное»). Вторая часть заключает в себе новую информацию, в передаче которой и состоит основная цель коммуникации («новое»).

Каждое предложение текста подразделяется, как правило, на данное и новое; такое смысловое членение предложения называется в лингвистике *актуальным членением* высказывания.

Важность актуального членения высказывания заключается в том, что оно помогает обнаружить коммуникативную направленность речи, увидеть, что именно *новая информация* составляет смысловое ядро текста; кроме того, оно позволяет проследить движение мысли от известного к неизвестному, переход от одной мысли к другой в процессе логико-смысловой организации речи. Овладение навыками актуального членения развивает также культуру связной речи, так как помогает правильнее связывать предложения друг с другом в потоке речи. Очевидно, что в *новом* заключено ядро высказывания, его основа, «представление» (отображение) которого в тексте и является целью коммуникации; без языкового представления *данного* нельзя правильно построить («организовать») текст.

Для процесса восприятия текста характерны в основном те же закономерности, что и для восприятия отдельного высказывания. При восприятии текста также, как правило, бывает задействован механизм *вероятностного прогнозирования,* реципиент ориентируется на авторские знаки-маркеры, уточняющие «семантику» речевого высказывания (фонологические, лексические, интонационно-выразительные, паузационные и др.), слушатель или читатель анализирует смысловое содержание текста на основе его апперцепции (осознанного целенаправленного восприятия) и т. д.

Вместе с тем восприятие текста гораздо сложнее восприятия одиночного высказывания. При восприятии развернутого речевого высказывания текст как единое целое как бы «монтируется» в сознании человека из последовательно сменяющих друг друга отрезков воспринимаемой речи, относительно законченных в смысловом отношении. После восприятия каждого такого фрагмента и сразу по завершении восприятия всего сообщения происходит сопоставление смысловых элементов (смысловых «блоков») текста. При этом в процессе осознания фактического содержания текста и его смыслового подтекста возможна перестройка первоначального соотношения составляющих его смысловых элементов (так, при чтении литературного произведения детективного жанра читатель может переосмыслить свои первоначальные представления о роли персонажей в описанных событиях). Параллельно происходит осознание общего смысла (основной «идеи» или *концепта)* текста, понимание которого в значительной степени зависит от интерпретации его возможного подтекста. Возникающая у слушателя или читателя структурно-смысловая *проекция текста* является результатом включения содержания текста в понятийное «смысловое поле» реципиента.

Процесс понимания речевого высказывания всегда включает в себя смысловой и языковой анализ текста, оценку и сравнение. Память, даже очень хорошо натренированная, никогда не сохраняет поступающую информацию в неизменном виде, «как она есть», на нее оказывают влияние предшествующие знания, личностные мотивы и то, на чем было сосредоточено внимание человека в момент перцепции (восприятия текста). Психологическое настроение реципиента, его желания и предшествующие знания организуют и направляют процессы запоминания и воспроизведения. В этой связи, при анализе составленного обследуемым пересказа важно выделять в его содержательной части то, что соответствует реально существующей предметной ситуации, отображаемой в тексте, и то, что является его творческой интерпретацией.

При понимании текста реципиенту необходимо объединить несколько отдельных высказываний в одно смысловое целое. Большую роль в осознании логико-смысловой организации текста играет анализ описанных выше средств межфразовой связи. При этом так называемая «пошаговость восприятия» языкового материала предполагает и последовательную обработку поступающей информации, и интеграцию смысла текста.

4.2. Текстовая деятельность

Деятельность — активные процессы, которые отвечают определенной потребности, подчиняются мотиву и реализуют самостоятельное отношение человека к миру. Это не всякая человеческая активность, понятие которой А.Н. Леонтьев отличал от деятельности, а только *целеустремленная* активность, существующая в психологических связях личности, потребности, мотива, цели и задачи. Отсюда и вытекает возможность осуществления, выражения в деятельности самостоятельного отношения личности к миру.

Деятельность, по определению, трехчленна, т.е. существует, реализуется, проявляется одновременно в трех плоскостях: личность (субъект деятельности), объект (предмет деятельности) и внешний праксис (разные виды активных процессов).

В самом обобщенном плане принято выделять четыре основных вида деятельности: трудовая, учебная, игровая, общение. Каждой из них посвящено огромное количество психологических исследований. Любая из названных деятельностей имеет множество градаций и разновидностей.

Выделяется еще и речевая деятельность в рамках деятельности общения и познания. Речевая деятельность — говорение, восприятие речи, письмо, чтение — является средством учения, познавательной деятельности, средством приобщения к общественной деятельности.

Речевая деятельность представляет собой процесс реализации языковой способности. А.А. Леонтьев отмечает условность выделения речевой деятельности, её взаимосвязь с другими видами деятельности и включённость них.

При анализе речевой деятельности учитывается её генетический, структурно-функциональный и динамический план. Основными характеристиками деятельности является её предметность и субъективность. Предметность проявляется в социальной обусловленности деятельности человека, в её связи со значениями. Она зафиксирована в схемах действия, в понятиях, социальных ролях, ценностях и социальных нормах. Субъективность проявляется в обусловленности психического процесса мышления прошлым опытом, потребностями, установками, эмоциями, целями и мотивами, определяющими направ-

ленность и избирательность деятельности. Зафиксирована субъективность в личностном смысле.

Для речевой деятельности характерна общность строения внешней (материальной) и внутренней (психической) деятельности. При этом внутренняя деятельность носит орудийный характер и переходит из внешней через интериоризацию.

Речевая деятельность имеет процессуальный характер и имеет трехчленную структуру: операция — действие — собственно деятельность. В систему параметров, описывающих речевую деятельность входит потребность, опредмеченная в мотиве, цель, отвечающие ей действия, операции, установки и результаты. Фазами речевой деятельности или этапами порождения речевого высказывания являются: мотивационно-побудительная (её результатом является интенция и установка), ориентировочно-исследовательская, планирующая, исполнительная, фаза контроля. Восприятие речи также имеет уровневый характер и фазную структуру и является сложной перцептивной и мнемонической деятельностью.

Текстовая деятельность – это система действий на основе знаний, навыков и умений, позволяющих создавать тексты и воспринимать, интерпретировать, понимать их.

Предмет текстовой деятельности – *первичный или вторичный текст*, если автор высказывает свои мысли или выражает оценки и эмоции посредством письменной связной речи; *систематизированная фактуальная или эмоционально-оценочная информация*, если читатель воспринимает текст; *развёрнутое умозаключение*, отражающее существенные связи и отношения между отдельными элементами воспринимаемого текста, если текст интерпретируется.

Согласно данным психологов, кодирование речевого сообщения проходит сложный путь от мысли к развёрнутому высказыванию. Он начинается с возникновения мотива, рождающего потребность что-то передать другому человеку; эта потребность воплощается в замысле или мысли, которые представляют собой лишь самую общую схему сообщения. С помощью механизма внутренней речи мысль и её семантическое представление перекодируются в глубинно-синтаксическую структуру будущего высказывания, которая далее превращается в поверхностно-синтаксическую структуру и, наконец, в линейно-упорядоченное развёрнутое высказывание.

Для характеристики процесса создания («производства») текста в психолингвистике чаще всего используется «модель» трехфазной структуры деятельности — *ориентировка, исполнение, контроль*. Вместе с тем следует учитывать, что текст представляет собой самый сложный языковой знак, предполагающий единовременный охват достаточно большого количества фактов окружающей действительности и поэтому, а также в силу своей неоднозначности, подлежащий обязательной интерпретации («истолкованию») со стороны реципиента.

Ориентировочная фаза построения (анализа) текста представляет собой интеллектуально-познавательную деятельность по осмыслению проблемной ситуации общения и предмета речи. В фазе ориентировки у «продуцента» (автора текста) возникает коммуникативное намерение в виде целевой установки и общего замысла текста. Это коммуникативное намерение (наряду с социальными и витальными потребностями) служит *мотивом* производства текста, оно во многом определяет содержание и структуру коммуникативно-познавательной программы развернутого высказывания.

Достаточное знание автором текста (продуцентом) предмета речи, его «включенность» в отображаемую ситуацию предполагает ее осмысление, определенную личностную ее интерпретацию («авторская позиция»). В тексте это проявляется в той или иной *структурации* отображаемого события, явления, предметной ситуации под углом зрения автора текста: например, изложение последовательности событий иначе, чем это было в реальности; привнесение аргументации, комментирование событий и др. Практически всегда в тексте (вне зависимости от его типа) в той или иной форме присутствуют интеллектуальные и эмоциональные авторские оценки отображаемого явления или события.

Поскольку предметом «текстовой деятельности» (речевая деятельность по созданию и анализу текста) является прежде всего та информация, которая объединена замыслом и позицией говорящего, важное место на этапе определения замысла текста занимает, с одной стороны, обстоятельный анализ отображаемой предметной ситуации и ситуации речевого общения, с другой — учет «правила» оптимальной семантической наполненности текста, его информационной неперегруженности.

Фаза реализации текста состоит в «языковой материализации» замысла речевого сообщения с привлечением необходимых для этого знаковых средств. Для текста специфическими языковыми средствами являются средства *межфразовой связи* и «сигнализаторы» его композиционной цельности (в частности, знаки-сигналы начала и конца текста). Поскольку замысел текста первоначально существует в сознании автора в свернутом, «симультанном» виде, он может полностью не осознаваться автором, здесь действует та же закономерность, что и в отношении любого высказывания: «мысль совершается в слове» (речи), она не только оформляется, но и формулируется в окончательном виде в *процессе* реализации речевого высказывания.

Изначальный замысел по своей семантике, в связи с этим, нередко не совпадает полностью с конечным продуктом его реализации.

Фаза контроля при производстве текста предполагает как «смысловую отработку» замысла текста (на этапе планирования), так и коррекцию «вербализации» (словесного выражения) основной идеи и предметного содержания сообщения. При этом особую роль играет необходимость обеспечения тематической и смысловой целостности текста, поскольку ассоциативность мышления может превратить речевое сообщение (текст) в набор внешне формаль-

но связанных между собой высказываний, не представляющих собой единого семантического целого.

Можно также выделить такие виды текстовой деятельности:

1) *текстообразующая*, то есть создание первичных (сочинение-рассуждение, сочинение-повествование, сочинение-описание; монолог – объяснение учителя; монолог – ответ ученика; диалог и т.д.) и вторичных текстов (изложение, пересказ, аннотация; конспект; тезисы, реферат и др.);

2) *текстовоспринимающая*, включающая слушание и чтение как основу для декодирования сообщения;

3) *интерпретационная*, направленная на создание нового («своего») текста, отражающего осознание адресатом авторской интенции .

Поставив перед собой определенную цель, говорящий или пишущий стремится решить задачи речевой коммуникации самым эффективным способом. Для этого ему необходимо реализовать в тексте общий замысел речевого высказывания, который говорящий может представлять себе и осознавать недостаточно четко. Но такой замысел обязательно должен существовать, поскольку именно он обеспечивает такое принципиальное, важнейшее свойство текста, как его *цельность.*

В оптимальном варианте осуществления речевой деятельности *замысел* охватывает текст в целом — от его начала и до конца, он оказывает свое воздействие на все его структурные свойства. Смысловые связи пронизывают не только структуру предложения, но и соединяют отдельные предложения между собой. Тем самым происходит смысловая интеграция последовательных предложений, в основе которой лежит соответствие содержания и языковой формы текста его общему замыслу. Цельность проявляется не только в наличии у отдельных высказываний одного и того же общего предмета речи, но и в грамматическом единообразии текста.

Для процесса восприятия текста характерны в основном те же закономерности, что и для восприятия отдельного высказывания. При восприятии текста также, как правило, бывает задействован механизм *вероятностного прогнозирования,* реципиент ориентируется на авторские знаки-маркеры, уточняющие «семантику» речевого высказывания (фонологические, лексические, интонационно-выразительные, паузационные и др.), слушатель или читатель анализирует смысловое содержание текста на основе его апперцепции (осознанного целенаправленного восприятия) и т. д.

Вместе с тем восприятие текста гораздо сложнее восприятия одиночного высказывания. При восприятии развернутого речевого высказывания текст как единое целое как бы «монтируется» в сознании человека из последовательно сменяющих друг друга отрезков воспринимаемой речи, относительно законченных в смысловом отношении. После восприятия каждого такого фрагмента и сразу по завершении восприятия всего сообщения происходит сопоставление смысловых элементов (смысловых «блоков») текста. При этом в процессе осознания фактического содержания текста и его смыслового подтекста возможна перестройка первоначального соотношения составляющих

его смысловых элементов (так, при чтении литературного произведения детективного жанра читатель может переосмыслить свои первоначальные представления о роли персонажей в описанных событиях). Параллельно происходит осознание общего смысла (основной «идеи» или *концепта)* текста, понимание которого в значительной степени зависит от интерпретации его возможного подтекста. Возникающая у слушателя или читателя структурно-смысловая *проекция текста* является результатом включения содержания текста в понятийное «смысловое поле» реципиента [78].

Процесс понимания речевого высказывания всегда включает в себя смысловой и языковой анализ текста, оценку и сравнение. Память, даже очень хорошо натренированная, никогда не сохраняет поступающую информацию в неизменном виде, «как она есть», на нее оказывают влияние предшествующие знания, личностные мотивы и то, на чем было сосредоточено внимание человека в момент перцепции (восприятия текста). Психологическое настроение реципиента, его желания и предшествующие знания организуют и направляют процессы запоминания и воспроизведения. В этой связи, при анализе составленного обследуемым пересказа важно выделять в его содержательной части то, что соответствует реально существующей предметной ситуации, отображаемой в тексте, и то, что является его творческой интерпретацией. При понимании текста реципиенту необходимо объединить несколько отдельных высказываний в одно смысловое целое. Большую роль в осознании логико-смысловой организации текста играет анализ описанных выше средств межфразовой связи. При этом так называемая «пошаговость восприятия» языкового материала предполагает и последовательную обработку поступающей информации, и интеграцию смысла текста.

Таким образом, текст существует лишь в процессе коммуникации, когда происходит его продуцирование или восприятие. Но при этом он имеет собственную внутреннюю структуру, определенное строение, некоторые языковые средства связности его частей.

Можно выделить общие свойства текста: текст – результат речевой деятельности, текст имеет определенную структуру, текст обладает признаками, которые обеспечивают системность компонентов, из которых он состоит, и единиц, участвующих в его создании (целостность, связанность, коммуникативная направленность).

4.3. Особенности текстовой деятельности

Итак, текстовая деятельность – это система действий на основе знаний, навыков и умений, позволяющих создавать тексты и воспринимать, интерпретировать, понимать их.

Текстовые умения формируются на основе текстовых знаний. Зная о признаках текста, его структуре, стилях и типах, учащиеся смогут создавать собственные тексты. Текстовую деятельность невозможно осуществить без использования определенных текстовых умений, которые можно разделить на 3 группы:

•умения воспринимать текст;

•умения воспроизводить текст;

•умения создавать собственный текст

Данные группы умений строятся на речевых видах деятельности: слушание, чтение, письмо, говорение.

Слушание – это вид речевой деятельности, который позволяет осознать, как устную, так и озвученную письменную речь. При развитии устной речи младших школьников, учитель одновременно будет решать и другую учебную задачу – обучать школьников умению слушать, т.е. воспринимать информацию. Так же не стоит забывать, что на уроках русского языка нужно целенаправленно развивать все типы восприятия текста: глобальное, детальное и критическое. Глобальное восприятие подразумевает понимание текста в целом, когда слушающему при известных обстоятельствах достаточно определить, о чем шла речь в высказывании, какова его основная мысль. При детальном восприятии слушающий может сконцентрироваться на осознании самых главных, ключевых частях текста. Все зависит от того, какая ему ставилась задача говорящим или самостоятельно перед прослушиванием сообщения. Критическое восприятие включает в себя глобальное и детальное восприятия, но, при этом оно требует еще и критического осмысления, воспринятого на слух. После восприятия текста, у слушающего должно сформироваться свое мнение по поводу того, что и как говорится в тексте. Может появиться мотивированное согласие или несогласия с мнением автора, его аргументацией, с формой выражения мысли и т.д.

Другим видом речевой деятельности выступает *чтение*. Оно заключается в переводе буквенного кода в звуковой, который проявляется во внешней или внутренней речи. Для чтения характерно осмысление зрительно воспринимаемого текста с целью решения определенной коммуникативной задачи: понятие и интерпретация основной мысли текста. После того, как читатель поймет, что хотел сказать автор, он может с его мыслью согласиться или нет. Таким образом, благодаря чтению человек реализует возможности так называемого опосредованного общения: восприятие и понимание текста свидетельствуют о взаимодействии читателя с автором текста, о сложных мыслительных процессах, сопровождающих его осознание.

Третья группа текстовых умений – это способность *воспроизводить* текст, при этом используются все виды вербальной работы. Главным упражнением является изложение. Оно занимает большое место в учебной деятельности. Изложение используется как средство усвоения (для школьников) и как средство проверки усвоения учебного материала (для учителя). Последний группа текстовых умений – это умения создавать собственный текст, такое умение формируется с помощью сочинений. Оно активизирует умственную работу, развивает воображение, а также внимание, память, логическое мышление учащихся и их самостоятельность. Легче всего писать сочинение тем, у кого живописное воображение, непринужденное мышление, богатый запас слов, умение перекомбинировать и создавать новое сочетание из

имеющихся элементов. Главная задача текстообразовательных умений – научить создавать собственные высказывания, т.е. сочинения, а также уметь их редактировать.

Можно отметить следующие особенности текстовой деятельности при продуцировании текстов различных типов.

Повествовательные тексты характеризуются следующим:

затрудняются в определении главной темы повествовательного рассказа;

повествование не имеет четкой структуры: в их рассказе часто пропускается какая-то структурная часть (начало, середина, конец), нарушается последовательность действий в основной части, наблюдается беспорядочность изложения, отступление от первоначального замысла, стандартность и стереотипность зачинов, логическая незавершенность рассказов;

нет достаточно полной и четкой характеристики героев, редко встречаются описание природы, прямая речь;

чаще всего используют такие средства выразительности, как назывные и бессоюзные предложения, инверсию, синонимы, антонимы, эпитеты. Сравнения и метафоры встречаются в единичных случаях;

типичный недостаток повествований — большое количество пауз; частое использование повторов какого-либо из членов предложения, а также союзов, местоимений, обстоятельств времени и места («потом», «там», «тут»), что характерно для формально-сочинительной связи между предложениями. Вместо связного текста образуется несколько предложений, объединенных одной темой;

для рассказов характерны однообразные, однотипные по структуре предложения (в основном простые и сложносочиненные), сложноподчиненных почти нет.

отсутствует умение детализировать действие, расчленять на составные части. Поэтому их рассказы схематичны, они не передают настроения, динамики.

Отметим особенности *описательного* текста:

многие высказывания непоследовательны, одна мысль вклинивается в другую, отсутствует определенный порядок описания признаков;

не знают, как начать и как закончить описание. Большинство высказываний не имеют завершающего предложения; они заканчиваются на каком-то признаке или словом «все»;

в описаниях нет яркого, четкого образа предмета, они не умеют передавать взаимодействие этого предмета с окружающей средой, вычленять его существенные признаки;

могут составить рассказ, не назвав его объект;

в рассказах преобладают простые предложения, иногда с однородными членами. Порой необходимое слово заменяется действием (указанием на предмет). Много пауз, повторов, слов «здесь», «там», «тут», «такой»;

объем описаний небольшой, но с возрастом он увеличивается.

Укажем особенности текста-*рассуждения*:

краткость, из-за которой рассуждения недостаточно доказательны: в повседневных рассуждениях чаще всего приводится один аргумент;

структура рассуждений, как правило, не выдержана: в ней не всегда представлены все три части, характерные для данного типа монолога. Доказательная часть, хоть и краткая, присутствует во всех рассуждениях;

связность рассуждений обеспечивается чаще всего союзами (потому что; за то; поэтому). Для связи суждений в доказательствах почти не применяются вводно-модальные слова: во-первых, во-вторых, втретьих. Для рассуждений типичными является простое перечисление аргументов или повторение союзов «потому что», «и», иногда в сочетании с наречием «еще»;

редко встречаются такие слова, как «следовательно», «значит», также почти не встречаются в заключительной части рассуждений. Среди языковых средств, типичных для речи-рассуждения, встречаются местоимения и наречия (все, ничего, никогда, всегда, много);

необходимые для построения монолога-рассуждения языковые средства освоены частично.

Можно выделить следующую типологию текстовой деятельности:

представления о тексте сформированы в основном на теоретическом уровне; дети знакомы с основными признаками текста, однако в практической деятельности дети затрудняются использовать имеющиеся знания и умения;

не сформированы ни практические, ни теоретические представления о тексте, текстовые умения.

5. Особенности нарушения письменной речи у неправшей

По данным О.Б. Иншаковой, нарушения письменной речи учащихся неправшей (леворукие, амбидекстры, переученные с левой руки на правую), отличаются большим количеством специфических ошибок, а также значительным их разнообразием. При списывании эти дети допускали следующие характерные ошибки: инверсированное воспроизведение части слова (бежаил вм. бежали); замена гласной буквы на предыдущую (белымы вм. белыми); замена согласных на последующие согласные, отделенные гласной (выпопал вм. выкопал); пропуски гласных в словах, содержащих эти гласные в других позициях (сливове вм. сливовое); вставки букв, имеющихся в предшествующей части слова (ловоушка вм. ловушка) и др. Эти ошибки при проверке самими детьми не исправлялись и не воспринимались как ошибки.

Э.Г. Симерницкая описала 7 типов зеркальных ошибок письма, связанных с реверсиями порядка, направления и формы букв и их сочетаниями (феномен зеркальных движений).

Т.В. Ахутина выделяет следующие особенности дисграфии у детей с ведущим правым полушарием: сложность ориентировки на тетрадном листе, в нахождении начала строки; трудности в удержании строки; постоянные колебания наклона и высоты букв, несоответствие элементов букв по размеру; раздельное написание букв внутри слова; трудности актуализации графического и двигательного образа нужной буквы; замены зрительно похожих и близких по написанию букв и рукописных букв печатными, необычный способ написания букв, особенно прописных; устойчивая зеркальность при написании букв З, Е, э, с; замены букв У – Ч, д – б, д – в; невозможность создания навыка идеограммного письма («клоссная работа», «Упрожнение», «кено»); пропуск и замены гласных, в том числе ударных; нарушения порядка букв; тенденция к фонетическому письму («ручйи», «радосно»); трудности выделения целостного образа слова, вследствие чего два знаменательных слова, слова с предлогами пишутся слитно. Позднее, в связи со сверхгенерализацией правила написания предлогов приставки пишутся отдельно от корней.

В основе таких нарушений лежат недоразвитие зрительного гнозиса, зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, нарушения зрительно-моторной координации (Ахутина Т.В., Безруких М.М., Вартапетова Г.М., Иншакова О.Б., Корнев А.Н., Лалаева Р.И.).

Организация обучения детей на уроках имеет ряд особенностей: правильная посадка, обучение правильным техническим приемам письма, включая комментирование движений руки при написании буквы, дополнительная разметка тетради, специальные упражнения и игры на развитие оптико-пространственного гнозиса и праксиса, зрительной памяти, внимания; логопед должен проводить консультации по работе с такими детьми для учителей и родителей.

О.Б. Иншакова предложила поэтапную систему коррекционной работы по преодолению нарушений чтения и письма у неправшей. Детей учат читать и писать постепенно усложняющийся речевой материал сначала в направлении сверху вниз, затем слева направо. Г.М. Вартапетова предлагает комплекс коррекционной работы по коррекции нарушений письма в зависимости от типологической группы, к которой относится ребенок.

6. Дизорфография

6.1. Определение понятия «орфография». Разделы орфографии

Термин "орфография" происходит от греческого orthos- "правильный" и grapho- "пишу", т.е. буквально означает "правописание", правильное, соответствующее нормам письмо.

Д.Э. Розенталь, М.А. Теленкова, Н.С. Рождественский, В.Ф. Иванова и другие учёные и методисты под русской орфографией понимают систему правил написания слов.

Определение орфографии, предложенное М.Р. Львовым: орфография - это совокупность правил и традиций, которыми руководствуется каждый пишущий и которые обеспечивают единство написаний и точное понимание написанного.

Данное определение чаще всего используется в практике школы для трактовки термина "орфография".

Орфография определяет написания, пишущий выбирает то написание, которое отвечает правописным нормам.

В современной русской орфографии выделяют 5 *разделов*:

1) Правила буквенного обозначения звукового состава слов;

2) Правила о раздельных, слитных, полуслитных или дефисных написаниях слов;

3) Правила употребления прописных (больших, заглавных) и строчных (малых) букв;

4) Правила переноса слов с одной строки на другую;

5) Правила употребления сокращений слов.

Основным среди названных разделов является первый. К нему относится большинство орфограмм русского языка, поэтому знание признаков этих написаний даёт возможность найти большинство орфограмм в любом тексте.

Разделы орфографии различаются характером задач, что отражается в их названиях, совокупность конкретных правил, обеспечивающих реализацию конкретных задач. Объединяет эти разделы в одну систему то, что все они ориентированы на слово. Это и является основой общего определения орфографии как системы правил написания слов.

Материал по орфографии не выделен в школе как отдельный, самостоятельный раздел, а даётся вместе с материалом по грамматике, фонетике, словообразованию и опирается на него.

6.2. Психолингвистический и психолого-педагогический аспекты овладения орфографией

6.2.1. Психологические и речевые предпосылки процесса овладения малдшими школьниками оффографическими умениями и навыками.

Усвоение орфографических знаний, умений и навыков представляет собой сложный, многооперационный, динамический процесс. Успешность его протекания звисит от сложившейся к моменту изучения орфографии «готовности» к ее усвоению.

Формирование орфографических навыков представляет собой образование временных ассоциативных связей, в становлении которых огромную роль играют *процессы абстракции* и *обобщения*. Поэтому важной предпосылкой для формирования орфографических навыков является уровень развития этих процессов, которые основаны, прежде всего, на приемах звуко-буквеного анализа, синтеза, формирования представлений; умение оперировать грамматическими понятиями (звук, буква, слово и т.д.). Овладение первичными формами абстракции происходит тогда, когда ребенок обнаруживает в слове отдельные граматические элементы, понимает лексическое и грамматическое значение отдельных морфем, но не вычленяет их.

Необходимыми предпосылками формирования языковых обобщений являются такие операции, как сравнение, сопоставление, определение сходного и различного, симультанный (одновремены, нерасчлененный) и сукцессивный (последовательный) анализ и синтез.

Особую роль в становлении речевого восприятия играют сукцессивные и симультанные мыслительные операции. Под сукцессивностью понимается уровень полного развертывания всех действий и промежуточных операций, которые по мере перехода восприятия на симультанный уровень выполнения редуцируются. Симультанное восприятие и опознание – результат специального обучения. На первых его стадиях большую роль играет результат редукции движений и рецепторных воздействий. Поэтому всякое сформированное умственное действие – есть действие, протекающее на уровне симультанности. Сформированность сенсорно-перцептивного уровня речевого восприятия является важнейшей предпосылкой усвоения языковых обобщений, необходимых для усвоения орфограмм (проверка написания безударных гласных в корне также предполагает одновременное сопоставление корневых морфем проверочного и проверяемого слов). При написании же искомой словоформы происходит последовательное, сукцессивное сопоставление звукового образа слова и графического написания.

Одной из предпосылок усвоения орфограмм является сформированность таких операций, как операции систематизации и классификации, благодаря которым происходит выделение общего признака из ряда словоформ или грамматических понятий, объединение определенных единиц в отдельную группу (например, окончаний имен существительных женского рода).

Успешность овладения правилами правописания в значительной степени предопределяется умением интериоризировать, переводить «внешние» орфографические действия, операции, развернутые суждения и умозаключения в план внутренней речи, в умственные действия.

Орфографические навыки формируются лишь в том случае, если достаточно развиты такие мнестические процессы, как запоминание, сохранение и воспроизведение. В свою очередь, в психологической литературе отмечается тот факт, что мышление, систематизируя и обобщая, в значительной степени облегчают работу памяти.

На усвоение правил правописания влияет и так называемое «языковое чутье». По мнению С.Ф.Жуйкова, чутье языка – есть система определенных языковых связей, оно предполагает достаточно развитый фонематический сух, который формируется в дошкольном возрасте в речевой деятельности и под воздействием специальных упражнений. Под «чутьем яыка» понимается довольно высокая степень практического владения морфологическими и синтаксическими обобщениями, сформировавшимися на «дограмматической» ступени речевого развития детей.

В исследованиях психологов, методистов и дефектологов (Д.Н.Богоявленского, С.Ф.Жуйкова, Р.Е.Левиной, М.Р.Львова, Т.Г.Рамзаевой, И.Н.Садовниковой, В.В.Тарасун и др.) значительная роль в усвоении правил правописания отводится развитию мелкой моторики рук, сформированности каллиграфических навыков.

Таким образом, овладение навыком орфографически правильного письма формируется на основе достаточно высокого уровня психического разви-

тия и речевой готовности школьников. Данный процесс трубует сформированности фонетических, фонематических, лексических обобщений, осознанного умения анализировать и синтезировать языковые единицы с точки зрения семантики, языкового оформления и умения соотносить их с графическим образом.

6.2.2. Психологическая характеристика овладения орфографией младшими школьниками. Психологическая природа орфографических ошибок

Уровень овладения навыками грамотного письма учащимися начальных классов определяется грамматическими правилами конструирования слов в предложениях, точным выбором словоформ с точки зрения семантики языка, стилистически верным их употреблением и сформированностью орфографических навыков.

М.Р.Львов определяет орфографический навык как совокупность автоматизированных компонентов орфографических действий учащихся.

Орфографические навыки классифицируются как интеллектуальные и формируются на базе умственных действий. Они напрямую зависят от развития устной речи и в качестве компонента включаются в речевую деятельность (в письменном выражении).

Орфографический навык формируется в результате многократных повторений и упражнений на основе более простых навыков и умений, таких как навык письма (автоматизированное начертание букв), умение проводить звуковой анализ слова (данный процесс предполагает наличие также навыка целенаправленного фонематического и слогового анализа), умение устанавливать морфемный состав слова и на основе грамматических знаний выделять из слова орфограмму, требующую проверки, умение подвести орфограмму под соответствующее ей правило и др.

Основываясь на теоретическом положении П.Я.Гальперина о поэтапности формирования умственного действия, Г.С.Сухобская выделяет три этапа становления орфографического навыка.

На *первом* этапе учащиеся через систему суждений и умозаключений овладевают развернутым рассуждением, усваивают грамматические признаки орфограммы, способы ее определения в конкретных языковых формах. На данном этапе проводится морфологический анализ слова, выделяется конкретная орфограмма, определяется ее принадлежность к определенной группе орфограмм, контролируемых данным правилом правописания. После распространения характерных признаков данной группы орфограмм на ту, которую требуется написать, осуществляется ее верное написание.

На *втором* этапе вырабатываются сокращенные приемы определения орфограмм. Ведущим становится анализ по схеме. Речь носит «свернутый», ситуативный характер. Скорость выполнения действия говорит об отсутствии рассуждения в теоретическом обосновании. Выделяются промежуточные

действия процесса закрепления ассоциативных связей. Появляются первые признаки стереотипности.

На *третьем* этапе у детей отпадает необходимость в наглядных «подкреплениях» действия по определению нужной орфограммы. Отдельные звенья объединяются в целостное орфографическое действие. При этом легче происходит переход от одного звена к другому, образуется прямая ассоциация между исполнительной частью одного звена и обосновывающей другого. Сворачивается обосновывающая часть рассуждения, что проявляется в сокращении действия по времени и в дальнейшей девербализации рассуждений. С изменением же ситуации при выполнении упражнений мышление возвращается к ранним развернутым формам (например, при трудных случаях правописания).

Орфографический навык характеризуется автоматизирован- ностью. Автоматизация навыка не исключает осознанность, т.к. автоматизируется навык на основе осознанных действий, в процессе упражнений. Под автоматизацией понимается отсутствие преднамеренности и сознательности при выполнении действия.

Автоматизация навыка имеет сложную структуру и, по Д.Н.Богоявленскому, включает:

постепенное уменьшение роли осознания своих действий;

свертывание умственных операций за счет обосновывающей части рассуждения, а затем и оперативных рассуждений;

объединение и обобщение частных действий в более простые по своему масштабу действия и расширение в связи с этим границ переноса;

усовершенствование приемов выполнения действий, отбор более рациональных способов решения орфографических задач. При этом автоматизация действия доходит до такой степени, когда учащиеся пишут согласно правилу, не осознавая его, ее подключая процесс рассуждения.

Автоматизация орфографических действий происходит медленно, зависит от типа орфограммы и «готовности» учащегося к усвоению правил правописания. У учеников массовых школ орфографический навык автоматизируется лишь в средних классах.

Современная психология рассматривает формирование орфографических навыков как образование временных связей или ассоциаций. Д.Н.Богоявленский так раскрывает механизм формирования орфографического навыка: группа фонетических написаний осуществляется путем реализациии ассоциаций следующей структуры: слухо-артикуляционное восприятие – зрительное представление – письменная реакция. Традиционные написания требуют образования ассоциаций типа: слухо-артикуляционное восприятие слова – семантико-зрительное представление его – письменная реакция. В основе семантической орфографии, как морфологической, так и смысловой, лежат наиболее сложные системы ассоциаций: слухо-артикуляционное восприятие – смысловое или граммтическое значение – зрительное представление – реакция письма.

С.Ф.Жуйков различает три уровня орфографических ассоциаций. Ассоциации первого уровня образуются до изучения правил на базе речевой практики. Ассоциации второго уровня не составляют орфографического навыка, но у них имеются сходные черты с ассоциациями третьего уровня, т.к. они основаны на знании правил и усвоении грамматических понятий. Ассоциации второго и третьего уровней образуются на базе ассоциаций первого уровня, которые могут оказывать на них как положительное, так и отрицательное влияние. Безукоризненное овладение дошкольниками фонетико-фонематической стороной речи, достаточное развитие лексикона и грамматического строя речи являются предпосылками для становления и совершенствования у них языковых обобщений и «чувства языка». С другой стороны, недостатки произношения, нечеткость, смазанность речи не позволяют детям в процессе письма опираться на четкие кинестетические образы, успешно усваивать морфмный состав слов, а также такие грамматические категории, как род, число, падеж.

Умения и навыки являются неотъемлимой частью познавательной деятельности. Об их соотношении высказываются различные мнения. Одни учёные рассматривают *умение* как способ выполнения действия (Д.Н. Богоявленский, В.А. Крутецкий, Н.А. Менчинская и др). Другие трактуют умение как действие с особыми свойствами или совокупность действий (М.Н.Скаткин, И.Я.Лернер, Н.Ф.Талызина и др.).

Р.С.Немов определяет умения как элементы деятельности, позволяющие что-либо делать с высоким качеством, т.е. точно и правильно выполнять какое-либо действие, операцию, серию действий или операций. По его мнению, умение включает в себя автоматически выполняемые части, т.е. навыки.

Д.Н. Богоявленский считает, что умения входят в состав навыка. Это прослеживается из его определения навыка: Навык - это упрочившийся способ выполнения действий, умений.

Таким образом, и навык включает в себя совокупность умений, и умение может состоять из серии навыков.

В нашем исследовании мы разделяем мнение психолога Д.Н. Богоявленского, что умение – это часть навыка.

Психологической основой умения является понимание взаимоотношений между целью деятельности, условиями и способами её выполнения. Физиологической основой умения является система временных связей, образовавшихся ранее в условиях совместной деятельности двух сигнальных систем с преобладающей ролью второй. Все учёные признают неразрывную связь умений и знаний: умение образуется на основе усвоенных знаний, знания проявляются в умениях.

В отличие от навыка, умение может образовываться и без специальных упражнений в выполнении данного действия. В этих случаях оно опирается на знания и навыки, приобретённые раньше. Умение всегда опирается на активную интеллектуальную деятельность и обязательно включает в себя процесс мышления. Активизация интеллектуальной деятельности происходит

как раз в те моменты, когда изменяются условия деятельности, возникают нестандартные ситуации, требующие оперативного принятия разумных решений. Сознательный интеллектуальный контроль – это главное, что отличает умение от навыка.

В литературе различают первичные и вторичные умения.

Первичные умения представляют собой начальную стадию формирования навыка. Они могут автоматизироваться. Вторичными умениями называют такие действия, которые не могут быть автоматизированы и предполагают элемент творчества. Умения предупреждать и исправлять офрографические ошибки относятся к вторичным умениям. Для них характерно определение умения как действия или совокупности действий, направленных на решение задач различного характера. Умения предупреждать и исправлять офрографические ошибки являются компонентами структуры орфографического навыка.

Т.Г.Рамзаева выделяет следующие *условия формирования орфографического навыка*:

установление связей между умениями, которые составляют основу формируемого орфографического навыка. Выполнение действий в определенной последовательности при решении орфографических задач фактически и представляет собой установление связей между умениями;

овладение учащимися общим способом решения орфографической задачи. Общий способ решения орфографической задачи требует: найти орфограмму; определить, в какой части слова она находится; учитывая это, вспомнить правило и применить его;

развитие внимания к графической и звуковой сторонам слова: сопоставление произношения и написания слов;

система орфографичекских упражнений, учитывающая этап формирования того или иного орфографического навыка, и постепенное усложнение условий, в которых решается орфографическая задача. Благодаря упражнениям образуется прямая связь между грамматическим характером орфограммы и ее письменным оформлением;

система работы по предупреждению и исправлению орфографических ошибок.

Таким образом, орфографический навык – это автоматизированный компонент сознательной речевой деятельности, протекающей в письменной форме.

Определение умения решать орфографические задачи с точки зрения психологии требует внимания к памяти, как механизму, важному для процесса овладения орфографическими умениями и навыками.

Память – это сложный психический процесс, включающий запоминание, сохранение и последующее воспроизведение того, что было в прошлом опыте человека с целью использования этого опыта в настоящем.

