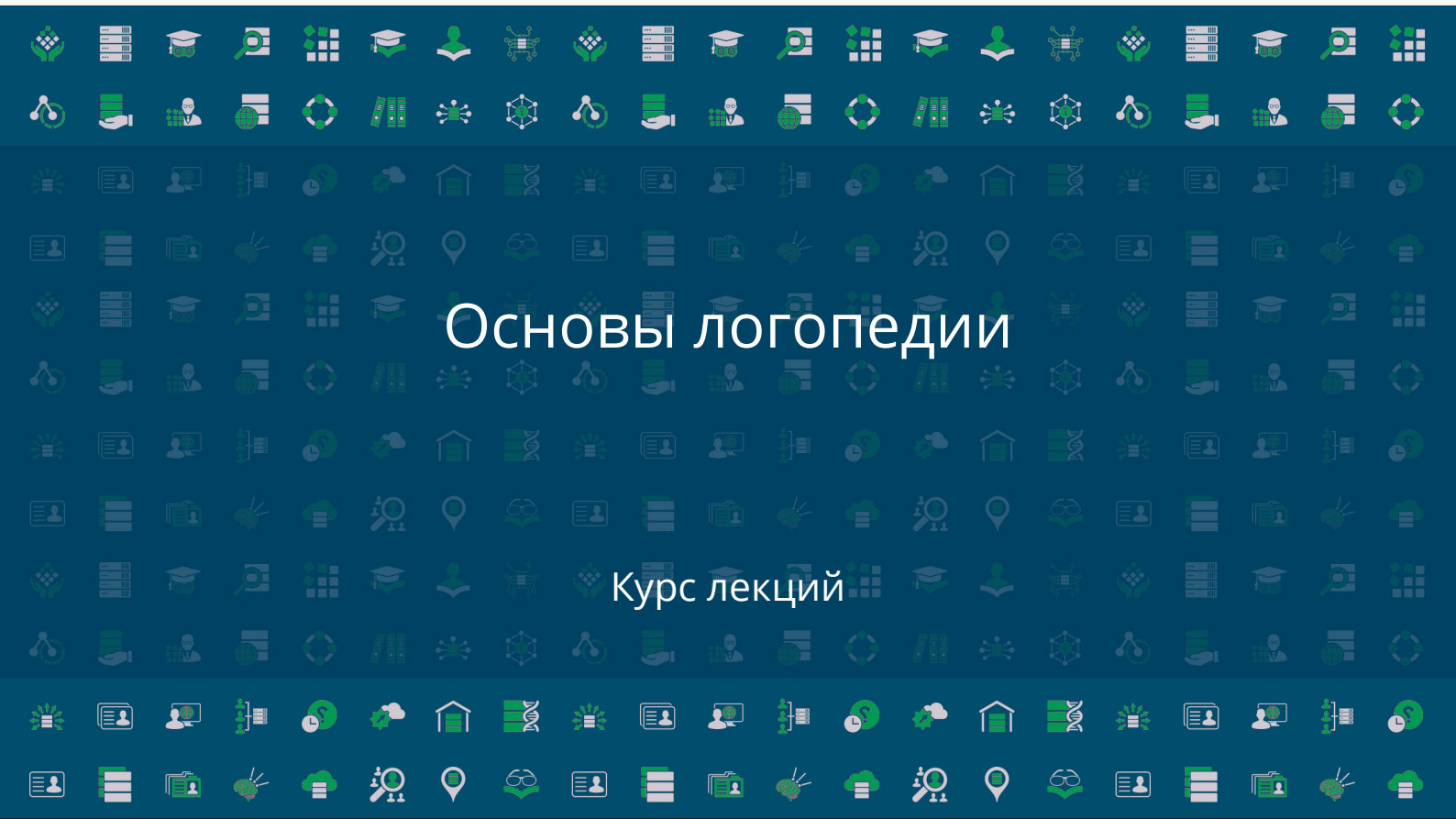




2024
г. Москва



Московская академия
профессиональных
компетенций

ТЕМА 1 «ПРЕДМЕТ, МЕТОДЫ, ЗАДАЧИ ЛОГОПЕДИИ. СВЯЗЬ ЛОГОПЕДИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ»

Логопедия — это специальная педагогическая наука об изучении, исправлении и предупреждении речевых нарушений. В переводе с греческого языка, термин «логопедия» означает «обучение слову, речи» (логос- слово, пайдео - обучаю). Логопедия изучает причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, принципы организации специальной помощи лицам с нарушениями речи.

Историческая справка: с древних времен известно о различных видах речевых нарушений и об оказании помощи лицам с недостатками речи. Лишь в 19 веке логопедия оформилась как самостоятельная наука. До этого, еще в 17 веке, она входила в состав сурдопедагогики. Став самостоятельной наукой, логопедия имела медицинскую направленность. Педагогической наукой становится с 30-х годов 20 века, что связано с организацией НИИ Дефектологии.

Предметом логопедии являются закономерности и пути коррекции нарушений речевой деятельности.

Задачи логопедии:

- изучение распространенности, симптоматики, степени нарушений речевой деятельности, динамики самостоятельного и направленного развития речи детей с речевыми нарушениями, характера влияния речевых расстройств на формирование личности и психическое развитие ребенка;
- выявление причин, механизмов и структуры речевых нарушений;
- устранение речевых нарушений, совершенствование принципов, методов, средств выявления и коррекции недостатков речи;
- организация работы по предупреждению нарушений речи у детей.

Цель логопедии, как науки, состоит в разработке научно-обоснованной системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушениями речевой функции.

Функций речи: коммуникативная (общения), мышления, регулирующая.

Естественно-научную основу логопедии составляют учения о двух сигнальных системах, их взаимодействии, о закономерностях формирования условно-рефлекторных связей, о динамической локализации психических функций (И.П. Павлов, И.М. Сеченов, А.А. Лурия и др.).

Под структурой речевого дефекта следует рассматривать совокупность речевых и неречевых симптомов речевого нарушения и характер их связи. В структуре речевого дефекта выделяется первичное (ведущее) нарушение и вторичные дефекты, находящиеся в причинно-следственных отношениях с первичными.

3

Нарушение речи — это отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в конкретной языковой среде, характеризующееся следующими признаками: не соответствует возрасту говорящего; самостоятельно не исчезает, а закрепляется; требует логопедического вмешательства; откладывает отпечаток на психическое развитие ребенка.

Данная характеристика дает возможность дифференцировать речевое нарушение от возрастных особенностей речи, каких-либо временных нарушений, диалектной речи и пр. Принципы логопедии: системности; комплексности; развития; деятельностного подхода; онтогенетический; учета этиологии, структуры, симптоматики речевого нарушения; принципы общей дидактики и др.

Смежные дисциплины: педагогика; специальная педагогика; психология; специальная психология; лингвистические науки; цикл медицинских наук и др.

ТЕМА 2 «АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕЧИ»

4

Речь осуществляется с помощью слаженной работы речевого аппарата, состоящего из центрального (регулирующего) и периферического (исполнительного) отделов.

Центральный отдел речевого аппарата включает кору головного мозга, подкорку, продолговатый мозг, ядра продолговатого мозга, пирамидные пути.

Для понимания механизмов речевых нарушений важными являются знания о динамической локализации высших психических функций, о мозговой организации речевой функции.

Речевая функциональная система основывается на деятельности многих мозговых структур головного мозга, каждая из которых выполняет специфически определенную операцию речевой деятельности. А.Р. Лурия выделяет три функциональных блока в деятельности мозга.

Первый блок включает подкорковые образования и обеспечивает нормальный тонус коры.

Второй блок включает кору задних отделов больших полушарий, осуществляет прием, переработку и хранение чувственной

Информации, получаемой из внешнего мира. Именно этот блок является основным аппаратом мозга, обеспечивающим познавательные процессы. В структуре второго блока выделяются первичные, вторичные и третичные зоны.

В первичных зонах коры происходит прием чувственной информации от определенных органов чувств.

Вторичные зоны осуществляют анализ возбуждений, получаемых первичными зонами. Первичные и вторичные зоны представляют корковый отдел того или иного анализатора (зрительного, слухового и др.)

Третичные зоны выполняют функцию анализа, синтеза, интеграции полученной чувственной информации, на основе деятельности этих зон происходит переход от уровня непосредственного наглядного синтеза к символическому уровню, к оперированию со значениями слов, сложными логико-грамматическими структурами, с отвлеченными соотношениями.

Третий блок представлен корой передних отделов больших полушарий, он обеспечивает программирование, регуляцию и контроль человеческого поведения, регулирует деятельность подкорковых образований.

Речевая деятельность является результатом совместной работы всех блоков. Вместе с тем, каждый блок принимает определенное, специфическое участие в

5

речевом процессе. Поражение какого-либо участка мозга приводит и к специфическим симптомам нарушений речевой деятельности.

Согласно учению И.П.Павлова, речь представляет собой сложную психофизическую функцию головного мозга, вторую сигнальную систему действительности. Слово является сигналом особого свойства, орудием обобщения, абстрагирования. Учет сложных взаимодействий первой и второй сигнальных систем позволяет более эффективно строить работу по коррекции нарушений речи, по компенсации нарушенных речевых и неречевых функций.

Центральный и периферический отделы речевого аппарата соединяются парами черепно-мозговых нервов.

Периферический отдел речевого аппарата состоит из подотделов: дыхания, голосообразования, артикуляции.

Особенности речевого дыхания заключаются в следующем: речь осуществляется на выдохе; выдох длиннее вдоха; самый короткий путь вдоха - через рот; забор воздуха больше; участие мышц в акте речи; количество дыхательных движений сокращено.

Голосообразующий отдел состоит из гортани, которая представляет собой хрящевую трубку, выстланную изнутри слизистой оболочкой. Складки слизистой оболочки образуют голосовые связки. При разомкнутом положении голосовых связок произносятся глухие согласные звуки, при сомкнутом положении - гласные звуки и звонкие согласные.

Глотка, ротовая и носовая полости составляют **отдел артикуляции**. Органы артикуляции делятся на активные и пассивные.

Возможные аномалии в строении органов артикуляции, влияющие на состояние речи: дефекты носовой полости, неба, прикуса и др.

Прикус - это соотношение верхней и нижней челюстей при плотно сомкнутых коренных зубах. Аномалии прикуса: прогнатия, прогения, передний открытый прикус, прямой закрытый, глубокий закрытый, боковой открытый прикус.

Внешние мышцы языка (подбородочно-язычная, шило-язычная, небно-язычная, подъязычно-язычная). Внутренние мышцы языка (верхняя продольная, нижняя продольная, вертикальная, поперечная).

ТЕМА 3 «ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЭТАПОВ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА»

Проблема развития речи в онтогенезе человека широко исследуется и обсуждается. При этом прослеживается исходящая от взглядов Л.С. Выготского тенденция рассматривать это развитие в контексте социальных взаимосвязей ребенка.

В речевом развитии детей выделяют два основных этапа: доречевой (от рождения ребенка до 1 года) и речевой (от 1 года и выше).

Доречевой период играет роль пропедевтического, именно в этот период возникают предпосылки к овладению речью. У ребенка развиваются гуление (3-4 месяца) и лепет (5-6 месяцев). Гуление и лепет являются рефлексорными, не зависят от воли ребенка и не регулируются его сознанием, возникают в процессе внеречевой деятельности речевого аппарата.

В период гуления первыми появляются гласные звуки (а, о, у, э), как наиболее мягкие для артикулирования, затем губные звуки (п, б, м), обусловленные физиологическим актом сосания, и заднеязычные (к, г, х), что связано с физиологическим актом глотания и приподнятым корнем языка (положение ребенка лежа).

Лепет — это появление более определенных звуковых комплексов, сочетаний гласных и согласных звуков. Для развития лепета необходимо слуховое подкрепление. Гуление и лепет, то есть, неопределенное артикулирование звуков и их сочетаний, не являются средством общения.

В 7-8 месяцев ребенок начинает подражать речи взрослых. В доречевой период необходимо чаще общаться с ребенком, разговаривать с ним, произносить звуки. Общение с ребенком должно быть эмоционально окрашенным.

Иную периодизацию речевого развития предлагает зарубежный исследователь П. Менюк («Основа речевого развития»). Он выделяет 5 стадий развития речи.

Во время первой стадии (доречевое развитие до стадии лепета) преобладают крик и первичная вокализация. Значение на этом этапе придается интонационной характеристике голосовых реакций. Подчеркивается важность ответа матери на крик ребенка, акцентируется внимание на корреляционной зависимости между этим ответом и развитием коммуникативной значимости первых голосовых реакций ребенка. Данный аспект исследования показывает роль подкрепления в развитии речевой деятельности на ранних этапах онтогенеза. На первой стадии речевого развития отмечается также возможность детей дифференцировать

7

акустические раздражители, что рассматривается как необходимая предпосылка восприятия речи.