В формировании орфографических умений и навыков участвуют следующие виды памяти: слуховая – заключается в запоминании на слух фонем

в морфемах; зрительная – проявляет себя в процессе письма по слуху и при списывании; речедвигательная – опирается на послоговое орфографическое проговаривание слова в мускульных движениях органов речи; моторная – заключается в многократной записи одного и того же слова учеником.

По исследованиям И.А.Зимней в речевой деятельности используются два вида памяти: долговременная и оперативная память. Задачей долговременной памяти является сохранение языковых средств, правил, лексико-грамматических схем, сочетаний слов, необходимых для правильного кодирования и декодирования сообщений. Сама деятельность осуществляется при помощи оперативной памяти. Она представляет собой органичный компонент деятельности. В данном случае сохранение материала требуется только на время его переработки в процессе деятельности.

Трудности овладения орфографическими правилами обусловлены не столько их незнанием, сколько неумением применять их на практике. Этот сложный аналитико-синтетический процесс включает в себя: планирование умственной деятельности, выделение частных задач, знание общих способов и определенной последовательности их решений. Нарушение этих операций и приводит к стойким орфографическим ошибкам.

Исходя из психологической природы навыка правописания, Д.Н.Богоявленский объясняет *появление орфографических ошибок* нарушением временных связей. При ошибках в звуковых орфограммах нарушается связь между слухо-артикуляционными особенностями орфограммы и ее графической формой; в традиционных – между единичными зрительными представлениями слова и графемой; в грамматических – между графемой и сложными грамматическими понятиями.

С.Ф.Жуйков, определяя основы безошибочного написания окончаний частей речи, отмечал, что … все ошибки разделяются на две группы:

ошибки, возникающие вследствие неверных дограмматических (до изучения правил) ассоциаций;

ошибки, возникающие вследствие неверных ассоциаций, формирующихся при изучении правил правописания.

По мнению М.Р.Львова, М.С.Соловейчик и др., одной из главных причин орфографических ошибок является отсутствие орфографической зоркости или ее слабая сформированность.

Орфографическая зоркость – это способность (или умение) быстро обнаруживать в тексте орфограммы и определять их тип. Орфографическая зоркость предполагает также умение обнаруживать ошибки, допущенные пишущим (собственные или чужие). Эта причина сводит на нет даже хорошее знание правил и умение их применять: школьник не видит орфограмм в процессе письма.

Многочисленные исследования подтверждают неразрывную связь между нарушениями устной речи детей и трудностями усвоения программы по русскому языку, в частности правил правописания, в период школьного обучения (Р.Е.Левина, Ю.Я.Ржехолько, Н.С.Рождественский и др.).

Существует точка зрения, согласно которой ошибки правописания возникают как следствие нарушений письменной речи, различных видов дисграфии (И.Н.Садовникова, Г.Е.Сумченко). Так, И.Н.Садовникова отмечает, что специфические ошибки письма, то есть ошибки, не связанные с применением грамматических правил, при отсутствии логопедического воздействия сохраняются в письме школьников и в последующие годы обучения, хотя несколько в измененном виде, так как дисграфия к тому времени осложняется дизорфографией.

Таким образом, в литературе выделяются три пути овладения орфографией:

1. Соотнесение звучащих единиц речи и графических единиц письма, звуков и букв, или языковой анализ и синтез (по М.Р.Львову). Д.Н.Богоявленский называет его образованием межсловесных ассоциаций.

2. Запоминание графического состава слова, его «образа». Например, запоминаение слов традиционного написания основано на мнестических процессах, в частности, долговременной зрительной памяти.

3. Решение орфографических задач, или применение правил. Как любое сложное мыслительное действие, оно основано на определенном алгоритме, состоящем из ряда «шагов». Количество данных «шагов» зависит от периода обучения и типа изучаемого правила.

Процесс овладения орфографией учащимися имеет сложную многооперационную и многоуровневую психологическую структуру, предполагающую сформированность многих действий и операций. Он проходит в своем развитии ряд этапов от развернутых действий и операций до их свертывания и образования прямой ассоциации между исполнительной и обосновывающей частью орфографического действия с обязательным осознанием детьми цели письма (правильно передать свою мысль и без ошибок написать слова). Автоматизированность навыка правописания не означает отсутствия сознательного контроля со сторны пишущего и не исключает его развернутой структуры в сложных ситуациях.

6.3. Механизмы и симптоматика дизорфографии

В современной логопедической литературе дизорфография рассматривается как стойкая и специфическая несформированность (нарушение) усвоения орфографических знаний, умений и навыков, обусловленная недоразвитем ряда неречевых и речевых психических функций.

6.3.1. Механизмы дизорфографии

Механизмом трудностей удержания количества и последовательности слогового ряда, выделение ударного слога является недосточная сформированность мнестических процессов (оперативной кратковременной памяти), меньший объем речеслуховой памяти, особенности восприятия и воспроизведения ритма;

Замены гласных и согласных звуков, трудности дифференциации слов-квазиомонимов вызваны недоразвитием тонких артикуляторно-акустических дифференцировок фонем.

Несформированность представления о длительности отрезков речи, неточное восприятие материала на перцептивном уровне, снижение объема слухоречевой памяти вызывает затруднения при нахождении ударения в слогах и словах.

Ошибки анализа и синтеза предложений обусловлены прежде всего недостаточной сформированностью языковых обобщений, умений и навыков выделять основную мысль предложения, устанавливать связи между словами, нарушением выбора заданного слова из его парадигмы, недоразвитием мнестических процессов.

Нарушение слогового анализа, грубые нарушения определения границ слогов, ошибки на правила переноса обусловлены несформированностью слухопроизносительного ритма, нарушением процесса интериоризации слогового анализа, несформированностью морфологических обобщений.

Несформированность фонематического анализа как умственного действия, нечеткость акустико-кинестетических образов звуков и слов, недоразвитие представлений о фонеме и неумение дифференцировать понятия «слог», «звук» являются причиной ошибок звукового анализа и синтеза слов.

Небольшой объем и статичность номинативного словаря школьников с дизорфографией объясняется значительным снижением процессов долговременной памяти, припоминания, нарушением процесса обобщения и преобладанием наглядно-образного мыления.

Ошибки при определении грамматической категории свидетельствуют о несформированности процессов классификации и обобщения, грамматических значений, обобщенных понятий качеств, действий и предметной отнесенности слов.

Трудности при употреблении предложно-падежных конструкций и дифференциации глаголов прошедшего времени свидетельствуют о трудностях синтеза языковых единиц при образовании грамматически сложных словоформ. Несформированность процессов актуализации проявляется в многочисленных ошибках при воспроизведении той или иной словоформы.

Ошибки словообразования свидетельствуют о недостаточной сформированности словообразовательных эталонов языка, о неразличении процессов словоизменения и словообразования, о снижении способности к обобщению языковых закономерностей у детей с дизорфографией.

Неусвоение грамматического значения слова обусловлено несформированностью процессов обобщения и абстрагирования.

Затруднения при определении морфологической структуры слова и отборе родственных слов вызваны несформированностью морфологических обобщений, умения сопоставлять морфологическцю структуру слов, выделять общее, соотносить одинаковые морфемы в различных словах.

Ошибки при пересказе текста (трудности выделения главного и второстепенного, нарушение логической последовательности, фрагментарность пересказа, ошибки согласования и управления) свидетельствуют о нарушении у детей с дизорфографией симультанного и сукцессивного анализа и синтеза, внутреннего (смыслового) программирования.

Таким образом, в качестве основных механизмов дизорфографии выступают нарушения операционных компонентов мышления (анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования, классификации и систематизации), симультанного и сукцессивного анализа и синтеза, нарушение процессов символизации, словесно-логической памяти (в значительной степени – припоминания); нарушения овладения грамматическими закономерностями, усвоения категориальных признаков грамматических значений; несформированность морфологических обобщений; недоразвитие представлений о грамматическом значении слов и их связи с формальными признаками; нарушение языкового анализа и синтеза, перцептивного уровня восприятия речи.

6.3.2. Симптоматика дизорфографии у младших школьников

Изучением симптоматики дизорфографии занимлись Прищепова И.В., Сумченко Г.Е., Лалаева Р.И., Корнев А.Н. Исследователи отмечают, что симптоматика дизорфографии разноообразна.

При поступлении в школу дети с дизорфографией испытывают затруднения при ознакомлении с грамматическими понятиями: долго запоминают и часто смешивают такие термины, как «звук», «слог», «слово» и др. У детей с дизорфографией недостаточно прочно сформированы знания о буквах алфавита. Например, при назывании букв ученики используют названия звуков, а в ряде случаев – искажают их (букву «К» обозначают как [кэ]).

Содержание правил правописания усваивается детьми с данной речевой патологией в более длительные сроки. Им практически недоступна система рассуждений и умозаключений, благодаря которым возможно выделение искомых слов (проверочного и проверяемого), а также цепочка действий и операций по их осуществлению. Ребенок с дизорфографией не может своими словами пересказать содержание орфографического правила, сделать обобщение, выводы. Грамматические признаки орфограмм обычно усваиваются формально (например, при проверке безударных гласных в корне вместо родственных слов подбираются слова, сходные по звучанию). Дети с дизорфографией не выделяют «ошибкоопасные» места в словах, подчиняющихся морфологическому принципу.

Учащиеся с дизорфографией не усваивают дифференциации лексического и грамматического значения морфем (например, что суффиксы –ище-, -еньк-, -оньк- имеют разное лексическое значение, указывают на принадлежность к предметам различных размеров и качеств), не имеют четкого представления о том, к какой части речи относятся слова. Они не усваивают закономерности русского традиционного и графического пиьма. Для младших школьников данной категории характерна замена грамматического вопроса

лексическим, что нарушает содержание алгоритмического действия по нахождению окончания.

Младшие школьники с дизорфографией затрудняются и в использовании уже имеющихся орфографических знаний, способов проверки орфограмм.

Наибольшую трудность для них представляют следующие орфограммы:

– на основе морфологического принципа написания (написание безударной гласной в корне, непроизносимых согласных, двойной согласной, парной согласной);

– на основе традиционного принципа написания и правил графики (написания –ола-, -ора-, -чн-, -чк-, -стн-, разделительный мягкий знак, правописание слов с непроверяемым написанием, прописная буква);

– на основе фонематического принципа написания (обозначение мягкости согласного на письме).

Огромное количество ошибок дети с дизорфографией допускают при переносе слов, что свидетельствует о неумении анализировать ритмический рисунок слова, делить слова на слоги и несформированности морфологических обобщений. К наиболее характерным ошибкам можно отнести перенос одной буквы, отрыв одной буквы от корня или суффикса, буквы от приставки.

Многочисленные ошибки в словах традиционного типа написания свидетельствуют о значительном снижении речезрительной и речеслуховой памяти детей: они забывают слова, которые им диктуют, с трудом воспроизводят формулировки орфограмм, смешивают понятия (кличка и имя). Не умеют пользоваться орфографическим словарем, что отрицательно влияет на успешность усвоения слов с непроверяемым написанием.

Школьники с дизорфографией допускают не только орфографические ошибки, но и ошибки на уровне морфологического и синтаксического уровней. В самостоятельной письменной речи у них отмечаются нарушения как смысловой стороны, так и языкового оформления текста. Они неправильно формулируют основную мысль, не выделяют главное и второстепенное, не обобщают содержание, не удерживают в памяти смысловые звенья повествования, неверно передают их последовательность, ограничиваясь лишь перечислением персонажей и действий сюжета. При составлении письменного рассказа по картине, кроме указанных нарушений, отмечаются нарушения причинно-следственных связей, пропуск деталей, неспособность придумать собственное окончание рассказа.

У данной категории учащихся отмечается несформированность морфологических обобщений, представлений о родственных словах; синтаксических обобщений и умений устанавливать связи в словосочетаниях и предложениях.

При морфологическом разборе слов дети вспоминают отдельные сведения о них, но забывают названия частей речи, испытывают затруднения при определении рода и числа имен существительных, имен прилагательных и глаголов. Они не усваивают категории склонения имен существительных и

спряжений глаголов, поэтому почти не умеют пользоваться «памяткой» для морфологического разбора слов.

Таким образом, у младших школьников с дизорфографией отмечаются недостатки и теоретических знаний, и практических умений и навыков в области правописания. У них отмечается большое количество стойких и специфических ошибок, отсутствие автоматизированных орфографических навыков, орфографических обобщений. Эти дети плохо усваивают орфографическую терминологию, с трудом интериоризируют орфографические действия; навыки самоконтроля и самокоррекции у них недостаточно сформированы или не автоматизированы.

7. Обследование детей с нарушениями письменной речи

Схема обследования детей с расстройствами чтения и письма

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, мнезис, 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 оценки потенциальной готовности к овладению навыками письменной речи направлена на выявление:

– резервных возможностей учащихся при овладении навыками изложения собственных мыслей в письменной форме;

– симптомов нарушения операций и функций, наиболее «ответственных» за развитие письменной речи.

Структура методики включает три блока:

1) выявление состояния устноречевых предпосылок письменной речи;

2) определение актуального уровня операциональных компонентов письменноречевой деятельности;

3) диагностику функциональных предпосылок письменной речи.

С целью изучения потенциальной готовности к овладению письменной речью используется батарея заданий на исследование состояния звукопроизношения, фонематического слуха, лексико-грамматического строя речи, фонематического анализа, действия с лексемами, графо-моторных навыков, мотивации письменной речи, решения орфографических задач, продуктивности проверочного чтения, внимания, кратковременной и словесно-логической памяти, слухо-моторных координаций.

Методика раннего выявления предрасположенности к дислексии

Данная методика разработана А.Н. Корневым и предложена для использования в ходе массовых профилактических осмотров детей 6-8 лет в качестве скрининговой диагностики. Обследование с помощью методики раннего выявления предрасположенности к дислексии (МРВД) не требует специального оборудования и занимает около 5-8 минут. Пользование методикой доступно широкому кругу специалистов, участвующих в предшкольной диспансеризации детей (детские психиатры, невропатологи, педиатры, логопеды).

В рамках МРВД используются следующие виды заданий: «Рядоговорение», «Ритмы», «Кулак-ребро-ладонь», «Повторение цифр», ориентировка в «право-лево», составление рассказа по серии картинок. Результаты выполнения каждого задания оцениваются в баллах (от 0 до 4), затем суммируются (по-разному для детей без грубой речевой патологии и с выраженной речевой патологией) и делается заключение о наличии предрасположенности к возникновению дислексии.

Часть 2. Коррекция нарушений чтения и письма

1. Коррекция акустической дисграфии и фонематической дислексии

Систематическая работа по развитию языкового анализа и синтеза проводится в следующих направлениях:

развитие анализа предложений на слова;

развитие слогового анализа и синтеза;

формирование фонематического анализа и синтеза.

Развитие анализа структуры предложения.

С этой целью целесообразно использовать упражнения на определение границы предложения в напечатанном без точек тексте, составление предложений по сюжетной картинке и определение количества слов в них, составление предложений с определенным количеством слов, распространение предложений, составление предложений из слов, данных в беспорядке, составление предложений по нескольким картинкам, на которых изображен один и тот же предмет в различных ситуациях.

Развитие слогового анализа и синтеза.

Работу по развитию слогового анализа и синтеза надо начинать с использования вспомогательных приемов, затем она проводится в плане громкой речи и, наконец, на основе слухопроизносительных представлений, во внутреннем плане. При формировании слогового анализа с опорой на вспомогательные средства предлагается, например, отхлопать или отстучать слово по слогам и назвать их количество.

В процессе развития слогового анализа в речевом плане делается акцент на умении выделять гласные звуки в слове, усвоить основное правило слогового деления: в слове столько слогов, сколько гласных звуков. Опора на гласные звуки при слоговом делении позволяет устранить и предупредить такие ошибки чтения и письма, как пропуски гласных звуков, добавления гласных.

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 различения (отличаются по способу артикуляции и звучанию). Для закрепления используется такой прием: логопед называет звуки, дети поднимают красный флажок, если звук гласный, и синий, если согласный. В дальнейшем проводится работа по выделению гласного звука из слога и слова. Для этого сначала предлагаются односложные слова (ох, ус, да, на, дом, стул, волк). Дети определяют гласный звук и место его в слове (начало, середина, конец слова).

Можно использовать графическую схему слова, в зависимости от места гласного звука в слове ставится кружочек в начале, в середине, в конце схемы.

В процессе развития слогового анализа и синтеза важно учитывать поэтапность формирования умственных действий. Вначале работа ведется с опорой на вспомогательные средства, материализацию действия.

В дальнейшем слоговой анализ и синтез осуществляется в плане громкой речи. На последующих этапах логопедической работы становится возможным перенос этого действия во внутренний план, осуществление его на основе слухопроизносительных представлений.

В процессе развития слогового анализа в речевом плане важным является умение выделять гласные звуки слова. Дети должны усвоить основное правило слогового деления: в слове столько слогов, сколько гласных звуков. Опора на гласные звуки позволяет устранить и предупредить такие ошибки чтения и письма, как пропуски гласных или их добавления.

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.

По данным В. К. Орфинской, эта форма появляется спонтанно у детей дошкольного возраста. Более сложной формой является вычленение первого и последнего звуков из слова и определение его места (начало, середина, ко-

нец 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 логопедической работе по развитию фонематического анализа и синтеза необходимо учитывать сложность различных форм этой функции и последовательность ее формирования в онтогенезе. В связи с этим развитие звукового анализа и синтеза проводится в следующей последовательности:

1. Выделение (узнавание) звука на фоне слова, т.е. определение наличия звука в слове.

2. Вычленение звука из начала и конца слова. При формировании указанного действия предлагаются следующие задания: определить в слове первый звук, последний звук; определить место звука в слове.

3. Определение последовательности звуков в слове.

4. Определение количества звуков в слове.

5. Определение места звука по отношению к другим звукам (какой звук слышится в слове перед и после данного звука). Развитие фонематического восприятия. Формирование дифференциации звуков проводится с опорой на различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный.

Особенности использования тех или иных анализаторов определяются характером нарушения дифференцировок. Работу по дифференциации смешиваемых звуков необходимо начинать с опоры на более сохранное зрительное восприятие, тактильные и кинестетические ощущения, получаемые от органов артикуляции во время произношения звуков речи.

В логопедической работе по дифференциации звуков необходимо учитывать, что совершенствование слухопроизносительных дифференцировок осуществляется более успешно в том случае, если оно проводится в тесной связи с развитием фонематического анализа и синтеза.

Чем точнее представляет ребенок звуковую структуру слова, место каждого звука в нем, тем четче определяет он характер, правильнее дифференцирует звуки речи. Развитие функции фонематического анализа способствует, таким образом, совершенствованию слухопроизносительной дифференциации.

Логопедическая работа по формированию слуховой дифференциации конкретных пар смешиваемых звуков включает два этапа:

первый – предварительный этап работы над каждым из смешиваемых звуков;

второй – этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.

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.

2. Коррекция аграмматической дисграфии и дислексии

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.

В процессе формирования морфологической системы языка проводится, прежде всего, работа по дифференциации грамматических значений, в частности: дифференциация частей речи, значений одушевленности и неодушевленности, дифференциация значений рода, значений совершенного и несовершенного видов глагола, значений времени глагола.

Последовательность формирования морфологической системы языка у детей с дислексией определяется последовательностью появления форм словоизменения и словообразования в онтогенезе.

Развитие *словоизменения существительных* проводится в следующем порядке:

дифференциация именительного падежа единственного и множественного числа;

закрепление беспредложных конструкций единственного числа;

предложно-падежные конструкции единственного числа;

формы существительных множественного числа, сначала беспредложные, затем с предлогами.

Словоизменение прилагательных отрабатывается в следующей последовательности:

согласование прилагательного с существительным в именительном падеже единственного и множественного числа;

согласование прилагательного и существительного в косвенных падежах единственного числа;

согласование прилагательного и существительного во множественном числе.

Словоизменение глаголов закрепляется по следующему плану:

согласование глаголов настоящего времени и существительных в числе;

согласование глаголов прошедшего времени и существительных в роде и числе

согласование глаголов прошедшего времени и существительных в роде и числе;

дифференциация глаголов совершенного и несовершенного видов.

Формирование словоизменения и словообразования сначала проводится на уровне слова, затем в словосочетаниях, далее в предложениях.

Большое внимание уделяется закреплению правильных форм словоизменения и словообразования в письменной речи (при чтении и на письме).

Логопедическая работа над *предложением* учитывает сложность его структуры, последовательность появления различных типов предложения в онтогенезе.

Она проводится в следующей последовательности:

1. Двусоставные предложения (субъект - предикат), включающие подлежащее, выраженное существительным, и сказуемое, выраженное глаголом 3 лица настоящего времени (Девочка играет).

2. Другие двусоставные предложения (Это дом. Дом большой).

3. Распространенные предложения из 3-4 слов: а) субъект-предикат-объект (подлежащее, сказуемое, прямое дополнение), например: Мальчик читает книгу, б) субъект-предикат-объект-объект (подлежащее, сказуемое, прямое и косвенное дополнение), например: Папа подарил сыну велосипед; в) субъект-предикат-локатив (подлежащее, сказуемое, обстоятельство места), например: Дети катаются на горке; г) субъект-предикат-объект-локатив (подлежащее, сказуемое, дополнение, обстоятельство места), например: Девочка рвет цветы в саду; д) субъект-предикат-объект-атрибут (Мама подарила дочке красивую куклу) и т.д.

4. Сложносочиненные предложения.

5. Сложноподчиненные предложения. В процессе формирования синтаксической структуры предложения большое значение имеет опора на внешние схемы, идеограммы.

3. Коррекция оптической дисграфии и дислексии

Развитию зрительного гнозиса способствуют задания, направленные на узнавание и называние контурных изображений предметов как изолированных, так и перечеркнутых, определение того, на какую геометрическую фигуру похож тот или иной предмет, подбор парных карточек с геометрическими фигурами, дорисовывание рисунка, конструирование фигур из спичек или палочек (сначала по образцу, затем по памяти). Детям можно предложить матрицы Равена с вырезанными частями и несколько вставок. Следует подобрать соответствующую вставку.

С целью развития зрительной памяти предлагаются следующие задания:

1. Запомнить 4-5 картинок, а затем отобрать их среди других 8-10 картинок.

2. Запомнить 3-5 фигур, цифр или букв, а затем выбрать их среди других (8-10).

3. Разложить 3-4 картинки в той же последовательности, в какой они предъявлялись.

4. Разложить по памяти буквы, цифры или фигуры в предъявленной последовательности.

5. Игра «Чего не стало?»

6. Игра «Что изменилось?»

В процессе логопедической работы по развитию пространственных представлений необходимо учитывать особенности и последовательность формирования пространственного восприятия и пространственных представлений в онтогенезе, психологическую структуру зрительно┐ пространственного гнозиса и праксиса, состояние пространственного восприятия и пространственных представлений у школьников с дислексией.

Пространственная ориентировка включает два вида ориентировок, тесно связанных между собой:

1) ориентировку на собственном теле, дифференциацию правых и левых его частей;

2) ориентировку в окружающем пространстве.

При устранении оптических дислексии и дисграфий необходимо учитывать закономерности формирования пространственных функций в онтогенезе и в связи с этим проводить логопедическую работу по следующему плану:

- дифференциация правых и левых частей тела; - ориентировка в окружающем пространстве;

- определение пространственных соотношений элементов графических изображений и букв.

Дифференциация правого и левого возникает сначала в первой сигнальной системе, а затем развивается при возрастающем взаимодействии со второй сигнальной системой. Первоначально закрепляется речевое обозначение правой руки, а затем левой.

Ориентировка детей в окружающем пространстве развивается также в определенной последовательности. Первоначально положение предметов (справа или слева) ребенок определяет лишь в том случае, когда они расположены сбоку, т. е. ближе к правой или левой руке.

При этом различение направлений сопровождается длительными реакциями рук и глаз вправо или влево. В дальнейшем, когда закрепляются речевые обозначения, эти движения затормаживаются. При устранении оптической дислексии и дисграфии параллельно с развитием пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза проводится и работа над речевыми обозначениями этих отношений: над пониманием и употреблением предложных конструкций, наречий.

В процессе логопедической работы по формированию четкого зрительного образа букв предлагаются следующие задания:

1. Найти букву среди графически сходных (после длительной экспозиции или после кратковременного предъявления).

2. Показать правильную букву среди пар букв, правильно и зеркально изображенных.

3. Конструирование букв из элементов. 4. Реконструирование букв: а) добавляя элементы (например, сделать из буквы Р букву В, из буквы Ь – букву Б), б) убавляя количество эле┐ ментов (например, сделать из буквы Ж букву К), в) изменяя пространст┐ венное расположение элементов (например, сделать из буквы Р букву Ь, из буквы Т – Г).

5. Определить различие сходных букв, отличающихся лишь одним дополнительным элементом: Р-В, З-В, Ь-В, О-Ю, Ъ-Ы, Ь-Б, Л-Д и др.

6. Определить различие сходных букв, состоящих из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве: Р-Ь, П-Н, П-И, И-Н, Г-Т.

При устранении оптических дислексии проводится работа по закреплению зрительных образов букв. Буква соотносится с каким-либо сходным по форме предметом: О – с обручем, З – со змеей, Ж – с жуком, П – с перекладиной, У – с ушами и т.д.

Коррекция семантической дислексии

Развитие слогового синтеза. В том случае, когда семантическая дисл лексия проявляется на уровне отдельного слова при послоговом чтении, проводится развитие слогового синтеза.

Примерные задания по развитию слогового синтеза:

1. Назвать слово, произнесенное по отдельным звукам (д,о,м; к,а,ш,а; с,у,м,к,а).

2. Назвать слитно слово, произнесенное по слогам (ку-ры, ба-буш-ка, бара-бан, ско-во-ро-да).

3. Составить слово из слогов, данных в беспорядке.

4. Назвать слитно предложение, произнесенное по слогам (Де-ти игл рают во дво-ре). На начальном этапе работы паузы между слогами очень короткие, в дальнейшем они увеличиваются. Работа над пониманием прочитанных слов, предложений и текста. Одновременно с развитием слогового синтеза и лексико-грамматического строя речи проводится уточнение понимания прочитанных слов, предложений и текста.

Используются следующие задания: 1.Прочитать слово и показать соответствующую картинку. 2.Прочитать слово и выполнить соответствующее действие. 3.Прочитать слово и ответить на вопрос. 4.Найти в прочитанном предложении слово, которое отвечает на вопрос кто? что? что делает? где? куда или какой?

5.Прочитать предложение и показать соответствующую картинку.

6.Прочитать предложение и ответить на вопрос по его содержанию.

7.Дополнить предложение, воспроизведенное логопедом.

8.Дополнить прочитанное предложение другими словами (с помощью вопросов какой? где? куда? и др.).

9.Повторить прочитанное предложение. 10. Найти в тексте ответ на заданный вопрос.

11. Разложить серию сюжетных картинок в соответствии с прочитанным текстом.

12. Выбрать из текста предложение, соответствующее сюжетной картинке.

13. После прочтения текста поместить сюжетную картинку на свое место в серии сюжетных картинок.

14. После прочтения текста найти ошибку в последовательности сюжетных картинок.

15. Работа с деформированным текстом. Прочитать изолированные предложения, составить связный текст.

16. Составить план прочитанного текста.

17. Пересказать прочитанный текст.

18. Придумать начало прочитанного текста.

19. Придумать конец прочитанного текста.

При устранении семантической дислексии важное место занимает работа над словарем ребенка. Уточнение и обогащение словаря проводится, прежде всего, в процессе работы над прочитанными словами, предложениями и текстами.

Необходима и специальная работа по систематизации словаря. Примерные задания по уточнению и систематизации лексики:

1. Подбор синонимов к прочитанному слову.

2. Подбор антонимов к прочитанному слову.

3. Нахождение в тексте слов-синонимов или слов-антонимов.

4. Объяснение значений прочитанных слов.

5. Соотнесение прочитанного слова с обобщающим понятием (огурец – овощ, груша – фрукт и т.д.).

6. Расширение объема обобщающего понятия. Например: "Яблоко – это фрукт. А какие еще вы знаете фрукты?"; "Бежать – это быстро двил гаться. А какие вы еще знаете слова, которые обозначают движение люл дей или животных?"

7. Придумывание нескольких глаголов к прочитанному словул существительному. Например: дождь что делает? – капает, моросит, идет, шумит, льет и т.д.

8. Подбор определений к прочитанному слову-существительному (день, какой может быть? – солнечный, ветреный, пасмурный и т.д.).

9. К названию животного подобрать название его детенышей или нал звание его жилища.

10. Подобрать родственные слова к прочитанному слову (стол – стол лик, столовая).

11. К двум словам подобрать одно подходящее слово (мальчик, ручей – бежит; ветер, дождь – шумит)

4. Коррекция нарушений чтения и письма у неправшей

В работе с леворукими детьми следует учитывать определенные особенности выработки у них учебных навыков, в первую очередь навыков письма.

Постановка техники письма у левшей специфична: для леворукого ребенка одинаково неудобно как правонаклонное, так и левонаклонное письмо, так как при письме он будет загораживать себе строку рабочей рукой. Поэтому следует ставить руку так, чтобы строка была открыта. Для леворуких рекомендуется правонаклонный разворот тетради и прямое (безнаклонное) письмо (Безруких М. М.). При этом способ держания ручки может быть раз-

личным: обычным, как у правшей, или инвертированным, когда рука расположена над строчкой и изогнута в виде крючка.

При овладении письмом леворукий ребенок должен выбрать для себя тот вариант начертания букв, который ему удобен (леворукие дети чаще выполняют овалы слева направо и сверху вниз; их письмо имеет больше обрывов, менее связно, буквы соединяются короткими прямыми линиями). Требовать от левши безотрывного письма противопоказано. В классе леворуких детей рекомендуется сажать у окна, слева за партой. В таком положении ребенок не мешает соседу, и его рабочее место имеет достаточную освещенность.

При письме ребенок выполняет два действия, которые сменяют друг друга, это выполнение движения и микропауза, которая необходима для контроля своих движений и для проектировании следующих движений. Отличие в механизмах зрительно-моторных координаций у праворуких и леворуких выражается, прежде всего, в различной длительности этих микропауз. У праворуких микропаузы по времени составляют меньше, в отличие от леворуких, у которых микропаузы дольше, как на этапе формирования навыка, так и впоследствии, когда письмо уже автоматизируется. У леворуких существует необходимость распределения внимания между поиском нужного элемента текста заданного для списывания, для которого требуется быстрая и точная пространственная ориентировка, а также выстраивание ряда этих объектов на своем месте, т.е. требуется быстрая, точная и четкая микроориентировка, для которой леворуким требуется больше времени, что довольно часто сочетается с увеличением количества ошибок.

Главную роль при организации обучения приобретает – индивидуализация обучения, т.е. учителю важно ориентироваться на индивидуально-психологические особенности такого ученика.

Следует принимать во внимание и еще один фактор, облегчающий учебную деятельность леворукого ребенка. Это касается учета ведущего глаза при выборе рабочего места учащегося. Парта ребенка должна быть размещена таким образом, чтобы информационное поле совмещалось с ведущим глазом. Так, если ведущим является левый глаз, то классная доска, рабочее место учителя должны находится в левом зрительном поле учащегося (Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К.).

Последнее из перечисленных требований может быть несовместимым с первым, поскольку обычное для левшей расположение рабочего места слева в ряду у окна целесообразно при ведущем правом глазе. Тем не менее, учет ведущего глаза при размещении учеников в классе имеет значение не только для леворуких, но и для всех остальных детей.

На протяжении продолжительное время леворукие школьники могут нуждаться в проведении комплекса специальных занятий, направленных на развитие:

зрительно-моторной координации;

точности пространственного восприятия;

зрительной памяти;

наглядно-образного мышления;

способности к целостной переработке информации;

моторики;

фонематического слуха;

речи.

При организации развивающей работы у психолога может возникнуть необходимость в привлечении к сотрудничеству логопеда и детского психоневролога.

В пропедевтический период подготовки к письму рекомендуем педагогам, воспитателям и родителям заниматься с детьми нижеследующими упражнениями.

I. На развитие мелкой моторики обеих рук:

· застегивание и расстегивание пуговиц; перекладывание мелких игрушек тремя пальцами, которые держат ручку при письме;

· всасывание и высасывание воды из стакана пипеткой;

· плетение из ниток закладок, ковриков;

· завязывание и развязывание узелков, бантиков.

II. Гимнастика для левой руки при подготовке к письму:

1. Выпрямить кисть, плотно сжать пальцы и медленно прижимать их сначала к третьим суставам, затем к плоскости ладони.

2. Выпрямить кисть и поочередно присоединять безымянный палец к мизинцу, средний - к указательному.

3. Руку плотно положить на стол и постепенно сгибать то средний, то указательный, то большой пальцы, остальные пальцы при этом должны постепенно подниматься вверх.

4. Пальцы разомкнуть как можно шире и медленно соединять их, опуская руку вниз.

5. Сжать пальцы в кулак и вращать рукой в разных направлениях.

В начальный период обучения письму леворукому ребенку необходимо выполнять упражнения для подготовки руки к работе и ориентировки в рабочей строке.

Копирование фигур, моделирование из деталей - прекрасная тренировка зрительного восприятия и зрительно-моторной координаци.

Упражнения на умение ориентироваться в рабочей строке рекомендуем выполнять детям сначала по точкам, заранее нанесенным учителем на строке, затем самостоятельно на следующей рабочей строке.

Развитие пространственных представлений у леворукого ребенка предполагает формирование понятий: вверху, внизу, справа, слева, в углу, спереди, сзади, понимание и правильное использование предлогов над, под, внутри, между, через и т.д.

Упрочение перечисленных пространственных представлений рекомендуем начинать с ориентации в собственном теле ("Правая рука", "Левая рука", "Надень левый ботинок", "Вытяни вперед руку" и т.д.), на листе бумаги; за-

тем в ходе физкультурных занятий; при изготовлении аппликаций, конструировании.

4. Полезно развивать способность планировать движение руки ребенка. Предлагаем несколько вариантов таких заданий для формирования умения вести руку:

· "раскрутить" спираль вправо и влево;

· нарисовать волны;

· соединить точки по траектории.

При выполнении всех предложенных упражнений особое внимание следует уделить вербальному описанию движений, а также выделению количества элементов, характеру, пространственному расположению, направлению движения. Объяснение следует вести, повторяя несколько раз с одновременным показом или выполнением действия самим учеником.

5. Коррекция текстовой деятельности

Связная речь – это такая речь, которая отражает все существенные стороны своего предметного содержания. Речь может быть несвязной по двум причинам: либо потому, что эти связи не осознаны и не представлены в мысли говорящего, либо эти связи не выявлены надлежащим образом в его речи. В методике термин «связная речь» употребляется в нескольких значениях:

1) процесс, деятельность говорящего;

2) продукт, результат этой деятельности, текст, высказывание;

3) название раздела работы по развитию речи. Как синонимические используются термины «высказывание», «текст».

К связной речи младших школьников предъявляются следующие требования:

содержательность (говорить о том, что хорошо знаешь),

логичность и последовательность, четкость построения высказывания (умение логически переходить от одной части высказывания к другой, умение завершить его),

точность речи (подбор слов, словосочетаний, который отражают содержание высказывания разнообразными языковыми средствами),

выразительность (умение ярко, убедительно, сжато выразить мысль), ясность (доступность для слушающего), чистота речи (отсутствие лишних слов),

правильность речи, т.е. соответствие ее литературной норме. Важна также и произносительная сторона речи (правильное звукопроизношение, четкая дикция,

интонационная выразительность, владение силой голоса, владение правильным темпом, умение находить логические ударения, соблюдать паузы). В норме связная речь младших школьников соответствует этим требованиям.

Проблеме формирования связных развернутых высказываний у детей с нарушениями речи посвящены исследования Т. Б. Филичевой, С. Н. Шаховской, В. К. Воробьевой, Т. А. Ткаченко, В. П. Глухова и др.

Усвоение школьных знаний значительно усложняется для детей, речь которых имеет недостатки. Поэтому центральной задачей является формирование и совершенствование связной речи.

В статьях В.К. Воробьевой рассматриваются методы и приемы логопедической работы по ознакомлению младших школьников с правилами строения описательного рассказа. Она показывает, как следует формировать речь на основе применения изученных правил на первом, втором и третьем этапах. Это предполагает практическое усвоение правил смысловой и языковой организации текстового сообщения.

Как отмечает, В.П. Глухов, знание закономерностей построения текста особенно важно для коррекционного педагога в логопедической работе с детьми, имеющими нарушения речи. В процессе занятий по формированию у этих детей навыков *связных развернутых высказываний* следует уделять большое внимание подготовительной работе (подготовка к восприятию и предварительный разбор содержания текста — с выделением важных смысловых звеньев, пользованием специальных игровых приемов, активизирующих внимание, зрительное и вербальное восприятие, память и воображение ребенка). Специальное внимание должно уделяться овладению обучающимися навыками *планирования* развернутых высказываний. При этом у детей формируются представления об основных принципах построения связного сообщения: адекватность содержания, последовательность изложения, отражение причинно-следственной взаимосвязи событий и др.

Значительное место должно отводиться формированию у детей навыков *смыслового анализа текста* (выделению основных смысловых звеньев — подтем, микротем, представляющих собой законченные по смыслу фрагменты речевого сообщения, определению и анализу денотатов — значимых структурно-семантических элементов речевого высказывания, служащих для обозначения отображаемых в речи предметов, действий с ними, фактов и явлений, составляющих предметное содержание того или иного фрагмента окружающей действительности). Соответственно формируются и навыки смыслового анализа наглядно представленной предметной или сюжетно-событийной ситуации (с использованием наглядного картинного материала). По следам такого анализа составляется план-программа будущего развернутого речевого высказывания, определяются его основные содержательные блоки (фрагменты текста), последовательность их отображения в рассказе-сообщении.