Вторая стадия охватывает период лепета. Подчеркивается большая звуковая активность ребенка, появление контроля над своим криком, дальнейшая дифференциация слухового восприятия.

Третья стадия - общение на уровне одного слова. С этого периода начинается истинное речевое развитие ребенка. Происходят качественные изменения, как в продуцировании, так и в восприятии речи. Важным и качественно новым приобретением на этой стадии исследователь считает появление возможности восприятия длины произносимого слова. Впервые устанавливается взаимосвязь между моторной и сенсорной речью.

Четвертая стадия - общение на уровне двух слов. Это начальный этап развития синтаксиса и абстрактной категоризации.

Во время пятой стадии происходит овладение грамматическими категориями языка.

Рассмотренная периодизация представляет интерес, расширяя возможности раскрытия механизмов задержанного и нарушенного речевого развития.

Речевой период начинается от 1 года. Речь развивается по составляющим ее компонентам: звукопроизносительная сторона речи, словарь, грамматический строй.

Для развития фонетической стороны речи играет роль речевое окружение ребенка, он должен слышать правильную речь. Особенности формирования фонетической стороны речи: в 3 года звуки «ш», «ж», «ч», «щ» могут заменяться нечеткими «с», «з». Звук «щ» часто заменяется «ч», «ть», реже «т», «д». Свистящие звуки произносятся межзубно, призубно («т», «д»), возможно губно-зубное произношение («ф», «в»). Звуки «р», «л» заменяются звуками «й», «ль». Небные звуки «ю», «г», «х» произносятся как «т» или «д». Характерно смягчение звуков, допускаются недостатки озвончения.

В 4 года отмечается неустойчивое владение звуками. Возможно межзубное произношение свистящих звуков. Верно произносятся отдельные шипящие звуки. Сонорные звуки «р», «л» остаются неверно произносимыми, они заменяются на звуки «й», «в».

У ребёнка 5-6-летнего возраста свистящие, шипящие и небные звуки должны быть сформированы. Наиболее сложный по артикуляции звук «р» может оставаться неправильно произносимым («й», «л») до 7 лет. Развитие лексической стороны речи: первоначально дети усваивают слова с номинативной функцией. Параллельно ребенок начинает пользоваться глаголами. Затем усваиваются остальные грамматические категории: прилагательные, наречия, местоимения.

Постепенно формируется слоговая структура. В 1 год ребенок может воспроизвести один ударный слог. В 2 года воспроизводятся два, три слога. В 3

8

года слоговая структура должна быть относительно сформированной, дети могут допускать ошибки в сложных словах.

В развитии грамматического строя речи можно выделить три периода: предложения из аморфных слов-корней (1 период), усвоение грамматической структуры предложения (2 период), усвоение морфологической системы родного языка (3 период).

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 4 «КЛАССИФИКАЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ»

9

Научно-обоснованные представления о формах и видах речевых нарушений являются исходными условиями для разработки эффективных методик их преодоления. На протяжении всей истории развития логопедии исследователи стремились к созданию классификации речевых нарушений, охватывающей все их многообразие. Сложность систематизации нарушений речи обусловлена рядом причин, среди которых ведущее место занимает недостаточная изученность самого механизма речи, а также несоответствие во взглядах исследователей на вопрос о критериях, лежащих в основе классификации.

В современной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая.

Клинико-педагогическая классификация нарушений речи опирается на традиционное содружество логопедии с медициной. Она ориентирована на разработку дифференцированного подхода к преодолению дефектов речевой деятельности и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений.

В основе классификации лежит совокупность психолого-лингвистических, клинических и этиопатогенетических критериев. Такой многоаспектный подход к анализу речевых нарушений позволяет избежать односторонности представлений о них.

Медицинский аспект предполагает учет того, какой из речевых анализаторов нарушен, в каком отделе и в какой степени. В соответствии с этим речевые расстройства подразделяются на расстройства, обусловленные нарушениями в области речедвигательного или речеслухового анализатора; расстройства центрального или периферического характера; расстройства функционального или органического порядка. Учитывается время наступления расстройства (до начала формирования речи; в процессе формирования речи; после того, как речь была сформирована).

Психологический аспект предполагает учет того, в какой мере нарушена коммуникативная функция речи; какими личностными проявлениями сопровождается то или иное речевое расстройство; каковы тенденции спонтанного развития речевой функции; каков прогноз.

Логопедический аспект предполагает учет того, какое звено речевой системы нарушено.

Все виды речевых нарушений подразделяются на две группы, в зависимости от того, какой вид речи нарушен: 1 группа включает нарушения устной речи, 2 группа - нарушения письменной речи. Нарушения устной речи, в свою очередь, делятся на:

1. нарушения внешнего (фонационного) оформления высказывания;
2. нарушения внутреннего (структурно-семантического) оформления высказывания.

Первый тип расстройств, т.е. нарушения фонационного оформления высказывания, дифференцируется в зависимости от нарушенного звена.

а) Нарушения голосообразования (афония, дисфония).

Нарушения голоса могут быть следствием патологических изменений голосового аппарата. Проявляются либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты, тембра голоса (дисфония). Нарушения голоса обусловлены органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации, могут возникать на любом этапе развития ребенка, бывают самостоятельными или входят в состав ряда других недостатков речи (ринолалия, дизартрия).

б) Нарушения темпа и ритма речи (тахилалия, брадилалия, заикание).

Тахилалия - патологически ускоренный темп речи. Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы. Нарушение центрального характера, органическое или функциональное по своей природе. При ускоренном темпе речь оказывается торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами.

Брадилалия - патологически замедленный темп речи. Отмечается замедление реализации артикуляторной речевой программы. Нарушение центрального характера, может быть органическим или функциональным. При замедленном темпе речь становится тягуче-растянутой, вялой, монотонной.

При указанных расстройствах (тахилалия, брадилалия) искажается развитие как внешней, так и внутренней речи. Нарушения могут выражаться в разной степени, при тяжелой степени страдает процесс коммуникации. Своевременное устранение этих недостатков в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем.

Заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу. Чаще возникает в ходе речевого развития.

в) Нарушения звукопроизводительной организации речи (дислалия, ринолалия, дизартрия).

Дислалия - нарушение фонетической стороны речи при сохранном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в ненормированном произнесении звуков (искажения), их заменах и смешениях. Дислалия возникает

11

обычно в процессе развития речи ребенка. При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, при их отсутствии — функциональный.

Нарушение может быть обусловлено тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база, т.е. не усвоены артикуляционные позиции, необходимые для произнесения звуков, или неправильно сформировались артикуляторные позиции, следствием чего является продуцирование ненормированных звуков.

Ринолалия - это нарушения тембра голоса и звукопроизносительной стороны речи, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным.

Дизартрия - тяжелое речевое расстройство, при котором, наряду с нарушением произносительной стороны речи, отмечаются просодические изменения. При дизартрии страдает иннервация речевого аппарата. Является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам. Чаще дизартрия возникает вследствие рано приобретенного церебрального паралича, но может возникнуть на любом этапе развития ребенка в результате нейроинфекций и других заболеваний мозга.

Второй тип расстройств, т.е. нарушения структурно-семантического оформления высказывания, представлен следующими нарушениями:

- а) алалия;
- б) афазия.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Это один из сложнейших дефектов речи, при котором не формируется система языковых средств (фонетических, грамматических, лексических), страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Сопровождается грубыми семантическими дефектами, нарушением управления речевыми движениями.

Афазия - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Причинами могут стать черепно-мозговые травмы, нейроинфекции, опухоли мозга после того, как речь уже была сформирована.

Группа нарушений письменной речи: дислексия, дисграфия.

Дислексия - частичное специфическое нарушение процесса чтения. Проявляется в затруднениях узнавания букв, в сложностях слияния букв в слоги, слогов в слова, следствием чего является неправильное воспроизведение звуковой формы слова. Нарушается процесс понимания прочитанного.

Дисграфия - частичное специфическое нарушение процесса письма. Дефект обусловлен несформированностью операций звукового анализа и синтеза, нестойкостью произвольного внимания, нарушениями зрительно — пространственного восприятия.

12

Психолого-педагогическая классификация нарушений речи возникла в результате критического анализа чисто клинических подходов к квалификации речевых нарушений. В основе классификации лежит учет структурных компонентов речевой системы (звуковая, лексическая, грамматическая стороны речи), соотношения видов речевой деятельности (устная и письменная речь). Предложенная систематизация нарушений речи удобна при комплектовании речевых групп, организации групповых форм логопедической работы при разных формах речевых расстройств, но при условии общности их проявлений.

Нарушения речи подразделяются на две группы:

1. нарушения средств общения;
2. нарушения в применении средств общения.

1 группа нарушений включает:

а) фонетические нарушения, проявляющиеся в том, что дети искажают или не произносят отдельные звуки, но это не влияет на формирование речи в целом, коммуникативная функция не страдает;

б) фонетико-фонематическое недоразвитие речи - нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем; к этой категории относятся дети с сохранным слухом и интеллектом. Признаком фонематического недоразвития является незаконченность становления и дифференциации звуков, отличающихся тонкими артикуляционными или акустическими признаками. При фонетико-фонематическом недоразвитии обнаруживается ряд особенностей произношения звуков и их употребления в речи: аморфное, неотчетливое произнесение ряда звуков; недифференцированное произнесение пар или групп звуков; замены звуков более простыми по артикуляции; нестойкое владение звуками; смешение звуков в речи. Характер произношения звуков указывает на то, что дети недостаточно хорошо их различают. Отмечается неподготовленность детей к элементарным формам звукового анализа и синтеза;

в) общее недоразвитие речи - это сложные речевые расстройства у детей с нормальным слухом и интеллектом при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой сторонам. Нарушение отличается стойкостью и требует специальных приемов работы.

Степень нарушения речи различна: от отсутствия речи, ее лепетного состояния до развернутой речи с элементами фонетического, лексико-грамматического несовершенства. Выделяют три уровня общего недоразвития речи (Р.Е.Левина).

1 уровень: дети практически не пользуются вербальными средствами общения. Их активный словарь включает лепетные слова, звуковые комплексы, звукоподражания, сопровождающиеся жестами. Имеет место многозначность. Фразовая речь отсутствует, возможны лишь элементарные сочетания имеющихся

13

звуковых комплексов и подражаний. Произношение звуков лишено четкой и постоянной артикуляции, звуковой анализ недоступен. Обращенная речь воспринимается детьми часто лишь в пределах конкретной узкой ситуации. При спонтанном развитии речь детей не достигает уровня, необходимого для полноценного обучения.

2 уровень: отмечается положительная динамика в плане роста речевых возможностей ребенка, общение с окружающими осуществляется посредством речевых средств. В словаре преобладают существительные и глаголы, речь по-прежнему сопровождается жестами. Ребенок может относительно развернуто рассказать о себе, своем доме. Но используемые предложения отличаются аграмматизмами. В речи большое число фонетических дефектов, чаще нарушены 1 группы свистящих, шипящих, сонорных звуков. Наблюдается разница между изолированным произнесением звука и его употреблением в речи.

3 уровень: дети широко и активно пользуются словесными средствами общения. В речи отсутствуют грубые отклонения, имеются отдельные пробелы в лексике, грамматике, фонетике. В силу бедности словарного запаса дети затрудняются в отборе нужных слов. Смешиваются слова, близкие по звучанию, смысловому сходству. Используются простые конструкции предложений, отмечается несформированность навыков словообразования и словоизменения. Улучшено понимание речи. Переход с одного уровня на другой характеризуется расширением речевых возможностей ребенка, зависит от тяжести нарушения, компенсаторных возможностей, времени и содержания коррекционного воздействия.

2 группа нарушений включает заикание, как нарушение коммуникативной функции речи при наличии сформированных средств общения. Возможно сочетание заикания с общим недоразвитием речи.

Нарушения письма и чтения (дисграфия, дислексия) рассматриваются в настоящей классификации в составе фонетико-фонематического или общего недоразвития речи, как их последствия.

Клинико-педагогическая и психолого-педагогическая классификации нарушений речи отражают современное состояние теории логопедии.

ТЕМА 5 «ГОЛОС И ЕГО РАССТРОЙСТВА. РИНОЛАЛИЯ»

14

Голос — это любые звуки, исходящие из гортани человека, независимо от их сложности и социальной значимости. Образуется голос в гортани, которая представляет собой генераторный отдел. Органы дыхания представляют энергетический отдел, источником энергии, вызывающей колебания голосовых связок, является выдыхаемая воздушная струя. Надставная труба (глотка, носовая и ротовая полости) - резонирующий отдел, где звуки приобретают свою силу и окраску. Различение акустических свойств звуков осуществляется с помощью слуха.