Необходимым видом работы над текстом является анализ (при пересказе) или целенаправленный отбор (в самостоятельно составляемом рассказе) языковых средств отображения предмета речи. Этот вид речевой работы осуществляется в ходе языкового разбора текста пересказываемого произведения или речевого образца, даваемого педагогом, в ходе специальных упражнений по развитию навыков отбора языковых средств формирования и формулирования мысли. Важным направлением работы является формирование *языковых* (прежде всего грамматических) *обобщений* и практическое усвоение

детьми (по образцу, наглядной опоре) лексических, грамматических и эмоционально-выразительных компонентов фразовых высказываний, различных типов синтаксических конструкций.

В занятия включаются упражнения на словоизменение, на подбор нужных слов и словоформ при чтении и разборе текста для пересказа, при воспроизведении детьми образца рассказа по картине и т. д. Выполнение таких заданий способствует овладению детьми различными средствами построения связных развернутых высказываний в процессе осознанных речевых действии с ними.

Большое внимание следует уделять выбору произведений для пересказа. Рекомендуется отбирать тексты с четким делением на фрагменты-эпизоды и ясной логической последовательностью событий. Это облегчает составление пересказа и способствует усвоению определенных языковых средств. Обращается также внимание на познавательность содержания, доступность языкового — лексического и грамматического — материала текста с учетом обучаемой группы детей. Использование высокохудожественных текстов детской литературы позволяет эффективно проводить работу по развитию «чувства языка» — внимания к лексической, грамматической и синтаксической сторонам речи, способности оценивать правильность высказываний с точки зрения соответствия их языковой норме. Это особенно важно в коррекционной работе с детьми, имеющими системное недоразвитие речи.

Л.Н. Ефименкова, Г.Г. Мисаренко дают последовательность работы над пересказом текста, опираясь на причинно - следственные и временные связи, последовательно описывать предметы, опираясь на образ с переходом к рассказам описательно - повествовательного характера, дают конспекты занятий.

Г.Г. Мисаренко также рассматривает особенности формирования связной речи в условиях коррекционного обучения (на примере написания изложения и сочинения).

В процессе написания сочинения ребенок получает возможность для самовыражения, для более отчетливого осознания своих мыслей и переживаний, для полета фантазии. При этом «максимально стимулируется функционирование всех действий и операций, связанных с построением текста. Однако далеко не все ученики владеют этими действиями и операциями, что порождает значительные трудности при самостоятельном создании текста. Кроме того, у многих из них весьма небогатый словарный запас, они не научились настолько свободно строить предложения, чтобы в полной мере выразить свои мысли и эмоции на письме и при этом получить радость и удовлетворение от сделанного. А если работа не приносит ребенку удовлетворения, она неизбежно снижает мотивацию и активность.

Изложение чужого текста — менее трудоемкий процесс, поскольку тема и содержание уже заданы, последнее структурировано, известен адекватный лексический материал. Наличие готового текста дает возможность на качественном образце наблюдать, как разворачивается сюжет, как надо его строить, чтобы он был интересен и понятен читателю. Но при изложении существенным отрицательным моментом является то, что текст написан чужим для ребенка языком. Психолингвисты утверждают, что каждый человек говорит на своем собственном языке. У каждого своя манера построения предложения, свой собственный словарный запас, свои ассоциации, и он по-своему рисует словами то или иное переживание и т. п. В процессе изложения текста необходимо осуществлять своеобразный перевод с чужого языка на свой собственный, а это достаточно сложно, поэтому многие дети стремятся к дословному запоминанию. Кроме того, нельзя не учитывать возможность эмоционального неприятия ребенком чужого текста.

Принимая во внимание невысокий уровень речевой и мыслительной зрелости детей группы риска, в начале формирования письменной речи представляется более целесообразным в качестве основного вида детских творческих работ избрать свободное изложение, которое соединяет в себе положительные качества и изложения, и сочинения.

Работая с готовыми текстами, ученики под руководством учителя наблюдают и учатся анализировать определенные параметры построения текста. В основном это те параметры, которые были рассмотрены выше как слабые звенья детской письменной речи, а именно — соответствие темы и содержания, временные и причинно-следственные связи внутри текста и т.д. После анализа готового текста дети излагают его на бумаге, стараясь сохранить те особенности построения, которые они анализировали, но при этом максимально используя свои слова и выражения, по-своему строя предложения, добавляя собственные суждения о событиях и персонажах и т. п.

Суть свободного изложения — в передаче сюжета, а не в речи автора, поэтому требование излагать «близко к тексту» не означает, что ученики должны дословно запомнить его. При этом они по своему желанию (или по просьбе учителя) могут сохранять наиболее понравившиеся им (или наиболее яркие и образные) слова и выражения. Написание свободных изложений, с одной стороны, продуктивно закрепляет и развивает умение строить предложения, с другой — позволяет детям репродуктивно усваивать правила построения текста, а в целом подготавливает их самостоятельному сочинению.

Работа над изложением

Центральной задачей работы над изложением является ознакомление учеников с правилами построения текстов. На примере готовых текстов учитель помогает детям увидеть, как опытные авторы осуществляют наиболее сложный этап создания связного высказывания — разворачивание первоначального замысла в связный текст. Дети понимают, что и как надо делать, чтобы точно понятно передать нужную информацию.

К изложению текстов можно приступать, когда ученики ужи осознают необходимость произвольного и целенаправленного построения предложений, поймут, как это надо делать, и немного научатся этому. Ориентировочно это может произойти в первой половине второго года обучения. Время начала работы зависит от уровня готовности учеников к переходу на более высокий уровня речевых действий. Если учитель поторопится и пойдет дальше без

должного развития и закрепления умения строить предложение то неизбежно спровоцирует трудности. Для их преодоления от учеников потребуются значительные усилия, увеличится нагрузка нг нервную систему со всеми вытекающими из этого школьным] неблагополучиями.

Работа над изложением любого вида строится в одинаково! последовательности и состоит из подготовительного этапа и собственно написания изложения.

Подготовительный этап может продолжаться в течение одного—трех уроков, на которых рассматриваемые тексты не подлежат письменному изложению, они даются лишь как материал для анализа. Письменная работа на этом этапе может затормозить и усложнить аналитическую.

Этапы работы над изложением.

1. Знакомство с очередным правилом построения текста и рас смотрение способов его реализации разными авторами.

Ученикам предлагаются два-три правильно построенных небольших текста, которые можно взять из любого источника и адаптировать таким образом, чтобы рассматриваемый параметр обозначился более четко. Хорошо подходят рассказы Н.Сладкова, Ю.Дмитриева, В.Сухомлинского, В.Осеевой и др. Желательно, чтобы листок с текстом лежал на столе у каждого ученика.

Все тексты последовательно анализируются всем классом по определенному параметру (например, прослеживается соответствие содержания заявленной теме). Учитель помогает ученикам, указывает на наиболее интересные слова или выражения, объясняет значения непонятных слов, если таковые есть, помогает понять скрытый смысл. Активность учителя и учеников примерно равная.

2. Знакомство с типами ошибок при отражении в тексте рассматриваемого правила и способами их исправления.

После анализа образцов учитель дает ученикам первый текст, в котором имеются ошибки или неточности, и организует его коллективное обсуждение. Во время беседы выявляются отступления от наблюдаемого правила. Например, дан текст «Кипрей» (адаптация текста К. Паустовского) с включенными в него предложениями, рассказывающими о ежике, который, деловито пыхтя, подошел к грибу, выковырнул его из земли и унес на своих колючках. С учетом следования заявленной теме они в тексте лишние.

С самого начала анализа текстов желательно уделять внимание воспитанию у детей тактичности при обсуждении ошибок, умения встать на чужую точку зрения и уважать эту позицию, понимания того, что каждый человек имеет право думать по-своему. Особенную значимость этот воспитательный момент приобретет, когда ученики будут анализировать работы друг друга, делать замечания непосредственно автору, который, может быть, с замечанием и не согласится. Способность понять чужую точку зрения имеет не только воспитательное, но и образовательное значение. Известно, что дети еще не научились ориентировать свой монолог на читателя. Записывая текст, они создают в своем сознании некий образ и описывают его, не заботясь о

том, будет ли этот образ понятен читающему. Анализ чужих текстов с ошибками как раз и показывает ученикам, что при письме надо думать о том, кто будет читать написанное, и писать нужно так, чтобы было понятно другому человеку.

После фронтального анализа первого текста с ошибками учитель предлагает ученикам второй текст, который они анализируют в небольших группах или парами с минимальной помощью учителя, причем эта помощь оказывается только в тех случаях, когда ученики попросят. Текст может быть либо у всех одинаковый, либо для каждой группы свой. Найденные ошибки ученики помечают значками, о которых договариваются заранее.

Если учитель посчитает нужным, то может дать и третий текст каждому ученику для самостоятельной работы.

3. Проверка качества внесенных исправлений (устный пересказ с соблюдением заданного правила).

После анализа и исправления ошибок учитель ставит задачу пересказать текст своими словами, но при этом обязательно соблюдать правило, которое наблюдали.

Этапы работы над сочинением

Научив детей произвольно конструировать предложения, познакомив их с правилами построения связного высказывания, можно переходить к самостоятельному составлению текстов на заданную тему. Главная цель этой работы — формирование системы действий, необходимых для создания связного высказывания. К ним относятся умения:

- держать в поле зрения тему высказывания и анализировать свою деятельность по построению текста с учетом заданной темы;
- намечать план будущего текста и наполнять его содержанием;
- сохранять структуру текста, отраженную в плане;
- «редактировать» текст — проверять последовательность описания событий,
- правильность построения предложений, полноту информации.

Как правило, темы для сочинений дает учитель. В начальной школе они определяются бытовой и школьной жизнью детей, сферой их интересов. Объект или явление, заявленное в теме сочинения, непременно должны быть хорошо знакомы и интересны ребенку. Работая с детьми группы риска, целесообразно проводить сочинения по серии сюжетных картин, по коллективно просмотренному мультфильму, по одной сюжетной картине, по действиям самих детей (например, посадке школьного сада или проведенной экскурсии).

При обучении детей написанию сочинения учителю необходимо постоянно помнить о том, что создание текста осуществляется в определенной последовательности.

1. Уяснение мотива (о чем я буду рассказывать, зачем я буду это делать).
2. Возникновение общего замысла (что я буду об этом рассказывать).

3. Конструирование будущего связного текста (как я буду об этом рассказывать).

4. Контролирование процесса построения связного текста (все ли я делаю правильно).

После устного обсуждения будущего текста ученики пишут черновой вариант сочинения, используя тезисный план и сделанные записи. Это можно сделать как в классе, так и дома.

Проверять первый вариант сразу после написания нецелесообразно. Такая проверка будет малоэффективной, поскольку весь материал и связанные с ним эмоции свежи и чрезвычайно сильны, они помешают ребенку объективно оценить текст, найти погрешности и ошибки. Текст должен «отлежаться», «созреть». Написание сочинения в черновом варианте задается ученикам на дом, они должны выполнить его на следующий же день. Следующая неделя проходит без урока развития речи — сочинение «отлеживается». На третьей неделе учитель возвращается к написанному сочинению и предлагает ученикам проверить текст, найти и исправить речевые ошибки. Более эффективно редактирование текста проходит тогда, когда ученики читают не свою работу, а работу соседа. Однако в этом случае, как уже было сказано ранее, необходимо воспитывать у детей культуру обращения с чужим текстом.

В ходе проверки ученики оценивают:

— как составлены предложения, не нужно ли переставить местами слова, чтобы усилить мысль;

— если нужно, то цифрами помечают желательную последовательность слов;

— как соблюдена последовательность событий, не нарушены ли причинно-следственные связи, т.е. нет ли резких необоснованных переходов от одного эпизода к другому;

— правильно ли текст поделен на абзацы;

— нет ли излишней информации, которая не связана с темой текста.

Каждый «автор» может вносить в свое сочинение добавления, заменять одни слова другими и т. п.

После оценки качества текста и исправления погрешностей ученики должны проверить орфографию.

Когда все исправления внесены в текст, ученики переписывают его набело, с учетом всех поправок. Это также может быть сделано либо в классе, либо дома.

Учитель оценивает лишь окончательный вариант.

Огромная роль в формировании умения строить связное высказывание принадлежит работе с текстом; На коррекционных занятиях необходимо использовать специальные упражнения, в ходе выполнения которых учащимся приходилось бы производить анализ содержания прочитанного материала, располагать его в логической последовательности. Помимо этого, учащимся следует, как можно чаще предлагать упражнения с заданиями распространить

или сократить текст (и соответственно подробно или сжато его пересказать), воссоздать текст по плану, развернутому или краткому.

Перечисленные выше упражнения широко используются и на уроках в классе. Коррекционные занятия тесно связаны с программой по родному языку и вместе с тем имеют свою специфику. Поскольку эти задания используются в основном для обучения детей построению связного высказывания и реализации его в коммуникативной деятельности, то выполнять их следует преимущественно в устной форме.

Текст как сложное семантико-синтаксическое образование обладает рядом психолингвистических характеристик. К их числу относятся цельность (смысловая, структурная и композиционная целостность), смысловая и грамматическая связность речи. Кроме того, в тексте, рассматриваемом как продукт речевой деятельности, проявляются следы невербального поведения участников коммуникации, и он обладает большой степенью «интерпретативности» (варианты интерпретации смыслового содержания слушающим или читающим).

При реализации коррекционной работы по формированию текстовой деятельности учитываются следующие *принципы*:

1. Воспитывающий и развивающий характер обучения – на занятиях, кроме сообщения знаний, воспитывались любовь к родному языку, любознательность, мотивация к учению, развитие мышления, памяти, восприятия.

2. Принцип сознательного усвоения материала – благодаря систематическому использованию и повторению на занятиях программного материала у учащихся закреплялись умения и навыки работы с текстом.

3. Принцип прочности усвоения знаний, умений и навыков реализовывался благодаря многократному закреплению изученного материала с помощью разнообразных упражнений.

4. Принцип доступности учитывался при подборе словарного материала – он был доступен для понимания, а также велась обязательная подготовка учащихся к усвоению нового материала.

5. Принцип активности и самостоятельности учащихся – в процессе занятий для повышения мыслительной активности использовались приемы сопоставления, объяснения, доказательства, анализа и синтеза, применялись наглядные опоры, разнообразные виды упражнений и заданий, а также игровые приемы.

6. Принцип систематичности и последовательности – коррекционная работа строится так, чтобы учащиеся могли понимать логические связи ранее изученного и нового материала, чтобы все их знания выстроились в систему.

7. Принцип наглядности реализуется в использовании разных видов стимульного материала и средств обучения.

8. Принцип индивидуального подхода проявляется в учете уровня и типологической группы текстовой деятельности.

Формирование текстовой деятельности у детей изучаемой группы осуществлялось в три этапа: пропедевтический, основной и закрепляющий.

I этап – организационный (пропедевтический).

Цель – формирование представлений о тексте, знакомство с основными текстовыми понятиями. Осуществить формирование мотивационного компонента текстовой деятельности.

II этап – реализации (основной).

Цель – сформировать представления о тексте. Закрепить основные текстовые понятия. Осуществить формирование всех компонентов текстовой деятельности.

III этап – итоговый (закрепляющий).

Цель – закрепить полученные знания, умения и навыки.

Примерный тематический план формирования текстовой деятельности представлен в таблице 4.

Таблица 4

Примерный тематический план
формирования текстовой деятельности

Этап обучения	Цель и задачи	Формы организации Средства	Примерная тематика занятий
Организационный (пропедев-тический)	Цель: сформировать Задачи: формировать умение отличать текст от группы предложений; анализировать тему текста и основную мысль; правильно отбирать языковые средства.	Подгрупповой Индивидуальный Рабочая тетрадь	Текст и группа предложений. Тема и основная мысль текста. Опорные слова в тексте.
Этап реализации (основной)	Цель: сформировать представления о средствах связи предложений в тексте. Задачи: повторить основные текстовые понятия; формировать умение определять основную мысль; составлять план; систематизировать отобранные материалы; формировать представления о различных типах связи предложений в тексте; развитие мыслительных операций сравнения, сопоставления, анализа и синтеза, внимания, речевого восприятия, памяти.	Групповой Подгрупповой Рабочая тетрадь	Общее понятие о тексте. Тема текста. Основная мысль теста. Типы текста. План текста. Способы и средства связи предложений в тексте.
Итоговый (закрепляющий)	Цель: закрепить сформированные знания, умения и навыки. Задачи: закреплять умение отличать текст от группы предложений; анализировать тему текста и основную мысль; закреплять умение определять основную мысль; составлять план; систематизировать отобранные материалы; представления о различных типах связи предложений в тексте; закрепление мыслительных операций сравнения, сопоставления, анализа и синтеза, внимания, речевого восприятия, памяти.	Групповой Подгрупповой Рабочая тетрадь	Тема и основная мысль текста. Типы текста. План текста. Способы и средства связи предложений в тексте.

На пропедевтическом этапе преимущественно используются наглядные и игровые методы. На основном этапе акцент делается на использовании практических и словесных методов и приемов. Для закрепляющего этапа характерно употребление практических приемов, сочетающихся со словесными.

Каждый метод включает в себя разнообразные приемы, которые подбираются с учетом степени сформированности текстовой деятельности и навыков, общего и речевого развития детей, их физического состояния.

Так, при обучении используется наглядный метод обучения, который включает в себя следующие приемы: наглядно-зрительные приемы, например, показ педагогом образца; использование зрительных ориентиров и наглядных пособий (карточки, рисунки, фотографии, схемы и т.д.).

Словесные методы применяются для осмысления детьми поставленной задачи и осознанного выполнения заданий и упражнений.

Они включают следующие приемы:

- краткое одновременное описание и объяснение новых заданий с опорой на имеющийся жизненный опыт;
- пояснение и показ выполнения, использования карточек, схем, графических алгоритмов и т.д.;
- разъяснение смысла действий, уточнение смысла задания или упражнения;
- словесная инструкция, которая позволяет оживить следы прежних впечатлений в новых сочетаниях, сформировать новые знания и умения.

Кроме наглядных и словесных методов, ведущим является практический метод обучения, который обеспечивает на занятиях проверку правильности восприятия детьми заданий.

Практический метод может реализовываться в игровой или соревновательной форме. Игровая форма активизирует элементы наглядно-образного и наглядно-действенного мышления, помогает совершенствовать разнообразные навыки, развивает самостоятельность движений, быстроту ответной реакции на изменяющиеся условия и творческую инициативу. Соревновательная форма практического метода применяется как средство совершенствования уже отработанных двигательных навыков, воспитания чувства коллективизма и морально-волевых качеств личности.

На протяжении всех этапов работы рекомендуется систематически использовать *игровые* приемы. Это способствует повышению эмоционального уровня работы учащихся, снятию напряжения, предупреждению утомления и в целом влияло на усиление мотивации орфографической работы.

На пропедевтическом этапе используются такие организационные *формы* организации учащихся как подгрупповые и индивидуальные. Эти формы позволяют наиболее полно учесть особенности эмоционально-волевой сферы; недостаточный уровень активности во всех сферах психической деятельности; ограниченный запас общих сведений и представлений об окружающем мире; снижение умственной и физической работоспособности; трудности ов-

ладения письменной речью; расстройства регуляции, программирования и контроля; деятельности, низкий навык самоконтроля.

Структура занятий включала в себя вводную, основную и итоговую части. *Вводная* часть содержала приветствие, сообщение темы занятия, повторение материала предыдущего занятия, подготовку к изучению нового материала путем создания положительной мотивации с помощью игровых моментов (отгадывание загадок, решение кроссвордов, элементов соревнования) и проблемных ситуаций (сравнение образцовых текстов и деформированных). В *основной* части учащимся предлагается новый материал и упражнения на его закрепление, а также проводилась физкультминутка в соответствии с темой занятия. В *итоговой* части происходит подведение итогов занятия, индивидуальная оценка работы каждого ученика.

Для формирования представлений о тексте используются репродуктивные (работа с готовым текстом); конструктивные (работа с деформированным текстом); творческие (создание нового текста) упражнения. Наиболее эффективными являются комплексные упражнения, в которых сочетаются репродуктивные, конструктивные и творческие задания.

На пропедевтическом этапе преимущественно используются репродуктивные упражнения. К таким упражнениям относятся упражнения на выделение опорных слов, составление цепочек связей.

Конструктивные упражнения представлены деформированным текстом; упражнениями на редактирование текста. Конструктивные упражнения использовались преимущественно на основном этапе работы.

На закрепляющем этапе используются все группы упражнений, в том числе творческие текстовые упражнения: творческое изложение, сочинение собственного текста.

Для формирования текстовой деятельности используется рабочая тетрадь «Учусь работать с текстом».

Рабочая тетрадь состоит из трех частей: диагностическая часть, развивающая часть и методическая часть.

Диагностическая часть включает диагностические материалы теста на изучение текстовой деятельности.

Развивающая часть содержит упражнения и задания на формирование отдельных умений и навыков текстовой деятельности и компонентов текстовой деятельности в целом.

Методическая часть содержит методические рекомендации для педагогов по использованию данной тетради.

6. Коррекция дизорфографии

Дизорфография – это стойкая и специфическая несформированность (нарушение) усвоения орфографических знаний, умений и навыков, обусловленная недоразвитем ряда неречевых и речевых психических функций. Особое значение приобретает проблема исследования в связи с тем, что дети с дизорфографией принадлежат к той категории учащихся, которые особенно

нуждаются в логопедической помощи. Без нее они не только испытывают затруднения в процессе обучения, но и зачастую оказываются в числе неуспевающих по всем предметам. Своевременная и систематическая помощь позволяет преодолеть данное нарушение и в определенной мере предотвратить обусловленные им отрицательные последствия.

При проведении коррекции дизорфографии учитывается, что орфографические навыки являются сложной интеллектуальной деятельностью, в структуре которой взаимодействуют многие неречевые и речевые функции. Поэтому И.В.Прищепова выделяет направления коррекционного воздействия, формирующие неречевые предпосылки орфографически правильного письма:

развитие зрительного гнозиса, анализа и синтеза;

развитие оптико-пространственного гнозиса и праксиса;

развитие речезрительных функций;

развитие восприятия и воспроизведения ритма;

развитие зрительной и речедвигательной памяти.

Развитие сенсомоторных функций является основой для перехода к более сложным этапам коррекции дизорфографии.

В случае замен или искажений звуков школьника с дизорфографией проводится логопедическая работа на развитие фонематического восприятия. Она осуществляется в следующих направлениях: развитие сенсорно-перцептивного уровня восрпиятия речи, уточнение слуховой дифференциации, закрепление произносительной дифференциации.

Коррекционная работа по развитию умения определять и выделять ударные звуки является важной предпосылкой усвоения орфограмм морфологического и фонематического принципов написания.

Она осуществляется по 3 этапам:

– развитие языковых средств, обеспечивающих определение и выделение ударения (силы, интенсивности артикуляции, долготы произношения отдельных звуков в ряду двух-пяти звуков) с опорой на различные анализаторы;

– развитие умения находить ударные и безударные гласные в слогах;

– развитие умения находить ударные и безударные гласные в словах.

Коррекционная работа по развитию языкового анализа и синтеза включает следующие направления логопедической работы:

– анализ и синтез предложений;

– слоговой анализ и синтез;

– фонематический анализ и синтез.

Одной из важнейших задач в преодолении дизорфографии является выработка навыков количественного, позиционного и порядкового анализа и синтеза слов в предложнии. Построение коррекционного обучения по данным направлениям основывается на поэтапности формирования умственных действий: от материализации действий при выполнении анализа до переноса умственных действий учащихся во внутренний план.

Развитие процессов словоизменения у младших школьников с дизорфографией включает следующие направления: развитие умения употреблять

предложно-падежные конструкции, существительные в единственном и множественном числе, согласовывать имена существительные и имена прилагательные в роде и числе, дифференцировать глаголы единственного и множественного числа настоящего времени, различать глаголы прошедшего времени по родам. Коррекция данной патологии у младших школьников направлена на формирование парадигматической системы словоизменения. Особое внимание уделяется уточнению грамматического значения слов, закреплению связи грамматического значения с морфемами, актуализации слуховых, кинестетических образов морфологического состава словоформ.

Развитие словообразования предполагает развитие умений: образовывать сложные слова; образовывать слова, опираясь на морфемы слов и их лексическое значение (на материале загадок); образовывать притяжательные прилагательные; образовывать названия детенышей.

Коррекционная работа по дифференциации имен существительных, имен прилагательных и глаголов направлена на деятельностное включение данных частей речи в процесс порождения речевых высказываний учащимися с дизорфографией. При этом учитываются этапы формирования умственных действий, выделенные П.Я.Гальпериным.

В связи с этим в коррекционной работе выделяется три этапа:

– усвоение и уточнение грамматического значения имен существительных, имен прилагательных и глаголов, выработка умений различать грамматическое и лексическое значения словоформ с конкретным и абстрактным значениями, а также ставить грамматические вопросы;

– дифференциация имен существительных, имен прилагательных и глаголов с использованием внешних опор;

– дифференциация частей речи в предложении, развитие умения устанавливать грамматические связи между его членами.

Развитие умения определять родственные слова и производить морфологический анализ слов является необходимым условием овладения орфограммами морфологического принципа написания. В коррекционном обучении выделены следующие направления, которые реализуются по традиционной методике коррекции речевого недоразвития: развитие умения определять «лишнее» слово, отбирать родственные слова (из ряда слов, предложения, текста), подбирать родственные слова; развитие умения находить в словах общие морфемы, производить морфологический анализ слов.

Логопедическая работа по обогащению и развитию лексики направлена на:

– совершенствование денотативного значения слов (при соотнесении произнесенных логопедом слов с названиями картинок и называние предметных картинок);

– развитие структурного компонента лексического значения слов; подбор синонимов и антонимов, способствующих формированию парадигматичекских отношений; составление предложений, формирующее умение устанавливать синтагматические оношения;

– развитие сигнификативной функции лексического значения слов, способствующее успещности всех вышеперечисленных направлений работы и выработке у учащихся с дизорфографией умения объяснять значения слов.

Основу коррекционного обучения школьников с дизорфографией по развитию связной речи составляют два направления:

– развитие внутреннего программирования;

– формирование языкового оформления речевого высказывания.

Логопедическая работа по развитию структурирования учитывает этапы формирования умственных действий детей. В связи с этим первоначальные этапы работы включают традиционные приемы составления предложений по схемам.

Логопедическая работа направлена, прежде всего, на актуализацию предикатов и включает следующее:

– определние грамматико-синтаксической отнесенности слов (с опорой на сюжетную картинку, а затем на слух);

– развитие операций грамматического структурирования (с использованием одного из субъектов);

– развитие синтаксических представлений (с опрой на два компонента высказывания, а затем на несколько компонентов).

Развитию языкового оформления текста способствует называние слов текста, наиболее характерных для описания того или иного персонажа или действия; подбор синонимов к описываемым предметам и явлениям; продолжение рассказа своими словами. Коррекционная работа предполагает выполнение упражнений, которые проводятся по традиционной методике.

Методика проведения каждого логопедического занятия должна строится с учетом структуры речевого дефекта, особенностей и состояния неречевых психических функций ребенка, с учетом ведущего принципа изучаемой (закрепляемой) орфограммы и отвечать всем требованиям к проведению занятий на современном этапе развития коррекционной педагогики.

Р.И.Лалаева и О.И.Азова выделяют основополагающие для коррекции дизорфографии теоретические положения и принципы.

1. Положение о тесном взаимодействии в развитии речи и мышления.
2. Принцип системности.
3. Принцип постепенного перехода от сукцессивных к симультанным процессам.
4. Принцип формирования метаязыковой деятельности на основе практического уровня владения языком.
5. Представление о семантике как ведущем уровне речевой деятельности.
6. Формирование орфографических умений и навыков на основе развития «орфографической зоркости».
7. Принцип квантования орфографического правила.
8. Концентрический принцип организации материала.

О.И.Азова предлагает методику работы по коррекции дизорфографии, основанную на использовании принципа «квантования» – расчленения грам-

матических действий на повледовательные операции. Овладение правилом правописания безударных гласных в корне она делит на 6 квантов:

1. Уметь дифференцировать гласные и согласные звуки.

2. Уметь быстро и безошибочно определить место ударения в слове, различать ударные и безударные гласные.

3. Уметь быстро находить и выделять корневую морфему в слове.

4. Уметь быстро подбирать как можно больше однокоренных родственных слов или образовывать формы проверяемого слова.

5. Уметь объяснять лексическое значение слов.

6. Уметь различать однокоренные родственные слова от однокоренных слов (гра, горняк, гореть) и от слов, похожих по звукобуквенному составу (лепить-липкий).

Литература

1. Азова О.И. Методы работы по коррекции дизорфографии на основе использования принципа «квантования» // Материалы Всероссийской научно-практической конференции по проблемам специального образования 25-26 апреля 2005 г.- С-Пб.: ЛГУ им.А.С.Пушкина, 2005.- С.3-5.

2. Александрова Г. Занимательный русский язык.- С-Пб.: Тригон, 1998.

3. Арямова О.С. Обучение решению орфографических задач// Начальная школа.-1987.-№6.-С.20-26.

4. Ахутина Т.В. Трудности письма и их нейропсихологическая диагностика. //Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция.- М. – Воронеж, НПО «МОДЭК», 2001. – С. 7 – 20.

5. Бакулина Г.А. Интеллектуальное развитие младших школьников на уроках русского языка. 3класс.-М.: ВЛАДОС, 2001.

6. Безруких М.М. Леворукий ребенок в школе и дома. - М.: Просвещение, 1995. - 88 с.

7. Безруких М.М. Леворукий ребенок: Тетрадь для занятий с детьми. Методические рекомендации. - М.: Вентана-Граф, 2001. - 64 с.

8. Бельдина Е.В. Развитие орфографической зоркости // Начальная школа.- 2004.-№3.- С.35-38.

9. Бейн Э.С., Бурлакова М.К., Визель Т.Г. Восстановление речи у больных с афазией. – М., 1982.

10. Бетенькова Н.М. Орфография и грамматика в рифмовках.-М.: Астрель, 2002.- С.45-83.

11. Богоявленский Д.Н. Психология усвоения орфографии. - М.: Просвещение, 1966.

12. Борисенко И.В. Обучение младших школьников правописанию на коммуникативной основе// Начальная школа.- 1998.-№3.- С.39-42.

13. Борисенко И.В. О речевом аспекте в обучении орфографии// Начальная школа.- 1994.-№5.- С.10-12.

14. Борисенко И.В. Понятие «орфограмма» в начальном курсе обучения правописанию//Начальная школа.-2003.-№7.-С.32-34.

15. Борисова Н.М. Из опыта работы в классах КРО//Русский язык в школе.- 1999.- №6.- С.16-25.

16. Босая О.И. Русский язык 3 класс. Поурочные планы по учебнику Т.Г.Рамзаевой (Программа 1-4).- Волгоград: Учитель-АСТ, 2002.

17. Бочкарева Т.Д. Предупреждение ошибок//Начальная школа.-2001.-№3.-С.17-20.

18. Бурина Е. Д. Преодоление нарушений письма у школьников (1–5 классы): традиционные подходы и нестандартные приемы. – СПб.: КАРО, 2016. – 192 с.

19. Вартапетова Г.М. Коррекция нарушений письма у учащихся начальных классов с учетом латеральной организации сенсомоторных функций: Автореф. дис… канд. пед. наук. – Екатеринбург, 2002.

20. Вархушева Т.В., Попова Е.В. 300 упражнений по русскому языку. Для начальной школы. – М.: Аквариум ЛТД, 2001.

21. Гордеев Э.В., Дмитрюк М.В. Творческий подход к изучению слов с непроверяемым написанием//Начальная школа.-1995.-№1.-С.16-18.

22. Гранник Г.Г. Психологические закономерности формирования орфографической грамотности//Вопрсы психологии.-1995.-№3.-С.28-37.

23. Дислексия и дисграфия как причины снижения школьной успеваемости: учебно-методическое пособие / под науч. ред. д-ра пед. наук, профессора Д. З. Ахметовой. – Казань: Изд-во «Познание» Казанского инновационного университета, 2021. – 72 с.

24. Дубовцев З.В. Словарная работа и орфографическое чтение – залог повышения грамотности и развития речи//Начальная школа.-2004.-№3.- С.61-63.

25. Елецкая О.В., Горбачевская Н.Ю. Коррекция дизорфографии у учащихся 5-6 классов: Методические рекомендации и упражнения.-М.: Школьная Пресса, 2003.

26. Ефименкова Л.Н. Коррекция устной и письменной речи учащихся начальных классов.- М.: ВЛАДОС, 2003.

27. Жедек П.С. Пути перестройки обучения орфографии//Начальная школа.-1988.-№10.-С.74-77.

28. Жуйков С.Ф. Психологические основы повышения эффективности обучения младших школьников родному языку.-М.:Педагогика, 1974.

29. Зимняя И.А. Педагогическая психология: Учеб.пособие. - Ростов н/Д:Издательство "Феникс", 1997.-С.117.

30. Иванова В.Ф. Современный русский язык: графика и орфография.-М.:Просвещение, 1966.-С.22с.

31. Иванова В.Ф. Принципы русской орфографии.-М.:Просвещенние,1966.-С.180.

32. Иншакова О.Б. Нарушения письма и чтения учащихся правшей и неправшей: Автореферат дис. … канд. пед. наук.- М.,1995.

33. ИзмайловаР.Г. Обогащение речи младших школьников синонимами прилагательных //Начальная школа.-1995.-№10.- С.11-16.

34. Иншакова О.Б. Альбом для логопеда.-М.:ВЛАДОС, 2000.

35. Капустин А.А. Детская леворукость и проблема воспитания левой руки "Linkskultur" // Русская клиника. - 1924. - №3. - с. 341-349(12)

36. Кармалькова Г.А. Как я учила детей "видеть" орфограммы //Начальная школа.-1998.-№7.-С.85.

37. Козлова Л.В. Тематический орфографический учёт знаний и умений учащихся//Начальная школа.-1996.-№7.-С.33-37.

38. Козлова В.П. Предупреждение орфографических ошибок //Начальная школа.-1981.-№1.-С.22-26.

39. Комаров К.В. Методика обучения русскому языку в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.- М., 1982.

40. Комиссарова Л.Ю. Развитие орфографической зоркости на основе понятия "опознавательные признаки орфограмм"//Начальная школа:плюс, минус.-1999.-№9.-С.11-15.

41. Корнев А. Н. Нарушения чтения и письма у детей: учебнометодическое пособие. – СПб.: МиМ, 1997. – 286 с.

42. Коррекция нарушений письменной речи: учебно-методическое пособие / под ред. Н. Н. Яковлевой. – СПб.: КАРО, 2013. – 208 с.

43. Король Л.Ф. Творческие работы на уроках русского языка//Начальная школа.-1998.-№4.-С.40-46.

44. Крутецкий В.А. Психология.-М.:Просвещение, 1980.-С.352.

45. Кудряшева М.Г.Словообразовательный анализ в системе развивающего обучения//Начальная школа.-2001.-№10.-С.71-75.

46. Купров В.Д. Работа над безударными гласными в корне, проверяемыми ударением//Начальная школа.-2004.-№8.-С.105-107.

47. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их преодоления у младших школьников. – СПб,2001.

48. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их преодоления у младших школьников. – СПб,2001.

49. Лалаева Р.И., Азова О.И. Научно-теоретические основы коррекции дизорфографии у детей с общим недоразвитием речи // Материалы Всероссийской научно-практической конференции по проблемам специального образования 25-26 апреля 2005 г.- С-Пб.: ЛГУ им.А.С.Пушкина, 2005.- С.156-159.

50. Лалаева Р.И., Прищепова И.В. Выявление дизорфографии у младших школьников.- СПб., 1999.

51. Логопедия: нарушения письменной речи у младших школьников: учебное пособие для вузов / И. А. Поварова, В. А. Гончарова. – 2-е изд. – М.: Юрайт, 2020. – 139 с.

52. Логопедия. Теория и практика / под ред. профессора Т. Б. Филичевой. – М.: Эксмо, 2017. – 608 с.

53. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л. С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2009. – 703 с.

54. Логопедия/ Под ред. Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской.- М.: ВЛАДОС, 1999.- С.70-82.

55. Лоншакова А.А. Состав слова//Начальная школа. - 2003.- №9.- С.38-41.

56. Львов М.Р. Правописание в начальных классах.-М.: Просвещение, 1990.-С.124-126.

57. Малышева В.С. Развитие познавательных процессов у учащихся с общим недоразвитием речи на логопедических занятиях: Методическое пособие. - Вологда, 2003.

58. Мережко Е.Г. Работа со словообразовательным гнездом в начальных классах //Начальная школа.-2003.-№10.-С.45-48.

59. Методические основы языкового образования и литературного развития младших школьников/Под ред. Т.Г.Рамзаевой.- С-Пб.: Специальная литература, 1996.-С.117-167.

60. Методика русского языка/ Под ред. В.А. Кустарева, Л.К.Назарова, Н.С.Рождественского и др.-М.: Просвещение, 1982.- С.228-251.

61. Мисаренко Т.Г. Работа над безударными гласными с детьми, имеющими трудности в обучении//Начальная школа.-1995.-№7.-С.15-19.

62. Немов Р.С. Психология:кн.1. - М.: Владос, 1994.-С.348.

63. Одегова В.Ф. Развитие орфографической зоркости// Начальная школа.-1989.-№6.-С. 20-22.

64. Орфография и русский язык/ Под ред. С.И. Ильинской.-М.: Наука, 1966.- С.135 .

65. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция./Под общ. ред. О.Б. Иншаковой. – М. – Воронеж, 2001.

66. Поль Е.В. Прием списывания как средство формирования орфографического навыка//Начальная школа.-1997.-№1.-С.21-26.

67. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях.– часть 1. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

68. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

69. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 374 с.

70. Поникарова В.Н. Дефектология. Основы дифференциальной диагностики: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 170 с.

71. Поникарова В.Н. Дефектология. Психологические основы логопедии: Учеб. пособие. в 3-х частях. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н.– часть 1. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 351 с.