Расстройства голоса — это отклонения в силе, высоте, тембре. Проявления неправильного звучания голоса могут быть различного характера: отсутствие голоса, слабый, крикливый, визгливый, грубый, сильный, хриплый, сдавленный, горловой, дрожащий, глухой, носовой, монотонный голос и др.

Расстройства голоса делятся на органические или функциональные, центральные или периферические. **Функциональные центральные нарушения голоса** у детей встречаются реже, чем у взрослых лиц. Примером могут служить психогенные афонии или дисфонии. Механизм нарушения при этом заключается в следующем: при наличии сильного эмоционального стресса возникает очаг запредельного торможения в центральной нервной системе, в результате чего нарушается регуляция процесса голосообразования со стороны коры головного мозга. Иногда голос восстанавливается самостоятельно при исчезновении причинного фактора, но может быть выработан патологический рефлекс в виде афонии или дисфонии. В таких случаях потребуется специальная работа по восстановлению голоса.

В детском возрасте чаще наблюдаются периферические функциональные нарушения голоса, что может быть следствием перенапряжения голосовых связок. Голосовые связки имеют единственную поперечную мышцу, регулирующую их смыкание. Перенапряжение или воспаление поперечной мышцы приводит к расстройствам голоса.

К периферическим функциональным нарушениям относится и патологическая мутация, когда голос становится низким, интонация неуверенной, наблюдается быстрое чередование низких и высоких тонов. Причины патологической мутации часто связаны с эндокринными нарушениями.

Периферические органические нарушения возникают при наличии фибромы, папилломы голосовых связок, что приводит к их неплотному смыканию. Голос приобретает хриловатый оттенок, в более тяжелых случаях развивается афония.

Расстройства голоса могут быть самостоятельными (примеры самостоятельных нарушений приведены выше) или сопровождаются такими видами речевой патологии, как ринолалия, дизартрия и др.

15

Ринолалия (от греч. rhinos - нос, lalia - речь) - это нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами периферического отдела речевого аппарата.

Причины ринолалии сложны и многообразны. Дефект возникает под влиянием как генетических факторов, так и экзогенных вредностей, причем, в большинстве случаев отмечается сочетание тех и других.

В возникновении ринолалии большая роль отводится воздействиям неблагоприятных факторов внешней среды на внутриутробное развитие плода. Это могут быть физические факторы: механические травмы, действие радиации.

Неблагоприятным может оказаться влияние химических факторов: неполноценное питание плода, действие ядов, лекарственных препаратов, принимаемых матерью в период беременности. Группа биологических факторов включает вирусные инфекции у женщины в период беременности, такие как краснуха, токсоплазмоз, вирусный гепатит, тяжелые формы гриппа и др. Психогенные факторы: испуг, стрессовые состояния женщины во время беременности.

Следует подчеркнуть преимущественно неблагоприятное влияние вредных факторов экзогенного характера в первые 12 недель беременности.

В литературных источниках имеются сведения о наследственно обусловленных формах расщелин неба - от 10 до 30 % (Светлов П.Г., 1962, Писков А.Я., 1970 и др.).

Виды ринолалии:

Открытая.

Закрытая.

Смешанная.

В основе всех видов ринолалии - нарушение целостности периферического отдела речевого аппарата.

При закрытой ринолалии во время произнесения всех звуков речи воздух проходит только через рот. Это объясняется тем, что у ребенка затруднено носовое дыхание. Причинами могут быть полипы, аденоидные разрастания, закрывающие проход в носовую полость, искривления носовой перегородки и др.

При открытой ринолалии во время произнесения всех звуков речи воздух проходит не только через рот, но и через нос.

При смешанной форме отмечается комбинация открытой и закрытой ринолалии.

Открытая ринолалия бывает двух видов: органическая и функциональная.

Функциональная открытая ринолалия может быть обусловлена разными причинами, объясняется она недостаточным подъемом мягкого неба при фонации у детей с вялой артикуляцией. Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно благоприятный.

16

Наиболее тяжелые формы открытой органической ринолалии возникают при расщелинах губы, твердого и мягкого неба. Лечение щелинных дефектов губы и неба преимущественно хирургическое. Оно заключается в пластическом закрытии имеющегося дефекта. Сроки оперативного вмешательства зависят от тяжести нарушения физиологических функций, общего состояния ребенка.

Особенности речи детей-ринолаликов.

Своеобразно и аномально протекает доречевой период. Наиболее типичные лепетные звуки «п», «б», «т», «д» артикулируются беззвучно из-за утечки воздуха в носовую полость. Это ведет к отсутствию или резкому снижению слухового подкрепления, следствием чего является уменьшение активности лепета. Отмечается позднее появление речи. Страдает не только артикуляция звуков, но и развитие просодических элементов речи.

В результате нарушения целостности артикуляционного аппарата формируются компенсаторные изменения уклада органов артикуляции: высокий подъем корня языка, недостаточное участие губ при произнесении лабиализованных гласных, губно-губных, губно-зубных согласных звуков, напряжение мимических мышц.

Голос приобретает резко выраженный носовой оттенок. Нарушается артикуляция большинства звуков речи. Значительно снижается общая внятность речи. Иногда речь становится совершенно непонятной для окружающих. Особенности произношения ведут к искажению фонематической системы языка, ошибкам в письменной речи.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 6 «ДИЗАРТРИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА, ПРИЧИНЫ, ВИДЫ»

17

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Дизартрией следует называть тяжелые речевые расстройства, при которых, наряду с нарушением звукопроизносительной стороны речи, страдают темп речи, ее выразительность, плавность, модуляция (просодическая сторона речи). Характерным для дизартрии являются нарушения дыхания и голоса.

Наступает дизартрия при различных поражениях центральной нервной системы: следствие энцефалитов, менингоэнцефалитов, сосудистых расстройств, внутриутробных и природных травм. Причиной может явиться иммунологическая несовместимость крови матери и плода по резус-фактору и групповой принадлежности крови. Различные детские инфекции и воспалительные заболевания могут стать причиной более легких проявлений дизартрии (минимальные дизартрические расстройства).

Проблема дизартрии детского возраста интенсивно разрабатывается в клиническом, нейролингвистическом, психопедагогическом направлениях. Наиболее подробно описана дизартрия у детей с церебральными параличами (Е.М. Мастюкова, 1969-1983, И.И. Панченко, 1979 и др.). В зарубежной литературе проблема представлена в работах M.Clement, 1959, C.Bohme, 1968, R.D.Neilson, N.D. Dwer, 1984 и других авторов.

По вопросу классификации дизартрии нет единой точки зрения. Классификация, построенная по локализационному принципу, включает следующие виды дизартрии: бульбарная дизартрия, псевдобульбарная, экстрапирамидная, мозжечковая, корковая дизартрия.

Различные виды дизартрии имеют много общего, но для них характерны и глубокие отличия, знание которых логопедом поможет правильно организовать коррекционную работу.

Бульбарная дизартрия наступает в результате очагового поражения ядер, корешков или периферических стволов 5,7,9,10,12 пар черепно-мозговых нервов. Развивается бульбарный, вялый, атрофический паралич. Симптомы: атрофия мышц, атония (резкое снижение тонуса), арефлексия (исчезновение кожных, сухожильных рефлексов). Такие состояния развиваются в мышцах, иннервируемых вышеназванными парами черепно-мозговых нервов.

Механизм нарушения определяет речевую недостаточность при бульбарной дизартрии: речь смазанная и непонятная для окружающих, голос глухой, слабый с гнусавым оттенком. Гласные звуки и звонкие согласные оглушены. Нарушается

артикуляция смычных звуков. При бульбарном параличе нарушаются произвольные и непроизвольные движения.

Псевдобульбарная дизартрия - наиболее распространенная форма, наступает при поражении пирамидных путей, через которые поступают импульсы в ядра продолговатого мозга из коры. Может быть следствием родовой травмы, асфиксии.

Отмечается резкое повышение тонуса (чаще в руке мышц сгибателей, в ноге - разгибателей). Имеет место гиперрефлексия сухожильных рефлексов, нарушены только произвольные движения. Страдают наиболее тонкие изолированные движения органов артикуляции (движения языка в сторону, вверх и пр.). Язык занимает специфическое положение: подтянут кзади, спинка закруглена и закрывает проход в глотку.

Речь маловыразительная, монотонная. Нарушены наиболее сложные по артикуляции звуки («р», «л», «ш», «ж», «ц», «ч»). Голос имеет носовой оттенок.

Экстрапирамидная (или подкорковая) дизартрия характеризуется нарушением мышечного тонуса в артикуляционной, голосообразующей, дыхательной мускулатуре. Тонус мышц меняющийся или повышенный. Часты гиперкинезы (непроизвольные насильственные движения), особенно в мышцах языка. Меняющийся характер мышечного тонуса, наличие гиперкинезов в мышцах артикуляционного аппарата, дыхательной мускулатуре грубо искажают речь, делают ее малопонятной, иногда невозможной. Отмечаются расстройства интонационно-выразительной стороны речи. Отсутствует стабильность артикуляционных нарушений.

Корковая дизартрия бывает двух видов: постцентральная и премоторная (в зависимости от локализации поражения). Для постцентральной дизартрии характерен поиск артикуляции звуков.

Голос слабый, истощающийся, глухой. Гласные и звонкие согласные звуки оглушены. Тембр изменен по типу открытой гнусавости. Артикуляция гласных звуков приближена к нейтральному звуку «э», артикуляция смычных звуков упрощена.

При премоторной дизартрии наблюдаются трудности в переключении с одного артикуляционного уклада на другой. Голос слабый, хриплый, с носовым оттенком. Гласные и звонкие согласные звуки произносятся глухо, хотя может иметь место озвончение. Сложные по артикуляции согласные звуки заменяются щелевыми, чаще нарушается артикуляция твердых согласных.

При корковой дизартрии отмечается более изолированное нарушение иннервации мышц артикуляционного аппарата, с чем связано и нарушение произношения, в первую очередь, тех звуков, для артикуляции которых необходимы наиболее тонкие дифференцированные движения отдельных мышечных групп языка.

19

Мозжечковая дизартрия наступает при поражении мозжечка и его связей, как следствие родовых травм, асфиксии. Характеризуется выраженной дискоординацией между дыханием, артикуляцией, фонацией. Тонус в артикуляционной мускулатуре обычно понижен, губы, язык гипотоничны, ограничена их подвижность. Мягкое небо пассивно свисает, ослаблено жевание.

Речь замедленная по темпу, теряет свою плавность, становится толчкообразной (скандированная речь), разорванной на слоги, слова. Нарушены переднеязычные, губные звуки, для которых важна четкость артикуляции.

Нарушения звукопроизношения и просодической стороны речи при дизартрии сочетаются с двигательными расстройствами, нарушением мышечного тонуса. Речевые недостатки дизартриков следует рассматривать лишь в комплексе с нарушениями моторной сферы и другими проявлениями. Только такой подход к изучению дизартрии поможет определить эффективные пути коррекционного воздействия.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 7 «ДИСЛАЛИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕФЕКТА, ПРИЧИНЫ, ВИДЫ»

20

Дислалия (от греч. dis - расстройство, lalia — речь) — это одно из наиболее распространенных речевых нарушений, затрагивающих в основном звукопроизводительную сторону речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

При всех вариантах дислалии ведущим в патогенезе нарушения является дисфункция в работе периферического речевого аппарата при полной сохранности мозговых речевых механизмов. В зависимости от причин, дислалии традиционно подразделяются на функциональные и органические. Последний термин указывает на наличие морфологических изменений в периферическом речевом аппарате.

При органической (механической, анатомической) дислалии наблюдаются разнообразные проявления неправильного произношения звуков, обусловленные отклонениями в строении артикуляционного аппарата (аномалии прикуса, укороченная подъязычная связка, неправильное строение неба, ограниченная подвижность органов артикуляции и др.).

Функциональная дислалия не имеет органической основы. Примером может служить неправильное звукопроизношение, развившееся по подражанию. Поскольку речь на начальных этапах своего развития в значительной степени формируется на основе подражания, то одной из причин ее расстройств может быть наличие у окружающих ребенка лиц недостатков произношения звуков. Степень овладения фонетической стороной речи находится в прямой зависимости от степени сформированности фонематического слуха. Следствием недостаточно развитого фонематического слуха являются трудности в различении, дифференциации звуков речи, близких по акустическим признакам.

Различают следующие формы дислалии.

Акустико-фонематическая дислалия: дефекты произношения звуков обусловлены избирательной несформированностью операций переработки звуков по их акустическим свойствам. В основе нарушения - недостаточная сформированность фонематического слуха. Дефект сводится к тому, что у ребенка при сохранном физиологическом слухе избирательно не формируется функция слухового различения некоторых звуков, что выражается в заменах акустически близких звуков. Нарушение локализуется в сенсорном звене механизма восприятия речи.

21

Артикуляторно-фонематическая дислалия включает дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по артикуляторным свойствам в моторном звене производства речи. Может быть двух видов:

1) в случаях, когда артикуляторная база полностью несформирована, в результате чего при отборе фонем вместо нужного звука, еще не сформированного, отбирается близкий по артикуляционным признакам, как правило, более простой по артикуляции.

2) артикуляторная база сформирована и ребенком усвоены все артикуляторные позиции, нужные для воспроизведения звуков. Однако при отборе звука принимается неверное решение. В одних случаях звук произносится правильно, в других - нет. Т.е. речь идет о смещениях звуков в силу их недостаточной дифференциации. Замены и смешения осуществляются на основе артикуляционной близости звуков (твердые-мягкие звуки, «ц» - «ч», «р» - «л», «т» - «к», «п» - «д»). Дефект обусловлен не собственно моторными нарушениями, а нарушением операций отбора фонем по артикуляторным признакам.

Артикуляторно-фонетическая дислалия включает нарушения, обусловленные неправильно сформированными артикуляторными позициями. Звуки произносятся искаженно, по акустическому восприятию - близко к правильному произношению. Возможны пропуски звука. Дефект имеет тенденцию к закреплению.

При дислалии нарушены только согласные звуки. Характер нарушения звуков может быть различным: возможны пропуски звука, замены одного звука другим (фонологические виды нарушений), искажения звука (антропофонические виды нарушений). Если нарушается произношение звуков одной фонетической группы — речь идет о мономорфной (простой) дислалии. При полиморфной (сложной) дислалии нарушение охватывает несколько фонетических групп звуков.

Для обозначения неправильного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита. Так, недостатки произношения свистящих и шипящих звуков носят название «сигматизм», недостатки произношения звука «р» - «ротацизм», звука «л» - «ламбдацизм», звука «к» - «каппацизм», звука «г» - «гаммацизм», звука «х» - «хитизм», звука «йот» - «йотацизм».

Произносительные дефекты по своим механизмам, как нейрофизиологическим, так и психологическим, по вызывающим их причинам, по их роли в общем речевом развитии ребенка и методам преодоления оказываются различными.

ТЕМА 8 «НЕДОСТАТКИ ПРОИЗНОШЕНИЯ ОТДЕЛЬНЫХ ЗВУКОВ И СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ»

Недостатки произношения свистящих звуков, способы коррекции.

Фонетическая группа свистящих звуков представлена звуками «с», «з», их мягкими вариантами, звуком «ц».

Уклад органов артикуляции при произнесении звука «с» следующий: губы растянуты в улыбке, видны передние зубы, которые сближены на расстоянии 1-1,5 мм. Кончик языка упирается в нижние резцы, посередине языка образуется «желобок», по нему проходит воздушная струя. Боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам. Мягкое небо поднято и закрывает проход в носовую полость. Голосовые связки в разомкнутом положении. При произнесении звука «з» голосовые связки сомкнуты. При произнесении мягких пар звуков отмечается подъем средней части спинки языка.

Звук «ц» является наиболее сложным по артикуляции, он состоит из двух звуков «т» и «с». Первоначально язык занимает положение как при звуке «т», при этом кончик языка опущен, а передняя часть спинки языка поднимается к верхним зубам или альвеолам, образуя смычку. Затем органы артикуляции принимают положение звука «с». К фонологическим видам нарушений свистящих звуков относятся призубный сигматизм, губно-зубной сигматизм, шипящий сигматизм. Группа антропофонических видов нарушений включает межзубный сигматизм, боковой сигматизм и носовой сигматизм.

Призубный сигматизм: звуки «с», «ц» заменяются на звук «т», звук «з» заменяется на звук «д». Предрасполагающие факторы к нарушению: несформированность фонематических представлений, аномалии прикуса (прямой закрытый, глубокий закрытый прикусы).

Способ коррекции: механический, используется зонд - рамка, который накладывается на кончик языка. Язык удерживается за нижними резцами, ребенок должен подуть на кончик языка. Следить, чтобы губы были в положении «улыбка».

При губно-зубном сигматизме звуки «с», «ц» заменяются звуком «ф», звук «з» - звуком «в». Предрасполагающими факторами к нарушению служат: несформированность фонематических представлений, аномалия прикуса (прогнатия).

Способ коррекции: просим ребенка произнести сохранный звук «ф», при этом пальцем отводим нижнюю губу от верхних резцов (для снятия губной артикуляции).

23

Шипящий сигматизм: звуки «с», «ц» заменяются на смягченный звук «ш», звук «з» - на смягченный звук «ж». Предрасполагающие факторы: несформированность фонематических представлений, аномалия прикуса (прогения).

Способ коррекции: на 1 этапе отработать артикуляционное упражнение «прогулка» (широкий распластаный язык на нижней губе). 2 этап: отработать правильное движение воздушной струи посередине языка (задувание на кончик языка). 3 этап: вызвать и закрепить межзубное произношение звука «с». 4 этап: использовать зонд с короткой петлей (в случае, если язык принимает форму «желобка»), или с длинной петлей (если «желобок» не сформирован). Зондом заправляем кончик языка за нижние резцы, удерживаем язык в таком положении. Просим ребенка подуть на кончик языка. Следить, чтобы губы были в положении «улыбка».

Межзубный (интердентальный) сигматизм. При произнесении свистящих звуков язык находится между зубами. Предрасполагающие факторы: нарушение носового дыхания, приводящее к дыханию с открытым ртом (следствие искривления носовой перегородки, полипов, аденоидных разрастаний и др.), массивный язык, его слабая подвижность, передний открытый прикус.

Способ коррекции зависит от предрасполагающего фактора. Если у ребенка отсутствует аномалия прикуса, звук легко поставить по подражанию, для этого нужно сомкнуть зубы (упражнение «заборчик») и подуть на кончик языка.

При наличии переднего открытого прикуса зондом или медицинским шпательем удерживаем язык за нижними резцами, просим ребенка подуть на кончик языка. Губы должны быть в положении «улыбка».

Боковой сигматизм может быть обусловлен аномалией прикуса (боковой открытый односторонний или двусторонний), узким языком, вялостью языка.

Боковой сигматизм один из наиболее сложных видов неправильного звукопроизношения, с трудом поддающийся коррекции. Его следует рассматривать не как изолированное нарушение произношения отдельных звуков, но как частное проявление сложного симптомокомплекса бокового (латерального) произношения большого количества согласных и некоторых гласных звуков. Нейрофонетический анализ убеждает в том, что множественность боковых артикуляций свидетельствует о дизартрическом характере латерального произношения.

Способ коррекции: следует использовать 4-х этапный способ через межзубное произношение (описание см.: способ коррекции шипящего сигматизма).

Носовой сигматизм. К предрасполагающим факторам относят неправильный уклад органов артикуляции, при котором образуется смычка корня языка с мягким небом. Следствием явится утечка воздушной струи в носовую полость и произнесение звуков с выраженным носовым оттенком.

Эффективным оказывается использование 4-х этапного способа коррекции звука «с», через межзубное произношение (описание см.: способ коррекции шипящего сигматизма).

В случаях, когда нарушенными оказываются все свистящие звуки, постановку рекомендуется начинать с глухого твердого звука «с». В дальнейшем он становится базовым для постановки других свистящих, а также шипящих звуков.

Звук «з» может быть легко поставлен от сохранныго звука «с» путем подключения голоса.

Для постановки звука «ц» можно использовать две карточки с изображением букв «т» и «с». Ребенок называет буквы, в то время как логопед передвигает карточки навстречу друг к другу. Сближение карточек будет соответствовать слитному произнесению звуков.

Недостатки произношения шипящих звуков, способы коррекции.

Фонетическая группа шипящих звуков включает звуки «ш», «ж», «щ», «ч».

Уклад органов артикуляции при произнесении звука «ш»: губы вытянуты вперед и округлены (рупор), между передними зубами расстояние 1,5-2 мм. Язык в форме «чашечки» направлен к небу, но не касается его, а образует два сужения: между кончиком языка и небом; между корнем языка и небом. Боковые края языка прилегают к верхним коренным зубам. Небная занавеска поднята и закрывает проход в носовую полость. Голосовые связки разомкнуты.

Звук «ж» произносится при сомкнутом положении голосовых связок.

Звук «щ» характеризует подъем средней части спинки языка, разомкнутое положение голосовых связок.

Для звука «ч» характерна сложная артикуляция. Так как звук «ч» состоит из двух звуков: мягкого «т» и «щ», то и в укладе наблюдаются два положения. Первоначально положение языка соответствует укладу мягкого звука «т», т.е. кончик языка образует смычку с небом. Второе положение соответствует укладу звука «щ».

Недостатки в произношении шипящих звуков в большинстве случаев аналогичны недостаткам свистящих звуков.

Группа фонологических нарушений включает: призубный сигматизм (звуки «ш», «щ», «ч» заменяются звуком «т», звук «ж» заменяется звуком «д»); губно-зубной сигматизм (шипящие звуки заменяются на звуки «ф», «в»); свистящий сигматизм, при котором наблюдаются замены шипящих звуков свистящими.

Антропофонические виды нарушений: межзубное, боковое, носовое произношение.

Предрасполагающие факторы: несформированность фонематических представлений (при заменах), аномалии прикуса, укороченная подъязычная связка, высокое небо.

Способы коррекции шипящих звуков. Звук «ш» может быть поставлен от сохранныго звука «с» путем перемещения кончика языка в верхнее положение

25

(возможно использование механической помощи -зонд для шипящих звуков или медицинский шпатель).

Звук «ж» легко вызвать от звука «ш», подключая голос или от звука «р» путем затормаживания вибрации.

Для постановки звука «щ» нужно, произнося звукосочетание «ась», переводить кончик языка в верхнее положение.

Звук «ч»: ребенок произносит сочетание «ать» и переводит переднюю часть языка по небу вглубь рта.

Шипящие звуки обычно ставят после постановки свистящих звуков, сначала твердые, затем мягкие варианты.

Нарушения произношения сонорных звуков «р», «л», способы коррекции.

Механизм образования звука «р» следующий: положение губ зависит от последующей гласной фонемы. Между зубами расстояние 4-5 мм. Передний край языка поднят к альвеолам, соприкасается с ними и вибрирует под напором выдыхаемого воздуха. Боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам. Мягкое небо прилегает к задней стенке глотки. Голосовые связки сомкнуты. Мягкая фонема отличается подъемом средней части спинки языка.

Предрасполагающие к нарушениям факторы: несформированность фонематических представлений (к заменам), укороченная подъязычная связка, высокое небо, недостаточная пластичность языка.

Встречаются следующие виды нарушений.

Пропуск звука, когда вместо звука «р» слышится призвук удлинённого смежного гласного звука.

Искажения звука: довольно часто встречается горловое произношение звука «р» (велярное или увулярное); двугубное (билабиальное) произношение «р», образуемое вибрацией губ; боковое произношение, при котором вместо вибрации передней части языка взрывается смычка между боковым краем языка и коренными зубами. Возможно носовое произношение, когда в результате смыкания корневой части языка с мягким небом при свободном проходе воздуха из глотки в носовую полость, вместо звука «р» слышится носовой хриплый звук «нг». К искажениям относятся одноударное произношение звука «р», при котором передний край языка лишь один раз прикасается к альвеолам, образуется звук без вибрации; межзубное (интердентальное) произношение звука «р» и др.

Параротацизмы (замены).

Наиболее частыми заменами являются замены звука «р» на звуки: «л», «ы», «д», «г», «нг», «йот», «в» и др.

Способ коррекции. Для постановки звука «р» удобно воспользоваться сохранным звуком «д». Звук многократно произносится ребенком, при этом шариковым зондом, прикасаясь к нижней поверхности передней части языка,

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

быстрыми движениями вправо и влево вызывают колебания языка (можно воспользоваться соской или чистым указательным пальцем).

Механизм образования звука «л»: положение губ зависит от последующего гласного звука. Расстояние между верхними и нижними резцами 1,5- 2 мм. Кончик языка поднят и прижат к основанию верхних резцов. Корневая часть языка поднята по направлению к мягкому небу. Боковые края языка опущены, через образовавшиеся проходы идет выдыхаемая струя воздуха. Мягкое небо поднято и препятствует прохождению воздушной струи в носовую полость. Голосовые связки в сомкнутом положении.

Мягкую фонему характеризует подъем средней части спинки языка.

Чаще нарушается произношение твердого звука «л», что объясняется его более сложной артикуляцией.