72. Поникарова В.Н. Дефектология. Клинические основы логопедии: Учеб. пособие в 3-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 293 с.

73. Поэтапное формирование как метод психологических исследований//Гальперин В.Я., Запорожец А.В., Карпов С.И. Актуальные проблемы возрастной психологии.- М.,1987.

74. Прищепова И.В. Диагностика и коррекция дизорфографиии у младших школьников: Учебно-методическое пособие.-СПб.: Изд-во РГПУ им.А.И.Герцена, 2003.

75. Программы общеобразовательных учебных заведений в Российской Федерации. Начальные классы (1-4) одиннадцатилетней школы.- М.: Просвещение, 1992.- С.40-43.

76. Разумовская М.М. Методика обучения орфографии в школе: Книга для учителя.-М.:Просвещение, 1992.-С.18-35.

77. Рамзаева Т.Г., Львов М.Р. Методика обучения русскому языку в начальных классах.- М.: Просвещение, 1979.- С.302-314.

78. Рамзаева Т.Г. Русский язык: Учеб. для 3 кл. четырёхлет. нач. шк..- М.: Дрофа, 1999.

79. Репкин В.В. Формирование орфографического навыка как умственного действия// Вопросы психологии.-1960.-№2.-С.24-30.

80. Рождественский Н.С. Обучение орфографии в начальной школе: Пособие для учителей.-М.: Учпедгиз, 1960.-С.295.

81. Розенталь Д.Э., Теленкова М.А. Словарь-справочник лингвистических терминов.-М.: Просвещение, 1976.-С.543.

82. Русецкая М. Н. Нарушение чтения у младших школьников: анализ речевых и зрительных причин: монография. – СПб.: КАРО, 2007. – 192 с.

83. Рыскужина Р.С. Работа в парах сменного состава на уроках русского языка// Начальная школа.-1998.-№4.-С.35-40.

84. Савельева Л.В. Значение умения различать орфограммы в овладении младшими школьниками орфографической грамотностью //Начальная школа.- 2003.-№12.-С.28-32.

85. Савельева Л.В. Учет темпа продвижения учащихся при изучении орфограмм в корне слова// Начальная школа.-1995.-№7.-С.55-59.

86. Савельева Н.А., Зинченко Н.В. Работа над формированием навыков грамотного письма// Начальная школа.-1992.-№4.-С.26-28.

87. Савинова З. Виды работ по формированию орфографической зоркости//Начальная школа.-1996.-№1.-С.22-27.

88. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников.- М.: ВЛАДОС, 1997.

89. Сергеев Ф.П. Речевые ошибки и их предупреждение.- Волгоград, 1999.- С.24-25.

90. Сидорова С.А. Игры в загадки на уроках русского языка//Начальная школа.-2004.-№10-С.44-48.

91. Соколовская С.М. Использование графических диктантов для повышения грамотности учащихся // Начальная школа.-1998.-№7.-С.11-13.

92. Соловейчик М.С., Кузьменко Н.С. К тайнам нашего языка: Пособие для учителя. – Смоленск: Ассоциация XXI век, 2001.- С. 91-108.

93. Соловьева З.И. Русский язык: Карточки для опроса учащихся. 3 класс.- М.:Вербум-М, 2001.

94. Сумченко Г.Е. Дизорфография как следствие недоразвития языковой системы ребенка// Проблемы детской речи.- 1999.- СПб.: Изд-во РГПУ им.А.И.Герцена, 1999.- С.173-174.

95. Таратова М.Г. Словообразовательная работа как фактор мотивации деятельности четвероклассников// Начальная школа.-1998.-№4.-С.35-40.

96. Тикунова Л.И., Игнатьева Т.В. Русский язык: Материалы для проведения контрольных и проверочных работ: 1-4 кл.: Методическое пособие.- М.: АСТ-Астрель, 2001.

97. Узорова О.В., Нефедова Е.А. Справочное пособие по русскому языку: 3 класс (1-4); 2 класс (1-3).- М.:АСТ-Премьера, 2001.

98. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В. Основы логопедии. – М., 1989.

99. Фролова Л.А. Структура орфографической зоркости и условия ее развития у младших школьников// Начальная школа. - 2001.-№5.- С. 41-47.

100. Хотенцева Г.Н. Работа над орфографическими ошибками // Начальная школа.-1995.-№4.-С.11-13.

101. Христенко М.А., Савина М.Д. Резервы повышения орфографической зоркости младших школьников //Начальная школа.-1993.-№2.-С.33-37.

102. Хрусталева А.М. Коррекционная работа при изучении темы «Состав слова»//Дефектология.- 1999.- №6.- С.18-20.

103. Целикова М.П. Обучение правописанию безударных гласных//Русский язык в школе и дома: приложение к журналу «Русский язык в школе».-2004.-№5.-С.18-19.

104. Чистякова Н.Н. Методика формирования у младших школьников умений предупреждать и исправлять орфографические ошибки// Науч.ред. Т.Г. Рамзаева.-Череповец, 1998.-С.60.

105. Шевченко В.Н. Об орфографической зоркости и орфографическом контроле // Начальная школа.-1970.-№6.-С.41-44.

106. Шклярова Т.В. Сборник упражнений по русскому языку (Пособие для начальной и средней школы).- М.: Грамотей, 2001.

107. Шохор-Троцкая М.К. Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. – М., 1972.

108. Яковенко Н.П. Использование средств наглядности и занимательного материала на уроках русского языка//Начальная школа.-1997.-№3.-С.27-30.

109. Ястребова А.В. Коррекция нарушений речи у учащихся общеобразовательных школ.- М., 1984.

РАЗДЕЛ VI. ТЕХНОЛОГИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ МОТОРНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ

1. Содержательная характеристика образовательных технологий

1.1. Феноменология образовательной технологии

Технология понимается как научно и/или практически обоснованная система деятельности, применяемой человеком в целях преобразования окружающей среды, производства материальных или духовных ценностей (Дж. Брунер, Д. Дьюи, Б.Ф. Скиннер, Ч. Куписевич, В. Стрыковский, Ф. Янушеевич; В.П. Беспалько, Т.В. Кудрявцев, А.М. Матюшкин, М.И. Махмудов, О.П. Околелов, А.Я. Савельев, Н.Ф. Талызина, Д. В. Чернилевский, Т.И. Шамова, П.Я. Юцивечкине и др.).

Педагогическая технология – это система последовательных действий педагога, связанных с решением педагогических задач, планомерное и последовательное воплощение на практике заранее спроектированного педагогического процесса (Г.Ф. Вечорко).

В образовательной практике понятие «педагогическая технология» используется на трех иерархически соподчиненных уровнях (по Г.К. Селевко):

1) Общепедагогический (общедидактический) уровень: общепедагогическая (общедидактическая, общевоспитательная) технология характеризует целостный педагогический процесс в данном регионе, учебном заведении. Здесь педагогическая технология синонимична педагогической системе: в нее включается совокупность целей, содержания, средств и методов обучения, алгоритм деятельности субъектов и объектов процесса.

2) Частнометодический (предметный) уровень: совокупность методов и средств для реализации определенного содержания обучения и воспитания в рамках одного предмета, класса, мастерской педагога (методика компенсирующего обучения, методика работы учителя, воспитателя).

3) Локальный уровень: локальная технология представляет собой технологию отдельных частей учебно-воспитательного процесса, решение частных дидактических и воспитательных задач (технология отдельных видов деятельности, воспитания отдельных личностных качеств, технология самостоятельной работы и др.).

Основными *структурными* составляющими педагогической технологии являются:

а) концептуальная основа;

б) содержательная часть обучения (воспитания): цели обучения (воспитания) – общие и конкретные; содержание учебного материала (воспитательного материала);

в) процессуальная часть – технологический процесс: организация учебного (воспитательного) процесса; методы и формы деятельности обучающих-

ся (воспитанников); методы и формы работы педагога; диагностика результативности педагогического процесса.

Любая педагогическая технология должна удовлетворять основным ниже следующим методологическим требованиям.

Концептуальность. Каждой педагогической технологии должна быть присуща опора на определенную научную концепцию, включающую философское, психологическое, дидактическое и социально-педагогическое обоснование достижения образовательных целей.

Системность. Педагогическая технология должна обладать всеми признаками системы: логикой процесса, взаимосвязью всех его частей, целостностью.

Управляемость предполагает возможность диагностического целеполагания, планирования, проектирования процесса обучения (воспитания), поэтапной диагностики, варьирования средствами и методами с целью коррекции результатов.

Эффективность. Современные педагогические технологии существуют в конкурентных условиях и должны быть эффективными по результатам и оптимальными по затратам, гарантировать достижение определенного стандарта обучения.

Воспроизводимость подразумевает возможность применения (повторения, воспроизведения) педагогической технологии в других однотипных образовательных учреждениях, другими субъектами целостного педагогического процесса.

Г.К. Селевко выделяет в «педагогической технологии» три аспекта:

научный аспект: педагогические технологии – часть педагогической науки, которая изучает и разрабатывает цели, содержание и методы обучения, проектирует педагогические процессы;

процессуально-описательный аспект: разработка, обоснование описания (алгоритма) процесса, методов и средств для достижения планируемых результатов обучения;

процессуально-действенный аспект: осуществление технологического (педагогического) процесса, функционирование всех личностных, инструментальных и методологических педагогических средств.

В наиболее обобщенном виде все известные на сегодняшний день в педагогической науке и практике технологии систематизировал Г.К. Селевко.

По *философской* основе выделяют следующие педагогические технологии:

- материалистические и идеалистические,
- диалектические и метафизические,
- научные (сциентистские) и религиозные,
- гуманистические и антигуманные, - антропософские и теософские,
- прагматические и экзистенциалистские,
- свободного воспитания и принуждения.

По *уровню* применения в реальной педагогической практике выделяются следующие технологии:

- общепедагогические,
- частнометодические (предметные),
- локальные технологии.

По *ведущему* фактору психического развития обучающегося, на котором базируется технология:

- биогенные технологии,
- социогенные технологии,
- психогенные технологии.

Следует заметить, что в современной педагогике принято считать, что личность есть результат совокупного влияния биогенных, социогенных и психогенных факторов, но конкретная технология может учитывать или делать ставку на какой-либо из них, считать его основным. Однако в реальной педагогической практике не существует таких монотехнологий, которые использовали бы только один какой-либо фактор развития личности; как правило, педагогическая технология всегда комплексна.

Наиболее существенными основаниями для *классификации* технологий обучения являются: тип технологии; ее назначение; объект применения; субъект применения; место применения; способ реализации; степень новизны и др.

Тип технологии. Данное основание классификации позволяет выделить общие и частные технологии.

Общие технологии – это те, которые ориентированы на общий цикл педагогической работы с обучаемым по выявлению его педагогической проблемы в сфере обучения и ее разрешению (например, технологии развития алгоритмического, логического мышления обучаемого; технологии обучения установлению причинно-следственных связей и др.).

Частные технологии – это те, которые направлены на решение определенной частной дидактической цели, задачи.

Назначение технологии. В соответствии с данным основанием классификации технологии могут иметь:

направленное целевое назначение – технологии развития (например, технологии развития профессионально-коммуникативных умений и навыков);

педагогической коррекции (например, технологии ликвидации «пробелов» в знаниях);

технологии профориентационной работы со студентами младших курсов;

технологии управления учебно-исследовательской деятельностью студентов и др.;

комплексное назначение – технологии, предполагающие достижение одновременно нескольких целей (например, технологии формирования и развития самообразовательной культуры обучающихся).

Объект применения. Данное основание позволяет выделить технологии обучения в зависимости от характеристики объекта деятельности: возрастная

технология – объект обучения студент юношеского возраста, взрослый обучающийся в системе повышения квалификации; социальная технология – обучение студентов, военнослужащих, безработных на курсах профессиональной переподготовки; личностная технология (то характерное для объекта обучения, что обусловливает специфику педагогической работы с ним) – например, технологии обучения студентов с ограниченными возможностями здоровья, технологии обучения одаренных студентов и др.; количественная технология – отдельная личность (технологии индивидуального обучения), группа (технологии группового обучения).

Субъект применения. Данное основание позволяет выделить технологию обучения в зависимости от индивидуальных возможностей специалиста (преподавателя): уровень профессионализма преподавателя – начинающий, имеющий опыт работы, высококвалифицированный специалист; специализация преподавателя – по работе с определенной возрастной группой, по дисциплинам общекультурной подготовки, специально-профессиональной и др.

Место применения. Критерий по данному основанию позволяет классифицировать технологии обучения в зависимости от того, в каких условиях наиболее целесообразно, оптимально их применение. В качестве места применения технологий обучения выступают: образовательное учреждение; специализированные центры; производственные учреждения и организации и др.

Способ реализации. Критерий по данному основанию направлен на выделение технологий обучения в зависимости от способа достижения цели (используемые основные методы, средства практического применения). Как правило, это один (ведущий, базовый) или несколько (определенная совокупность) методов, используемых в технологии. То есть критерием по данному основанию выступает основной способ достижения цели реализации технологии – ведущий метод (игровые технологии, тренинговые технологии, консультативные технологии и др.); совокупность основных методов; авторские методики и др.

По *степени новизны* различают *традиционные* (технологии прошлого опыта) и *инновационные* (принципиально новые) технологии.

По *преобладающей деятельности* в профессиональной работе преподавателя различают информационно-лекционные, коррекционные технологии, консультативные, игровые, психотерапевтические технологии, технологии проектирования, проведения тренингов, моделирования, экспертизы, управления и т.д.

По *направленности* на преобразование окружающей обучающегося среды выделяют так называемые средовые технологии: технологии профилактики и разрешения конфликтных ситуаций, технологии развития стрессоустойчивости будущих специалистов и т.д.

По *предметной* среде выделяют технологии профессионально-ориентированного обучения гуманитарным, естественным, техническим и др. дисциплинам.

Любая педагогическая технология охватывает определенную *область* педагогической деятельности. Эта сфера труда, с одной стороны, включает в себя ряд ее составляющих (и соответствующих технологий), а с другой – сама может быть включена как составная часть в деятельность (технологию) более широкого (высокого) уровня.

В этой иерархии (вертикальной структуре) можно выделить четыре соподчиненных класса образовательных технологий.

· *Метатехнологии* представляют образовательный процесс на уровне реализации социальной политики в области просвещения (социально-педагогический уровень). Это общепедагогические (общедидактические, общевоспитательные) технологии, которые охватывают целостный образовательный процесс в стране, регионе, учебном заведении.

· *Макротехнологии*, или отраслевые педагогические технологии, охватывают деятельность в рамках какой-либо образовательной отрасли, области, направления обучения или воспитания, учебной дисциплины (общепедагогический и общеметодический уровень).

· *Мезотехнологии*, или модульно-локальные технологии, представляют собой технологии осуществления отдельных частей (модулей) учебно-воспитательного процесса, направленные на решение частных, локальных дидактических, методических или воспитательных задач.

· *Микротехнологии* – это технологии, направленные на решение узких оперативных задач и относящиеся к индивидуальному взаимодействию или самовоздействию субъектов педагогического процесса (контактно-личностный уровень).

Горизонтальная структура педагогической технологии содержит три основных аспекта:

· *научный*: технология является научно разработанным решением определенной проблемы, основывающимся на достижениях педагогической теории и практики;

· *формально-описательный*: технология представляется моделью, описанием целей, содержания, методов и средств, алгоритмов действий, применяемых для достижения планируемых результатов;

· *процессуально-действенный*: технология есть сам процесс осуществления деятельности объектов и субъектов, их целеполагание, планирование, организацию, реализацию целей и анализ результатов.

Использование технологии в обучении предусматривает точное инструментальное управление учебным процессом и гарантированный успех поставленных учебных целей. Это позволяет:

– с большей определенностью предсказывать результаты и управлять педагогическими процессами;

– анализировать и систематизировать на научной основе практический опыт и его использование; комплексно решать образовательные и социально-воспитательные проблемы;

– обеспечивать благоприятные условия для развития личности;

– оптимально использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы;

– выбирать наиболее эффективные и разрабатывать новые технологии и модели для решения возникающих социально-педагогических проблем.

1.2. Краткая характеристика современных образовательных технологий

Развивающее обучение – это больше, чем технология, это дидактическая система**.** Но именно она дала толчок к активному применению нашими педагогами различных инновационных технологий. Авторы - Л.С.Выготский, Л.В.Занков, Д.Б.Эльконин, В.В.Давыдов. Это пионеры российской развивающей школы, пропагандирующие активное участие обучаемых в процессе обучения. Организация учебного процесса осуществляется в логике учебно-поисковой деятельности в режиме диалога. Мастерство учителя дидактической системы развивающего обучения заключается в умении создать учебную ситуацию, при которой у школьника проявляется потребность в изучении этого материала, и в этих условиях организовать деятельность детей по самостоятельному добыванию знаний. Основной единицей процесса обучения является проблемная ситуация.[5] Основными положениями развивающего обучения являются: развитие ребенка, в частности, развитие интеллекта, идет вслед за обучением; активное участие обучаемых в процессе обучения; обучение на высоком уровне трудности, быстрым темпом; осознание обучаемым значимости изучаемого материала; ведущая роль отводится теоретическим знаниям; стимулирование рефлексии учащихся в различных ситуациях учебной деятельности.

Технология уровней дифференциации (дифференцированное обучение). Авторы - Т.К.Донская, В.В.Фирсов, И.Э.Унт, А.С.Границкая. Целевыми ориентациями технологии являются: обучение каждого на уровне его возможностей; приспособление (адаптация) обучения к особенностям различных групп учащихся. Разноуровневое обучение необходимо для того, чтобы предоставить шанс каждому ученику развивать свои потенциальные способности.

*Технология проблемного обучения***.** Самые популярные разработки этой теории предоставили следующие авторы - Т.В.Кудрявцев, А.М.Матюшкин, М.И.Махмудов, В.Оконь и др. Данная технология предполагает организацию под руководством учителя самостоятельной поисковой деятельности участия по решению учебных проблем. В ходе урока ученик должен не только увидеть проблему, но и определить пути её решения пошагово, в удобном для него темпе, с учётом уже известного. Решая проблему, ученик должен контролировать траекторию продвижения к выводу, вносить коррективы, искать дополнительную информацию. Проблемный урок резко повышает мотивацию к обучению, особенно если проблема приближена к жизни.

Информационно-коммуникационные технологии (ИКТ). Разработчики - М.В.Моисеева, Е.С.Полат, М.В.Бухаркина, Захарова И.Г. Технология предусматривает Использование на уроках в школе информационных ресурсов Интернета в очной и заочной форме, в системе экстерната. Обучение в дистанционной форме, основанной на средствах информационных и коммуникационных технологий. Технология обеспечивает повышение эффективности учебного процесса, а также обеспечивает каждому школьнику участие в международных учебных, исследовательских проектах, телеконференциях, дискуссиях. Среди современных информационных средств обучения наиболее активно используемыми являются: электронная почта, чат, чат-форумы, блоги, википедия. Совокупностью технологий, одновременно использующих несколько информационных средств, являются мультимедиа.

Технология формирования ключевых компетентностей (метод проектов) Метод проектов предполагает такую технологию организации образовательных ситуаций, в которых учащийся ставит и решает собственные проблемы, а учитель организует сопровождение самостоятельной деятельности учащегося. Проблема должна быть всегда значима для ученика и завершаться созданием продукта. При осуществлении проектной деятельности изменяются функции участников процесса. Учитель – консультирует, мотивирует, фасилитирует, наблюдает. Ученик – выбирает (принимает решения), выстраивает систему взаимоотношений с людьми, оценивает. Этапы работы над проектом (поисковый, аналитический, практический, презентационный, контрольный) имеют свои особенности в зависимости от возраста учащегося и вида проекта. В основе проектирования лежат метапредметные и надпредметные способы деятельности.

Метод проектов, как и любой другой метод, может быть реализован с помощью различных средств обучения, в том числе и новых информационных технологий. Можно сказать, что метод проектов переживает сегодня второе рождение, так как открываются новые возможности для коммуникации, появляются новые современные средства: компьютерные телекоммуникации, электронные базы данных, виртуальные: библиотеки, кафе, музеи, видео, мультимедийные средства, аудио- и видеоконференции и др. Авторы - Дж. Дьюн, Гузеев В.В., Пахомова Н.Ю.

*Технологии тьюторства***.** Технология разработана Дж. Ланкастером, А.А.Ремневым, С.В.Федотовой. В школьной практике используется два вида проявления тьюторства.

1. Учитель-тьютор. Его функция – организовать групповое взаимодействие по решению проблемы, проведению исследования, осуществлению проекта, указать источники информации, направлять поиск идей, помочь устранить тупиковые ситуации и осуществлять контроль. Главная задача учителя – обеспечить постоянное внимание и поддержку учащимся.

2. Тьютор (учитель или ученик) – держатель опыта, который знает, «как надо делать». Форма работы – трансляция опыта деятельности тому, кто не знает «как надо делать» в свободном нерегламентированном общении в рамках малой (референтной) группы. В результате члены микрогруппы накапливают опыт, аналогичный тьюторскому. Показательно то, что тьютор, рассказывая о своем усвоении опыта, описывает все его трудности и находки, тем самым предупреждая подопечных от повторения собственных ошибок.

Тьюторами могут быть ученики, успешно усвоившие материал, или подготовленные в опережающем плане, ученики старших классов при организации обучения в разновозрастной группе. Выполняя такого рода работы, тьюторы сами продвигаются в собственной подготовке. Высокий уровень освоения материала в режиме технологии тьюторства объясняется тем, что школьники лучше понимают своих ровесников, им легче общаться с ними, ученики-тьюторы стараются передать информацию интересней, они знают что может заинтересовать их сверстников. Кроме того, у тьюторов высока степень ответственности за свою деятельность. Тьюторство можно использовать как в урочной, так и во внеурочной работе.

*Технология критического мышления***.** Технология критического мышления содержит оригинальные методы и средства выбора и обработки информации, умения критически ее оценить, осмыслить, применить.

Особенность структурной организации технологии РКМ – наличие 3 стадий учебного процесса: «Вызов – осмысление – размышление». На этапе вызова актуализируются имеющиеся у учащихся знания и представления об изучаемом материале, определяются цели деятельности. Возможные приемы и методы: составление списка «известной информации», предположение по ключевым словам, кластеры, таблицы; верные и неверные утверждения, перепутанные логические цепочки и т.д. Наиболее используемыми на стадии осмысления (или реализации смысла) приемами являются способы графической организации материала: денотантный граф, лестница суждения и расширения понятий, кластер (от англ. – гроздь), коллаж, ментальные карты, которые можно использовать при принятии решений, создании новых идей, проектов, анализа информации. На стадии размышления (рефлексии) происходит осмысление учащимися приобретенных знаний и собственных мыслительных процессов, корректировка привычных представлений об изучаемом. Помогают в этом приемы: синквейн, фишбоун («рыбьи косточки» - метод «за и против»). Использование техник графического уплотнения позволяет комплексно оказывать влияние на все 3 канала восприятия (визуальный, аудиальный, кинестетический) одновременно, делает усвоение материала осознанным и системным.

*Тренинги как виды интерактивных технологий***.** Разработчики - Курт Левин, Е.В.Сидоренко, А.П.Ситников. Тренинги включают в себя ролевые игры, командную или групповую работу, выполнение практических заданий. Также эта форма обучения помогает систематизировать имеющиеся у участников знания и опыт деятельности, осознать степень своей компетентности. Тренинг – это форма обучения, которая построена на взаимодействии, на поиски актуального знания: главное отличие тренинга от лекции или семинара заключается в том, что в нем работают знания, умения и тренера и группы. Каждый участник является источником примеров, с которыми можно поработать, способов решения сложных задач, каждый имеет возможность получить так называемую «обратную связь» от других участников. В тренинге обучение происходит через модели, игры, упражнения.

Технология «портфолио». Портфолио представляет собой одновременно форму, процесс организации и технологию работы с продуктами познавательной деятельности учащихся, предназначенных для демонстрации, анализа и оценки, для развития рефлексии, для осознания и оценки ими результатов своей деятельности, для осознания собственной субъективной позиции. Цель портфолио – выполнять роль индивидуальной накопительной оценки и представлять отчет по процессу обучения, увидеть картинку значимых результатов в целом, обеспечить отслеживание индивидуального прогресса учащегося в обучении, продемонстрировать его способности практически применять приобретенные знания и умения. Портфолио – это способ фиксирования, накопления и оценки индивидуальных достижений ученика в определенный период его обучения в разнообразных видах деятельности. Технология портфолио помогает решать такие педагогические задачи, как: поддерживание и стимулирование учебной мотивации учащихся, развитие навыков рефлексивной и оценочной деятельности учащихся, формирование умения учиться – ставить цели, планировать и организовать собственную деятельность.

*Кейс-технологии (метод анализа ситуаций)***.** Кейс-метод (метод коллективного анализа ситуации) – техника обучения, использующая описание реальных ситуаций (от англ. case – «случай»). Это интерактивная технология для краткосрочного обучения, на основе реальных или вымышленных ситуаций, направленная не столько на освоение знаний, сколько на формирование у слушателей новых качеств и умений. Одной из важнейших характеристик кейс-метода является умение воспользоваться теорией, обращение к фактическому материалу. Обучающихся просят проанализировать ситуацию, разобраться в сути проблем, предложить возможные варианты решения и выбрать лучший.

Интеграция методов познания в кейс-методе: моделирование; системный анализ; проблемный метод; мысленный эксперимент; методы описания, классификации, дискуссия, игровые методы, «мозговой штурм» и др.

Кейс-метод – специфическая разновидность проблемной технологии, в которой процесс разрешения имеющейся проблемы осуществляется посредством совместной деятельности учащихся. Формирование проблемы и путей ее решения происходит на основании кейса, который является одновременно и техническим заданием, и источником информации для осознания вариантов эффективных действий. Кейс-технологию иногда называют Гарвардская технология. Для российской школы эту технологию адаптировал В.Д.Киселев.

Технология педагогических мастерских. Авторы - П.Ланжевен, Анри Валлон, Э.С.Соколова, Жан Пиаже и др. Мастерская позволяет учащимся в коллективном поиске приходить к построению («открытию») знания, источником которого при традиционном обучении является только учитель.

Этапы работы мастерской:

1. «Индукция» («наведение») – создание эмоционального настроя, включение подсознания, области чувств каждого ученика, создание личного отношения к предмету обсуждения. Индуктор – слово, образ, фраза, предмет, звук,

мелодия, текст, рисунок и т.д. – все, что может разбудить чувство, вызвать поток ассоциаций, воспоминаний, ощущений, вопросов.

2. «Самоинструкция» - индивидуальное создание гипотезы, решения, текста, рисунка, проекта.

3. «Социоконструкция» - построение этих элементов группой.

4. «Социализация» - все, что сделано индивидуально, в паре, в группе, должно быть обнародовано, обсуждено, «подано» всем, все мнения услышаны, все гипотезы рассмотрены.

5. «Афиширование» - вывешивание «произведений» - работ учеников и Мастера (текстов, рисунков, схем, проектов, решений) в аудитории, ознакомление с ними, обсуждение.

6. «Разрыв» - внутреннее осознание участником мастерской неполноты или несоответствия своего старого знания новому, внутренний эмоциональный конфликт, подвигающийся к углублению в проблему, к поиску ответов, к сверке нового знания с литературным или научным источником.

7. «Рефлексия» - отражение чувств, ощущений, возникших у учащихся в ходе мастерской, это богатейший материал для рефлексии самого Мастера, для усовершенствования им конструкции мастерской, для дальнейшей работы.

Теория решения изобретательских задач (ТРИЗ). Автор - Г.С.Альтшуллер. Основные функции и области применения ТРИЗ: решение изобретательских задач любой сложности и направленности; развитие творческого воображения и мышления; развитие качеств творческой личности и развитие творческих коллективов. ТРИЗ представляет собой обобщенный в абстрактной форме опыт изобретательства и развития науки и техники. В практике обучения широко используется техника АРИЗ – алгоритм решения изобретательских задач. Существуют и иные подходы, помогающие изобретателю раскрыть свой творческий потенциал. Большая часть этих методов являются эвристическими. Все они были основаны на психологии и логике, и ни один из них не претендует на роль научной теории (в отличие от ТРИЗ). Это – «Метод проб и ошибок», «Мозговой штурм», «Метод синектики», «Морфологический анализ», «Метод фокальных объектов», «Метод контрольных вопросов».

*Технология интеллект-карт***.** В основе майндмэпинга лежит теория радиантного мышления, предложенная Т.Бьюзеном, основанная на создание в сознании человека системы ассоциативных понятий. Суть технологии заключается в развитии у школьников способности воспринимать и перерабатывать различные виды информации, в разных графических и текстовых формах. Освоение информации учениками осуществляется через использование: визуального ритма, визуальной структуры, цвета, образов (воображения), графического представления информации, оперирования с многомерными объектами, пространственной ориентации, гештальта, ассоциаций.

2. Характеристика моторной сферы человека

2.1. Специфика моторной сферы

Моторика выражается в последовательности движений, которая нужна для выполнения какойлибо определенной задачи, двигательной активности организма или отдельных его органов.

Общая моторика - это двигательная деятельность, которая осуществляется за счет работы крупных мышц тела.

Мелкая моторика определяется тонкими движениями кистей пальцев рук, необходима для многих действий человека, которые вырабатывались в процессе культурно-исторического развития общества и человека: орудийных, предметных, трудовых.

Высокий уровень двигательного развития представляет самостоятельную ценность для любого человека. Развитие двигательных способностей и качеств обеспечивает фундамент для эффективной жизнедеятельности человека, а также для сохранения здоровья и положительного отношения к жизни. Двигательная сфера человека объединяет непроизвольные и произвольные движения.

Врожденные двигательные рефлексы обеспечивают сохранение нормальной позы, равновесие, согласуют позу с положением головы по отношению к туловищу. В соответствии с существующей классификацией врожденные двигательные рефлексы делятся на рефлексы, обуславливающие положение тела в покое (рефлексы положения), и рефлексы, обеспечивающие возвращение в исходное положение (установочные рефлексы).

Рефлексы положения Рефлексы положения возникают при наклонах и поворотах головы вследствие раздражения нервных окончаний шейных мышц (шейно-тонические рефлексы) и лабиринтов внутреннего уха (лабиринтные рефлексы). Установочные рефлексы обеспечивают сохранение позы при отклонении от нормального положения (например, выпрямление туловища).

Перемещение тела в пространстве сопровождается статокинетическими рефлексами. Рефлексы вращения характеризуются медленным отклонением головы в сторону в сторону, противоположную движению, а затем быстрым возвращением в нормальное по отношению к туловищу положение.

Вертикальное перемещение туловища сопровождается лифтными рефлексами. Например, при резком опускании вниз у человека отмечается выпрямление ног. Приземление сопровождается сгибанием ног.

В произвольные формы движений оказываются включенными также врожденные двигательные рефлексы: сгибательный, отталкивания, ритмический рефлекс. В ответ на раздражение кожи ладони или стопы ребенок сгибает конечности, но если осторожно надавливать на стопу или ладонь, он отталкивает предмет. Ритмический рефлекс проявляется в двух формах: рефлекс отдачи и шагательный. Ритмический рефлекс составляет основу таких сложных локомоций, как ходьба, плавание, другие циклические движения.

Произвольные движения сопряжены с коррекцией врожденных двигательных рефлексов. Формирование произвольных движений происходит при активном участии сознания, второй сигнальной системы. Основой для произвольных движений служит кинестетическая афферентация и целенаправленное управление. Движение, как специальный процесс, осуществляющийся во времени, состоит из цепи закономерно сменяющихся психофизиологических событий. Их итогом, промежуточным и окончательным, является внешне наблюдаемое поведение человека, детерминируемое как внутренними потребностями, так и социальными факторами – условиями.

Основные разработки в области физиологии произвольных актов были проведены Н.А. Бернштейном. Автор показал, что в основе любого двигательного акта лежат сложные, иерархически организованные системы сенсорных коррекций, которые формируются у человека по мере овладения разнообразными двигательными действиями. Они обеспечивают фундамент для развития двигательных качеств. Сенсорные коррекции представляют кольцевые обратные связи между ощущаемыми и воспринимаемыми отклонениями от заранее намеченных планов и целей и вносимыми ЦНС поправками в процесс выполнения текущих движений. Онтогенез двигательной сферы заключается в формировании систем сложнейших сенсорных коррекций, обеспечивающих быстрое, точное, верное выполнение разнообразных двигательных действий за счет их исправления по ходу выполнения.

Наряду с принципом сенсорной коррекции можно выделить также принцип рефлекторного кольца. Он заключается в относительной замкнутости и непрерывности циркуляции сенсорной кинестетической информации, черпаемой из движения и реализуемой в двигательных актах.

В зависимости от качества афферентного сигналов, поступающих при движении, Н.А.Бернштейн выделяет несколько основных уровней психофизиологической регуляции и коррекции, которые обеспечивают эффективное и координированное построение разнообразных двигательных действий. Сенсорные коррекции зависят от характера двигательной задачи, ведутся целостными синтезами и имеют несколько иерархически взаимосвязанных уровней. Каждый уровень организации сенсорной коррекции может характеризоваться:

1. нейрофизиологической локализацией (определенными центрами в ЦНС) и анатомическим субстратом;

2. ведущей афферентацией – особенностями сигналов, поступающих от органов чувств, обеспечивающих восприятие результативности собственных движений и действий;

3. специфическими характеристиками движений, которые обеспечиваются данным уровнем;

4. набором самостоятельных движений, которые преимущественно управляются данным уровнем;

5. набором самостоятельных движений, которые преимущественно управляются данным уровнем;

6. фоновой ролью уровня в двигательных действиях, управляемых вышележащими уровнями; дисфункциями и патологическими синдромами.

Итак, можно выделить несколько уровней построения афферентных сигналов, включая различные морфофункциональные слои ЦНС – спинной и продолговатый мозг, подкорковые центры и кору.

Уровень А – руброспинальный – самый низкий и филогенетически самый древний. У человека он обеспечивает тонус мышц, силовые, скоростные и другие характеристики сокращений мышц, т. е. те аспекты функционирования, которые связаны с сегментарным аппаратом спинного мозга и фоновыми изменениями его возбудимости. Этот уровень также включает немногочисленные движения, регулируемые самостоятельно – дрожь, ритмично-вибрационные движения, принятие и удержание определенной позы. Патология уровня А проявляется нарушениями тонуса мышц – дистониями, треморами покоя и движения.

Уровень В – синергий (таламо-паллидарный) – согласованных действий мышц-антагонистов. Он определяет всю внутреннюю структуру пластики, сочетание отдельных слагаемых двигательных комплексов в сложные соединения. Здесь обеспечиваются длительные синергии во времени, т. е. правильные чередования отдельных комплексов движений в общем ритме, что и обусловливает некоторый элемент штампованности самих движений. Особенностью организации функционирования этого уровня является специфическая организация афферентного потока – деятельность дистантных анализаторов на обеспечение функционального состояния этого уровня практически не влияет. На этом уровне перерабатываются сигналы от мышечно-суставных рецепторов, которые сообщают о взаимном положении и движении частей тела. Этот уровень обеспечивает выразительную мимику и пантомимику, пластику, вольные упражнения, управление ритмом движения, обеспечение чередования работы обширных групп мышц-сгибателей и мышц-разгибателей. При патологии отмечаются или избыточные синергии и синкинезии, гиперкинезы, или симптомокомплекс паркинсонизма. Он предполагает выключение отправлений самого уровня, снятие контроля над уровнем А, дезавтоматизацию сложных предметных действий, персеверации в момент начала и остановки сложных движений.

Уровень С. Это пирамидно-стриарный уровень. Он регулирует действия в пространственном поле с учетом информации, получаемой через дистантные рецепторы. Движения имеют вектор, ясные начальные и конечные координаты. К этому уровню относятся все переместительные движения – ходьба, лазанье, прыжки и т. д. Патология этого уровня сопровождается нарушениями пространственной координации (дистаксией или атаксией), нарушениями равновесия, локомоции и точности.

Уровень D – теменно-премоторный (кортикальный). Это уровень предметных движений, которые являются результатом приобретенного опыта. Уровень Д реализует организацию движений в соответствии со смыслом действия, а не с внешними характеристиками предметов, имеется лево-

правосторонняя асимметрия движений (жонглирование, бытовые движения, фехтование).

Уровень Е – уровень высших кортикальных символических координаций. Сюда относятся речевые движения, письмо, символические движения, кодированная речь, хореографические движения. Данный уровень регуляции действий связан с высшими психическими функциями и организацией умственных, интеллектуальных действий.

Существуют физиологические закономерности в формировании уровней построения движений и соответствующих им сенсорных коррекций. При этом наиболее выраженное и интенсивное формирование и развитие происходит в дошкольном возрасте.

Младенец рождается с только начинающимся формироваться уровнем, обеспечивающим регуляцию согласованности обширных мышечных сокращений в пространстве собственного тела – стройных и налаженных движений во времени, их чередование и повторяемость (уровень обширных мышечно-суставных двигательных связок, уровень В). При этом и уровень А – уровень регуляции тонуса мускулатуры – продолжает дозревать в этот период развития.

В двухлетнем возрасте дозревают все основные двигательные отделы мозга и проводящие нервные пути. С этого момента начинается длительный процесс прилаживания друг к другу всех основных уровней построения движений и формирования на этой основе разнообразных двигательных способностей ребенка.

До шести лет интенсивно развиваются и формируются уровень В и уровень регуляции движений собственного тела, ориентированных во внешнем пространственном поле – подуровень С1.

С 6 – 7 лет до 10 лет интенсивно развивается уровень регуляции произвольных движений во внешнем пространственном поле – движений, требующих прицеливания, копирования, подражания (уровень С2). Движения приобретают силу и точность.