Предрасполагающие факторы, приводящие к нарушению звука «л»: несформированность фонематических представлений, недостаточность функции поперечной мышцы языка, ограниченная подвижность языка.

Встречаются следующие виды ламбдацизма: возможно отсутствие звука или наличие призвучия гласного вместо звука «л»; искажения звука выражаются в межзубном произношении (звук произносится твердо, но с расположенным между зубами кончиком языка), двугубном или губно-зубном произношении (вместо «л» слышится звук, близкий к звуку «у» или «в»), носовом произношении (корень языка смыкается с мягким небом и выдыхаемая струя воздуха проходит через нос, слышен носовой «нг»).

Виды параламбдацизма: звук «л» заменяется звуками «д», «н», «йот», «в», мягкими вариантами «р» и «л».

Способы коррекции. В качестве исходного звука может быть использован звук «у»: ребенок длительно произносит звук «у», делая движения языком вперед - назад межгубно, следить, чтобы язык был узким («иглочка», «жалю»).

Звук «л» может быть поставлен от звука «ы»; кончик языка зажать между зубами и длительно произносить звук «ы» («гудок парохода»). Прибегая к данному способу коррекции, исключить демонстрацию межзубного положения языка.

Недостатки произношения небных звуков, устранение нарушений.

Звуки «к», «г», «х», «йот» составляют фонетическую группу небных звуков.

Уклад органов артикуляции при произнесении звука «к»: положение губ зависит от последующего гласного звука. Расстояние между верхними и нижними резцами 4-5 мм. Кончик языка опущен. Задняя часть спинки языка смыкается с небом, в момент произнесения звука смычка взрывается. Мягкое небо поднято, голосовые связки разомкнуты.

При артикуляции звука «г» голосовые связки сомкнуты.

Артикуляция звука «х» отличается тем, что спинка языка не полностью смыкается с небом, оставляя по средней линии щель, проходя через которую струя выдыхаемого воздуха вызывает шум. Голосовые связки разомкнуты.

27

Механизм образования звука «йот» следующий: губы слегка растянуты, расстояние между резцами 1-2 мм. Кончик языка у нижних резцов. Средняя часть спинки языка сильно поднята к твердому небу.

Задняя часть спинки языка и корень продвинуты вперед. Мягкое небо поднято и закрывает проход в носовую полость. Голосовые связки колеблются и образуют голос.

Нарушения произношения небных звуков встречаются достаточно редко (1-1,5 %). Предрасполагающими факторами могут служить высокое и узкое небо, вялость артикуляционной моторики, недостаточный уровень сформированности фонематических представлений.

Виды нарушений небных звуков.

Звук «к»: вместо звука слышится не громкий гортанный щелчок; возможна замена звука «к» звуком «т».

Звук «г»: гортанный щелчок, фрикативный звук, замена на звук «д».

Звук «х»: ослабленный гортанный шум, замена на звук «к». Звук «йот» заменяется мягким вариантом звука «л».

Способы коррекции. Постановка звуков осуществляется с механической помощью. Исходным слогом для постановки звука «к» служит слог «та». Ребенок несколько раз произносит этот слог, логопед шпателем или зондом отодвигает язык назад нажимом на переднюю часть спинки языка. По ходу движения языка вглубь слышится сначала слог «тя», потом «кя» и, наконец, «ка».

Аналогично ставится звук «г» от слога «да» («дя», «гя», «га»). Звук «г» может быть поставлен от звука «к» путем подключения голоса.

Звук «х» с механической помощью ставится от слога «са», который последовательно переходит в слог «ща», затем «хя», в заключение — в «ха».

Звук «йот» вызывается аналогичным способом, исходным служит слог «за». Исправить звук можно, опираясь на гласный звук «и»: ребенок произносит несколько раз сочетание «иа» или «аиа», выдох несколько усиливается в момент произнесения «и», после чего сразу без перерыва произносится «а». В настоящей лекции описаны лишь наиболее рациональные, чаще других используемые в практике логопедической работы способы коррекции звуков. Условием, способствующим выработке нормированных звуков и облегчающим ребенку процесс овладения умениями и навыками звукового оформления речи, является адекватно выбранный путь постановки звука. Наиболее оправданным является тот, при котором учитывается артикуляторная близость звуков и естественные, присущие речи способы его реализации.

ТЕМА 9 «ПОЭТАПНЫЙ ХОД ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ КОРРЕКЦИИ ДИСЛАЛИИ»

Работа по коррекции нарушенных звуков строится поэтапно. Выделяют следующие этапы работы: подготовительный, этап постановки звука, этап автоматизации и этап дифференциации звуков.

Подготовительный этап решает задачи выработки у детей навыков правильного артикуляционного уклада. Важным моментом является развитие у ребенка осознанного отношения к выполняемым заданиям.

Артикуляционные упражнения, отрабатываемые на подготовительном этапе, должны быть близкими к укладу формируемых звуков. Например, для выработки уклада свистящих звуков артикуляционная гимнастика включает следующие упражнения: для губ - «улыбка», для языка — «прогулка» (распластанный язык на нижней губе), «желобок», «трубочка», для отработки нужного движения воздушной струи - «ветерок» (задувание на кончик языка), «загони птичку в клетку» и др.

Комплекс упражнений для шипящих звуков следующий: губы «рупором», для языка - «чашечка» (передняя и боковые части языка подняты вверх), «вкусное варенье» (облизать верхнюю губку) и другие упражнения, направленные на отработку верхнего положения языка.

Комплекс артикуляционных упражнений для звука «р» направлен на отработку верхнего положения и подвижности кончика языка: «лошадки», «наездники», «барабанщики», «цоканье», «грибок» и др.

Выработке правильного уклада звука «л» будут способствовать упражнения: «иголочка», «жалю» (узкий язык), «часики», «маятник» (переводить узкий язык из одного уголка рта в другой) и др. При нарушениях небных звуков могут быть предложены упражнения: «горка», «кошка сердится» (задняя часть спинки языка поднята). Для выработки осознания уклада органов артикуляции рекомендуется работа с муляжами, профилем артикуляции звука, ощупывание собственных органов артикуляции и пр.

Подготовительный этап работы раскрывает широкие возможности для развития мелкой моторики рук, формирования образа буквы, зрительного и пространственного восприятия, развития навыков звукового анализа и синтеза, что необходимо для предупреждения ошибок на письме.

Методически правильная организация подготовительного этапа работы создаст прочную основу для эффективной работы по постановке звуков.

29

Этап постановки звука.

Выделяют три способа постановки: по подражанию (чаще используется в работе с дошкольниками, когда дефект еще не достаточно закреплен); механический (предполагает использование механической помощи в виде зондов логопедических, шпателя и др.); смешанный (сочетание первого и второго способов).

Первый способ основан на сознательных попытках ребенка найти нужную артикуляцию, позволяющую произнести нормированный звук, соответствующий услышанному от логопеда. При этом, помимо акустической опоры, используются зрительные, тактильные, мышечные ощущения. Подражание дополняется словесными пояснениями логопеда.

Второй способ основан на внешнем, механическом воздействии на органы артикуляции, что позволяет изменить, исправить, уточнить, сохранить артикуляционный уклад звука.

Третий способ базируется на совмещении двух предыдущих способов коррекции. Ведущую роль играет подражание правильному укладу и объяснение. В качестве дополнительной помощи применяется механическое воздействие. Данный способ позволяет ребенку быть активным, приобретенная с механической помощью правильная артикуляционная поза фиксируется в его памяти и в дальнейшем легко воспроизводится самостоятельно.

Постановка нарушенных звуков осуществляется с опорой на правильно произносимые звуки.

Этап автоматизации звука следует за постановкой звука и его изолированным закреплением. Автоматизация звука есть введение вновь созданной и закрепленной относительно простой связи — речевого звука - в более сложные последовательные речевые структуры - слова и фразы и в самостоятельную речь. Основа образования навыка правильного произношения достигается применением специальных упражнений.

Автоматизация звука осуществляется последовательно: сначала в слогах, затем словах, предложениях, связной речи. При антропофонических видах нарушений звука (искажения) этап автоматизации является заключительным в работе. При фонологических нарушениях (замены) требуется этап дифференциации звуков.

Логопедические занятия по устранению недостатков произношения звуков у детей должны носить игровой, занимательный характер, преследовать цель формирования прочных и устойчивых коммуникативных умений и навыков.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 10 «ЗАИКАНИЕ: ХАРАКТЕРИСТИКА, ПРИЧИНЫ, ВИДЫ»

30

Заикание (логоневроз) — нарушение темпа и ритма речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Дефект центрально обусловлен, имеет органическую или функциональную природу.

Проблему заикания можно считать одной из самых древних в истории развития учения о расстройствах речи. На научную основу проблема поставлена лишь в 19 веке, заикание стало рассматриваться как сложное психофизическое нарушение, относящееся к типу неврозов. Механизм заикания связан с дисфункциональным состоянием нервной системы.

Причины заикания подразделяются на две группы: 1. предрасполагающие причины (слабость нервной системы, генетическая предрасположенность) и 2. вызывающие причины (стресс, испуг, психическая травма, речевые перегрузки в период формирования речи).

Основной симптом заикания - наличие речевых судорог. Именно этим заикание отличается от других нарушений темпа и ритма речи (тахилалия, брадилалия и др.).

Судороги дифференцируются по форме, месту образования, по частоте. По форме различают клонические судороги (повторение стереотипных речевых движений) и тонические (сильное длительное сковывание движений артикуляционного аппарата). Местом образования судорог может быть дыхательный, артикуляционный или голосовой аппарат. Частота судорог зависит от возраста заикающегося, общего соматического состояния, условий речевого общения, времени суток, года и других факторов.

Выделяют три степени болезненной фиксации заикающегося на своем дефекте. Нулевая степень болезненной фиксации характеризуется тем, что дети не испытывают ущемления от сознания дефекта, могут не замечать его, контакт с окружающими не нарушается.

При умеренной степени болезненной фиксации старшие школьники, подростки переживают свой дефект, ограничивают речевое общение с целью скрыть заикание, прибегают к различным уловкам.

Выраженная степень болезненной фиксации отличается формированием чувства неполноценности. Дети концентрируют внимание на речевых неудачах, у них развиваются болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр. Выраженная степень фиксации является одним из факторов, усложняющих структуру дефекта, снижающих эффективность его преодоления.

31

Выделяют две основные формы заикания: невротическая форма заикания и неврозоподобная.

При невротической форме наблюдаются особенности речевого онтогенеза: бурное развитие фразовой речи с недоговариванием слов, предложений, пропусками предлогов. Параллельно у ребенка отмечаются нарушения сна, снижение аппетита, заторможенность, пугливость, плаксивость.

Для неврозоподобной формы характерно более позднее развитие речи, общей моторики. Первые слова появляются после года, фразовая речь формируется к 2-2,5 годам, словарный запас пополняется медленно. Заикание чаще имеет начало и нередко отмечается с момента становления фразовой речи.

Различают три степени заикания: легкая - заикание возникает лишь в возбужденном состоянии, при стремлении быстро высказаться; средняя - в спокойном состоянии и в привычной обстановке заикание мало заметно, в эмоциональном состоянии заикание заметно усиливается; тяжелая - заикание проявляется постоянно и независимо от обстановки и состояния говорящего, сопровождается сопутствующими движениями.

Течение заикания может быть разнообразным: постоянным, волнообразным (усиливается или ослабевает, но не исчезает) или рецидивирующим (исчезнув, заикание появляется вновь, т.е. наступает рецидив, возврат заикания после периодов свободной, без запинок речи).

Современные технологии формирования плавной речи у заикающихся предполагают торможение патологических речедвигательных стереотипов, регуляцию эмоционального состояния, развитие координации и ритмизации движений, речевого дыхания, рациональной голосоподачи, просодической стороны речи, планирующей функции речи.

Прогноз преодоления заикания зависит от многих условий, в первую очередь, от его механизмов, от сроков начала комплексного воздействия и полноты его применения.

ТЕМА 11 «АЛАЛИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА, ПРИЧИНЫ, ВИДЫ»

32

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Термин «алалия» (от греч. а — отрицание, *lalia* — говорю, речь) — в переводе отсутствие речи, безречье — встречается в литературе, посвященной нарушениям речи, с давних пор. Кроме термина «алалия», для обозначения этого нарушения речи в литературе (особенно в зарубежной) используются и многие другие термины: «врожденная афазия», «онтогенетическая афазия», «афазия развития», «дисфазия», «задержка речевого развития», «конституциональная задержка речи», «нарушенное усвоение языка», «слухонемота» и т. д.

Научно обоснованных статистических сведений о распространенности алалии нет. Имеются данные о том, что среди детей дошкольного возраста алалия встречается примерно у 1%, а среди детей школьного возраста у 0,6—0,2%. В среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% населения. Авторы подчеркивают, что у мальчиков это нарушение речи встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.

Как отмечал А. Куссмауль (1877), большая часть врачей прежних веков и до начала нынешнего соединяла все формы потери речи под именем алалии и говорила о них наряду с афонией, но постепенно эти формы стали разграничивать. Одним из первых различие между этими формами вводит И. Франк, который рассматривает алалию как немоту вследствие полной невозможности артикулирования и противопоставляет ее магилалии как нарушению произношения вследствие затруднений в артикуляции. И алалию, и магилалию (на русский язык это слово было переведено как косноязычие) И. Франк рассматривал как степени дислалии, под которой он подразумевал нарушение произношения, обусловленное артикуляционными (артикуляторными) трудностями.

В 1830 г. Р. Шультесс выделяет алалию (немоту) в отдельное речевое нарушение, но, как и И. Франк, рассматривает ее в связи с артикуляционными расстройствами. Алалия противопоставляется дислалии как полная невозможность артикулирования, что позже правомерно стало именоваться анартрией,

В классификации А. Куссмауля для общего наименования расстройств артикулирования (дизартрия и дислалия, а также расстройства дикции — дисфазия) вводится понятие «алопатия». При этом алалию А. Куссмауль, как и его предшественники, относил к нарушениям речи, связанным с

артикуляционными расстройствами, и полагал для нее равнозначным термин *anarthria literalis* (отсутствие артикуляции звуков). К алалии, таким образом, А.Куссмауль относил случаи нарушения, для которых характерна полная невозможность произносить членораздельный звук; в дальнейшем для обозначения такого состояния стал использоваться термин «анартрия». Наряду с названными артикуляторными нарушениями. А. Куссмауль выделяет нарушения, которые он назвал расстройствами дикции. К ним он относит нарушения грамматических форм и синтаксических выражений. Эти нарушения исследователь назвал дисфазиями.

В 60-е годы прошлого века Труссо предложил термин «афазия», который сменил используемый Брока термин «афемия», под ним подразумевались случаи утраты речи. Термин «афазия» закрепился в медицине и получил широкое распространение. Некоторые зарубежные авторы (Orton, Travis) объединяют понятия «алалия» и «афазия» общим термином «детская афазия» или «афазия развития», подчеркивая специфику недоразвития речи у детей в отличие от утраты речи взрослыми.

В работах фонiatра Р. Коэна (1888) термин «алалия» применяется для характеристики немоты, не обусловленной артикуляционными нарушениями. Он называет это нарушение слухонемотой (немота при сохранном слухе в отличие от глухонемоты, т. е. немоты при отсутствии слуха) или идиопатической алалией (безречие неясного происхождения).

В последующих работах разных авторов термины «алалия» и «афазия» («дисфазия») еще длительное время употребляются без достаточного разграничения, только к 30-м годам нашего столетия в отечественной логопедии понятия «алалия» и «афазия» окончательно разводятся: алалия — недоразвитие речи, афазия — ее утрата, распад. В 50—60-е годы это разграничение утвердилось, и в настоящее время оно признается подавляющим большинством исследователей, хотя терминологическая избыточность иногда все еще продолжает иметь место.

Значительный вклад в изучение алалии внесли Г. Гутцман (1894), А. Либманн (1900), М. В. Богданов-Березовский (1909), Э. Фрешельс (1931), а в более позднее время М. Е. Хватцев, Н. Н. Трауготт, В.К. Орфинская, Р.Е. Левина, Л.В.Мелехова, Г.В. Мациевская, Е.Ф. Соботович, В.А. Ковшиков, С.Н.Шаховская, В.К. Воробьева и другие исследователи.

В работах разных авторов выявлены особенности речевого развития и структуры дефекта при алалии на основе применения различных критериев: физиологических, клинических, психологических, лингвистических, психолингвистических и др. Описаны различные формы алалии, разработана методика логопедического воздействия при разных формах недоразвития речи.

Успехи в изучении алалии в работах новейшего периода достигнуты благодаря тому, что исследователи в своей деятельности стали широко опираться

на методологию комплексного синдромального подхода к анализу дефекта. Доминирующим при этом является психолингвистический аспект изучения, представленный в работах Е. Ф. Собонович, В. А. Ковшикова, Б. М. Гриншпуна и других исследователей. Не все проблемы изучения алалии в настоящее время раскрыты. Но в отличие от предшествующих периодов, когда, по словам В.К.Орфинской, спорных вопросов и расхождений между исследователями алалии было больше, чем общепринятых положений, на современном этапе развития логопедии имеется больше общего во взглядах на алалию, больше общих точек зрения, чем разногласий. Общее проявляется в основных, принципиальных установках на понимание дефекта, его механизма, путей преодоления.

ПРИЧИНЫ АЛАЛИИ

В течение длительного периода изучения алалии высказывались разные предположения по поводу причин ее возникновения. Так, Р. Коэн (1888), А.Гутцман (1924), Э. Фрешельс (1931), М. Зееман (1962) и другие утверждали, что ведущим началом при этом нарушении являются воспалительные или алиментарно-трофические обменные патологические процессы, происходящие во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

А. Трейтель (1901) считал алалию следствием недостаточности внимания и памяти. А. Либман (1901) связывал неполноценность речи при алалии с интеллектуальной недостаточностью. А. Ивинг (1963) указывал на отсутствие у детей моторного образа слова как ведущего проявления в картине речевой неполноценности при нарушениях мозга. М. Зееман (1962) подчеркивал, что речь не развивается из-за нарушений мозговых центров речи (мозговых зон речи). Р.Лухзингер (1970), М. Берри (1957), М. Б. Эйдинова (1961), В. А. Ковшиков (1985) и другие отмечали ведущую роль в возникновении алалии природных черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных. Родовые травмы и асфиксии в ряде случаев являются следствием внутриутробной патологии. Это вызывает хроническое кислородное голодание и приводит к снижению функции дыхательного центра. Клетки мозга, и в первую очередь третьего слоя коры, более молодого в филогенетическом отношении, являются наиболее чувствительными к кислородному голоданию. Третий слой коры мозга дает начало сложной системе ассоциативных связей, обеспечивающих формирование высших корковых функций человека, в первую очередь — речи и психики.

Среди этиологических факторов выделяются также внутриутробные энцефалиты, менингиты, неблагоприятные условия развития, интоксикация плода, врожденная отягощенность, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнением на мозг и т. д.

Внутриутробная патология приводит к диффузному поражению вещества мозга, родовые черепно-мозговые травмы и асфиксия новорожденных вызывают более локальные нарушения. Поражения различных областей коры головного мозга вызывают нарушения развития речевых и неречевых функциональных систем. Е.М. Мастюкова (1981), характеризуя алалию, с позиций нейроонтогенеза, подчеркивает, что при действии любого вредного фактора в пренатальном или раннем постнатальном периоде, когда кора головного мозга находится еще в стадии формирования, трудно точно определить наличие локального дефекта, ибо поражение чаще носит более распространенный, диффузный характер. У ребенка в таком случае отмечается ММД — минимальная мозговая дисфункция.

По наблюдениям С.С. Корсакова и Н. И. Красногорского, алалия бывает следствием соматического заболевания, вызывающего истощение центральной нервной системы, в первую очередь гипотрофии. Ю.А. Флоренская подчеркивала, что в патогенезе алалии имеют место рахит, нарушения питания и сна в раннем детстве, часто повторяющиеся заболевания дыхательных путей. Эта точка зрения разделяется не всеми авторами. По-видимому, соматические заболевания лишь усугубляют воздействие патологических причин неврологического характера, которые являются ведущими.

Некоторые авторы (Р. Коэн, 1888; М. Зеeman, 1961; Р. Лухзингер, А. Салей, 1977, и др.) подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии. Однако убедительных научных данных о роли наследственности в происхождении алалии в литературе не приводится. В последние годы в возникновении алалии подчеркивается значительная роль минимальных мозговых повреждений (минимальной мозговой дисфункции). В большинстве случаев в анамнезе ребенка с алалией выделяется, как правило, не один, а целый комплекс патологических факторов.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ АЛАЛИИ

Алалия — органическое нарушение (недоразвитие) речи центрального характера. При алалии происходит запаздывание созревания нервных клеток в определенных областях коры головного мозга. Нервные клетки прекращают свое развитие, оставаясь на молодой незрелой стадии — нейробластов. Это недоразвитие мозга может быть врожденным или рано приобретенным в доречевом периоде — органические повреждения мозга при алалии имели место в пренатальном или раннем постнатальном периоде. Условно доречевым периодом считаются первые три года жизни ребенка, когда идет интенсивное формирование клеток коры головного мозга и когда стаж пользования ребенком речью еще очень мал. Развитие мозговых систем, наиболее важных для речевой функции, не

заканчивается во внутриутробном периоде, а продолжается после рождения ребенка.

Недоразвитие мозга или его раннее поражение приводит к понижению возбудимости нервных клеток и к изменению подвижности основных нервных процессов, что влечет за собой снижение работоспособности клеток коры головного мозга.

Изучение патофизиологических механизмов, лежащих в основе алалии, обнаруживает широкую иррадиацию процессов возбуждения и торможения, инертность основных нервных процессов, повышенную функциональную истощаемость клеток коры головного мозга (И.К. Самойлова, 1952). Исследователи отмечают недостаточность пространственной концентрации возбуждательного и тормозного процессов в коре мозга. Изучение электрической активности мозга у детей с алалией выявило четкие локальные изменения биопотенциалов преимущественно в височно-теменно-затылочных отделах, в лобно-височном и височном ответвлениях доминантного полушария (Л.А.Белогруд, 1971; А. Л. Линденбаум, 1971; Е. М. Мастюкова, 1972).

Последние исследования показывают, что при алалии имеют место нерезко выраженные, но множественные повреждения коры головного мозга обоих полушарий, т. е. билатеральные поражения. По-видимому, при односторонних повреждениях мозга речевое развитие осуществляется за счет компенсаторных возможностей здорового, нормально развивающегося и функционирующего полушария. При билатеральных повреждениях компенсация становится невозможной или резко затруднительной. Таким образом, не подтверждается ранее существовавшая точка зрения об узколокальном характере повреждения речевых зон головного мозга (коркового конца речеслухового и речедвигательного анализаторов).

СИМПТОМАТИКА И МЕХАНИЗМЫ АЛАЛИИ

Алалия — не просто временная функциональная задержка речевого развития. Весь процесс становления речи при этом нарушении проходит в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Отдельные проявления алалии внешне оказываются сходными с нормальным развитием ребенка на более раннем этапе. Условнорефлекторная деятельность мозга в условиях недоразвития соответствует в какой-то мере деятельности в ранние периоды нормального формирования детской речи. Однако с возрастом расхождения все увеличиваются, так как при нормальном развитии речи один этап сменяется другим более плавно и быстрее, чем при алалии.

М. Совак (1971) и другие исследователи, расширяя понятие «алалия», охватывают им все случаи отсутствия речи, ее замедленного формирования, не

37

связанного с мутизмом как неврологическим отсутствием речи, отличающегося от распада речи при деменции и шизофрении, от снижения слуха и олигофрении.

К.П. Беккер и М. Совак (1981) выделяют в картине речевого недоразвития компоненты, связанные с преобладанием биологических, социальных причин или их комбинаций. То, что раньше называлось слухонемой, по мнению исследователей, проявляется в задержке речевого развития специфического характера, обусловленной моторно-кинестетическими нарушениями или неблагоприятным социальным воздействием. Нарушение характеризуется многообразием симптоматики и не имеет единой нозологии. Симптомы выражены в различной степени, от тотальной до частичной немоты.

Характеризуя тяжелые формы недоразвития речи, в отличие от простых задержек речевого развития, М. Критчли (1974) подчеркивает наличие орально-фациальных дискоординаций, дефектность двигательных навыков губ и языка, неправильное использование или понимание словесных символов. Детская афазия (алалия) определяется как неспособность или ограниченная способность ребенка использовать для общения символы (речевая асимволия). М. Критчли подчеркивает, что Всемирной неврологической федерацией (Италия, Варенна, 1966) было предложено полностью отказаться от термина «афазия», когда речь недоразвита. Рекомендованные для обозначения таких случаев термины «врожденная алогия», «дисфазия» широкого распространения не получили.

При алалии имеют место речевые и неречевые симптомы, между которыми существуют сложные опосредованные соотношения. В симптоматике расстройств при алалии преобладающими являются языковые нарушения.

Алалия представляет собой **системное недоразвитие речи**, при котором нарушаются все компоненты речи: **фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй**. Среди неречевых расстройств при алалии выделяют **моторные, сенсорные, психопатологические** симптомы.

Вопрос о механизмах алалии в настоящее время является наиболее сложным и дискуссионным.