С третьего года развития постепенно начинает расти успешность движений, которые обеспечиваются уровнем регуляции осмысленных действий (уровень Д). В дошкольном возрасте этот уровень регуляции движений только начинает свое развитие, которое продолжается на протяжении всей последующей жизни человека. Следует отметить, что до 6 – 7 лет ребенок быстро устает при выполнении действий на уровне Д. Это ярко проявляется в ситуациях, когда дошкольнику предлагается выполнить какую-либо предметную деятельность в соответствии с развернутым во времени планом.

2.2. Понятие праксиса и его виды

Гностические функции служат базисными для овладения связанными с ними действиями, т.е. различными видами праксиса. Термин праксис обозначает практическое (предметное) действие. Таких действий человек осваивает

великое множество: от самых простых (еда, одевание и пр.) до сложнейших, представленных, например, профессиональными навыками и прочим.

Учение о праксисе и его нарушениях — *апраксии* — было создано немецким неврологом К. Липманном, который развил и уточнил положения, выдвинутые еще неврологом П. Брока, впервые описавшим моторную афазию и введшим ее в науку.

К. Липманн подчеркивал, что праксис — это система не только предметных, но и произвольных действий. Нарушение способности воспроизводить эти действия носит название апраксии. Принципиально важно, что больные с апраксией теряют способность выполнять движения и действия именно произвольно. Непроизвольно эти же действия могут быть ими легко выполнены.

К. Липманн обратил внимание и на то, что для выполнения какого-либо двигательного акта необходимо совершить серию отдельных движений, соответствующих его общему замыслу. Такой замысел К. Липманн назвал «идеаторным эскизом (наброском)». По существу, он представляет собой план действия, который разворачивается в отдельные двигательные акты («кинетические мелодии»). Чтобы действие совершилось, необходима также передача представлений о нем в исполнительный (моторный) центр. Таким образом, в структуру праксиса как высшей психической функции входит три звена: идеаторное, передаточное и исполнительное.

А.Р. Лурия, основываясь на учении К. Липманна о праксисе и апраксии, существенным образом развил его. Он разделил все праксические действия на *кинестетические (чувствительные)* и *кинетические (двигательные),* постулируя таким образом наличие двух видов праксиса — кинестетического и кинетического. Кинестетический праксис А.Р. Лурия обозначил как *афферентный*, а кинетический — как *эфферентный*. Это уточнило понимание праксиса — как одной из высших психических функций, и апраксии — как его патологии.

Добавим к этому, что термин афферентный означает «центростремительный, подразумевающий направление нервных импульсов от периферии к центру», а термин эфферентный означает «центробежный, подразумевающий направление нервных импульсов от центра к периферии».

Для того чтобы пояснить сказанное, обратимся к тому, что посредником между человеком и его произвольными действиями является предмет, понимаемый как объект действительности в самом широком смысле слова. Вначале это был предмет, предоставляемый природой (камень, ветка дерева, плоды, шкуры убитых животных и т.д.), а затем появился предмет, являющийся продуктом деятельности самого человека, т.е. рукотворный. И те и другие предметы сыграли решающую роль в формировании праксических действий людей.

В «предметный» период онтогенеза ребенку, как и нашим предкам, необходимо разнообразие предметов, которыми он может оперировать. В первую очередь, это игрушки, затем — бытовые предметы, а затем и все остальные.

Способность совершать смысловые предметные действия без предметов (по имитации) носит название *символического праксиса*. К нему относятся все смысловые жесты (как едят, как пьют, рубят дрова, водят машину и пр.). Известно, что именно символические жесты составляют особый язык глухих — амслен. Вербальная способность слышащих людей оттеснила язык жестов на второй план, однако всем известны ситуации, когда вместо слов приходится использовать жесты (нельзя кого-то разбудить, нужно что-либо неслышно подсказать, наконец, что-либо сообщить, когда слов не слышно, например, в момент отправления поезда).

Особое место занимает *пальцевый праксис*. Он свидетельствует о значительной степени дифференцированности кистевых действий. Маленький ребенок очень рано (начиная с 5—6 месяцев) проявляет любовь к игре с пальчиками. В это же время у него появляется осмысленный указательный жест, делающий ребенка принципиально отличающимся от всех животных, даже от примата, который, если и может что-то обозначить, то рукой, а не пальцем. Своего апогея любовь ребенка к действиям с пальцами достигает в широко известной игре «Сорока-ворона».

Еще более сложным, чем пальцевый, является *оральный праксис*. Он формируется на основе менее предметных, а, следовательно, более абстрактных действий. К движениям орального праксиса относится умение по заданию подуть, поцокать, пощелкать языком, надуть щеки и прочее.

Непроизвольность праксических действий обеспечивается высокой степенью их упроченности (автоматизации). Особенно ярко это прослеживается на примере орального праксиса. Непроизвольно, т.е. в виде рефлекса, названные выше оральные движения, как правило, выполняются. Так, больной, который не может по заданию подуть, тут же задувает горящую спичку, поднесенную к его губам. Овладение оральным праксисом составляет весьма важную подготовительную фазу речевого развития. От качества и объема оральных навыков во многом зависит усвоение нормативного звукопроизношения.

3. Патология моторной сферы

3.1. Элементарные двигательные нарушения

В состав моторного блока входят двигательные (преимущественно лобные) отделы коры, подкорковые ядра, мозжечок, проводящие двигательные пути, передние рога спинного мозга, двигательные нервы и исполнительные органы (мышцы). Его можно подразделить на надсегментарный и сегментарный отделы.

Надсегментарная часть моторного блока представлена двигательными корковыми центрами, ядрами экстрапирамидной системы и проводящими путями к передним рогам спинного мозга. Корковые центры и волокна, через которые передаются сигналы произвольной (сознательной) регуляции движений тела, конечностей, носят название пирамидной системы (по названию больших пирамидных клеток прецентральной извилины, откуда система и берет начало) Корковые центры, регулирующие речь, письмо, перспективное

планирование, относят к центрам высших корковых функций. Признаки их поражений будут разобраны в отдельном разделе.

Экстрапирамидная система осуществляет непроизвольную (неосознаваемую) регуляцию двигательных актов: обеспечивает мышечный тонус, пластичность, организует взаимодействие разных групп мышц, координированность движений. В ее состав входят *стриопаллидарные ядра* и *мозжечок.* Глубинные ядра, составляющие основу экстрапирамидной системы (стриопаллидарные ядра), неоднородны по гистологическому строению, что дало основание анатомически разделить их на *полосатое тело (corpus striatum)* — к нему отнесены хвостатое ядро и скорлупа чечевицеобразного ядра, и *паллидарный отдел,* куда вошли остальные подкорковые ядра (бледный шар, черная субстанция, красное ядро, люисово тело и т. д.

К сегментарному отделу моторного блока принадлежат передние рога спинного мозга и отходящие от них двигательные аксоны (передние корешки, двигательные нервы, двигательные волокна смешанных нервов).

Симптомы и синдромы поражения надсегментарного отдела моторного блока

Работа моторного блока в конечном итоге определяется состоянием мышечной системы человека. Критериями оценки моторного блока являются возможность и качество произвольных движений, развитие и сила мышечной системы, объем пассивных движений, сила мышц, оптимальность рефлекторных мышечных ответов, наличие или отсутствие "патологических" рефлексов (рефлексов, не присущих взрослому человеку, но имеющихся в норме у детей до 3 лет), координированность движений, наличие движений, не зависящих от желания человека.

Симптомы поражения пирамидной системы

Как отмечалось, началом пирамидной системы являются большие пирамидные клетки, расположенные в прецентральных извилинах лобных долей. Аксоны их идут к ядрам черепных двигательных нервов (корково-ядерный путь) и передним рогам спинного мозга (корково-спинномозговой, или пирамидный, путь). Корково-спинномозговой путь на границе продолговатого и спинного мозга разделяется на передний, и латеральный. Передний путь проходит в передних канатиках спинного мозга и иннервирует осевую группу мышц шеи, верхнего отдела грудной клетки. Основная масса волокон, образующих латеральный путь, переходит в боковые канатики противоположной стороны и заканчивается на мотонейронах передних рогов спинного мозга, иннервирующих мышцы плечевого и тазового пояса, конечностей.

Пирамидная система оказывает тормозное влияние на нижележащие (сегментарные) отделы спинного мозга и способствует более экономной их работе. Нарушение тормозных процессов, возникающее при поражении пирамидных клеток или их аксонов, ведет к. нарушению качества и объема произвольных движений, повышению тонуса мышц, повышению сухожильно-периостальных рефлексов, появлению патологических рефлексов. Совокупность перечисленных симптомов формирует синдром, носящий название

центральный, или спастический, *парез (паралич).* Парез подразумевает ограничение произвольных движений, паралич — полное их отсутствие. Парезы и параличи могут проявляться в одной *(монопарез),* в двух *(парапарез)* или во всех *(тетрапарез)* конечностях. Правосторонний гемипарез обусловлен поражением левой прецентральной извилины или церебрального отдела пирамидного пути, левосторонний — аналогичных структур справа.

Симптомы поражения экстрапирамидной системы

Симптомы поражения стриопаллидарного отдела экстрапирамидной системы. Неврологические расстройства, возникающие при поражении паллидарного отдела, в частности черной субстанции, определяются как паркинсоничес-к и и (по автору, впервые описавшему данный синдром), или акинетико-ригидны и, синдром. К симптомам паркинсонического синдрома относятся: *экстрапирамидная ригидность* — повышенный тонус мышц сгибателей и разгибателей (конечности приобретают "восковидную гибкость"); *брадикинезия (олигокинезия)* — замедленность, бедность движений или акинезия — их отсутствие; *тремор* — дрожание в покое дистальных 'отделов рук, головы, нижней челюсти. Отмеченные расстройства обусловливают затруднения при переходе из состояния покоя в движение и наоборот *(поза восковой куклы);* ослабление или исчезновение содружественных движений; походку мелкими шажками; монотонную, тихую речь; мелкий почерк.

При поражении полосатого тела развивается г и п о т о н и ч е с к и - г ип е р к и н е т и ч е с к и й с и н д р о м, характеризующийся *мышечной гипотонией (дистопией)* и Появлением разнообразных *гиперкинезов* —движений в конечностях и туловище, не поддающихся произвольному контролю' Наиболее часто встречаются:

хорея — неритмичные быстрые беспорядочные движения в проксимальных отделах/ конечностей, напоминающие гримасничанье;

атетоз — медленные вычурные движения в дистальных отделах конечностей; -

торсионная дистопия — тонические сокращения мышц осевой группы туловища: при ходьбе больного "штопорообразно" выкручивает,-

баллизм — быстрые вращательные бросковые движения в конечностях;

лицевой параспазм (гемиспазм) —- подергивания мышц лица различной интенсивности.

Симптомы поражения мозжечка. Поражение мозжечка сопровождается развитием симптомокомгшекса, имеющего название *мозжечковая атаксия.* Проявляется она симптомами расстройства координированности движений. Среди них выделяют:

нистагм — ритмическое подергивание глазных яблок, более выраженное при взгляде в сторону, поражения. Различают горизонтальный, вертикальный и вращательный нистагмы;

скандированная речь — утрата плавности, замедленность, монотонность и взрывчатость речи;

интенционное дрожание — тремор, появляющийся в конечностях при выполнении тонких движений;

мимопопадание — промахивание при попытке коснуться кончика носа указательным пальцем с закрытыми глазами;

"пьяная " походка — шаткая неуверенная походка с широко расставленными ногами;

адиадохокинез — отсутствие согласованности движений правой и левой руки при их вращении в вытянутом вперед положении. Обычно на стороне поражения мозжечка движения руки более замедленны;

асинергия — при попытке лежащего на спине больного сесть со скрещенными на груди руками нога на стороне поражения мозжечка поднимается в большей степени, чем на здоровой стороне;

неустойчивость в позе с вытянутыми вперед руками (проба Ромберга), падение на сторону поражения мозжечка и др.

Симптомы и синдромы поражения сегментарного отдела моторного блока

Поражение передних рогов спинного мозга или периферических двигательных волокон ведет к разрыву рефлекторной дуги, денервации мышц (сигнал не доходит до исполнительного органа) и проявляется развитием двигательного нарушения, носящего название *периферического, вялого паралича (пареза).* Основные симптомы периферического паралича: *акинезия (гипокинезия)* — отсутствиелили ограничение произвольных движений; *атония (гипотония)* — снижение мышечного тонуса; *атрофия (гипотрофия)* — "похудение" мышц в пораженной зоне; *арефлексия* — отсутствие рефлексов.

3.2. Нарушения праксиса

Апраксия – это нарушение способности к целенаправленным действиям при сохранной возможности выполнения элементарных движений.

Собственно апраксия в классическом виде встречается у взрослых и детей старшего возраста, в данном случае предполагается именно утрата сформированной функции.

Приставка «дис» указывает на частичную утрату функции или нарушение ее развития. Употребляемый термин «диспраксия», рас-сматривается именно как недоразвитие функции праксиса. Обсуждаемые расстройства имеют широкий этиологический спектр в структуре не-врологической и психической заболеваемости.

Наиболее широкую известность получили классификации апраксий, предложенные А.Р. Лурия и Г. Липманном.

По А.Р. Лурия выделяется 4 формы апраксий: кинестетическая апраксия; апрактоагнозия (пространственная) апраксия; кинетическая апраксия; регуляторная апраксия.

Представим характеристику апраксий по А.Р. Лурия, в таблице 1

Таблица 1

Виды апраксий по А.Р. Лурия

Название апраксии	Область поражения	Причины появления симптомов	Пробы на выявление	Симптомы
1. Кинестетическая апраксия	Нижние отделы постцентральной области коры больших полушарий, преимущественно левого (1, 2, частично 40 поля Бродмана)	Нарушение фактора кинестетической афферентации моторики	Не могут показать, как совершается привычное для них действие, при отсутствии предметов (наливание чая, закуривание сигареты и пр.)	Движения становятся недифференцированными, плохо управляемыми, возникает апраксия позы
2. Пространственная апраксия (апрактоагнозия)	Поражение теменно-затылочных отделов на границе 19 и 39 полей Бродмана при поражении обоих или левого полушария (зона ТРО.	Нарушение фактора пространственного анализа и синтеза	Конструктивная апраксия – трудности конструирования целого из отдельных элементов (кубики Кооса, куб Линка)	Апраксия позы, трудности выполнения пространственно-ориентированных движений, нарушение пространственных представлений; часто сочетается со зрительной оптико-пространственной агнозией.
3. Кинетическая апраксия	Поражение нижних отделов премоторной области коры больших полушарий (6, 8 поля Бродмана); при поражении левого полушария – в обоих руках	Нарушение фактора кинетической афферентации, динамической организации последовательности действий	Различные графические пробы (срисовывание простейших объектов вызывает персеверации)	Распад «кинетических мелодий» движений, нарушение временной организации движения; двигательные персеверации
4. Регуляторная (префронтальная) апраксия	Поражение конвекситальной префронтальной коры кпереди от премоторных отделов	Нарушение программирования движений, их регуляции и контроля	Смена программы действия вызывает системные персеверации всей предыдущей программы	Нарушение программировании и контроля сложных двигательных программ, появление моторных стереотипов, эхопраксий и эхолалий (при поражениях левой лобной доли)

Классификация апраксий по А.Р. Лурия разработана исходя из общего понимания мозговой организации произвольных двигательных актов и психологической характеристики.

Немецкий психоневролог Липманн выделил три типа апраксий: идеаторная; кинетических мелодий; идеомоторная.

Все вышеперечисленные виды апраксий подразумевают под собой полностью нарушения трех условий реализации действий:

- тесную связь между идеаторным планом и кинетическим и энграммами при развертывании действий;
- сохранение элементарных кинестетических формул;
- развертывание идеаторного плана действий.

По Липманну, принято различать такие виды апраксии: идеомоторная; оральная; кинетическая апраксия конечностей, туловища; идеаторная апраксия одевания.

К относительно самостоятельной форме данных нарушений можно отнести расстройство письма – аграфию.

Идеаторная апраксия представляет собой расстройство, которое можно охарактеризовать, как невозможность установить план последовательных действий, с помощью которых выполняются сложные движения. Простые действия не представляют особых трудностей и выполняются больным правильно, особенно это касается копирования. Состояние обусловлено диффузными поражениями мозга.

Апраксия кинетических мелодий представляет собой нарушение кинетических «образов» движения. Испытуемый не может произвести нужного усилия для выполнения определенного движения с помощью движения кисти руки или пальцев. Движение недостаточно четкое, более грубое, нередко деформированное. Патологический процесс обусловлен поражениями нижней премоторной области коры.

Идеомоторная апраксия – возникновение трудностей во время передачи «идей» о движении в специальные моторные центры. Данный вид нарушений характеризуется тем, что больной может наметить последовательный план действий, с помощью которого выполняются сложные двигательные процессы, но не может его осуществить.

Таким образом, развитие праксиса имеет большое значение в общем двигательном развитии ребенка, а нарушения в этой области сфере влекут за собой нарушения речевого и общепсихического развития.

4. Особенности развития мелкой моторики в онтогенезе

4.1. Основные направления развития моторики

В целом развитие и формирование моторики идет в трех основных направлениях: в направлении роста трудности решаемых двигательных задач и их точности; в направлении развития способностей решать внезапные, нешаблонные двигательные задачи; по линии роста смысловой сложности двигательных задач.

В.М. Бехтерев указывал на тесную связь движений руки и речи.

И.П. Павлов высказал предположение о том, что развитие функций обеих рук обеспечивает развитие центров речи в обоих полушариях, дает преимущества в интеллектуальном развитии, поскольку речь теснейшим образом связана с мышлением. Среди прочих двигательных функций движения пальцев рук имеют особое значение, так как стимулируют созревание центральной нервной системы, одним из проявлений которого является ускоренное развитие речи.

Около трети площади всей двигательной проекции занимает проекция кисти рук, расположенная очень близко от речевой моторной зоны.

Под *мелкой моторикой* следует понимать совокупность скоординированных действий нескольких систем человеческого организма: нервной, костной и мышечной, часто в сочетании со зрительной системой, необходимых для мелких и точных движений кистями, пальцами. Она является необходимым условием осуществления таких точных действий, как «пинцетный захват» (большим и указательным пальцами) для манипулирования небольшими объектами, для осуществления письма, рисования, вырезания, застегивания пуговиц, вязания, завязывания узлов, игры на музыкальных инструментах и так далее.

В онтогенезе после *рождения* ребенка *до двух- трех* месяцев руки ребенка могут быть сжаты в кулак, но большой палец в норме должен быть сверху, а не внутри кулака.

Затем *после трех месяцев* кулаки «раскрываются» и расправленные кисти ребенка начинают похлопывать вокруг себя, схватывать то, что вкладывают взрослые в руки ребенку. Затем рука ребенка начинает тянуться к тому, что видят глаза.

После пяти месяцев у ребенка появляется «пинцетный захват», когда выделяются большой и указательный пальцы. Два пальца ребенка располагаются параллельно, и тогда ребенок начинает тянуться и захватывать мелкие предметы. Тянется к ниточкам и проявляет внимание к мелким предметам.

В возрасте от трех *до шести месяцев* ребенок активно направляет руки ко рту. Следит за движением рук. Под контролем зрения направляет руку к предмету и захватывает его.

После шести месяцев у ребенка появляется «щипковый захват». Пальцы рук ребенка, большой и указательный, соединяются не параллельно, а округло. И тогда наступает период, когда ребенок тренируется в щипковом захвате.

К десяти месяцам у ребенка должен появиться «указательный жест», но этому жесту и выделению отдельно указательного пальца нужно учить ребенка. Развивается «единое» поле зрения и действия. Глаза ребенка направляют движение руки. Дети перекладывают предмет из одной руки в другую, могут положить ложку в чашку, кубики в коробку.

Есть данные научных исследований, которые прогнозируют, что если ребенок прошел такой путь в развитии тонкой моторики руки до конца первого года жизни, то мозговые структуры все развиваются согласно онтогенезу, то есть согласно норме.

Обе руки ребенка до двух лет работают одинаково. Только ближе к концу второго года жизни начинает определяться ведущая рука.

В период после *года до двух* лет ребенок может чертить штрихи и «каракули», может хорошо держать чашку, поднимать ее и самостоятельно пить. Соотносит и помещает квадрат в квадратную прорезь, овал опускает в овальную дырочку. Может повторить изображения нескольких горизонтальных, вертикальных и округлых линий. Может сразу держать два предмета в одной руке, чертить карандашом, переворачивать страницы книги, ставить друг на друга от двух до шести кубиков.

В *период от двух до трех* лет ребенок может включать музыкальные игрушки, крутить пальцем диск телефона, рисовать черточки, воспроизводить простые формы, резать пластиковым ножом, рисовать по образцу крест. С большим интересом открывают ящики, коробки и опрокидывают их содержимое. Любят играть с песком и глиной. Могут открывать закручивающиеся крышки, пробуют использовать ножницы, красят пальцем, нанизывает бусы и другие.

В период *от трех до четырех* лет ребенок может обводить по контурам, копировать некоторые геометрические формы. Появляется ловкость в руках и ребенок может схватить катящийся к нему мяч. Ребенок должен держать правильно карандаш тремя пальцами, а не ладонным захватом. Старается копировать формы несколькими чертами, собирать постройки из девяти кубиков. Может рисовать не только карандашами, но и цветными мелками. Ребенку доступно складывание квадратного листика бумаги более чем один раз.

В период от *четырех до пяти* лет ребенок может раскрашивать простые формы, копировать заглавные печатные буквы, рисовать человечка, изображая от двух до трех частей его тела. Старается копировать квадрат, звезду и другие формы. Формируется сложная корковая функция мозга «стереогноз» и ребенок может определять предметы по форме, величине, фактуре в мешочке на ощупь, без зрительного контроля. Ребенок проявляет интерес к лепке из пластилина и выполняет по образцу задания. Овладевает навыками самообслуживания: застегивает и расстегивает пуговицы, открывает и закрывает молнии, развязывает шарф, шнурует ботинки и другие. Все это возможно только при правильном развитии тонкой моторики пальцев рук.

В период от *пяти до шести* лет ребенок может аккуратно вырезать картинки, писать буквы и числа. Охотно дополняет недостающие детали к картинке. Ловко может бить молотком по гвоздю. Может легко воспроизводить геометрические фигуры по образцу.

Возраст шести-семи лет является сенситивным периодом для развития тонких движений кисти руки, необходимых для овладения графо-моторными навыками для письма. В этом возрасте, организуя различные виды деятельности, систематически применяя тренировочные упражнения, можно достичь

хороших результатов в развитии моторики кисти, сформировать графомоторные навыки и подготовить руку к письму в школе

Л.Н. Фомина (1974) установила, что уровень развития речи всегда находится в прямой зависимости от степени развития тонких движений пальцев рук, (уровень развития общей моторики может быть разным, но в пределах возрастной нормы). Анализ экспериментальных данных, сделанный М.М. Кольцовой, показал, что морфологическое и функциональное формирование речевых областей совершается под влиянием кинестетических импульсов от рук. Кольцова подчеркивает, что влияние проприорецептивной импульсации с мышц рук значительно только в детском возрасте.

Онтогенез развития мелкой моторики обусловлен как дозреванием соответствующих участков головного мозга, так и накоплением на этой основе индивидуального двигательного опыта, который приобретается в условиях общения со взрослыми и сверстниками. Причем становление движений пальцев рук и кисти начинается с первых недель жизни ребенка, и на протяжении раннего и дошкольного возраста усложняется и совершенствуется под действием физиологических и социально-психологических факторов.

4.2. Зрительно-моторная координация

Зрительно-моторная координация - это сенсомоторный процесс, который позволяет значительно контролировать совершаемые действия.

Известно, что до 90% информации воспринимается человеком посредством зрения. Если сравнить два возможных способа познания мира – с помощью осязания и зрения, то оказывается, что последнее располагает аппаратом, который приспособлен к тому, чтобы сразу, одномоментно (симультанно) воспринимать простые и хорошо знакомые из предыдущего опыта предметы. При восприятии же сложных, малознакомых предметов или целостных ситуаций процесс предварительной зрительной ориентировки в объекте все более приближается к тому последовательному и поэлементному (сукцессивному) опознанию, который характерен для осязания.

Особое значение имеют навыки точной и четкой координации в системе “глаз - рука”, которые позволяют осуществить комплекс умений: умение внимательно рассматривать объект, выделять составляющие его детали и как можно точнее копировать воспринятое.

Следовательно, деятельность системы “глаз - рука” зависит от взаимодействия зрительного кинестетического анализатора. Кроме того, зрительный анализатор взаимосвязан почти со всеми анализаторами, которые получают информацию из окружающего мира. Важное значение имеет аналитико-синтетические функции анализаторов. Процессы анализа и синтеза протекают в результате изменения окружающей и внутренней среды дуализма как на внутри анализаторном, так и на межанализаторном уровнях. В результате анализа происходит оценка внешних раздражителей, их свойств и качеств. Синтез позволяет более полно использовать различные анализаторы в целом

ряде ситуаций. Взаимосвязь анализаторов обеспечивается функциями всех звеньев и уровней центральной нервной системы.

Зрительно-моторная координация обеспечивает ребенку овладение продуктивной деятельностью, деятельностью самообслуживания, а затем и школьными навыками: чтением и письмом. Рассмотрим онтогенез зрительно-моторной координации.

Развитие зрительного восприятия и двигательной сферы ребенка тесно связаны с момента рождения. В первые месяцы жизни ребенка информация, получаемая одновременно с рецепторов различных анализаторов (зрительного, слухового, каждого двигательного) становится источником образования в коре больших полушарий многочисленных условных связей, позволяющих ориентироваться в пространстве.

Восприятие пространства возникает уже тогда, когда ребенок в возрасте 4-5 недель начинает фиксировать глазами предмет на расстоянии 1-1,5 метров. Перемещение взгляда за движущимися предметами наблюдается у детей 2-4 месяцев.

Совершенствование моторной и зрительно-двигательной координации, а также укрепление меж функциональных связей зависит от работы по развитию синхронных движений глаз и рук. Зрительный контроль за движением рук и результатом их деятельности состоит в анализе и сравнении избранного объекта с имеющимся образцом. Значение зрительного контроля не всегда равнозначно. В самом начале формирования навыка, зрительный контроль переходит к самой действующей руке. По мере формирования двигательного навыка роль зрительного контроля снижается. Однако, зрительный контроль не может быть снят совсем, так как без этого не возможно оценка выполненного действия, соотнесения работы с образцом. Исследования Ж. Пиаже показывают, что на ранних этапах развития в состав пространственной ориентировки входит практическая деятельность ребенка, возможность которой формируется в конце первого года жизни, одновременно с укреплением совместной работы зрительного кинестетического и вестибулярного анализаторов (Щелованов Н.М.). Лишь при их совместной работе, осуществляющейся в процессе осматривания, ощупывания, поворота головы и движений глаз, возникают те комплексные формы отражения пространственных отношений, которые остаются неизменными даже при перемене положения тела (Лурия А.Р.).

Двигая руками, ребенок сначала случайно прикасается к висящей перед ним игрушке. В этот момент в кору больших полушарий поступает сигнал с мышц глазного яблока о направлении зрительной оси, с кожных рецепторов – о прикосновении к предмету и т.д. После неоднократного получения такой информации в коре больших полушарий образуются соответствующие условные связи, в результате которых ребенок может произвести движения рукой, необходимые для того, чтобы прикоснуться к игрушке. Начиная с новорожденного возраста, моторное действие дотягивания и схватывания осуществляется при условии интеграции зрительно-моторной и проприоцептивной сис-

тем. Исследования показали, что движения руки новорожденного направлены к объектам, но только позже совершенствуются под контролем зрения.

Исследования В.П. Зинченко и А.Г. Рузской показали, что, если в первые месяцы жизни ребенка движения рук и ног учат его видеть предметы, фиксировать свое внимание на движущемся объекте, то к 5 – 6 месяцам соотношение зрения и двигательной сферы изменяется. Глаз начинает играть ведущую роль в формировании движений, коррекции их точности и направленности.

К пяти месяцам жизни у ребенка появляются скользящие движения глаз. С развитием фиксации взора исчезают не координированные движения глаз. В 5 – 6 месяцев у ребенка происходят дальнейшие изменения в фиксации взгляда и поведения (хватание висящих над ним игрушек). По мере развития ребенка совершенствуется зрительная афферентация в зависимости от его положения тела, которая постепенно начинает определять его пространственную ориентировку, стимулируемую моторикой глаз, а позднее представлениями.

Развитие зрительной афферентации происходит одновременно с ее дифференциацией (разделение целого на части) к восприятию различных предметов при одновременном совершенствовании общей моторики ребенка. Формирование зрительных функций в онтогенезе происходит с одновременным созреванием зрительных и других структурных образований анализаторных систем.

В раннем детстве ребенок уже достаточно хорошо овладевает умением учитывать пространственное расположение предметов, однако, он не определяет направлений пространства и пространственных отношений между предметами от самих предметов. Первоначальные представления о предметах и их свойствах образуются раньше, чем представление о пространстве и служат их основой. Первые представления о пространстве, которые усваивает трехлетний ребенок, связаны с его собственным телом. Оно является для него центром, точкой отсчета, по отношению к которой ребенок только и может определять направление. Под руководством взрослых дети начинают выделять и правильно называть свою правую руку. Она выступает как рука, выполняющая основные действия. Определить положение других частей тела в качестве правых или левых ребенку удается только по отношению к положению своей правой руки.

Процесс формирования схемы тела у ребенка связан с развитием дифференцирующей работы коры головного мозга. Сенсомоторная деятельность направлена на установление отношений между движением и соответствующими изменениями в различных сенсорных полях.

5. Особенности моторного развития в условиях дизонтогенеза

Дети с ОВЗ отличаются по возрасту, степени тяжести и структуре дефекта, времени его возникновения, причинам и характеру протекания заболевания, медицинскому прогнозу, наличию сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, состоянию соматического здоровья, уровню физического развития и физической подготовленности и другим признакам.

Для детей-инвалидов с детства характерны проявления дизонтогенеза и ретардации как в природном (биологическом), так и в психофизическом развитии (Лебединский В. В., 1985; Иванов Е. С, 2001), что вызывает сдвиги сенситивных периодов возрастного раз┐вития (Горская И. Ю., 2001), приводит к дефициту естественных по┐требностей ребенка в движении, игре, эмоциях, общении, затрудняет процесс обучения (Баряева Л. Б. с соавт., 2001).

По данным многочисленных исследований (Приленская Т. Н., 1989; Шуплецова Т. С, 1990; Дмитриев А. А., 1991; Лебедева Н. Т.] 1993; Ростомашвили Л. Н., 1997; и др.), отклоняющееся развитие ребенка всегда сопровождается нарушением моторных функций, отставанием и дефицитом двигательной сферы. От своих здоровых сверстников по уровню физического развития и физической подготовленности они отстают на 1—3 года и больше. Основной дефект, как правило, сопровождается сопутствующими заболеваниями и вторичными отклонениями.

5.1. Особенности моторики при нарушениях интеллекта

У детей с *нарушениями интеллекта* из-за необратимого поражения ЦНС физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе, при этом недоразвитыми оказываются костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции и личность в целом (Певзнер М. С, 1979; Лапшин В. А., Пузанов Б. П., 1990; Блюмина М. Г., 1994; Забрамная С. Д., 1995). В двигательной сфере учащихся наблюдаются отставания в уровне физического развития и физической подготовленности.

Но самые выраженные нарушения отмечаются в координации движений: грубые ошибки в дифференцировании мышечных усилий, излишняя напряженность, скованность и неточность движений, ограниченная амплитуда, нарушения в про┐странственной ориентировке, равновесии и др. (Мозговой В. М., 1993; Ванюшкин В. А., 1999; Веневцев С. И., 2000).

При отсутствии первичного поражения двигательного аппарата недоразвитие моторики проявляется в неловкости движений, наличии синкинезий, неустойчивости мышечного тонуса и т.д. Иерархичность поражения выражается в относительной сохранности элементарных движений и значительным недоразвитием тонких и точных движений, трудностях выработки сложных двигательных формул, нарушениях переключаемости.

Сложные двигательные навыки у детей с нарушениями интеллекта формируются значительно медленнее, чем в норме. Затруднения в формировании таких навыков обусловлены тем, что контроль за выполнением движений у них нарушен из-за недоразвития сенсорных ориентировочных процессов.

А.В.Запорожец обращает внимание на то, что у детей с нарушениями интеллекта крайне не развиты двигательные образы. Для учащихся характерно недоразвитие кинестетического самоконтроля. Одна из причин такого

недоразвития – нарушение у лиц с нарушениями интеллекта ориентировочной деятельности.

Б.И.Пинский полагает, что причина недоразвития двигательного образа и несформированности его контролирующей функции обусловлена нарушением ориентировочной деятельности, что выражается, в частности, в отходе от поставленной задачи при встрече с трудностями и в отсутствии должного критического отношения к получаемым результатам.

В специальной литературе имеются многочисленные факты, свидетельствующие, что регуляция движений, управление ими у детей с интеллектуальной недостаточность развиты значительно хуже, чем у их нормальных сверстников.

Изучая особенности двигательной сферы детей с нарушениями интеллекта, Н.П. Вайзман также отмечает недостатки самоконтроля и неумение довести начатое до конца, трудности в выполнении точных по скорости, силе, амплитуде движений. При выполнении двигательной задачи умственно отсталые дети прибегают преимущественно к методу проб и ошибок, зачастую отклоняются от требований инструкции. Н.П. Вайзман пишет, что по мере увеличения числа посторонних действий учащихся улучшаются, время выполнения сокращается и дети овладевают навыком. При этом Б.И. Пинский на основе наблюдений и собственных опытов подчеркивает, что необходимым условием успешного формирования навыков является ясное осознание цели и значения каждого упражнения. Повторяемость действий в процессе упражнения не приводит автоматически к усовершенствованию его выполнения. Это положение необходимо учитывать в коррекционной работе со школьниками с нарушениями интеллекта.

Ряд исследователей (Н.П.Вайзман, А.А.Дмитриев и др.) отмечает, что движения детей с нарушениями интеллекта совершенствуются с возрастом: уменьшаются синкинезии, убыстряется темп движений, улучшаются соизмерения силовых усилий в пространственных координатах и одновременность движений. С 7 до 12 лет наиболее интенсивно возрастает точность движений. В последующие годы рост точности движений замедляется. С.Ю.Юровский объясняет это тем, что в 12 лет обычно заканчивается созревание двигательного анализатора. Между 7 и 10 годами особенно быстро вырабатываются и закрепляются динамические стереотипы движений.

Так, например, Е.Н. Правдина-Винарская в развитии движений пальцев лиц с нарушениями интеллекта обнаружила ряд существенных дефектов: при разведении пальцев руки 3-й, 4-й и 5-й из них не отрываются друг от друга. При постукивании 2-м и 3-м пальцами (как этого требует инструкция) стучат всеми. Н.А. Козленко констатирует, что многие дети не в состоянии производить разведение и приведение пальцев одновременно на двух руках. На одной из рук движения пальцев, как правило, несколько предшествуют движениям пальцев на другой. Если разведение и приведение пальцев производятся с закрытыми глазами, многие ученики и вовсе не могут развести 3-й, 4-й и 5-й пальцы или разводят их недостаточно.

Ряд специалистов-дефектологов (В.И.Бондарь, Б.И. Пинский и др.) указывают, что мелкая моторика пальцев рук играет существенную роль в формировании у детей продуктивных видов деятельности. Однако при этом педагоги испытывают огромные трудности. Так, например, Б.И.Пинский отмечает некоторые сложности при выработке двигательных навыков учащихся с нарушениями интеллекта в процессе обучения их трудовым операциям с предметами.

И.А. Грошенков подчеркивает, что своеобразие моторики, несогласованность двигательных систем руки и глаза детей с нарушениями интеллекта отрицательно сказывается на выполнении ими графических заданий, и в связи с этим детям характерна низкая готовность к изобразительной деятельности. Отмечается значительная неоднородность состояния графических навыков у школьников с нарушениями интеллекта. Выделяется несколько групп учащихся, отличающихся друг от друга по своим двигательным проявлениям. Есть дети, которые легко выполняют простейшие графические задания, другие допускают много лишних нецелесообразных движений, проявляют чрезмерную торопливость и расторможенность. У этих детей движения рук быстрые, размашистые, импульсивные. Движения заторможенных и вялых детей при выполнении графических упражнений, наоборот, скованные, напряженные, очень замедленные.

5.2. Особенности моторики при задержке психического развития

Дети раннего возраста с *отставанием* психомоторного *развития* (ЗПР) отличаются рядом особенностей. Как правило, это соматически ослабленные малыши, отстающие не только в психическом, но и в физическом развитии. В анамнезе отмечается задержка в формировании статических и локомоторных функций, при обследовании выявляется несформированность всех компонентов двигательного статуса (физического развития, техники движений, двигательных качеств) по отношению к возрастным возможностям. Обнаруживается снижение ориентировочно-познавательной деятельности, внимание ребенка трудно привлечь и удержать. Затруднена сенсорно-перцептивная деятельность. Такие дети не умеют обследовать предметы, затрудняются в определении их свойств. Однако, в отличие от умственно отсталых дошкольников, они вступают в деловое сотрудничество со взрослым и с его помощью справляются с решением наглядно-практических задач.

Такие дети почти не владеют речью - пользуются или несколькими лепетными словами, или отдельными звукокомплексами. У некоторых из них может быть сформирована простая фраза, но способность ребенка активно использовать фразовую речь существенно снижена.

У этих детей манипулятивные действия с предметами сочетаются с предметными действиями. При помощи взрослого они активно осваивают дидактические игрушки, однако способы выполнения соотносящих действий несовершенны. Детям требуется гораздо большее количество проб и примериваний для решения наглядной задачи. Их общая моторная неловкость и не-

достаточность тонкой моторики обуславливают несформированностъ навыков самообслуживания - многие затрудняются в использовании ложки в процессе еды, испытывают большие трудности при раздевании и, особенно в одевании, в предметно-игровых действиях.