Существующие концепции объяснения механизма алалии условно подразделяются на **сенсомоторные, психологические и языковые**. Сторонники сенсомоторных концепций связывают речевое недоразвитие при алалии с патологией сенсомоторных функций (слуховой агнозией, апраксией). В соответствии с психологическими концепциями при алалии отмечается патология некоторых сторон психической деятельности. Сторонники языковой концепции связывают недоразвитие речи с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний. Последняя точка зрения является более обоснованной и соответствует современным научным представлениям о речи как о многоуровневой деятельности, которая имеет сложную струнтуру и не может быть сведена только лишь к сенсомоторному уровню.

КЛАССИФИКАЦИЯ АЛАЛИИ

Алалия неоднородна по своим механизмам, проявлениям и степени выраженности речевого (языкового) недоразвития. На основе выбранного подхода к ее изучению и различий, наблюдаемых в картине алалии, исследователи называют несколько разновидностей нарушения.

В связи с тем что в основание различения форм положены разные критерии, имеются различные классификации алалии. Так А. Либманн (1925) выделил следующие формы алалии: **моторную слухонемоту, сенсорную слухонемоту, сенсомоторную слухонемоту**, переходную форму между слухонемотой и тяжелым косноязычием.

Р. Е. Левина (1951) предлагает психологическую классификацию нарушения, выделяя группы детей с **неполноценным слуховым (фонематическим) восприятием, с нарушением зрительного (предметного) восприятия и с нарушением психической активности**.

В.К. Орфинская (1963) разработала лингвистическую классификацию, выделяя по ведущему типу нарушения языковых систем 10 форм алалии с первичным или вторичным нарушением языковых систем: **4 формы моторной, 4 формы сенсорной недостаточности и 2 формы, связанные с двигательнo-зрительными расстройствами, лежащими в основе недоразвития речи**.

М. Зеeman (1962) подразделяет центральные расстройства речи (дисфазии) детского возраста на **экспрессивные дисфатические нарушения** с типичными признаками моторной афазии, аграфии, алексии, с сохранным пониманием, и **рецептивные дисфатические нарушения**, сходные внешне с сенсорной афазией.

Авторы подчеркивают существенное отличие афазии детского возраста (алалии) от афазии взрослых: у детей нарушения не столь частые и постоянные, так как детский мозг находится в постоянном развитии и в нем быстрее возникают новые связи и формируются замещающие функции.

По В.А. Ковшикову (1985), встречаются **импрессивные (сенсорные) и экспрессивные (моторные) формы алалии**. Под экспрессивной алалией понимается языковое расстройство, характеризующееся нарушением усвоения языковых единиц и правил их функционирования, что проявляется в невозможности грамматических, лексических и фонематических операций при относительной сохранности смысловых и артикуляционных, операций.

Е.Ф. Собонович (1985), анализируя нарушение с учетом психолингвистической структуры и механизмов речевой деятельности, выделяет алалии: с **преимущественными нарушениями усвоения парадигматической или синтагматической систем языка**. При моторной алалии, по мнению

Е.Ф.Соботович, отмечается нарушение овладения знаковой формой языка (правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи).

Возникновение и динамику развития алалии некоторые авторы схематично представляют следующим образом: та или иная причина вызывает поражение всей сенсомоторной области коры головного мозга, вследствие чего у ребенка возникает тотальная алалия. В последующие годы под воздействием компенсаторных факторов и развития вещества мозга основной очаг повреждения сдвигается в сторону сенсорной или моторной области коры. Поэтому разделение алалии на формы сенсорную и моторную на начальных этапах развития ребенка несколько условно, лишь в дальнейшем можно выделить ведущий компонент нарушения. В ряде новейших исследований это деление проводится в терминах **экспрессивной и рецептивной** алалии (по аналогии с таким же делением афазии). Этими терминами подчеркивается не **физиологический, а психологический** подход к квалификации нарушения.

По мнению ряда специалистов (К. П. Беккер, М. Совак, 1981; М. Критчли, 1974, и др.), центральные нарушения речи при алалии бывают в виде вербальной акустической агнозии и вербальной моторной апраксии, типичной для последней формы является неспособность создавать и воспроизводить словесные символы, образцы.

Выделяются разные степени тяжести алалии: от простой словесной неловкости до полной неспособности пользоваться разговорной речью.

Таким образом, литературные данные по проблеме алалии многоаспектны и разноречивы. Речь как сложная функциональная система имеет динамическую локализацию, и вовлекаемые в речевую деятельность разные структуры мозга вступают друг с другом в постоянно меняющиеся связи. Сложно-организованный и полимодальный по своему строению речевой процесс не сводится исключительно к моторному уровню. Для детей с алалией типичны не только запаздывания появления экспрессивной речи, но и патологический ход ее развития.

МОТОРНАЯ (ЭКСПРЕССИВНАЯ) АЛАЛИЯ

Моторная алалия — это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Сторонники данной концепции объясняют речевую несформированность моторной недостаточностью (Р. Коэн, Г. Гутцман, Р.А. Белова-Давид, Н.Н.Трауготт, Ф. К. Орфинская и др.) - Большинство авторов связывают алалию с кинетической или кинестетической апраксией и выделяют в связи с этим эфферентную и афферентную формы.

При афферентной алалии механизм нарушения речи сводится к кинестетической апраксии, при эфферентной — к кинетической апраксии (по аналогии с афазией). Есть сведения, что последняя из названных форм является преобладающей в 9—10 раз.

В свете современных представлений о речи как о много уровневой деятельности моторные концепции вызывают определенные возражения. Апраксией можно объяснить различного рода артикуляционные расстройства (нарушения звукопроизношения, звукослоговой структуры слова). Одна ко языковые нарушения, которые являются ведущими при алалии, не могут быть объяснены моторной недостаточностью. Кроме того, и моторная недостаточность отмечается только у половины детей с алалией.

Согласно психологическим концепциям, механизм моторной алалии составляют нарушения психических процессов (мышления, памяти), а также соотношения отдельных этапов речевой деятельности.

И.Т. Власенко, В.В. Юртайкин (1981) подчеркивают, что выявляется диссоциация между структурными компонентами, составляющими речевую деятельность таких детей: у одних имеет место несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей, у других — недостатки в операционном звене деятельности при наличии достаточно стойкой мотивации. Страдает и контрольное звено за исполнительской деятельностью; нет возможности сличения результатов с исходными установками.

Современный психолингвистический подход нашел отражение в языковых концепциях (Е. Ф. Собонович, В. А. Ковшиков, Б. М. Гриншпун, В. К. Воробьева и др.).

В.А. Ковшиков (1985) полагает, что ядром нарушения при этой форме алалии является несформированность языковых операций производства высказывания (лексических, грамматических, фонетических) при относительной сохранности смыслового и моторного уровня порождения высказывания. Это дает основание интерпретировать алалию как преимущественно языковое нарушение. При моторной алалии может отмечаться и нарушение внутреннего программирования (глубинных синтаксических структур) в сочетании с несформированностью отбора слов, словосочетаний, с несформированностью речевых действий по построению фраз и текста.

Е.Ф. Собонович (1985) отмечает, что основным при моторной алалии является нарушение овладения знаковой формой языка, т. е. правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи. У детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения высказывания; могут быть несформированными как операции выбора, так и операции комбинирования, следствием чего оказывается нарушенным языковое (и речевое) оформление высказывания. Нарушаются все аспекты лексико-грамматического структурирования: выбор слов и порядок их

41

расположения, грамматическое маркирование и звуковое оформление высказывания. В целом это может быть охарактеризовано как несформированность психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, воспроизводство и адекватное восприятие знаков языка.

У ребенка с алалией заметно ограничены возможности овладения системой языковых знаков и самим инвентарем языковых средств различных уровней. Оказываются несформированными операции порождения, оформления высказывания, в частности, наряду с отбором фонем, нарушается внутрислоговое и межсловное программирование (т. е. артикуляторная программа), и операции, реализующие глубинно-синтаксический и глубинно-семантический уровень, т. е. уровень внутренней речи.

В работах нейрофизиологического плана анализируется взаимосвязь нарушений субстрата мозга с характером речевого недоразвития. В работах психологического и лингвистического плана анализируются взаимоотношения нарушений речевых и общепсихологических функций, а также состояние речевой деятельности в структуре проявления нарушения. В связи с различиями в подходах одни и те же явления получают различную интерпретацию.

СИМПТОМАТИКА МОТОРНОЙ АЛАЛИИ

Моторная алалия представляет собой сложный синдром, комплекс речевых и неречевых симптомов, отношения между которыми являются неоднозначными. В структуре речевого дефекта при моторной алалии ведущими являются языковые нарушения.

Речевая симптоматика. Недоразвитие речи при моторной алалии носит системный характер, охватывая все ее компоненты: фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую стороны. По преобладающим признакам можно выделить группу детей с преобладающим фонетико-фонематическим недоразвитием (их меньшинство) и группу с преобладающим лексико-грамматическим недоразвитием. Предполагается, что первая из групп обусловлена ведущим поражением нижних отделов в центральной моторной области коры доминантного полушария, где концентрируются раздражения от мышц, связок, возникающие при выполнении артикуляционных движений, или в общей мускулатуре (при выполнении прочих движений). Вторая группа обусловлена поражением передних отделов моторной области коры мозга (нижние отделы моторно-премоторной зоны и активная речевая зона, располагающаяся в задних отделах нижней лобной извилины).

Развитие системы произношения у детей с алалией характеризуется качественным и количественным своеобразием, которое выявляется в той или иной мере у всех детей и на каждом из этапов речевого развития.

В работах нейрофизиологического плана артикуляторные нарушения прослеживаются в связи с затруднениями из-за недоразвития определенных зон коры мозга, обуславливающих затруднения тонких артикуляционных дифференцировок и приводящих к несформированности как самих звуков, так и слоговой структуры слова (Р. А. Белова-Давид, Н. Н. Трауготт).

В работах психолого-педагогического плана (Р. Е. Левина, В. К. Орфинская, А. К. Маркова, Е. Г. Корицкая, В. А. Мина-шина, Е. Ф. Собонович, О. Н. Усанова и др.) фонетические нарушения рассматриваются в тесной связи с особенностями лексического и грамматического развития детей с алалией. Развитие фонетической стороны в значительной степени зависит от развития словаря и даже определяется им. Звуки появляются в ряде случаев спонтанно под влиянием развития словаря, однако их использование в составе слова сопряжено со значительными затруднениями. Об этом свидетельствуют многочисленные ошибки при воспроизведении звукового состава слова детьми даже при условии правильного произнесения ими изолированных звуков.

В одних случаях расширение словаря стимулирует появление новых звуков, в других — сначала формируются отдельные артикуляции, а затем они закрепляются в словах. Отмечаются трудности возможного комбинирования отдельных элементов речи в единое целое. При алалии с трудом усваиваются сложные двигательные дифференцировки, не формируется динамический артикуляционный стереотип — затруднено слияние звуков при их правильном или неправильном проговаривании, отмечаются, по словам А.Р. Лурия, трудности денервации предыдущих артикуляций и плавного переключения от одной артикуляции к другой. Это приводит к перестановкам звуков и слогов, к упрощению и искажению структуры слов.

Признавая в целом, что при современном состоянии знаний точная локализация при алалии нарушенных звеньев невозможна, исследователи, тем не менее, описывают ряд нарушений речедвигательного и общедвигательного характера, которые лежат в основе речевых нарушений и обуславливают их. У ребенка с алалией не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушение последовательности, переключаемости и т. д. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенное артикуляционное движение или действие (комплекс последовательных движений), трудности усвоения последовательности и переключаемости. Ведущим в этих случаях является нарушение двигательного характера, оно и определяет речевое артикуляторное расстройство. При этом вследствие кинетической или кинестетической апраксии страдают фонетическая и фонематическая системы.

В нормальных условиях артикуляционные движения и связанные с ними кинестетические импульсы, идущие от речевого аппарата в кору головного мозга,

играют значительную роль в процессе звукового анализа и синтеза, помогают уточнить звуковой состав слова, сохранить нужную последовательность звукового ряда. При алалии ребенок не может найти правильную последовательность звуков в слове, слов во фразе, не может переключиться от одного слова к другому. Это ведет к обилию парафразий, перестановок, персеверации и свидетельствует о нарушении подвижности основных нервных процессов, о застойных очагах возбуждения или торможения в речедвигательном анализаторе. Как следствие этого, у ребенка с моторной алалией при хорошем слухе и достаточном понимании речи, при отсутствии параличей и грубых парезов артикуляционной мускулатуры не развивается самостоятельная речь, долгое время она остается на уровне отдельных звуков, слов.