В дошкольном возрасте у детей с ЗПР выявляется отставание в развитии общей и, особенно, тонкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества (быстрота, ловкость, сила, точность, координация), выявляются недостатки психомоторики. Слабо сформированы навыки самообслуживания, технические навыки в изо-деятельности, лепке, аппликации, конструировании. Многие дети не умеют правильно держать карандаш, кисточку, не регулируют силу нажима, затрудняются при пользовании ножницами. Грубых двигательных расстройств у детей с ЗПР нет, однако уровень физического и моторного развития ниже, чем у нормально развивающихся сверстников, затруднено формирование графомоторных навыков.

Явное отставание детей с ЗПР от нормально развивающихся сверстников психологи-исследователи В. И. Лубовский, Л. И. Переслени, И. Ю. Кулагина, Т. Д. Пускаева и др. отмечают при анализе их мыслительных процессов. Отставание характеризуется недостаточно высоким уровнем сформированности всех основных мыслительных операций: анализа, обобщения, абстракции, переноса (Т. П. Артемьева, Т. А. Фотекова, Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени). У. В. Ульянковой выделены уровни сформированности общей способности к учению, которые соотносятся ею с уровнем интеллектуального развития ребенка. Кроме того, У детей с ЗПР отмечается проявление синдромов гиперактивности, импульсивности, а также повышение уровня тревоги и агрессии (М. С. Певзнер). В исследованиях многих ученых (И. Ю. Кулагина, Т. Д. Пускаева, С. Г. Шевченко) отмечается специфика развития познавательной деятельности детей с ЗПР. Так, С. Г. Шевченко, изучая особенности речевого развития детей с ЗПР, отмечает, что дефекты речи у таких детей отчетливо проявляются на фоне недостаточной сформированности познавательной деятельности.

5.3. Особенности моторики при нарушениях зрения

Полное или частичное нарушение зрения значительно изменяет жизнедеятельность. Нарушение пространственных образов, чувственного познания мира, самоконтроля и саморегуляции сопровождается широким спектром сопутствующих заболеваний. 40% детей имеет минимальную мозговую дисфункцию (негрубые поражения ЦНС), свыше 30% — соматические заболевания (пиело¬ нефриты, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем), 80% детей страдают неврозами (Семенов Л. А., Солнцева Л. И., 1991; Скворцов К. Ф., Илларионов В. П., 1993; Никольская Т. Н., 1997). Среди вторичных нарушений наиболее типичными являются слабость общей и дыхательной мускулатуры, искривления позвоночника, де¬ формации стопы, что естественным образом негативно отражается на физической подготовленности, работоспособности, движениях ре¬ бенка. Нарушения осанки наблюда-

ются почти у 80% слепых и сла¬ бовидящих детей (Ростомашвили Л.Н., 1999). Отмечается снижение общей двигательной активности (Касаткин Л.Ф., 1975), нарушение координации и точности движений, равновесия, пространственной и временной ориентации, низкий уровень скоростных способностей, ловкости, силы всех мышечных групп, на 12 — 15% снижена подвижность в суставах (Семенов Л.А., 1983; Кручинин В.А., 1991; Мухина А В., 2000).

5.4. Особенности моторики при нарушениях слуха

Потеря *слуха* приводит к нарушению развития всех сторон речи, а в ряде случаев к полному ее отсутствию (Богомильский М.Б., 1985; Мастюкова Е.М., 1997), что ограничивает возможности мышления, отражается на особенностях поведения — замкнутость, нежелание вступать в контакт (Пономарева З.А., 1998; Черненко Т.Е., 1998). Ограниченный поток внешний информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые переживания (Шиф Ж.И., 1968; Розанова Т.В., 1985; Астапов В.М., 1994, Пархалина Е.В., 1995). Потеря слуха часто сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что негативно отражается на двигательной сфере ребенка.

Характерными проявлениями является нарушение статического и динамического равновесия, точности движений, пространственной ориентировки, способности усваивать заданный ритм движений (Байкина Н.Г., Сермеев В.П., 1991 отеря слуха приводит к нарушению развития всех сторон речи, а в ряде случаев к полному ее отсутствию (Богомильский М.Б., 1985; Мастюкова Е.М., 1997), что ограничивает возможности мышле¬ ния, отражается на особенностях поведения — замкнутость, нежела¬ ние вступать в контакт (Пономарева З.А., 1998; Черненко Т.Е., 1998). Ограниченный поток внешний информации из-за поражения слуха искажает восприятие ее смысла, затрудняет общение, осложняет условия психомоторного развития, вызывает негативные эмоции и стрессовые переживания (Шиф Ж.И., 1968; Розанова Т.В., 1985; Астапов В.М., 1994, Пархалина Е.В., 1995). Потеря слуха часто сопровождается поражением вестибулярного аппарата, что нега¬ тивно отражается на двигательной сфере ребенка. Характерными проявлениями является нарушение статического и динамического равновесия, точности движений, пространственной ориентировки, способности усваивать заданный ритм движений (Байкина Н.Г., Сермеев В.П., 1991).

Потеря слуха у детей сопровождается в 62% случаев дисгармоничным физическим развитием, в 44% — дефектами опорно-двигательного аппарата (сколиоз, плоскостопие), в 80% — задержкой моторного развития. Сопутствующие заболевания наблюдаются у 70% глухих и слабослышащих детей. Наиболее распространенными являются заболевания дыхательной системы: ОРЗ, бронхиты, пневмонии, а также задержка психического развития, отклонения в развитии интеллекта, вегетативно-соматические расстройства (Страковская В.Л., 1994; Лебедева Н. Т., 1996).

5.5. Особенности моторики при нарушениях опорно-двигательного аппарата

Дети с последствиями *детского церебрального паралича* (ДЦП) имеют множественные двигательные расстройства: нарушение мышечного тонуса, спастичность, ригидность (напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов), гипотонию мышц конечностей и туловища, ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи), гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения), синкинезии (непроизвольные содружественные движения, сопровождающиеся выполнением активных произвольных движений), тремор пальцев рук и языка, нарушение равновесия и координации движений (атаксия), нарушение мышечно-суставного чувства, чувства позы, положения собственного тела в пространстве (Левченко И.Ю., Приходько О.Г., 2001).

Выделяются следующие формы ДЦП, специфика клинической картины которых в значительной мере обусловлена разным характером поражения.

Спастическая диплегия (болезнь Литтля) – тетрапарез, при котором характерны двигательные нарушения в верхних и нижних конечностях, причем больше страдают ноги. Эти расстройства обнаруживаются у детей уже в первые месяцы жизни ребенка. так как при этом нарушении меньше страдают руки, то такие дети могут обслуживать себя, овладеть письмом и рядом трудовых навыков. Нарушения интеллектуального развития часто незначительны, и многие из таких детей могут обучаться в массовой школе.

Двойная гемиплегия характеризуется двигательными нарушениями во всех конечностях, причем в руках больше, чем в ногах. Двигательные расстройства часто ассиметричны из-за большой выраженности шейного тонического рефлекса на одной стороне. Дети не сидят и не ходят. Двойная гемиплегия – наиболее тяжелая форма ДЦП и диагностируется уже в период новорожденности. Интеллектуальное развитие таких детей на уровне нарушений интеллекта различной степени тяжести.

Атонически-астеническая форма характеризуется парезами, выраженной мышечной недостаточностью. Дети долго не могут держать головку, сидеть, стоять, ходить. Реакция выпрямления и равновесия иногда отсутствует до 2-3 летнего возраста. Только при систематическом лечении к 3-5 годам дети овладевают возможностью произвольных движений. В половине случаев имеется олигофрения в степени дебильности и имбецильности.

Гиперкинетическая форма характеризуется преимущественным поражением подкорковых образований. Гиперкинезы – непроизвольные чрезмерные движения, которые сочетаются с параличами и парезами или могут выступать как самостоятельный вид расстройства. Они проявляются после первого года жизни, психическое развитие страдает меньше, чем при других формах, однако тяжелые двигательные и речевые нарушения затрудняют развитие ребенка, его обучение и социальную адаптацию.

В зависимости от локализации и тяжести поражения мозга у детей с ДЦП значительное место занимают речевые расстройства, частота которых составляет до 80% (Данилова Л.А., 1977; Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В., 1985; Архипова Е.Ф., 1989; Данилова Л.А., Стока К., Казицына Г.Н., 1997). Помимо нарушений функций головного и спинного мозга, вторично в течение жизни возникают изменения в нервных и мышечных волокнах, суставах, связках, хрящах (Бортфельд С.А., 1986; Ипполитова М.В., Чернобровкина Е.Д., 1997; Семенова К.А., 1998; и др.).

Часто двигательные расстройства сопровождаются нарушениями зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций. Различают три степени тяжести дефекта: легкую (дети могут свободно передвигаться), среднюю (при передвижениях и самообслуживании нуждаются в помощи), тяжелую (дети целиком зависят от окружающих).

5.6. Особенности моторики при нарушениях речи

При нарушениях звукопроизношения отмечаются следующие особенности.

При *дислалии* (органической) отмечаются относительно сохранные общедвигательные структуры.

В значительной степени нарушены речедвигательные акты, а также мимические движения. При *ринолалии* характерна астения, вялость, снижение мышечного тонуса, нарушение координации и плавности движений. Возможна амимия, тикообразные и хореические движения лицевых мышц. Отмечаются мимические и артикуляторные нарушения. Движения замедленные, неловкие, недифференцированные.

При нарушениях *темпа речи* также отмечаются специфические особенности моторики. Так, *брадилалия* характеризуется нарушением общей моторики, тонкой моторики рук, пальцев, мимических мышц. Движения замедленные, вялые, недостаточно координированные, неполные по объему, отмечается моторная неловкость. Возможная брадикинезия. При *тахилалии* нарушается темп общих движений, движения быстрые и стремительные, возможно моторное беспокойство во сне.

При *невротическом заикании* отмечается нормальное развитие общей моторики: движения грациозные, с хорошей переключаемостью, чувством ритма, удовлетворительной координацией. Тонкая моторика рук развита в соответствие с возрастом. Жесты, мимика и пантомимика эмоционально окрашены. В то же время отмечается недостаточный объем движений, незаконченность, вялость, повышенная двигательная утомляемость, иногда тремор.

При *неврозоподобном заикании* отмечается моторная патология, выраженная в различной степени от недостаточной координации и подвижности органов речевой артикуляции до нарушения статической и динамической координации рук и ног. Мышечный тонус неустойчив, движения несоразмерные, напряженные. Имеются нарушения координации движений рук и ног, тонкой и артикуляционной моторики. Страдает динамический праксис, нару-

шается последовательность движений и переключаемость. Отмечаются ошибки при восприятии и воспроизведении ритма (Г.А. Волкова).

При *афазии* отмечаются стойкие двигательные расстройства: от вялого паралича конечностей к спастическим явлениям и постепенному восстановлению двигательных функций, которые продуцируется значительное время. Двигательные функции ног восстанавливаются быстрее, чем моторика руки кистей (Т.Г. Визель).

При *афазии* с поражением затылочно-теменных отделов коры головного мозга отмечается оптико-пространственная агнозия. Теряется возможность ориентации в пространственных признаках среды и изображений объектов. Нарушается лево и правовая ориентировка, больные не «читают» географическую карту. На рисунках не передаются пространственные признаки объектов. При правостороннем поражении нарушается возможность зрительной афферентации пространственно-организованных движений («праксис позы») (А.Р. Лурия).

При *алалии* отмечается нарушение оптико-пространственного праксиса: дети не ориентируются в схеме тела, затрудняются при организации движения или серии движений в пространстве. Дети затрудняются в вербализации пространственных отношений, а также в схеме тела (Л.С. Цветкова). При моторной алалии отмечается изменение тонуса, недоразвитие моторики, моторная неловкость, скованность, заторможенность или двигательное беспокойство. При сенсорной алалии отмечается общее двигательное беспокойство, иногда хореоатетозный гиперкинез (Р.Е. Левина, Г.А. Волкова).

При *дислексиях* наблюдаются трудности ориентировки в пространственных направлениях, затрудняются в определении правого и левого, верха и низа. Отмечается невозможность в определении формы и величины. Несформированность оптико-пространственных представлений проявляется в рисовании, составлении целого из частей, неспособности воспроизведения заданной формы. Выявляется задержка в дифференциации правой и левой частей тела, поздняя латерализация или ее нарушение (Р.И. Лалаева, И.Н. Садовникова).

Дети с *общим недоразвитием речи* – это категория детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, у которых оказываются несформированные все компоненты языковой системы: лексика, грамматика и фонетика и, как следствие, связная речь.

С психолого-педагогических позиций общее недоразвитие речи имеет разную степень выраженности: от полного отсутствия речевых средств общения до развернутой речи с элементами фонетического и лексикограмматического недоразвития. По степени тяжести проявления дефекта условно выделяют четыре уровня общего недоразвития речи.

Каждый уровень характеризуется определенным соотношением первичного дефекта и вторичных проявлений, задерживающих формирования зависящих от него речевых компонентов. Переход от одного уровня на другой определяется появлением новых языковых возможностей. С позиций клинико-педагогического подхода Е.М. Мастюкова выделила три основные группы

детей ОНР, руководствуясь критериями: наличие или отсутствие органического поражения речевых органов и систем и его локализация.

1. Дети с неосложненным (клиническими проявлениями) дизонтогенетическим вариантом ОНР, т.е. в синдроме ОНР ярко выражены только симптомы недоразвития речи. В этом случае у детей не обнаруживаются явно выраженные симптомы поражения центральной нервной системы, но выявляется неврологическая микросимптоматика. Это проявляется в недостаточной регуляции мышечного тонуса, неточности мышечных дифференцировок, сочетающихся с незрелостью эмоционально-волевой сферы, слабостью регуляции произвольной деятельности.

2. Дети с неблагополучным анамнезом, с осложненным вариантом ОНР церебрально-органического генеза. Недоразвитие речи у них сочетается с неврологическими и психопатологическими симптомами. У детей могут отмечаться неврологические синдромы: (гипертензионногидроцефальный, церебрастенический, синдромы двигательных расстройств, неврозоподобные синдромы). Дети этой группы отличаются моторной неловкостью, испытывают трудности при переключении с одного вида движений на другой, а так же характерны нарушения общего и орального праксиса.

3. Дети с моторной алалией - наиболее стойким, резко выраженным, специфическим нарушением формирования речи. При алалии недоразвитие речи (или её патологическое развитие) связано, прежде всего, с органическим поражением мозга ребенка в доречевой период.

Движения ребенка с общим недоразвитием речи отличается неловкостью, скованностью, плохой координацией, замедленностью или, наоборот, импульсивностью, трудностями переключения и автоматизации. Неспособность самостоятельно одеться, правильно сложить вещи, застегивать и расстегивать пуговицы, зашнуровывать ботинок. Неловкость движений старших дошкольников обнаруживается в ходьбе, беге, прыжках, во всех видах практической деятельности. Они ходят неуклюже и шаркают ногами. С трудом овладевают детскими подвижными играми. Часто предметы непроизвольно выпадают из их рук.

В анализе результатов исследований общей моторики у детей с отклонениями в речевом развитии Ю.В. Герасименко отмечает следующие особенности: сниженный интерес к выполнению движений, низкая степень самостоятельности при выполнении двигательных заданий, активное использование помощи взрослого, замедленный темп движений, быстрая утомляемость общая напряженность, скованность, недостаточная согласованность движений рук и ног.

Экспериментальное исследование мелкой моторики у детей с ОНР было проведено В.П. Дудьевым. У данной категории детей автор отмечает явления моторной истощаемости: замедление темпа, смазанность, неточность движений к концу заданий. Несформированность мелких движений рук проявляется в затруднениях при выполнении противоположных действий каждой рукой, в изолированном характере их работы, в аритмичности и нечеткости пальцевых

движений, в несовершенстве процессов контроля и регуляции движений, в трудностях выработки кинетической мелодии двигательного акта. В дошкольном возрасте у детей с ОНР выявляется отставание в развитии общей и, особенно, тонкой моторики. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества (быстрота, ловкость, сила, точность, координация), выявляются недостатки психомоторики. В работе Е.Ф. Архиповой показано, что ведущим нарушением двигательной сферы детей с нарушениями речи является отставание в развитии координационных способностей. У данного контингента детей обнаружено снижение скорости и ловкости при выполнении заданий. При этом процесс формирования и становления координационных способностей у детей с ОНР проходит более сложно и длительно, чем у нормально говорящих сверстников.

Исследователи Г.Р. Шашкина, О.Н. Усанова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина установили общие недостатки в развитии общей и мелкой моторики пальцев рук у детей с общим недоразвитием речи: нарушение точности и плавности движений (неточность движений, недостаточность их силы, быстрая истощаемость, вялость и приблизительность движений); невозможность удержания поз (нарушение статики проявляются в значительной трудности (а иногда и невозможности) сохранения равновесия, в треморе конечностей) ошибки в пространственной координации (отмечается незнание сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения задания); нарушение темпа воспроизведения ритмического рисунка (нарушена организация серийных движений и действий); напряженность, скованность движений; нарушение переключения с одного движения к другому; наличие синкинезий, гиперкинезов, тремора; нарушение синхронности в выполнении движений; недифференцированность движений; нарушения контроля за собственными действиями; трудности переключения; явления зеркальности; асинхронность движения;трудности переноса позы справа налево и др.

Л.О. Бадалян отмечает, незрелость моторики, у детей с ОНР. Ребенок не воспринимает состояния напряженности или, наоборот, расслабленности мышц, производимые такими детьми движения обычно имеют быстрый, порывистый, суетливый, многочисленный характер, отмечает. Наряду с этими отмечаются медлительность и неуклюжесть, отсутствие четкой соразмерности и последовательности в движениях. Как правило, точные, мелкие движения, требующие ловкости и точной координации, им редко удаются, а иногда и не удаются вовсе. Как правило, грубые двигательные расстройства у детей старшего дошкольного возраста с общин недоразвитие речи отсутствуют, но уровень физического и моторного развития уступает нормально развивающимся сверстникам.

Таким образом, для детей с ОНР характерно неполноценное развитие моторных функций. У детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи отмечается значительное отставание в развитии тонкой моторики рук, а именно кистей и пальцев рук. Недостаточная сформированность лицевой и артикуляционной моторики проявляется в бедности, невыразительности мимических движений, в нечетком или неправильном звукопроизношении, в общей смазанности, невнятности речи. Отставания в развитие общей двигательной сфере: плохая координация сложных движений, их недостаточной точности и ловкости, выраженные затруднения при выполнении упражнении по словесной инструкции, скованность, отсутствие легкости и грациозности при выполнении упражнений. Недостаточность лицевой и артикуляционной моторики. На фоне этого страдают все компоненты речи из-за неразрывной связи моторных и речевых функций.

Итак, в целом развитие и формирование двигательной сферы идет в трех основных направлениях: в направлении роста трудности решаемых двигательных задач и их точности; в направлении развития способностей решать внезапные, нешаблонные двигательные задачи; по линии роста смысловой сложности двигательных задач.

Однако, в условиях дизонтогенеза имеются свои специфические особенности развития моторики.

6. Диагностика моторной сферы

6.1. Нейропсихологический подход к изучению моторики

Нейропсихологический подход к изучению моторики наиболее полно отражен в широко используемой схеме нейропсихологического исследования А. Р. Лурия (1973), где представлен целый раздел по изучению движений и действий. В методе А. Р. Лурия представлено наиболее полное нейропсихологическое обследование, позволяющее установить не только функциональную «карту» патологии, но и сохранные звенья, на которые педагог может опереться в коррекционной работе.

В нейропсихологической методике А. Р. Лурия движения и действия изучаются с помощью различных проб, связанных в основном с движениями руки.

А. Р. Лурия (1962, 1969) подчеркивал в своих работах исключительную важность для деятельности человека движений рук, имеющих особенно тонкую корковую организацию. Чем большее функциональное значение имеет орган, тем более богаты его связи и больше его участие в системе произвольных движений, тем большую площадь занимает его проекция в коре головного мозга. Отдельные участки тела представлены в первичных полях коры пропорционально не их величине, а их физиологическому значению. Например, в кожно-кинестетической зоне наибольшей протяженностью отличаются участки, куда проецируются кожные и мышечные рецепции пальцев и кистей рук, характеризующиеся наиболее выраженной способностью различения мельчайших раздражителей. Проекция пальцев рук занимает примерно треть всей зоны моторной проекции. Большее место в корковых проекциях занимают и органы речевого аппарата по сравнению, например, с туловищем в целом.

Нейропсихологическая методика А. Р. Лурия, разработанная для взрослых была модифицирована многими авторами для изучения детей и подростков, как нормально развивающихся, так и имеющих отклонения в развитии.

Применение нейропсихологического метода при изучении моторики рассматривается И. Ф. Марковской (1995).

В исследовании И. Ф. Марковской использована модификация нейропсихологической методики, предусматривающая количественно-качественный анализ.

Все задания предъявляются в игровой форме, т. к. игра является основной моделью деятельности ребенка. Исследования многих авторов (Э. Хейсерман, 1964; Б. В. Зейгарник, 1973; Р. А. Харитонов, 1978 и др.) показывают, что в детской психиатрической клинике игровые психологические методики имеют особое значение, облегчая установление контакта с больным ребенком и вскрывая его потенциальные возможности.

На основе схемы нейропсихологического исследования (под ред. А. Р. Лурия, 1973) автор приводит перечень заданий, использованных при нейропсихологическом исследовании детей.

Исследование движений и действий в работе И. Ф. Марковской представлено следующими заданиями:

– Анализ элементарных компонентов движений;

– Выявление синкинезий (пробы Заззо);

– Оптико-кинестетическая организация движений (пробы на праксис позы);

– Зрительно - пространственная организация движений (пробы Хэда);

– Динамическая организация двигательного акта («перебор пальцами», реципрокная координация движений, «асимметричное постукивание», графические пробы);

– Слухо - моторная координация;

– Конструктивный праксис;

– Выполнение двигательных программ (графические пробы, ритмические последовательности, условные двигательные реакции).

Выполнение каждого задания оценивается с помощью качественно-количественных характеристик. При качественном анализе состояния высших корковых функций И. Ф. Марковская предлагает выделение ведущего фактора, затрудняющего осуществление заданной психологической операции:

– нейродинамические нарушения;

– нарушения высших форм регуляции;

– парциальное нарушение модально-специфических корковых функций.

При определении критерия качественно-количественной оценки автор исходит из разной степени выраженности выделенных показателей нарушений высших корковых функций. С этой целью разработана пятибалльная шкала оценок. При описании содержания каждого балла сочетаются характеристики нейродинамических и регуляторных расстройств.

Таким образом, методика представленная И. Ф. Марковской позволяет не только определить степень парциальных нарушений модально-специфических психических функций, но и те общие неспецифические расстройства мозговой деятельности, отражающие дискоординацию корково-подкорковых функциональных отношений, которые также обуславливают трудности обучения детей данной категории. Это важно не только для уточнения структуры нарушения познавательной деятельности у ребенка, но и чрезвычайно важно при решении вопросов прогноза и индивидуализации психолого-педагогической коррекции.

6.2. Психолого-педагогический подход к изучению двигательной сферы

Этот подход предполагает использование основных и дополнительных методов исследования для более полной и адекватной оценки развития психических функций ребенка, том числе и моторных (О. Н. Усанова , 1995; С. Д. Забрамная, 1995; Е. М. Мастюкова, 1997; Е. А. Стребелева, 1998 и др.).

Метод наблюдения является одним из основных при изучении детей с отклонениями в развитии (С. Д. Забрамная,1995).

Н. С. Жукова и Е. М, Мастюкова (1993) в своей работе «Если ваш ребенок отстает в развитии» дают советы родителям и педагогам по наблюдению за развитием ребенка в раннем и дошкольном возрасте, а также описывают нормативы нормального психического развития ребенка от 0 до 6 лет.

Говоря о развитии движений, авторы подчеркивают необходимость наблюдения за развитием двигательных функций ребенка с первых месяцев жизни. При наличии у ребенка на первом году жизни выраженного отставания в развитии двигательных навыков, особенно при сочетании его с повышением мышечного тонуса, наличии насильственных движений, авторы советуют родителям обязательно показать ребенка детскому невропатологу. Подчеркивается необходимость быть особенно внимательными, когда становление двигательных навыков ребенка происходило нормально, а затем к возрасту 9-12 месяцев стали проявляться двигательные расстройства в виде низкого мышечного тонуса, нарушений координации движений с постепенной утратой двигательной активности, так как подобные состояния характерны для многих заболеваний нервной системы.

Авторы отмечают, что у многих детей с отклонениями значительно задержано развитие совместного функционирования руки и глаза (зрительно-моторной координации) и двигательной активности рук.

При непосредственном изучении ребенка во время психолого-педагогического обследования наблюдение начинается с первого момента знакомства с ребенком и продолжается на протяжении всего времени обследования. Наблюдение должно проводиться целенаправленно, его материалы необходимо фиксировать (С. Д. Забрамная, 1995).

Многое о ребенке может сказать его общий вид. Это его осанка, походка, координация движений, взгляд, мимика и т. д. При многих нарушениях развития внешний вид ребенка часто неблагоприятен. В качестве отклонений от

нормального внешнего вида отмечаются невыразительное, маскообразное, амимичное лицо; наличие асимметрии и диспластичности; отсутствие фиксации взора, блуждающий взор; слюнотечение; косоглазие; неправильная форма или нестандартная величина головы; нарушения точности и координации движений при ходьбе. Отклонения от нормального внешнего вида могут указывать на наличие нарушений в развитии.

Е. М. Мастюкова (1997) также отмечает важность того, чтобы педагог научился профессионально оценивать облик ребенка, выявляя микро - или макроцефалию, наличие ожирения и т.д.

При обследовании детей дошкольного и младшего школьного возраста большое значение имеет *наблюдение за игрой ребенка.* Помимо всего прочего, в процессе игры проявляются все недостатки двигательного развития ребенка. Можно увидеть особенности как мелкой, так и общей моторики.

У детей с органическими поражениями нервной системы отмечается отставание в развитии манипулятивной функции (Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, 1993). Движения рук плохо координированные, неточные, ребенок неловко, всей кистью пытается захватить предмет, весь напрягается. При некоторых формах психической патологии ребенок может не проявлять интереса к игрушкам, а предпочитать «играть» со своими руками, производя монотонные однообразные движения ими в поле своего зрения.

С. Д. Забрамная (1995) значительное место при изучении ребенка отводит наблюдению за его игрой. Она отмечает необходимость наблюдения за координацией движений в ходе производимых ребенком манипуляций, за состоянием моторики,

Е. М. Мастюкова (1997) также отмечает необходимость наблюдать свободную игру и деятельность ребенка. Важно обратить внимание на особенности поведения ребенка, развитие его моторики и речи, отметив устойчивость походки, специфику манипулятивной деятельности рук, наличие насильственных движений, оценив ведущую руку.

Особое внимание обращают на поведение, контактность ребенка, адекватность его мимики, жестов. Обращается внимание на повышенную истощаемость и пресыщаемость ребенка в процессе спонтанной игры, оцениваются реакции на одобрения и замечания.

При изучении моторики детей с нарушениями развития дошкольного возраста важны и *дополнительные методы*: сбор анамнестических данных, изучение документации на ребенка, беседа с родителями, изучение продуктов деятельности ребенка и др.

О необходимости тщательного *изучения анамнеза* говорит Е. М. Мастюкова (1997). Педагогической диагностике должно предшествовать знакомство педагога с данными анамнеза относительно развития ребенка, начиная с первых месяцев жизни. Известно, что различные неблагоприятные воздействия, как во внутриутробном периоде развития, так и во время родов (травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут привести к отклонениям в психическом развитии. При оценке анамнеза важно обратить внимание на

наследственную патологию в семье, отметить возможность неблагоприятного воздействия на развитие ребенка различных вредных факторов в период внутриутробного развития или после рождения. Следует внимательно ознакомиться с данными медицинского обследования.

Впоследствии все эти сведения могут внести неоценимый вклад не только при квалификации структуры нарушений, но и при определении путей педагогической коррекции.

На необходимость изучения раннего психомоторного развития и становления навыков самообслуживания указывают многие авторы (О. Н. Усанова, Е. М. Мастюкова, Н. С. Жукова, С. Д. Забрамная и др.).

Как правило, наиболее полную информацию о раннем психомоторном развитии и становлении навыков самообслуживания у ребенка можно почерпнуть из *беседы* с родителями, педагогами и другими лицами, принимающими участие в воспитании ребенка,

Изучение развития моторики и навыков самообслуживания, отмечает О. Н. Усанова (1990), ориентировано на диагностику и использование полученных данных в обосновании педагогического процесса. Характеристика уровня самообслуживания является одним из важных показателей общего психического и моторного развития ребенка, а также играет большую роль при определении возможности зачисления ребенка в специальное учебное заведение. При беседе с родителями важно выяснить, в каком возрасте ребенок научился сам раздеваться и одеваться, мыть руки, убирать свои игрушки, пользоваться столовыми приборами и т. д., и как быстро и умело он это делает. Особенно показательным фактором является активность ребенка в достижении результатов самообслуживания (просит ли ребенок помочь ему, когда сам не справляется; принимает ли участие в отдельных доступных ему операциях; настойчив ли или быстро прекращает попытки к действию). Часто родители сообщают о том, что навыки самообслуживания сформировались при значительной помощи взрослых. Сопоставляя эти сведения с результатами дальнейшего обследования, можно составить представление о темпах формирования и переноса этих навыков у ребенка и о влиянии трудностей моторного характера на процесс развития.

Из беседы с родителями также можно узнать о раннем развитии ребенка. При этом необходимо помнить, что оценка уровня психомоторного развития ребенка в раннем и дошкольном возрасте должна быть дифференцированной, учитывающей особенности развития общей моторики, тонкой моторики рук, зрительно - моторной координации, восприятия, речи, а также социально - эмоционального развития (Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, 1993). Беседа с родителями может быть достаточно информативной, однако любая информация, полученная от родителей признается достоверной, если она находит подтверждение в документах или при обследовании ребенка.

Поэтому *изучение документации* является неотъемлемым звеном в оценке моторного развития ребенка. Необходимо проанализировать медицинскую документацию (медицинскую карту или выписку из нее, заключения узких

специалистов, результаты лабораторных и аппаратурных исследований и др.). При анализе документации можно получить ценные сведения о ребенке: указание на причины поражения, клинический диагноз и время его установления, особенности психомоторного развития на первом году жизни, изменения в диагностике по мере развития ребенка, время и место лечения, наиболее эффективные виды лечения и др.

При изучении педагогической документации (характеристик, заключений по результатам психологического обследования, речевых карт) необходимо обращать внимание на особенности развития общей, мелкой и артикуляционной моторики ребенка в различные возрастные периоды; анализировать динамику психомоторного развития ребенка; оценивать влияние моторного развития ребенка на его общее психическое развитие.

С. Д. Забрамная (1995) отмечает и важность *метода изучения рисунков* детей при проведении психолого-педагогического обследования, т. к. рисунок является важным дифференциально-диагностическим показателем при изучении детей. Анализ рисунков детей и характера рисования может дать представление о развитии графо-моторных навыков ребенка, его пространственной ориентировке, развитии зрительно - моторной координации, тонких движений кисти и пальцев рук.

6.3. Клинический подход к изучению моторики

Клинический подход к изучению моторики предполагает всестороннее медицинское изучение ребенка, поскольку многие отклонения в развитии двигательной сферы детей связаны с наличием у детей определенных соматических, неврологических или психических заболеваний, обуславливающих отклонения в развитии.

Клинический метод исследования предполагает комплексный подход, включающий оценку этиологии, патогенеза, структуры ведущего дефекта и осложняющих его нарушений, анализ взаимосвязи психопатологических и неврологических нарушений (Е. М. Мастюкова, 1997; Н. П. Вайзман, 1997).

Медицинская диагностика отклонений развития у детей раннего и дошкольного возраста включает общий осмотр, анализ анамнестических данных, оценку соматического, неврологического и психического состояний. Клинический диагностический процесс разделяется на несколько этапов. Важное значение для клинической диагностики имеет нейрофизиологический, биохимический, генетический и другие методы обследования. Основывается клиническая диагностика на знании основных закономерностей возрастного развития нервно-психических функций.

6.4. Логопедическое обследование моторики

Известно, что речь тесно связана с определенным уровнем развития моторики (М. Аксенова, В.М. Бехтерев М.М. Кольцова, А.Р. Лурия, В.С. Мухина, Е.В. Новикова, Л.В. Фомина и др.).

Исследованию моторики может быть проведено по следующим блокам.

Блок 1 – обследование произвольной мимической моторики. Цель: изучение качества и объема определенных мимических поз.

Блок 2 – обследование моторики артикуляционного аппарата. Цель: изучение двигательной функции губ, нижней челюсти, языка, изучение точности, силы, объема, переключаемости движений губ, языка.

Блок 3 – обследование произвольной моторики пальцев рук. Цель: исследование статической и динамической координации движения пальцев рук.

Блок 4 – Обследование общей произвольной моторики. Цель: изучение статической и динамической координации движений, как одних из компонентов общей произвольной моторики.

Алгоритм предъявления диагностических заданий предполагает индивидуальное обследование ребенка начиная с установления контакта: 2 – 3 вопроса на отвлечѐнную тему, далее предлагаем сыграть в игру «Обезьянки». Ребенок повторяет мимические, артикуляционные, моторные движения, повторяя их за взрослым, в соответствии с последовательностью диагностических заданий. Условия выполнения диагностических заданий: задания на диагностику мимической и артикуляционной моторики, мелкой моторики выполняются, когда ребенок сидит за столом напротив логопеда. Задания на диагностику общей моторики – на полу.

Таким образом, сочетание качественно-количественной оценки психолого-педагогических данных об уровне развития моторики ребенка, динамическое наблюдение и комплексное клиническое исследование позволяет наиболее точно и полно оценить общее психическое развитие ребенка, состояние его психомоторики, дать прогноз дальнейшего развития и определить наиболее оптимальные пути психолого-педагогической коррекции.

7. Развитие моторики у лиц с нарушениями речи

Известно, что за многими нарушениями речи стоят и нарушения моторной сферы (нарушения общей и мелкой моторики, артикуляционной моторики и моторики мимической мускулатуры лица, сложности в действиях по пространственно-временным параметрам и др.).

Доказано, что моторная сфера и речь взаимосвязаны между собой, поэтому воздействие на моторную сферу будет благоприятно влиять и на развитие и коррекцию речи.

Для преодоления речевого дефекта используют поэтапную систему формирования речи, которая включает в себя не только коррекцию произносительной стороны речи и речевой психической функции, но и неречевой (слухового внимания, зрительного восприятия, зрительнопространственного гнозиса и праксиса), а также развитие общей, мелкой, артикуляционной, мимической моторики.

А.В. Семенович, указывает на эффективность использования методов моторной коррекции, как «фундамента» познавательных функций, которые активизируют мозговой метаболизм, и восстановят взаимодействие между разными уровнями психической деятельности ребенка.

Н.А. Бернштейн выделил принцип сенсомоторных коррекций, как новое понимание управления движениями. Он описал, что в зависимости от информации, которую несут сигналы обратной связи (о степени напряжения мышц, о положении частей тела, о скорости), афферентные сигналы поступают в разные чувствительные центры головного мозга и соответственно переключаются на моторные пути на разных уровнях. Каждый уровень, построения движений, имеет специфические, свойственные только ему моторные проявления, каждому уровню соответствует свой класс движений, развитие которых становится возможным в онтогенезе по мере морфофункционального созревания отделов головного мозга, обеспечивающих эти движения.

Н.А. Бернштейн отмечет, что для эффективного развития мелкой моторики ребенка, необходимо создать условия воспитания и целенаправленного обучения, способствующего развитию движений рук.

Двигательные задачи, которые ставит перед ребенком взрослый, в процессе воспитания, и попытки ребенка решить их, являются необходимым условием развития соответствующих уровней построения движений.

Н. Ю. Костылева М. Ф. Фомичева осветили проблему формирования артикуляционной моторики. Они отмечают важность проведения артикуляционной гимнастики (системы упражнений для развития речевых органов), способствующей совершенствованию движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков, и подготовке речевого аппарата к речевой нагрузке.

Метод формирования звукопроизносительной стороны речи путем специфической гимнастики признан целым рядом известных теоретиков и практиков, специализирующихся по расстройствам речи (Е.С. Анищенкова, С.П. Белякова, С.В. Коноваленко, В.В. Коноваленко, Е. Краузе, Н.В. Новотворцева, О. В. Правдина, Т.В. Рожкова, М. В. Фомичева, М. Е. Хватцев). Цель артикуляционной гимнастики - выработка полноценных движений и определенных положений органов артикуляционного аппарата, умение объединять простые движения в сложные, необходимые для правильного произнесения звуков.

Т. В. Буденной рекомендуется проведение артикуляционной гимнастики, начиная с раннего возраста. Т.В. Волосовец указывает на важность внедрения комплекса артикуляционной гимнастики в подготовительный этап по коррекции звукопроизношения.

О.И. Крупенчук и Т.А. Воробьева разработали комплексы артикуляционной гимнастики в игровой и стихотворной форме. Игра не только позволит разнообразить коррекционную работу логопеда, но и, как ведущий вид деятельности, простимулирует интерес детей к проводимым занятиям.

Коноваленко С.В., Коноваленко В.В. разработали приемы нетрадиционной артикуляционной гимнастики с использованием разных подручных предметов: упражнения с ложкой, шариком, водой; статические артикуляционные упражнения для губ и языка без предмета/с бинтом.

Е. И. Краузе, Е. Ф. Архипова, считают обязательным, включать, параллельно с артикуляционной гимнастикой, массаж мимических мышц лица, так как мимика тесно связана с артикуляцией. Благодаря стимулированию ребенка изображать на лице различные эмоции, развивается не только мимическая, но и артикуляционная моторика, в частности развитие подвижности мышц губ и щек.

Биоэнергопластика впервые была предложена А.В. Ястребовой и О.И. Лазаренко, как прием способствующий достижению лучших результатов в работе по постановке звуков.

Применяя биоэнергопластику, которая в себе гармонично сочетает элементы базовых систем: артикуляционной гимнастики и развития пальцевой моторики, в организме ребенка активизируется первичная биоэнергия, формируется кинетический и кинестетический артикуляционный праксис, активизируется работа коры головного мозга, а это основа развития речи.

В настоящее время активно внедряется в современную логопедию, другое нетрадиционное средство развития, - это методика Су-Джок, разработанная и предложенная южнокорейским профессором Пак Чже Ву. В данной методике игры, упражнения, задания для развития мелкой моторики и координации движений рук. Приемом Су-Джок терапии является массаж кистей специальными шариками с различной поверхностью и эластичными кольцами, чем самым нормализуется мышечный тонус, опосредованно стимулируются и активизируются речевые зоны коры головного мозга.

Т.А. Воробьевой и О.И. Крупенчук предлагается развитие общей и мелкой моторики с использованием специально разработанных игр с мячом по разделам направленных: на развитие общей и мелкой моторики, ориентировки в пространстве, на развитие фонематического восприятия, закрепление правильного произношения, дифференциацию звуков, а так же на обогащение и расширение словарного запаса, развитие грамматического строя речи.

Широко используются различные дидактические игры: шнуровки, выкладывание букв из палочек, пазлы, штриховки и др., которые сопровождаются речевыми играми (А. Е. Белая, О. Н. Громова, В.И. Мирясова, Е. Ф. Черенкова, Г.С. Швайко).

Н.А. Власова, В.А. Гринер, Д.С. Озерцовский, К. Орф, Н.С. Самойленко, Ю.А. Флоренская подчеркивали влияние логопедической ритмики на развитие речи ребенка, которая основана на синтезе слова, движения и музыки.

Логоритмика объединяет в себе речедвигательные и музыкально-речевые игры и упражнения, в основе которых единый музыкально-двигательный замысел, осуществляемый в целях логопедической коррекции и стимулирования двигательной активности. Занятия логопедической ритмикой, по мнению Г. А. Волковой, способствуют развитию координации, выработки умения соединения слов с действием.

Е.А. Алябьева разработала методику логоритмических упражнений без музыкального сопровождения.

Комплекс этих упражнений, направлен на нормализацию темпа и ритма, посредством чего развивается словарный запас, автоматизируется звукопроизношение. «Рассказывание» стихов с помощью рук неизменно вызывает у детей живой интерес, повышает эмоциональный тонус.

Н.Ю. Костылева рекомендует фонематическую ритмику как один из эффективных приемов работы логопеда над произносительной стороной речи детей. Содержание фонетической ритмики является обучение детей выполнению крупных и мелких движений тела, рук, ног, которые следует сопровождать произнесением как звуков и слогов, так и слов и фраз. В процессе целенаправленной работы артикуляционные движения ведут к более успешному овладению произносительными умениями.

В. А. Киселева и А. В. Семенович разработали нейропсихологическую методику - комплекс разнообразных упражнений, направленный на коррекцию двигательной сферы, предполагающую работу по развитию: речевой моторики, общей моторики и тонкой моторики пальцев рук.

М. Монтессори уделяла большое внимание созданию развивающей предметно-пространственной среде. Суть ее методики - это познание мира и действительности через предметы быта и обихода. Развитие и обучение ребенка происходит через собственные действия, через призму чувств, полученных в результате процесса самостоятельного выполнения.

Одно из изобретений М. Монтессори это бизиборд – развивающая доска (стенд, модуль) со всевозможными кнопками, выключателями, щеколдами, крючками и прочими «опасностями» которые ребенку трогать обычно запрещено. Ради безопасности детей, это все должно быть надежно закреплено на поверхности доски. Маленькие детали, которые не просто можно изучать, но и совершать с ними определенные действия (шнуровка, застегивание пуговиц, «щелкание» выключателем, «втыкание» вилки в розетку, вдавливание кнопки, защелкивание щеколды, нанизывание бусины и т.д.) тренируют, учат обращению с реальными аналогами этих предметов в быту.

Использование бизиборда во время коррекционно-развивающей работы позволит:

оптимизировать работу учителя-логопеда, то есть за ограниченное количество занятий эффективно решать весь комплекс дидактических задач;

реализовать эффективную работу по формированию моторных– функций по всем направлениям;

повысить естественную двигательную и игровую активность;

эффективно решать образовательные, коррекционно-развивающие, воспитательные задачи;

разнообразить виды деятельности на логопедических занятиях.

Основная цель работы с бизибордом – формирование моторных функций, осуществление неразрывной связи речевой деятельности и моторных функций посредством дидактического материала, игр.

Бизиборды по лексическим темам структурируют и облегчат работу учителя-логопеда в условиях коррекционно-развивающего процесса в дошкольной образовательной организации.

Таким образом, коррекция недостатков двигательной сферы могут быть эффективными при условии мобилизации всех компенсаторных возможностей лиц с нарушением речевой функции.

Литература

1. Акимова М.К. Психологическая диагностика: Учеб. Пособие / М.К. Акимова – СПб.: Питер, 2005. – 303 с

2. Алябьева Е.А. Логоритмические упражнения без музыкального сопровождения: Метод. пособие / Е.А. Алябьева — М.: ТЦ Сфера, 2006. – 64 с

3. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: Учеб. Пособие для студентов пед. Вузов / Е.Ф. Архипова – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 224 с.

4. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. Серия: Высшая школа / Е.Ф. Архипова – М.: АСТ, 2007 – 780с

5. Бадалян Л.О. Детская неврология: Учеб. пособие / Л.О.Бадалян. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс информ, 2016 – 608 с

6. Бернштейн И.А. О построении движения / И.А. Бернштейн – М.: Просвещение, 2005 – 213 с.

7. Буденная Т.В. Логопедическая гимнастика: Методическое пособие / Т.В. Буденная – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2001. — 64 с.

8. Бушлякова Р.Г. Артикуляционная гимнастика с биоэнергопластикой / Р.Г. Бушлякова – М.: Детство-Пресс, 2011 – 156 с.

9. Визель Т. Г. Основы нейропсихологии / Т. Г. Визель.– М.:АСТ: Транзиткнига, 2005. – 384с

10. Визель Т. Г. Современное состояние проблемы психомоторного развития детей и его нарушений / Т. Г. Визель, С. В. Клевцова, С. А. Зайцева // Дефектология в свете современных нейронаук: теоретические и практические аспекты: Сборник материалов I Международной научной конференции, Москва, 23–24 апреля 2021 года. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью "Когито-Центр", 2021. – С. 67-80. – Режим доступа: https://elibrary.ru/item.asp?id=4748611

11. Волкова Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебно┐ методическое пособие / Г.А. Волкова. – Санкт-Петербург: Детство-Пресс, 2008. – 133 с. – Режим доступа: https://search.rsl.ru/ru/record/01004099163

12. Волкова Г.А. Логопедическая ритмика [Текст]: Учеб. для студ. высш. учеб. завед./ Г.А. Волкова. – М.: Владос, 2002. – 272 с

13. Волкова Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной 54 диагностики / Г.А.Волкова. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2013 –144с.

14. Волосовец Т. В. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / Т.В. Волосовец,, Н.В. Горина, Н.И. Зверева и др — М.: Академия, 2000 г. – 200 с

15. Воробьева Т.А. Мяч и речь. / Т.А. Воробьева, О.И. Крупенчук — СПб.: Дельта, 2001. — 96

16. Выготский Л.С. Общие вопросы дефектологии // Собр. сочинений: В 6 т. – М., 1983. – Т. 5.

17. Глухов В.П. Из опыта логопедической работы по формированию связной речи детей с ОНР дошкольного возраста: Библиотека практикующего логопеда. – М.: Знание, 2007. – 450 с

18. Дудьев В.П. Психомоторика и ее мозговая организация: норма и патология / В.П. Дудьев. – Барнаул: БГПУ, 2005. – 359 с.

19. Запорожец А.В. Развитие произвольных движений: избранные психологические труды, том 2 / А.В. Запорожец. – Москва: Педагогика, 1999. – 296 с.

20. Зиновьева Л. С. Предметно-развивающая образовательная среда как приоритетное направление деятельности детского сада по 55 системе Монтессори [Электронный ресурс] // Педагогическое мастерство: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Москва, ноябрь 2014 г.). — М.: Буки-Веди, 2014. — С. 156-158. — URL https://moluch.ru/conf/ped/archive/144/6491/ (дата обращения: 13.05.2018

21. Жукова Н. С., Мастюкова, Е.М. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда [/Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. - Екатеринбург: ЛИТУР, 2005. – 320 с

22. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека: учебник для вузов / Е.П. Ильин. — Спб: Питер, 2003. — 384с

23. Краузе Е.Н. Логопедический массаж и артикуляционная гимнастика : Практическое пособие / Е. Н. Краузе, – СПб.: Корона. Век, 2016. – 80 с

24. Кононова Е.А. Основы развития психомоторики у дошкольников // Наука и образование: открытия, перспективы, имена. – 2015. – № 4; [Электронный ресурс] // «Университетская библиотека онлайн». Режим доступа: http://www.nauobraz.esrae.ru/28-161 /. (дата обращения 1.11.2017

25. Коноваленко, С.В. Хлоп-топ. Нетрадиционные приемы коррекционной логопедической работы с детьми / С.В. Коноваленко, В.В. Коноваленко. — М.:«ГНОМ»,2013. — 32с.

26. Кольцова, М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка / М. М. Кольцова: М.: Педагогика, 2005. – 143 с.

27. Костылева Н.Ю.Покажи и расскажи / Н.Ю. Костылева. — М.:ТЦ СФЕРА, 2007. — 62 с.

28. Киселева В.А. Развитие тонкой моторики: Дошкольное воспитиние / В.А. Киселева. — М.: Чистые пруды, 2006. — №1.- с.12-14

29. Левина Р.Е. Основы теории логопедии: Учеб. Пособие для учителей / Р.Е. Левина. – М.: Альянс, 2013. – 367 с.

30. Любанова Н.Н. Влияние мелкой моторики рук на развитие речи детей // Молодой учёный. – 2014. – №20. – С. 595–596.

31. Никандров В.В. Психомоторика / В.В. Никандров. – М.: Речь, 2014. – 104

32. Нурумова Н.Ф. Крупные возможности мелкой моторики // Логопед. – 2010. – №7. – С. 63–65.

33. Пак Чжэ Ву Вопросы теории и практики Су Джок терапии : Серия книг по Су Джок терапии / Чжэ Ву Пак – Су Джок Академия, 2009 – С. 208

34. Поваляева М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002– 448 с.

35. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях.– часть 1. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

36. Поникарова В.Н. Дефектология: клинические основы: Учеб. пособие. – в 2-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга», 2022 – 221 с.

37. Поникарова В.Н. Дефектология. Психолого-педагогические проблемы: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 374 с.

38. Поникарова В.Н. Дефектология. Основы дифференциальной диагностики: Учеб. пособие. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2022 – 170 с.

39. Поникарова В.Н. Дефектология. Психологические основы логопедии: Учеб. пособие. в 3-х частях. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н.– часть 1. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 351 с.

40. Поникарова В.Н. Дефектология. Клинические основы логопедии: Учеб. пособие в 3-х частях. – часть 2. / Поникарова В.Н. // под ред. В.Н Поникаровой В.Н. – Курск, ЗАО «Университетская книга»., 2023 – 293 с.

41. Трубникова Н. М. Структура и содержание речевой карты. Учебно-методическое пособие. – Екатеринбург: Уральский государственный педагогический университет. 1998. – 51 с.

42. Филичева Т.Б. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада: В 2 ч. Ч. 2. Второй год обучения (подготовительная группа) / Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина. – М.: Альфа, 1993. – 87 с.

43. Частные методики адаптивной физической культуры: Учеб1ное пособие /Под ред. Л. В. Шапковой. — М.: Советский спорт, 2003. — 464 с, ил.

44. Хризман Т.П. Об отношении ассоциативных зон коры головного мозга к организации сложной произвольной деятельности у детей от 1 года до 4 лет по данным ЭЭГ: тезисы 5-го научного совещания – Л., 1997 – с.11 -13.

45. Цвынтарный В.В. Играем пальчиками – развиваем речь. – М., ЗАО Центрполиграф, 2002 – 32 с.

ГЛОССАРИЙ

Агнозия – нарушение процессов узнавания предметов и явлений при сохранности сознания и функции органов чувств; наблюдается при поражении определенных отделов коры больших полушарий головного мозга.

Агнозия апперцептивная – форма оптической агнозии, при которой окружающие предметы и явления воспринимаются верно, но особенности данно┐ го конкретного объекта не увязываются с прошлым опытом (напр., больной не может узнать предметов собственной одежды, хотя знает, для чего они служат и как ими пользоваться); в происхождении А. а. имеет значение локальное поражение корковых полей и состояние торможения в центральных отделах зри┐ тельного анализатора.

Агнозия зрительная – агнозия, характеризующаяся расстройством узнавания предметов и явлений при сохранении их зрительного восприятия; Агнозия развивается при поражении наружной поверхности левой затылочной доли.

Агнозия пальцевая – изолированное нарушение узнавания, выбора и дифференцированного показа пальцев рук, как собственных, так и пальцев других людей.

Агнозия пространственная – неспособность ориентироваться в пространстве, оценивать пространственные соотношения и воспроизводить последовательные действия в сложных двигательных актах.

Агнозия симультанная – зрительная агнозия, при которой сохранено узнавание отдельных объектов, но отсутствует способность воспринимать группу объектов (изображений) как целое или ситуацию в целом.

Агнозия слуховая – неспособность различать звуки речи, узнавать предметы и явления по характерным для них звукам (напр., часы по тиканью); причина агнозии слуховой – поражение височной доли головного мозга.

Агонисты – содружественные мышцы, участвующие в осуществлении какого-либо движения.

Аграмматизм – нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих грамматическую упорядоченность речевой деятельности; наблюдается опускание предлогов, неправильное согласование слов в роде, числе, «телеграфный стиль» и пр.; возникает обычно в связи с афазией или алалией.

Аграмматизм импрессивный – непонимание значения грамматических форм в воспринимаемой устной речи и (или) при чтении.

Аграмматизм экспрессивный – неумение грамматически правильно из┐ менять слова и строить предложения в своей активной устной и (или) письмен┐ ной речи.

Аграфия – нарушение психофизиологических процессов, обеспечивающих закономерную связь звукового и письменного аспектов речевой деятельности, приводящее к полной неспособности овладеть процессом письма или к потере этого навыка; заключается в неосознании букв как графем, неумении

соединять их в слова; возможность списывания при этом, как правило, сохраняется; обычно является следствием общего недоразвития речи, связанного с органическим поражением мозга.

Алалия моторная – недоразвитие экспрессивной речи, выраженное за┐ труднениями в овладении активным словарем и грамматическим строем языка при достаточно сохранном понимании речи; в основе . лежит расстройство или недоразвитие аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора, выраженное, в частности, заменой тонких и сложных артикуля┐ ционных дифференцировок более грубыми и простыми; причина – поражение коркового конца речедвигательного анализатора (Брока центр) и его проводя┐ щих путей.

Алалия сенсорная – недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух и сохранные спосо6┐ ности к развитию активной речи; причиной является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (Вернике центр) и его проводящих путей.

Алексия – полная неспособность или потеря способности овладения процессом чтения.

Амбидекстрия – способность одинаково хорошо владеть правой и левой рукой может быть врождѐнной или выработанной в результате тренировок.

Анализатор – термин, введенный И.П. Павловым для обозначения нервного аппарата, обеспечивающего восприятие и анализ внешних и внутренних раздражителей и формирующего специфические для данного анализатора ощущения; каждый анализатор состоит из воспринимающего раздражения прибора – рецептора, про┐ водящего пути и центрального отдела в коре головного мозга.

Акалькулия – расстройство счета. Может быть врожденным и приобретенным. Как распад уже сложившейся функции счета встречается при различных формах афазии.

Апраксия – нарушение целенаправленного действия при сохранности составляющих его элементарных движений.

Апраксия амнестическая – нарушение произвольных действий при сохранении подражательных.

Апраксия графическая – утрата способности воспроизводить написание тех или иных букв, забывание их графического изображения; при этом списывание букв и слов с печатного текста вызывает большие трудности.

Апраксия кинестетическая – апраксия, которая возникает при постцентральных нижнетеменных поражениях доминантного (левого) полушария мозга и выражается в недостаточной точности отдельных произвольных движений.

Апраксия кинетическая – апраксия, связанная с поражением заднелобных прецентральных отделов доминантного полушария; характеризуется недостаточной плавностью автоматизированных двигательных навыков, т. к.

они распадаются у больных на составляющие их отдельные компоненты, причем больные с трудом переключаются с одного компонента на следующий, при этом возникают персеверации (повторения).

Апраксия конструктивная – невозможность составить целый предмет из его отдельных частей.

Апраксия моторная – невозможность осуществить сложный двигательный акт при сохранении способности наметить план последовательности действий, необходимых для его выполнения.

Апраксия оральная – моторная апраксия лицевой мускулатуры с расстройством сложных движений губ и языка, приводящим к нарушению речи.

Апраксия пространственная – апраксия, проявляющаяся нарушением ориентировки в пространстве.

Асфиксия – удушье, обусловленное кислородным голоданием и избытком углекислого газа в крови и тканях.

Афазии – нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры головного мозга (у правшей) и представляющие системное расстройство различных форм речевой деятельности; афазии проявляются в виде нарушений фонематической, морфологической и синтаксической структуры собственной речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарного слуха.

Афазия акустико-мнестическая наблюдается при поражении средних отделов левой височной области (у правшей), приводящем к нарушению слухоречевой памяти. Проявляется в виде трудностей понимания речи в усложненных условиях (быстрая речь, одновременное предъявление двух речевых сообщений и т. д.), трудностей, возникающих в устной речи (поиск нужных слов, вербальные парафазии), затруднений письма под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Как самостоятельную форму афазии ее впервые описал А. Р. Лурия.

*Афазия афферентная моторная***.** Возникает при поражении нижних отделов постцентральной коры левого полушария (у правшей). В основе лежит нарушение кинестетической афферентации, поступающей в указанные отделы коры больших полушарий во время произнесения слов. Проявляется в виде нарушения произношения слов, замены одних звуков другими. вследствие возникновения трудностей дифференциации близких артикулом (артикуляционных движений, необходимых для произнесения слова). В этих случаях бывает нарушено самостоятельное письмо и письмо под диктовку. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана О. Липманом (1913).

Афазия оптико-мнестическая вызывается поражением задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей). В ее основе лежит нарушение, зрительной памяти, слабость зрительных представлений, зрительных образов слов. Проявляется в виде затруднений в назывании предметов и их изображений при большей легкости называния действий. Другие виды речи страдают вторично. Впервые описана А. Р. Лурия как один из вариантов амнестической афазии.

Афазия семантическая связана с поражением, зоны ТРО левого полушария (у правшей). В основе ее лежат дефекты симультанного анализа и синтеза (трудности в оценке пространственных и «квазипространственных» отношений). Проявляется в виде нарушений понимания определенных логико-грамматических конструкций *(брат отца, отец брата, весна перед летом* и т. п.), отражающих пространственные отношения. В случаях обширных поражений указанной зоны больные не понимают смысла такого типа слов, как *над, под, слева, справа* и т. д. Данная форма афазии сочетается с нарушениями счета, пространственного мышления, конструктивного праксиса. Впервые описана Х. Хэдом (1926).

Афазия сенсорная возникает при поражении задней трети височной извилины левого полушария (у правшей). В основе ее лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различения звукового состава слов. Для данной формы афазии характерны трудности понимания устной речи, трудности письма под диктовку. Вторично страдают и другие виды речи. Впервые описана К. Вернике (1874).

Афазия эфферентная моторная связана с поражением нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (у правшей). В основе ее лежат нарушение кинетической организации речевых актов, трудности переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов. В то же время у данных больных не нарушено произношение отдельных звуков. Первично страдают активная устная речь и письмо, вторично нарушаются другие виды речи. Эфферентную моторную афазию следует отличать от дизартрии. Впервые описана П. Брока (1861).

Афферентация – поток нервных импульсов, поступающих от экстеро- и интерорецепторов в центральную нервную систему.

Афферентация обратная – термин, предложенный П.К. Анохиным для обозначения принципа работы функциональных систем организма, заключающегося в постоянной оценке полезного приспособительного результата путем сопоставления его параметров с параметрами акцептора результата действия.

Баттаризм – неправильное формирование фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи.

Брадилалия – патологически замедленный темп речи (менее 10-12 звуков в секунду).

Брока центр – участок коры головного мозга, расположенный в задней трети нижней лобной извилины левого полушария (у правшей), обеспечивающий моторную организацию речи.

Вернике центр – область коры головного мозга в заднем отделе верхней височной извилины доминантного полушария, при поражении которой возникает синдром сенсорной афазии.

Высшие психические функции – сложные самоорганизующиеся процессы в деятельности человека (словесно-логическое мышление, речь, произвольное внимание, произвольная память, воля, воображение, сознание и др.),

опосредованные знаками по своему строению и произвольные по способу своего осуществления.

Гнозис – является высшей нервной функцией, обеспечивающей узнавание предметов, явлений, собственного тела. Агнозия — комплексное понятие, включающее все нарушения гностической функции. Расстройства гнозиса зачастую сопровождают дегенеративные процессы ЦНС, наблюдаются при многих органических поражениях мозга, возникающих вследствие травм, инсультов, инфекционных и опухолевых заболеваний.

Деятельность текстовая – это система действий на основе знаний, навыков и умений, позволяющих создавать тексты и воспринимать, интерпретировать, понимать их.

Дисграфия – частичное нарушение процесса письма, при котором наблюдаются стойкие и повторяющиеся ошибки: искажения и замены букв, искажения звуко-слоговой структуры слова, нарушения слитности написания отдельных слов в предложении, аграмматизмы на письме.

Дискалькулия – частичное расстройство счета.

Дизонтогенез – нарушение индивидуального развития организма.

Дизорфография – стойкая специфическая несформированность усвоения орфографических знаний, умений и навыков, обусловленная недоразвитем ряда неречевых и речевых психических функций

Дизартрия – это речевое нарушение, вызванное поражением центральной нервной системы, которое проявляется в расстройстве артикуляции, фонации и дыхания. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм: бульбарную, псевдобульбарную, корковую, мозжечковую и смешанную.

Дыхание – 1) совокупность процессов, осуществляющихся благодаря функции различных органов и систем, обеспечивающих поступление в организм кислорода из окружающей среды, использование его в биологическом окислении и удаление из организма продукта окисления – углекислого газа; 2) совокупность дыхательных движений.

Дыхание речевое – дыхание в процессе речи, отличающееся от обычного более быстрым вдохом и замедленным выдохом, значительным увеличением дыхательного объема, преимущественно ротовым типом дыхания, максимальным расхождением голосовых складок на вдохе и сближением их почти до соприкосновения на выдохе.

Дыхательная гимнастика – система упражнений, направленных на развитие дыхания, в том числе речевого; на дифференциацию ротового и носового дыхания и т. п.

Заикание – полиэтиологическое и полипатогенетическое нарушение темпо-ритмической организации речи, проявляющееся расстройством её нормального ритма, непроизвольными остановками в момент высказывания или вынужденными повторениями отдельных звуков и слогов, что происходит вследствие судорог органов речевого аппарата.

Интонация – манера произношения, зависящая от повышения и понижения тона голоса, громкости, скорости и ритма говорящего. Интонация является одной из важнейших характеристик выразительного чтения, потому что помогает точнее передать авторскую мысль, наладить контакт между говорящим и слушающим.

Инсульт – острое нарушение кровоснабжения головного мозга, характеризующееся внезапным появлением очаговой и/или общемозговой неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов или приводит к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии.

Клаттеринг – это дезорганизация темпа, ритма и плавности речевого высказывания несудорожного характера. Характеризуется чрезмерно быстрой, невнятной, монотонной речью, повторением слов и слогов, артикуляционными нарушениями, лексико-грамматическими ошибками, неправильной расстановкой логических ударений и пауз. Речевому расстройству сопутствует общая моторная расторможенность, дефицит памяти и внимания, некритичность по отношению к своей речи и поведению.

Координация зрительно-моторная – это сенсомоторный процесс, который позволяет значительно контролировать совершаемые действия.

Моторика общая – это двигательная деятельность, которая осуществляется за счет работы крупных мышц тела.

Моторика мелкая определяется тонкими движениями кистей пальцев рук, необходима для многих действий человека, которые вырабатывались в процессе культурно-исторического развития общества и человека: орудийных, предметных, трудовых.

Моторика артикуляционная – одно из условий правильного звукопроизношения, выражающееся в совокупности скоординированных движений органов речевого аппарата.

Моторика выражается в последовательности движений, которая нужна для выполнения какойлибо определенной задачи, двигательной активности организма или отдельных его органов.

Нейроинфекция – общее название инфекционных болезней, характеризующихся преимущественной локализацией возбудителей инфекции в центральной нервной системе.

Навык графомоторный – определенные привычные положения и движения пишущей руки, позволяющие изображать письменные звуки и их соединения. Процесс формирования графомоторных навыков физиологически и психологически сложен. При письме в координированную деятельность вовлекаются кора головного мозга, органы слуха, зрения, многие мышцы тела.

Нервные волокна афферентные – центростремительные чувствительные нервные волокна, по которым возбуждение проводится от рецепторов к центральной нервной системе.

Нервные волокна эфферентные – центробежные двигательные волокна, по которым передается возбуждение от центральной нервной системы ко всем органам тела.

Нистагм – непроизвольные ритмические судорожные движения глазных яблок.

Онтогенез – развитие индивида в отличие от развития вида (филогенеза).

Оральный – относящийся ко рту, расположенный в полости рта.

Органы речи активные – подвижные органы речи, производящие основную работу, необходимую для образования звука (язык, губы, мягкое небо, маленький язычок, надгортанник).

Органы речи пассивные – неподвижные органы речи, неспособные к самостоятельной работе при образовании звуков служащие точкой опоры для активных органов (зубы, альвеолы, твѐрдое нѐбо, глотка, полость носа, горˀ тань).

Отражѐнная речь – повторное произнесение (индивидуально или хором) отдельных слов, фраз вслед за кем-либо.

Охранительное торможение – один из видов безусловного торможения; возникает при сильном или очень длительном раздражительном процессе; примером этого вида торможения является сон.

Парез – неврологический синдром, снижение силы мышц, обусловленное поражением двигательного пути нервной системы или периферического нерва. В отличие от паралича при парезе сохраняется возможность совершения движений.

Паралич – полная утрата движений в одной или нескольких частях тела, потеря мышцей или группой мышц мышечной силы, неспособность к выполнению движений. В некоторых случаях термин используется для описания нарушений сократительной способности мышц. Паралич не является самостоятельным заболеванием, но лишь одним из симптомов многих органических патологий нервной системы.

Патогенез – механизм возникновения и развития заболеваний и отдельных их проявлений. Рассматривается на различных уровнях – от молекулярных нарушений до нарушений в работе организма в целом. Изучая патогенез, медики выявляют, каким образом развивается заболевание.

Праксис – координированное, сознательное произвольное движение или действие. Праксис объединяет различные виды движений и действий (мануальных, локомоторных, движений глаз, речевой мускулатуры и др.). Для выполнения какого-либо двигательного акта необходимо совершить серию отдельных движений, соответствующих его общему замыслу. У каждого действия есть внутренний план, «кинестетическая мелодия».

Первичная прогрессирующая афазия (ППА) – медленно нарастающее, но непрерывно прогрессирующее расстройство, приводящее к утрате речевых функций.

Письмо – это знаковая система фиксации речи, позволяющая с помощью графических элементов закрепить речь во времени и передать ее на расстоя-

нии. Письмо представляет собой процесс, психологическая структура которого весьма сложна. Первым и основным компонентом процесса письма является звуковой анализ слова, предполагающий умение выделять отдельные звуки из звучащего слова и превращать их в устойчивые фонемы. Вторым компонентом, входящим в процесс письма, является операция соотнесения каждого выделенного из слова звука с соответствующей ему буквой. Наконец, третьим звеном является перешифровка зрительного представления буквы в адекватные ей графические начертания, осуществляемые серией последовательных движений.

Полтерн – патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинки, спотыкания, необоснованные паузы).

Просодия – совокупность ритмико-интонационных свойств речи. Через качества речи, как тембр, высота и сила голоса, пауза, темп, мелодика, ритм, речевое дыхание, дикция, полетность голоса, логическое ударение, модуляция голоса реализуется интонационно – выразительная сторона речи.

Речь – исторически сложившаяся форма общения людей посредством языковых конструкций, создаваемых на основе определённых правил.

Речь письменная – одна из форм существования языка, противопоставленная устной речи. Это вторичная, более поздняя по времени возникновения форма существования языка. Для различных форм языковой деятельности первичной может быть как устная, так и письменная речь. Письменная речь объединяет письмо и чтение.

Ритм речи – это упорядоченность звукового, словесного и синтаксического состава речи, определенная ее смысловым заданием. Различают ряд компонентов ритма. Основным свойством речевого ритма является регулярность. Метрические признаки ритма составляют его основу, что отражено в метрических схемах (количество и порядок ударных и безударных слогов).

Симптом – это внешний признак (знак) внутреннего патологического процесса (реже, когда самой болезни), выявляемый врачом при исследовании больного и используемый им для постановки диагноза и определения прогноза заболевания.

Синдром – совокупность симптомов с общей этиологией и единым патогенезом. В широком смысле синдром представляет собой комплекс органически связанных между собой признаков, объединённых единым механизмом возникновения и развития рассматриваемого явления, не обязательно связанного с патологией (заболеванием).

Тахилалия (тахифразия) - это патологически ускоренный темп речи (20-30 звуков в секунду). Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы.

Текст – зафиксированная на каком-либо материальном носителе человеческая мысль; в общем плане связная и полная последовательность символов.

Темп речи – скорость произнесения элементов речи (звуков, слогов, слов). Относится к просодическим элементам, является одним из компонентов интонации.

Темпо-ритмоинтонационное членение речи охватывает все фазы построения высказывания, начиная от намерения говорящего (интенция), включает лексико-синтаксическое структурирование, а также моторное и темпоритмическое.

Травма черепно-мозговая – повреждения черепа, головного мозга, мозговых оболочек, сосудов и/или черепно-мозговых нервов сопровождающиеся клинической симптоматикой и в большинстве случаев морфологическими изменениями.

Феномен фиксированности – то есть отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых запинок) во всей психической деятельности заикающегося.

Чтение – совокупность практик и процедур работы с письменным текстом и непосредственно процесс работы с текстом, направленный на извлечение из него информации, на восприятие текста и его понимание. В широком смысле — процесс извлечения информации также из любой символьной системы (символов Брайля, нотного письма и так далее).

Этиология – 1) учение о причинах и условиях возникновения болезней; 2) причина возникновения болезни или патологического состояния.

Эффекторы речевые – часть речевого анализатора, исполняющая речедвижения, заданные из центрального управления.

Эфферентные нервные волокна – центробежные нервные волокна — нервные волокна, по которым возбуждение передается от центральной нервной системы к рабочему органу (эффектору).

Эфферентный – направленный от чего-то (органа, нервного центра).

Эхолалия – непроизвольное повторение слышимых звуков, слов и фраз.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Методика изучения просодической стороны речи при заикании (по Д.К. Вильсону и др.)

Обследование проводится индивидуально.

- **Методика 1. Исследование дыхательной функции**

Цель: выявление особенностей дыхательной функции.

В ходе исследования оценивались 4 показателя:

- тип дыхания;
- объём речевого выдоха;
- характер вдоха при речи;
- продолжительность речевого выдоха (нормальный, укороченный).

Процедура проведения:

Тип дыхания исследовали методом наблюдения. Для оценки объёма речевого дыхания предлагалось протяжное произнесение гласных в течение 5 секунд. Чтобы оценить продолжительность речевого выдоха предлагалось произнести фразу: «Наташа сшила красивую юбку кукле Оле» (норма для 6-7 лет: 4-6 слов).

Оценка результатов.

Каждый показатель имеет свои критерии оценки.

тип дыхания:

- диафрагмальный тип дыхания;
- смешанный тип дыхания;
- дыхание ключичное (поверхностное).

объём речевого выдоха:

- достаточный объём речевого выдоха;
- не всегда достаточный объём речевого выдоха;
- недостаточный объём речевого выдоха.

характер вдоха при речи:

- вдох при речи нормальный;
- укороченный или слишком глубокий вдох при речи;
- вдох во время речи.

продолжительность речевого выдоха:

- продолжительность речевого выдоха составляет 5-6 слов;
- продолжительность речевого выдоха 3-4 слова;
- продолжительность речевого выдоха менее 3 слов.

Изучение просодических компонентов речи

- **Методика 2**. **Исследование темпа речи**

Цель: выявление особенностей темпа речи.

Процедура проведения:

При оценке темпа речи считали количество произнесенных слогов в секунду, используя одноминутный отрезок аудиозаписи связной речи.

За исходные были приняты данные: средний темп разговорной речи у мальчиков 6 лет составляет 1,35 слога/сек.; у девочек - 1,7 слога/сек.. Предлагалось составить рассказ по серии сюжетных картинок «Заяц и морковка».

Критерии оценки:

темп речи:

- нормальный темп речи;
- изменение темпа речи в сторону ускорения (замедления) в отдельных эмоционально значимых ситуациях;
- преобладание ускоренного (замедленного) темпа речи.

- **Методика 3**. **Исследование ритмического чувства и ритмичности речи**
- Цель: выявление особенностей ритмического чувства и ритмичности речи.

Процедура проведения:

В ходе исследования оценивались два показателя:

-ритмическое чувство. Детям предлагалось для восприятия и воспро- изведения несколько ритмических рисунков из 5 элементов: - - . . - ; - . . - - ; - - . . . ; . . . - - , где тире – это сильная доля, точка – слабая доля.

-способность воспроизведения ритмической структуры стихотворений, известных детям (А. Барто и др.)

Оценка результатов.

Каждый показатель имеет свои критерии оценки.

ритмическое чувство:

-ритмический рисунок воспроизведен правильно, повторялся в заданном темпе, количество элементов не нарушалось;

-незначительные ошибки при передаче ритмического рисунка;

-дизритмия, множество ошибок при воспроизведении ритмического рисунка (нарушения темпа, нарушалось количество элементов в данном ритмическом рисунке).

воспроизведение ритмической структуры стихотворений:

-ритмичная, выразительная передача стихотворных строк;

-при передаче ритмической структуры стихотворения допускаются незначительные ошибки (недостаточно ритмичная и выразительная передача стихотворных строк, недостаточная ориентировка на структуру ритма);

-аритмичная, маловыразительная передача стихотворения, ребенок практически не ориентируется на ритмическую структуру.

- **Методика 4. Правильность употребления пауз в процессе речевого высказывания**

Цель: выявление особенностей паузации.

Процедура проведения:

Анализировалась речь детей в различных ситуациях (аудиозапись - отрезок, равный 1 минуте).

Критерии оценки:

-правильное употребление пауз в процессе речевого высказывания, отсутствие неоправданных длительных пауз;

-наличие коротких неоправданных пауз;

-насыщение речи многократными длительными паузами,

деление слов паузой на слоги, деление слов на звуки.

- **Методика 5. Интонированность речи (**Sussman, Hernandez**)**

Цель: изучение способности воспроизведения основных видов интонации (утвердительной, восклицательной, вопросительной).

Процедура проведения:

Способность контролировать интонацию проверялась с помощью предложений, которые необходимо было произнести с утвердительной (повествовательной), восклицательной и вопросительной интонацией: «Маша идёт в город», «Пете купили машинку», «Саша съел свой суп».

Предлагалось произнести спокойно предложение, сказать предложение радостно, задать вопрос.

Критерии оценки:

-правильно воспроизводит утвердительную, восклицательную и вопросительную интонации;

-воспроизводит не все виды интонации (утвердительную и восклицательную или утвердительную и вопросительную);

-воспроизводит только утвердительную интонацию.

- **Методика 6. Исследование особенностей постановки ударения**

Цель: изучение использования ударения внутри слова и логического ударения.

Процедура проведения:

В ходе исследования оценивались два показателя:

- изучение ударения внутри слова (Sussman, Hernandez).

Произнесение последовательных триад согласный-гласный: **па**-па-па; па-**па**-па; па-па-**па**, делая ударение на указанном слоге (несколько раз по образцу).

- изучение логического ударения (Garr, Osberer).

Использовались предложения, в которых каждое из слов поочерёдно нужно было выделить голосом (по образцу):

1. «**Иди** сюда», «Иди **сюда**».

2. «**Маше** подарили куклу», «Маше **подарили** куклу», «Маше подарили **куклу**».

Каждый показатель имеет свои критерии оценки:

постановка ударения внутри слова:

-употребление ударения (как внутри слова, так и логического) без ошибок;

-незначительные ошибки в употреблении или логического ударения, или ударения внутри слова; ребёнок исправлялся сам;

-многочисленные ошибки в использовании ударения

постановка логического ударения:

-употребление ударения без ошибок;

-незначительные ошибки в употреблении ударения, ребёнок исправлялся сам;

-многочисленные ошибки в использовании ударения.

Методика 7. Характеристика голоса

Процедура проведения:

В ходе исследования оценивались четыре показателя:

-громкость голоса (нормальный, тихий, чрезмерно громкий);

-возможность регуляции громкости голоса;

-тембр (наличие или отсутствие носового оттенка);

-способность менять силу и высоту голоса.

Громкость голоса детей, возможность регуляции громкости голоса оценивалась субъективно в процессе наблюдения за детьми при ответах на занятиях и в свободной деятельности.

Для определения наличия гипоназальности использовались:

-пары слов: бак-мак, лоб-лом, Дина-Нина, лед-лен, сиг-синь, сдвиг-сдвинь;

-чередование назальных и неназальных предложений: Маша может найти меня. – Лучше купить большую собаку; Ночью он пел песни о луне. – Я достаю воду из колодца.

Способность менять высоту голоса исследовали, предлагая детям произнести фразу: «Кто сидел на моем стуле и сдвинул его с места?» голосом одного из трех медведей: Михайло Ивановича, Настасьи Петровны и Мишутки (И.Р.Калмыкова).

Каждый показатель имеет свои критерии оценки.

Громкость голоса:

-голос средней громкости;

-чрезмерно громкий (тихий) голос или в свободной деятельности или на занятиях;

-чрезмерно громкий (тихий) голос, как в свободной деятельности, так и на занятиях.

регуляция громкости голоса:

- хорошая регуляция громкости голоса;
- недостаточная регуляция громкости голоса;
- плохая регуляция громкости.

тембр голоса:

- отсутствие гипоназальности;
- временная гипоназальность;
- устойчивая гипоназальность.

регуляция высоты голоса:

- хорошая регуляция высоты голоса;
- недостаточная регуляция высоты голоса;
- плохая регуляция громкости голоса.

- Исследование состояния моторных функций (артикуляторной, общей и мелкой моторики) осуществлялось через наблюдение.

Диагностические методики были направлены на исследование разных сторон темпо-ритмической организации речи. Обработка данных предполага-

ла выявление уровня развития темпо – ритмической стороны речи (низкий, средний и высокий). В соответствии с оценочными критериями была разработана характеристика каждого уровня.

Высокий уровень развития темпо–ритмической стороны речи характеризуется диафрагмальным типом дыхания, нормальным ритмом, нормальным вдохом при речи, продолжительность речевого выдоха составляет 5-6 слов, достаточным объёмом речевого дыхания; нормальным темпом речи; правильным воспроизведением ритмического рисунка, который повторяется в заданном темпе, количество элементов не нарушается; ритмичной, выразительной передачей стихотворных строк; правильным употреблением пауз в процессе речевого высказывания, отсутствием неоправданных длительных пауз; воспроизведением утвердительной, восклицательной и вопросительной интонаций; правильным употреблением ударения (как внутри слова, так и логического); голосом средней громкости, хорошей регуляцией громкости и высоты голоса; отсутствием гипоназальности.

Средний уровень развития темпо–ритмической стороны речи характеризуется смешанным типом дыхания, дыхание не всегда ритмично, укороченный или слишком глубокий вдох при речи, продолжительность речевого выдоха 3-4 слова, недостаточный объём речевого дыхания; изменение темпа речи в сторону ускорения в отдельных эмоционально значимых ситуациях; незначительные ошибки при передаче ритмического рисунка; при передаче ритмической структуры стихотворения допускаются незначительные ошибки (недостаточно ритмичная и выразительная передача стихотворных строк, недостаточная ориентировка на структуру ритма); в речи присутствует небольшое количество неоправданных пауз; воспроизведение не всех видов интонации (утвердительной и восклицательной или утвердительной и вопросительной); незначительные ошибки в употреблении ударения или внутри слова, или логического ударения, ребёнок исправляется сам; чрезмерно громкий (тихий) голос или в свободной деятельности или на занятиях, недостаточная регуляция громкости и высоты голоса; возможна временная гипоназальность.

Низкий уровень характеризуется ключичным дыханием (поверхностным), аритмией дыхания, вдохом во время речи, продолжительностью речевого выдоха менее 3 слов, недостаточным объёмом речевого дыхания; преобладанием ускоренного темпа речи; дизритмией, множеством ошибок при воспроизведении ритмического рисунка; аритмичной, маловыразительной передачей стихотворения, ребенок практически не ориентируется на ритмическую структуру; насыщение речи многократными длительными паузами, деление слов паузой на слоги, деление слов на звуки; воспроизведением только утвердительной интонации; многочисленные ошибки в использовании ударения внутри слов и логического ударения; чрезмерно громкий (тихий) голос, как в свободной деятельности, так и на занятиях, плохая регуляция громкости и высоты голоса.

Схема обследования больного с афазией (по Лурия А.Р.)

1. Исследование общей способности больного к речевой коммуникации — беседа с целью выяснения:

а) полноты собственной речи больного;

б) понимания им ситуативной, обиходной речи;

в) степени речевой активности;

г) темпа речи, ее общих ритмико-мелодических характеристик, степени разборчивости (обращается также внимание на наличие или отсутствие носового оттенка речи).

2. Исследование понимания речи.

3. Исследование автоматической речи:

а) прямой счет до 10 и обратный (от 10 до 0);

б) перечисление дней недели, месяцев;

в) окончание пословиц и фраз с «жестким» контекстом типа: «Я мою руки холодной...», со «свободным», типа: «Мне принесли новую...» и т. д.;

г) пение песен со словами.

4. Исследование повторной речи.

5. Исследование функции называния:

а) реальных предметов и их картинных изображений;

б) действий (ответы на вопросы — «что делать?», «что делают?») — по сюжетным картинкам;

в) цветов;

г) пальцев;

д) букв;

е) цифр.

6. Специальные исследования особенностей фразовой речи:

а) составление фраз с предлогами и без предлогов по сюжетным картинкам;

б) конструирование фраз из заданных слов;

в) заполнение пропусков во фразах, например:

«Высоко в небе летит реактивный...»; «Я всегда умываюсь холодной...»; « В магазин привезли...»; «Я всегда с нетерпением жду...».

г) рассказ по сюжетной картинке.

7. Исследование фонематического слуха.

8. Исследование слухоречевой памяти. Предлагается повторить:

а) серии звуков, например «асу» или «б ш а»;

б) серии слов: «дом - лес - кот», «дом - лес - кот - ночь»;

в) короткие и длинные сложнопостроенные фразы.

9. Исследование смысла слов:

а) объяснение прямых значений отдельных слов, например ответы на вопрос: «что такое очки, для чего они нужны? », «что такое радость? », какая разница между словами: «обман» и «ошибка»;

б) объяснение переносных значений слов и фраз, например ответы на вопрос, что такое «золотое поле», «железная рука!», как понимать пословицу «Что посеешь, то и пожнешь!» и т. д.

10. Исследование чтения и письма:

а) чтение и письмо под диктовку отдельных букв, слогов, слов, фраз, а также коротких текстов;

б) самостоятельное письмо слов и фраз по картинкам;

в) звукобуквенный анализ состава слова, т. е. определение количества букв в слове; перечисление этих букв; складывание слов из букв разрезной азбуки.

11. Исследование орального и пространственного праксиса. Предъявляются задания:

а) высунуть язык, поднять его кверху, заложить за щеку, подуть, поцокать языком, вытянуть, растянуть губы и т. д. (обращают также внимание на объем движений языка и губ, которые могут быть ограничены из-за наличии пареза, а не из-за апраксических трудностей).

б) два раза подуть и два раза поцокать языком, чередуя эти движения несколько раз подряд;

в) повторение пространственных поз пальцев и серий движений (например: кулак, ладонь, ребро).

12. Исследование счета:

а) решение простых арифметических примеров, например:

7+ 2 = , 8 + 15 =, 21 + 7 = .

б) восполнение пропущенного арифметического знака:

5 7 = 35, 20 4=5.

Методика раннего выявления дислексии (по А.Н. Корневу)

Данную методику целесообразно использовать в ходе массовых профилактических осмотров детей 6–8 лет. Обследование с помощью МРВД не требует специального оборудования и занимает около 5–8 мин.

Пользование методикой доступно широкому кругу специалистов, участвующих в предшкольной диспансеризации детей (детские психиатры, невропатологи, педиатры, логопеды).

Описание методики и правила оценки выполнения заданий

I. «Рядоговорение». Инструкция ребенку: «Перечисли по порядку времена года и (после ответа на этот вопрос) дни недели» (при недостаточном понимании своих временных понятий допустима помощь в виде наводящих вопросов или подсказки, не содержащей порядкового перечисления).

Оценки (здесь и далее оценка дается в штрафных баллах): 1) правильно ответил на оба вопроса – 0 баллов; 2) правильно ответил на один вопрос – 2 балла; 3) не ответил ни на один вопрос – 3 балла.

II. «Ритмы». Инструкция: «Послушай, как я постучу, и после того, как я закончу, постучи точно так же». После этого однократно предъявляется серия ударов по столу (карандашом или палочкой) с длинными и короткими интервалами: 1) простые ритмы – !!!, !!!, !!!!, !!!!, !!!!; если задание выполнено верно, то переходят к более сложному; если допущено больше одной ошибки, то прекращают; 2) сложные ритмы – !!!!!, !!! !!!!!!!. !!!!!.

Критерий выполнения такой же, как в простых ритмах. Оценки: 1) выполнены оба задания – 0 баллов: 2) выполнены только простые ритмы – 2 балла; 3) не выполнено ни одного задания – 3 балла.

III. Тест «Кулак – ребро – ладонь».

Инструкция: «Посмотри внимательно на то, что я сейчас сделаю, и повтори точно так же».

Экспериментатор демонстрирует ребенку трижды подряд последовательность из трех движений руки: ударить кулаком по столу, поставить ладонь ребром, хлопнуть ладонью по столу. Ребенок так же, как и экспериментатор, должен трижды без ошибок воспроизвести эту последовательность.

Если ребенок нарушил последовательность движений не более одного раза, нужно указать, что допущена ошибка, и предоставить ему еще попытку (если воспроизвел последовательность из трех движений только один раз и после стимуляции продолжил ее верно, то это ошибкой не считается).

При явно ошибочном воспроизведении демонстрация образца повторяется. Всего допускается не более пяти демонстраций.

Оценки: 1) правильное воспроизведение с одной-двух попыток после 1-й демонстрации – 0 баллов; 2) правильное воспроизведение после двух или после трех демонстраций с 1-й попытки – 2 балла; 3) правильное воспроизведение после четырех и пяти демонстраций или после трех демонстраций со 2-й и более попыток – 3 балла.

IV. Субтест «Повторение цифр».

Инструкция: «Сейчас я назову тебе какие-нибудь несколько цифр, а ты, как только я кончу говорить, повтори их точно в таком же порядке. Внимание!»

После этого экспериментатор ровным голосом, не меняя интонации на последней цифре, в ритме отсчета стартового времени называет ряд из трех цифр (см. цифровые ряды).

При ошибочном воспроизведении предъявляется другой ряд из трех цифр. При верном воспроизведении переходят к ряду из четырех цифр и так далее до ряда из пяти цифр.

Экспериментатор фиксирует количество цифр в наибольшем правильно воспроизведенном ряду. Это является предварительной оценкой за первую половину задания.

После этого дается новая инструкция: «Сейчас я назову тебе еще несколько цифр, и ты их тоже будешь повторять, но только начинай с конца, повторяй их в обратном порядке. Например: если я скажу 1–2, то ты должен сказать 2–1».

При этом для наглядности нужно поочередно коснуться пальцем на столе двух воображаемых точек: сначала слева направо, затем справа налево. Тактика обследования и фиксирования результатов такая же, как в первой половине задания: сначала предлагается ряд из двух цифр, затем из трех и т. д. Итоговым результатом выполнения всего задания является сумма предварительных оценок за первую и вторую половины задания.

ЦИФРОВЫЕ РЯДЫ

Прямой счет:

№ 3 3–8–6 6–1–2

№ 4 3–4–1–7 6–1–5–8

№ 5 8–4–2–3–9 5–2–1–8–6

Обратный счет:

№ 2 2–5 6–3

№ 3 5–7–4 2–5–9

№ 4 7–2–9–6 8–4–9–3

Оценки:

1) итоговый результат больше 6 – 0 баллов;

2) итоговый результат равен 6 – 2 балла;

3) итоговый результат меньше 6 – 3 балла.

V. Ориентировка «право – лево»:

1. Простая ориентировка. Инструкция: «Подними левую руку (начинать надо обязательно с левой), покажи правый глаз, левую ногу». Если задание выполнено, то переходят к следующему, если нет – прекращают.

2. Речевая проба Хеда. Инструкция: «Возьмись левой рукой за правое ухо, правой рукой – за правое ухо, правой рукой – за левое ухо, покажи левой рукой правый глаз».

Оценка:

1) выполнены оба задания – 0 баллов;

2) выполнена только простая ориентировка – 2 балла;

3) не выполнено ни одного задания – 3 балла.

VI. Составление рассказа по серии картинок.

Ребенку предъявляется рассказ в двух картинках (удобен для использования рассказ о курице, цыплятах и самоварной трубе из книги Н. Радлова «Рассказы в картинках»).

В рассказе на первой картинке изображены: курица, которая вывела четырех желтых цыплят на прогулку, и лежащая на земле самоварная труба, в которую один из цыплят заглядывает.

На второй картинке удивленная курица, оглянувшись, видит, что трое цыплят вылезли из трубы черными, а четвертый, еще желтый, цыпленок заглядывает в нее.

Инструкция: «Посмотри! На этих картинках нарисован маленький рассказик. Расскажи, про что здесь нарисовано. Составь рассказ по этим картинкам».

Если ребенок не может самостоятельно составить рассказ или вместо него перечисляет изображенные предметы, то нужно задать наводящие вопросы. После того как ребенок закончил рассказ, задается вопрос: «Объясни, почему цыплята стали черными».

Оценки выставляют в два этапа.

1. Оценивается качество построения рассказа – связность, полнота изложения, правильность описания, последовательность событий:

а) рассказ составлен самостоятельно, без существенных погрешностей – 0 баллов;

б) рассказ составлен только по наводящим вопросам без грубых погрешностей или самостоятельно, но с грубыми погрешностями (пропущена существенная часть рассказа, нарушена последовательность событий) – 2 балла;

в) вместо рассказа перечисляются изображенные предметы – 3 балла;

г) ребенок без посторонней помощи даже не перечисляет предметы на картинках – 4 балла.

2. Оценивается понимание причинно-следственных связей:

а) дано правильное объяснение (испачкались в саже или в краске) – 0 баллов; б) объяснение неполное («труба – черная») – при этом задается наводящий вопрос: «Что значит черная?», и если удовлетворительного ответа не дано, то оценка – 1 балл; в) объяснения совсем не было – 2 балла.

Итоговая оценка равна сумме первой и второй оценок.

Составление окончательного заключения:

1. При обследовании детей 6,5–7,5 лет без грубой речевой патологии суммируются следующие три оценки: за «Рядоговорение», «Повторение цифр» и за тест Озерецкого или «Ритмы» (из этих двух выбирается задание, за которое получена большая оценка). Сумма баллов, превышающая 5, свидетельствует о предрасположенности к дислексии.

2. При обследовании детей 7,5–8,5 лет с выраженной речевой патологией (полиморфная дислалия, общее речевое недоразвитие, ринолалия) суммиру-

ются следующие оценки: за «Рядоговорение», «Повторение цифр», «Ориентировка в "право – лево"» и «Рассказ по картинкам». Сумма баллов, превышающая 5, свидетельствует о предрасположенности к дислексии.

Тест для изучения текстовой деятельности

Расположить предложения так, чтобы получился текст.

Началась сильная гроза.

Страшный громовой удар потряс окрестность.

Большая черная туча покрыла небо.

Буря гнула, качала молодые деревья.

Вот пролились первые капли дождя.

В небе засияла радуга.

Сильный дождь ударил по траве.

В лужах пузырилась вода.

Стала тихо и свежо.

2. Выбрать предложения на тему «Наши котята», расположить их так, чтобы получился текст.

Наши котята еще очень маленькие. В деревне жила девочка. У Вари был чиж. Им постоянно хочется кушать. Мать сшила ей красную шапочку, и девочка всегда носила ее. Кошка кормит их своим молоком. Шли по дороге старик и девочка. Когда котята вырастут, они сами будут находить себе пищу. Народ стал звать девочку «Красная шапочка». Скоро котята станут совсем самостоятельными. Чиж у Вари пел песенки. Котята разноцветные: пятнистые, рыжие, серые, белые.

3. Определить количество предложений в тексте. Написать, правильно обозначая начало и конец предложений. Подобрать название к тексту.

Таня рисовала простым карандашом скучные получились картинки взяла Таня цветные карандаши шиповник расцвел алыми цветами засияла река зашумели зеленые камыши ужи повернули желтые шейки

4. Из слов в каждой строчке составить предложение. Если предложения могут составить текст, то подобрать к нему название.

Шли, девочки, лес, через.

Лесу, было, тихо, в, и, нарядно.

Густо, елочки, зеленели.

Золотые, светились, березках, искорки, в.

5. Работа с деформированным текстом.

Инструкция. Прочитайте текст. Вставьте пропущенные слова (из справок). Подберите название к тексту.

Эта птица _____ всем. У _____ сильные ноги, крупный клюв. Перья у нее _____серые и черные.

Вороны _____ повсюду: в лесах, в горах, в пустынях. _____ ворон живет в городах. Вороны _____ вредных насекомых и _____ .

Слова для справок: нее, обычно, грызунов, знакома, большинство, обитают, поедают.

6. Выбрать из предложенных определение текста:

а) текст – это группа предложений;

б) текст – это группа предложений, объединенных по смыслу, имеющих определенные границы и место в тексте;

в) текст – это группа предложений, имеющих определенные границы и место в тексте.

7. Составление рассказа по сюжетной картинке.

Цель: исследование уровня развития связной речи на примере составления рассказа по сюжетной картинке.

Наглядный материал. Сюжетная картинка «Осень».

Инструкция. Ребенку предлагается внимательно посмотреть на картинку и составить рассказ (письменно).

8. Составление рассказа по серии сюжетных картинок (четыре картинки).

Цель: исследование уровня развития связной речи на примере рассказа - описания с элементами повествования по серии сюжетных картин. Рассказ составляется письменно.

Наглядный материал. Четыре сюжетные картинки (индивидуальный набор для каждого ребенка).

Инструкция. Ребенку предлагается разложить картинки по порядку и составить рассказ.

Все вышеперечисленные задания оцениваются по единым критериями:

5 баллов - задание выполнено в целом правильно, допускаются 1 – 2 ошибки, которые исправляются самостоятельно;

4 балла – задание выполнено с незначительной помощью педагога; ученик допускает 2 -3 ошибки;

3 балл – при выполнении задания оказывается обучающая помощь; ученик допускает 3 - 4 ошибки;

2 баллов – при выполнении задания допускается более 4 ошибок;

1 балл - задание не выполняется.

9. Синтаксический анализ текста рассказа по сюжетной картинке.

Синтаксический анализ речи предполагает изучение как текста в целом, так и его основных единиц – предложений. Для этого определяют общее количество синтаксических единиц, а затем выделяют: простые предложения (односоставные и двусоставные, их характер), сложные предложения (сложносочиненные, сложноподчиненные, бессоюзные); определяют средства синтаксической связи и преобладающий синтаксический порядок: прямой или инвертированный.

Критерии оценки.

5 баллов – количество предложений составляет более 10; не менее половины из них – сложные; простые предложения – по преимуществу распространенные (если это соответствует контексту);

4 балла – количество предложений составляет не менее 10, не менее половины из них – сложные; простые предложения – в основном распространенные, допускается преимущественно жесткий тип связи;

3 балла – количество предложений составляет менее 10, менее половины из них – сложные; предложения преимущественно простые, нераспространенные, допускается преимущественно жесткий тип связи;

2 балла - количество предложений составляет менее 10; предложения преимущественно простые, нераспространенные, допускается в основном жесткий тип связи;

1 балл – задание не выполняется.

Уровни сформированности текстовой деятельности

Высокий уровень (более 40 баллов) характеризуется тем, что задания выполняются в целом правильно; рассказ соответствует ситуации, имеет все смысловые звенья, оформлен грамматически правильно, с адекватным использованием лексических средств, количество предложений в рассказе составляет более 10; не менее половины из них – сложные; простые предложения – по преимуществу распространенные;

Уровень выше *среднего* (от 30 до 39 баллов) характеризуется тем, что задания выполняются с незначительной помощью педагога; в рассказе имеется незначительное искажение ситуации, неправильное воспроизведение причинно-следственных связей; рассказ составлен без аграмматизмов, но наблюдается стереотипность оформления, не точное словоупотребление, количество предложений в тексте составляет не менее 10, не менее половины из них – сложные; простые предложения – в основном распространенные, допускается преимущественно жесткий тип связи;

Средний уровень (от 20 до 29 баллов) характеризуется тем, что при выполнении заданий оказывается обучающая помощь; в тексте отмечается выпадение смысловых звеньев, искажение смысла, встречаются аграмматизмы, неадекватное использование лексических средств, количество предложений в рассказе составляет менее 10, менее половины из них – сложные;

Уровень ниже среднего (от 10 до 19 баллов) - характеризуется тем, что при выполнении заданий оказывается обучающая помощь; встречаются аграмматизмы, неадекватное использование лексических средств, в тексте отмечается выпадение смысловых звеньев, искажение смысла, количество предложений в рассказе составляет менее 10, все предложения - простые;

Низкий уровень (менее 10 баллов) характеризуется тем, что задание не выполняется или выполняется со значительными ошибками, которые не корректируются даже с помощью педагога.

I. Обследование состояния общей моторики

Все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции.

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
1. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ПАМЯТИ, ПЕРЕКЛЮЧАЕМОСТИ ДВИЖЕНИЙ И САМОКОНТРОЛЯ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ПРОБ	а) логопед показывает 4 движения для рук и прелагает их повторить: руки вперед, вверх, в стороны, на пояс; б) повторить за педагогом движения за исключением одного, заранее обусловленного «запретного» движения	
Отмечаются: качество, правильность, последовательность выполнения движений, особенности переключения с одного движения на другое.		
2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОИЗВОЛЬНОГО ТОРМОЖЕНИЯ ДВИЖЕНИЙ	маршировать и остановиться внезапно по сигналу	
Отмечаются: плавность и точность движений обеих ног, соответствие двигательной реакции сигналу.		
3.ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ	а) стоять с закрытыми глазами, стопы ног поставить на одной линии так, чтобы носок одной ноги упирался в пятку другой, руки вытянуты вперед. Время выполнения — 5 секунд по 2 раза для каждой ноги; б) стоять с закрытыми глазами на правой, а затем на левой ноге, руки вперед. Время выполнения — 5 секунд	
Отмечаются: удержание позы свободное или с напряжением, с раскачиванием из стороны в сторону; балансирует туловищем руками, головой; сходит с места или делает рывок в стороны, касается пола другой ногой; иногда падает открывает глаза и отказывается выполнять пробу.		
4. ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ	а) маршировать чередуя шаг и хлопок ладонями. Хлопок производить в промежуток между шагами	
Отмечаются: выполняет верно с 1 раза, со 2—3 раза, напрягается, чередование шага и хлопка не удается.		
	б) выполнить подряд 3-5 приседаний. Пола пятками не касаться, выполнять только на носках.	
Отмечаются: выполняет правильно с напряжением, раскачиваясь, балансируя туловищем и руками, становится на всю ступню.		
5. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОСТРАНСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДВИГАТЕЛЬНОГО АКТА	а) повторить за логопедом движения на ходьбу по кругу в обратном направлении через круг. Начать ходьбу от центра круга направо пройти круг вернуться в центр слева. Пройти кабинет из правого угла через центр по диагонали обойти кабинет вокруг и вернуться в правый угол по диагонали через центр из противопо-	

	ложного угла, повернуться на месте вокруг себя и поскоками передвигаться по кабинету, начиная движения справа. б) то же выполнить слева; в) по словесной инструкции проделать эти же задания	
Отмечаются: ошибки в пространственной координации: незнание сторон тела, ведущей руки, неуверенность выполнения.		
6. ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕМПА	а) в течение определенного времени удерживать заданный темп в движениях рук, показываемых логопедом. По сигналу логопеда предлагается выполнить движения мысленно, а по следующему сигналу (хлопок) показать, на каком движении испытуемый остановился. Движения рук вперед, вверх, в стороны на пояс опустить. б) письменная проба: предлагается чертить на бумаге палочки в стречку в течение 15 секунд в произвольном темпе. В течение следующих 15 секунд чертить как можно быстрее, в течение следующих 15 секунд чертить в первоначальном темпе.	
Отмечаются: темп нормальный ускоренный, быстрый, замедленный, медленный.		
7. ИССЛЕДОВАНИЕ РИТМИЧЕСКОГО ЧУВСТВА	а) простучать за педагогом карандашом ритмический рисунок: // / / // /// / / /// // // // /// /// // /// /// // //// //// // б) музыкальное эхо Логопед ударяет в определенном ритме по ударному инструменту (бубен, барабан и т. д.) ребенок должен точно повторить услышанное	
Отмечаются: ошибки при воспроизведении ритмического рисунка повторяет в ускоренном или замедленном по сравнению с образцом темпе: нарушает количество элементов в данном ритмическом рисунке.		

ВЫВОДЫ: ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАРУШЕННЫЕ И СОХРАННЫЕ СТОРОНЫ ОБЩЕЙ МОТОРИКИ

Начало формы

Конец формы

II. Обследование произвольной моторики пальцев рук

Все предлагаемые задания выполняются по показу, затем по словесной инструкции.

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
1 ИССЛЕДОВАНИЕ СТАТИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ	а) распрямить ладонь со сближенными пальцами на правой руке и удержать в вертикальном положении под счет от 1 до 15; б) аналогично выполнить левой рукой, в) выполнить эту позу на обеих руках одновременно; г) распрямить ладонь, развести все пальцы в стороны и удержать в этом положении под счет	

	(1—15) на правой руке затем на левой и на обеих руках одновременно; д) выставить первый и пятый пальцы и удержать эту позу под счет (1 —15) в той же последовательности; е) показать второй и третий пальцы, остальные пальцы собрать в щепоть – поза «зайчик», удержать по счет (1- 15), выполнение осуществляется в той же последовательности; ж) второй и пятый пальцы выпрямлены, остальные собраны в кулак, удержать позу под счет 1-15 на правой, левой и обеих руках. з) сложить первый и второй пальцы в кольцо, остальные выпрямить, удержать под счет (1-15) в той последовательности; и) положить третий палец на второй, остальные собрать в кулак, удержать под счет (1-5) в той же последовательности.	
2. ИССЛЕДОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ ДВИЖЕНИЙ	а) выполнить под счет: пальцы сжать в кулак – разжать (5-8 раз на правой руке, левой, обеих руках; б) держа ладонь на поверхности стола, разъединить пальцы, соединить вместе (5-8 раз) на правой, левой, обеих руках; в) сложить пальцы в кольцо – раскрыть ладонь (5-8 раз) в той же последовательности; г) попеременно соединять все пальцы руки с большим пальцем (первым), начиная со второго пальца правой руки, за тем левой, обеих рук одновременно; д) менять положение обеих рук одновременно: одна кисть в позе «ладони», другая сжата в кулак (5-8 раз): е) положить вторые пальцы на третьи на обеих руках (5-8 раз)	
Отмечаются: плавное, точное и одновременное выполнение проб: напряженность, скованность движений, нарушение темпа выполнения движения (не под счет логопеда) нарушение переключения от одного движения к другому, наличие синкинезий, гиперкинезов невозможность удержания созданной позы невыполнение движения.		

ВЫВОДЫ: ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ НАРУШЕННЫЕ И СОХРАННЫЕ СТОРОНЫ МОТОРИКИ ПАЛЬЦЕВ РУК

Начало формы

Конец формы

III. Обследование состояния органов артикуляционного аппарата

Изучение состояния, органов артикуляционного аппарата включает обследование его анатомического строения и двигательной функции.

1. Обследование анатомического состояния артикуляционного аппарата

Обследование анатомического состояния артикуляционного аппарата начинается с наблюдения за мимической мускулатурой в покое отмечается выраженность носогубных складок, их симметричность, открыт рот или закрыт, наличие слюнотечения: характер ли-

нии губ и плотность их смыкания: имеются ли насильственные движения (гиперкинезы) мимической мускулатуры. Затем переходят к осмотру органов артикуляционного аппарата, а ходе которого необходимо охарактеризовать особенности строения и дефекты анатомического характера следующих органов: губ языка зубов, мягкого неба челюстей, твердого неба.

ГУБЫ — естественной толщины, толстые, расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы, загубные уздечки (укорочены короткая уздечка верхней губы).

ЗУБЫ — ровные, здоровые, расположены вне челюстной дуги мелкие редкие, кривые, недоразвитые, кариозные, наличие диастем

ПРИКУС — физиологический, открытый передний, открытый боковой односторонний двухсторонний.

СТРОЕНИЕ ЧЕЛЮСТИ — прогения прогнаны, норма.

ЯЗЫК — толстый, вялый, напряженный, маленький, длинный, узкий, не выражены части языка, оттянут вглубь рта.

ПОДЪЯЗЫЧНАЯ УЗДЕЧКА — короткая, эластичная, натянутая, приращенная, неэластичная, норма.

МАЛЕНЬКИЙ ЯЗЫЧОК — отсутствует, укорочен расщеплен свисает неподвижно по средней пинии, отклоняется в сторону

НЕБО — куполообразное, естественной высоты, чрезмерно узкое, высокое плоское, низкое, расщелина твердого неба расщепление альвеолярного отростка, субмукозная расщелина.

ВЫВОДЫ: АНАТОМИЧЕСКОЕ СТОРОЕНИЕ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА С ОТКЛОНЕНИЯМИ, БЕЗ ОТКЛОНЕНИЙ.

2. Обследование моторики органов артикуляционного аппарата

Обследование моторики органов артикуляционного аппарата направлено на изучение функционального состояния активных органов артикуляционного аппарата и включает исследование двигательных функций органов артикуляционного аппарата, динамической организации движений этих органов и изучение состояния мимической мускулатуры.

А. Исследование двигательных функций артикуляционного аппарата

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
1. Исследование двигательной функции губ по словесной инструкции проводит-ся после вы-полнения задания по показу	а) сомкнуть губы; б) округлить губы, как при произношении звука «о», – удержать позу под счет до 5; в) вытянуть губы в трубочку, как при произношении звука «у», и удержать позу под счет до 5; г) сделать «хоботок» (вытянуть губы и сомкнуть их), удержать позу по счет до 5; д) растянуть губы в «улыбке» (зубов не видно) и удержать позу по счет до 5; е) поднять верхнюю губу вверх (видны верхние зубы), удержать позу; ё) опустить нижнюю губу вниз (видны нижние зубы), удержать позу; ж) одновременно поднять верхнюю губу вверх и опустить нижнюю; з) многократно произносить губные звуки «б-б-б», «п-п-п».	
Отмечаются: выполнение правильное: диапазон движений невелик; наличие содружественных движений; чрезмерное напряжение мышц истощаемости движений, наличие тремора, саливации, гиперкинезов, активность участия правой и левой сторон губ; смыкание губ с одной стороны; движение не удается.		
2.исследование двигательной функции челюсти проводят по показу, затем по словесной инструкции	а) широко раскрыть рот при произношении звука и закрыть; б) сделать движение челюстью вправо; в) сделать движение влево; г) выдвинуть нижнюю вперед	
Отмечаются: выполнение правильное; движения челюсти недостаточного объема; наличие содружественных движений, тремора, саливации; движение не удается.		
3. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ ЯЗЫКА (ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЪЕМА И КАЧЕСТВА ДВИЖЕНИЙ ЯЗЫКА) ПО ПОКАЗУ И СЛОВЕСНОЙ ИНСТРУКЦИИ	а) положить широкий язык на нижнюю губу и подержать под счет до 5; б) положить широкий язык на верхнюю губу и подержать под счет до 5; в) переводить кончик языка поочередно из правого угла рта в левый угол, касаясь губ; г) сделать язык «лопатой» (широким), а затем «иголочкой» (узким); д) упереть кончик языка в правую, а затем в левую щеку; е) поднять кончик языка к верхним зубам, подержать под счет и опустить к нижним зубам; ё) выдвинуть широкий язык вперед, а затем занести назад в ротовую полость; ж) стоя вытянуть руки вперед, кончик языка положить на нижнюю губу и закрыть глаза (логопед поддерживает рукой спину ребенка)	
Отмечаются: выполнение правильное, движения языка имеют недостаточный диапазон; появляются содружественные движения; язык движется неуклюже всей массой, медленно неточно; имеются отклонения языка в сторону тремор, гиперкинезы; истощаемость движений, саливация; удерживается ли язык в определенном положении; движение не удается.		
4. ИССЛЕДОВАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ МЯГКОГО НЕБА	а) широко открыть рот и четко произнести звук «а» (в этот момент в норме мягкое небо поднимается) б) провести шпателем, зондом или бумажкой, скрученной в трубочку, по мягкому небу (в норме должен	

	появляться рвотный рефлекс) в) при высунутом между зубами языке надуть щеки и сильно подуть так, как будто задувается пламя свечи	
Отмечаются: выполнение правильное; объем движения ограничен, наличие содружественных движений, малой подвижности небной занавески, Гиперкинезов, саливации, движение не удается		
5. исследование продолжительности и силы выдоха	а) сыграть на любом духовом инструменте-игрушке (губной гармошке, дудочке, флейте и т.д.) б) поддувать пушинки, листок бумаги и т.п.	
Отмечаются: силу и продолжительность выдоха; укороченный выдох (в зависимости от возраста испытуемого)		

Б. Исследование динамической организации движений артикуляционного аппарата

Все предъявляемые формы вначале проводятся по показу, а затем по словесной инструкции при многократном повторении проводимого комплекса движений

Содержание задания	Характер выполнения
1. Оскалить зубы, широко открыть рот, положить широкий язык на нижнюю губу, занести язык за нижние зубы, закрыть рот. 2. Широко открыть рот, как при звуке «а», растянуть губы в улыбку, вытянуть губы в трубочку, закрыть рот и сомкнуть губы. 3. Широко раскрыть рот, затем попросить полузакрыть и закрыть его. 4. Широко открыть рот, дотронуться кончиком языка до нижней губы, поднять кончик языка к верхним зубам, затем опустить за нижние зубы и закрыть рот. 5. Положить широкий язык на нижнюю губу, приподнять боковые края и кончик языка, чтобы получилась «чашечка», занести эту «чашечку» в рот, опустить кончик языка за нижние зубы и закрыть рот. 6. Повторить звуковой или слоговой ряд несколько раз (последовательность звуков и слогов изменяется) «а-и-у», «у-и-а», «ка-па-та», па-ка-та», «пла-плу-пло», «рал-лар-тар-тал», «скла-взма-здра»	
Отмечаются: выполнение правильное; проявляется замена одного движения другим, поиск артикуляции, «застревание» на одном движении, инертность движения, недифференцированность движений, нарушение плавности движений, напряженность языка, подергивание языка, движения языка не удаются, легко ли удается переключение с одной артикуляционной позы на другую, с одной фонемы на другую и с одного звукового ряда на другой	

ВЫВОДЫ: ДВИЖЕНИЯ АРТИКУЛЯЦИОННОГО АППАРАТА АКТИВНЫЕ, ВЯЛЫЕ, ПАССИВНЫЕ; ОБЪЕМ ДВИЖЕНИЙ ПОЛНЫЙ, НЕПОЛНЫЙ; присутствует ЗАМЕНА ДВИЖЕНИЙ, ОТСУТСТВУЕТ ЗАМЕНА ДВИЖЕНИЙ; НАБЛЮДАЮТСЯ ГИПЕРКИНЕЗЫ, СИНКИНЕЗИИ, САЛИВАЦИЯ, ТРЕМОР; МОТОРНАЯ НАПРЯЖЕННОСТЬ; ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПЕРЕХОДА ОТ ОДНОГО ДВИЖЕНИЯ К ДРУГОМУ, ЗАСТРЕВАНИЕ НА ОДНОМ ДВИЖЕНИИ, РАСТОРМОЖЕННОСТЬ.

В. Обследование мимической мускулатуры

Приемы исследования мимической мускулатуры позволяют обнаружить поражение черепно-мозговых нервов, что является одним из симптомов дизартрических расстройств речи. Предлагаемые пробы выполняются сначала по показу, а затем по словесной инструкции.

Прием	Содержание задания	Характер выполнения
1.Исследование объема и качества движения мышц лба	а) нахмурить брови б) поднять брови	
Отмечаются: выполнение правильное; проба выполняется с содружественными движениями (щурятся глаза, подергиваются щеки и т.д.), движение не удается		
2. Исследование объема и качества движений мышц глаз	а) легко сомкнуть веки б) плотно сомкнуть веки в) закрыть правый глаз, затем левый г) подмигнуть	
Отмечаются: выполнение правильное; движение не удается; появление содружественных движений		
3. Исследование объема и качества движений мышц щек	а) надуть левую щеку б) надуть правую щеку в) надуть обе щеки одновременно г) втянуть щеки в рот	
Отмечаются: выполнение правильное; движение выполняется с напряжением, не в полном объеме; изолированное надувание одной щеки не удается; поза не выполняется.		
4. Исследование возможности произвольного формирования определенных мимических поз	выразить мимикой лица: а) удивление б) радость в) испуг г) грусть д) сердитое лицо	
Отмечаются: правильное выполнение; мимическая картина нечеткая, движение выполняется с одной стороны; поза не создается.		
5. Исследование символичес-кого праксиса	а) свист б) поцелуй в) улыбка г) оскал д) плевок е) цоканье	
Отмечаются: выполнение правильное; объем движений ограничен, появление содружественных движений, гиперкинезов, саливации; напряженность; движение не удается		

ВЫВОДЫ: ПОРАЖЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ИННЕРВАЦИИ ОТСУТСТВУЕТ; ОТМЕЧАЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ.

Учебное издание

Поникарова Валентина Николаевна

ДЕФЕКТОЛОГИЯ ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ. ЧАСТЬ III

Учебное пособие

ISBN 978-5-907744-50-9

9 785907 744509 >

Компьютерная верстка и макет *Горохов А.А.*

Подписано в печать 26.06.2023.
Формат 60 x84 1/16, Бумага офисная.
Уч.-изд.л. 28,2 Усл. печ. л. 25,8 Тираж 500 экз. Заказ № 1900

Отпечатано в типографии
Закрытое акционерное общество «Университетская книга»
305018, г. Курск, ул. Монтажников, д.12
ИНН 4632047762 ОРГН 1044637037829 дата регистрации 23.11.2004 г.
Телефон +7-910-730-82-83 www.nauka46.ru