Чем больше степень недоразвития коры мозга, тем более глубокой, грубой оказывается несформированность речевой функции. Прослеживается прямая связь между нарушениями артикуляционного праксиса и организацией речевых движений, а, следовательно, фонетической системы речи, с одной стороны, и с восприятием, пониманием речи — с другой.

Нарушение в случаях алалии тонких артикуляционных движений вследствие ослабления тонуса мозгового конца речедвигательного анализатора затрудняет или даже делает невозможным восприятие слабых и тонких кинестетических импульсов, воспринимаются и анализируются корой только более грубые кинестезии. Как результат этого, при моторной алалии иногда наблюдается недостаточное восприятие обращенной речи, замедленность и затрудненность понимания грамматических форм и развернутого текста. По данным Н.Н.Трауготт, 70% детей с моторной алалией полностью хорошо понимают обращенную речь, 20% имеют некоторое незначительное снижение понимания и 10% — плохо понимают, однако собственная речь детей в этих случаях всегда оказывается хуже их понимания.

Нередко дети из-за нечеткости звукового восприятия улавливают только отдельные элементы фразы и не могут связать их в единую смысловую структуру. Эта ограниченность понимания является вторичным проявлением основного дефекта — недоразвития собственной речи. Имея крайне бедный активный словарь, дети могут обладать достаточным пассивным словарем. На первый взгляд, понимание речи может не вызвать сомнения, но некоторые затруднения при понимании усложненных вариантов речи все-таки имеются. Выявлены разные уровни понимания: от почти полного непонимания грамматических форм для отдельных затруднений в понимании единичных грамматических конструкций.

Диффузность фонематических представлений, нечеткость звукового восприятия и воспроизведения, слабая ориентация в звуковом и слоговом составе слова у детей наблюдаются на фоне структурной несформированности слов и фраз, недостаточной вариативности в использовании грамматических средств.

44

При алалии нарушена фонематическая реализация слов и высказываний, не формируются языковые оформления речи — звукослоговой и морфемный строй. Нарушение ритмической организации слова проявляется в замедленности речевого потока, в послоговом произнесении слов с паузированием между слогами и словами, с равно- и разноударностью. Речь носит характер скандированности (между одинаковыми по величине речевыми отрезками есть равной длительности паузы) или фрагментарности (разные речевые отрезки разрываются разновеликими интервалами). Несформированность ритмической структуры и слова, и фразы сопровождаются нарушением мелодики, темпа, ритма речи. Дети не улавливают ритм и не могут воспроизвести предложенный ритмический рисунок выстукиванием, похлопыванием.

При отраженном проговаривании ребенок продуцирует только приблизительный контур, неясный звуковой комплекс вместо слова, употребляет несколько вариантов искажения одного и того же слова: «пидора», «мидора» — *помидор*; «кубыка», «пузыка», «пузувиса», «кубиска» — *пуговица*; «фраль», «вираль», «фараль» — *февраль* и т. д. По мере увеличения словарного запаса трудности детей в овладении структурой слова становятся более заметными. Количество подобных искажений резко возрастает и на протяжении одного занятия, если ребенок утомляется. В речевом потоке много оговорок, на которые дети обращают внимание и исправляют ошибочно сказанное только при уже относительно развитой речи и контроле за ней.

Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно, искаженно, используется в речевой практике неправильно. Бедность лексико-семантических средств приводит к разнообразным заменам по сходству, смежности, по контрасту (*стирает* — *моет*, *топор* — *молоток*, *чашка* — *стакан* и т. д.). Чаще выявляются замены по внешним признакам предмета, реже — основанные на функции (внутренних признаках). Замены слов по значению обычно характеризуют более высокий уровень развития речи ребенка. Как установлено В. К. Воробьевой (1985), чаще диффузность значения и замены проявляется при употреблении глаголов, чем существительных. Дети не умеют пользоваться синонимами, антонимами, обобщающими словами. Узок и однообразен у них запас прилагательных, наречий. На всех этапах развития речи выявляются трудности актуализации словаря, неумение детей отбирать из лексического запаса и правильно употреблять слова, наиболее уместные и точные для данного высказывания.

Словарный запас детей ограничен рамками обиходно-бытовой тематики, качественно неполноценен (выявляется неправомерное расширение и сужение значений слов, отмечаются многочисленные ошибки в их употреблении), ребенок не может объяснить значение слов, не умеет пользоваться средствами словообразования.

45

Речь долгое время остается бедной, поражает оборотами, не свойственными родному языку. По выражению Н. Н. Трауготт, ребенок как бы перерастает свои речевые возможности: оформление его мыслей соответствует оформлению мыслей детей более младшего возраста, хотя сами мысли, их содержание находятся на стадии более высокого развития.

Особенности нарушения грамматического строя речи представлены в работах Н.Н. Трауготт, Р.Е. Левиной, Б.М. Гриншпуна, С.Н. Шаховской, Е.Ф.Соботович, В. А. Ковшикова и других исследователей.

Дети затрудняются при именном и глагольном управлении, при согласовании, не используют предлоги и союзы, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний и т. д. Неправильно используются смыслоразличительные приставки. Преобладают корневые слова, лишённые флексий, отмечается морфологическая неоформленность высказывания. У детей с алалией недостаточная вариативность в использовании грамматических средств; различение и употребление практически всех грамматических форм затруднено. Дети не могут наблюдать, анализировать и обобщать языковые явления, производить мыслительные операции над языковым материалом, понимать и правильно использовать языковой знак — соотносить определенную морфему, слово с конкретным предметом, или явлением. Они затрудняются при овладении числовыми формами существительных, глаголов, пользуются неизменяемыми словами, без форм и флексий («Книга, Таня!» и жест просьбы).

Такие аморфные фразы, без оформления четких грамматических сочетаний, требующих флексий, союзов и других средств, делаются понятными только в определенной ситуации.

Процесс формирования предложений у детей с алалией выявляет ряд особенностей на всех этапах развития. Отмечаются разные виды аграмматизма (экспрессивный аграмматизм — нарушение грамматического строя собственной речи, импрессивный — затруднения при понимании грамматических конструкций): структурный аграмматизм, семантический аграмматизм и аграмматизм, связанный с неправильным оформлением связей слов в предложении.

Под структурным аграмматизмом понимается нарушение количества и динамической линейной последовательности слов в предложении, нарушение порядка слов. Чаще этот вид аграмматизма отмечается при более тяжелой речевой несформированности. Ребенок отвечает одним-двумя словами в сочетании с жестом. При недостаточности лексико-грамматических и фонетических средств у ребенка отмечается развитие мимико-жестикуляторной формы общения. Для выражения мысли он употребляет преимущественно номинативную форму существительного в правильном или искаженном падежном варианте. Грамматический строй развивается при алалии замедленно и неравномерно, отмечаются недостатки формообразования и формоизменения, не усваиваются

46

грамматические категории, синтаксические конструкции отличаются примитивностью.

Характерным является сочетание бедности использования лексико-грамматической вариативности слов и грамматических конструкций. Отсутствие набора семантических эквивалентов и доступных грамматических средств приводит к смысловым замещениям, к ограниченности выбора из ряда слов и грамматических моделей, необходимых для данного контекста.

Несформированность структуры предложения является при алалии следствием незрелости внутренних речевых операций — операций выбора слов и построения плана высказывания. Кроме того, ребенка затрудняет и сам процесс реализации отдельных слов и их сочетаний. Несформированность речевых операций (замысел, программирование, отбор и синтез речевого материала) выражается в том, что ребенок не умеет лексически и грамматически правильно оформить мысль. Лексико-семантическая и лексико-грамматическая организация предложения неправильная, в ней отражается неполноценность предметных связей, воспринимаемых ребенком в окружающем. Это расценивается как семантический аграмматизм: диффузное расширение значения слова, замены ассоциативного характера и т. д.

Из-за ограничения возможностей овладения системой языковых знаков и дефицита самого инвентаря языковых средств различных уровней при моторной алалии страдают и номинативная, и предикативная функции речи, нарушается в целом коммуникативная деятельность, а также регулирующая и познавательная (когнитивная) функции. Речь при алалии не является полноценным средством коммуникации, организации поведения и индивидуального развития.

Отмечается системность недоразвития всех сторон и функций речи при алалии. Выявляются трудности построения фразы и усвоения грамматического строя, недостаточность развития подражательной (в том числе и подражательно-речевой) деятельности, неполноценность всех форм произвольной речи. У детей отсутствует возможность оперирования языковыми единицами, которые могут иметься в пассивном запасе.

Отмечая несовершенство всех операций в процессе порождения высказывания, исследователи подчеркивают нарушение системы опережения и обратной связи в механизме речевой деятельности, нарушение и внутреннего программирования, и внешней реализации высказывания.

Значительные трудности выявляются у детей при объединении предложений в связные высказывания, у них обнаруживается несформированность умения строить контекст, который требует сложной аналитико-синтетической деятельности. Речь сбивчивая, непонятная, страдает временная и причинно-следственная связь.

Дети испытывают затруднения в овладении связной контекстной речью даже в случаях достаточного развития диалогической формы общения. В отличие от

47

диалогической формы речи монологическая является инициативной, она требует от ребенка определенного уровня сформированности умственных действий необходимых для правильного отбора мыслей и языковых средств. Для овладения связной речью предполагается наличие у ребенка внутренней речи, в которой осуществляется отбор слов, расположение их в определенной системе, составление плана речевого сообщения.

Контекстная речь требует развития у ребенка не только внутренней, но и внешней речи: формирование высказывания начинается с мотивации (речевого импульса, побуждения к речи, мотива речевой деятельности), затем мотив подкрепляется замыслом как источником активности, через звено внутренней речи осуществляется внешнее развернутое высказывание. Формирование контекстной речи при алалии нарушено, в тяжелых случаях спонтанная речь полностью невозможна, в более легких — изложение лишено цельности, связности, последовательности.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с алалией отсутствует потребность общения в связной форме, это обусловлено нарушением общей и речевой активности (мотивационной активности), не формируется весь подготовительный этап, необходимый для реализации монологической речи. Взамен отсутствующей речи используются паралингвистические средства: жест, мимика, пантомима, интонация. Дети прибегают к перефразировкам, не оканчивают фраз, затрудняются при выражении главной мысли. При более развитой речи причиной несформированности контекста является несформированность деятельности программирования, затруднения в операциях перевода мысли в развернутое высказывание. При передаче содержания последовательных картинок дети нарушают логическое продолжение рассказа: одни не могут их правильно разложить, другие затрудняются при оречевлении даже правильно расположенных.

Несформированность контекстной речи связана с неправильной реализацией внутреннего плана во внешнюю речь. Наблюдаются фрагментарность, разорванность высказывания, нарушение линейной последовательности, пропуск одного или нескольких логических звеньев ситуации, разброс мысли.

Возможной причиной нарушения последовательности рассказа является эмоциональный фактор: на первое место в ситуации выдвигается наиболее яркий элемент, связанный с прошлым опытом ребенка. А.Р. Лурия характеризует это явление не как собственно речевой первичный дефект, а как нарушение общей активности деятельности программирования.

Большие затруднения испытывает ребенок при овладении сложными логико-грамматическими конструкциями, отражающими пространственные отношения предметов. Выявляется хаотичность рассказа, бедность выразительности оформления, однотипность и примитивность средств связи. Дети не умеют

отбирать факты, важные для раскрытия темы, находить нужные слова, застревают на второстепенных деталях, забывают основное содержание.

По мере развития речевых возможностей, овладения причинно-следственными отношениями монологическое высказывание становится более развернутым и правильным, растет и усложняется словарь, улучшается звуко-слоговая структура слов и предложений, появляются все более сложные предложения с использованием разных видов связей.

Таким образом, у детей с алалией недоразвитие речи сочетается с несформированностью мотивации общения, с нарушением активности разных компонентов деятельности. Отсутствие стремления к общению связано с трудностями общения и усугубляет их.

Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи: от полного безречья до частичного отсутствия речи. На этапах более высокого развития затруднения выявляются в развернутой речи, при усложнении ситуации общения, при выполнении специально подобранных заданий, в письменной речи. Недостаточная прочность навыка связной речи маскируется у ребенка предельным лаконизмом, скудностью речевых проявлений или, наоборот, многоречьем, тавтологией, перефразировкой.

Моторная алалия неоднородна по своим проявлениям: иногда отмечается преимущественная несформированность операций отбора языковых средств, т. е. фонематических, лексических и грамматических элементов, в других случаях преобладающее нарушение — несформированность операций комбинирования. Выявляется неравномерность нарушений языковой системы: алалии с преимущественной несформированностью фонематического или грамматического уровня языковой системы и алалии с относительно равномерной несформированностью всех языковых систем. Наблюдаются различия в возможностях речевой реализации тех языковых средств, которыми владеют дети.

Различия в проявлениях речевого недоразвития некоторыми авторами рассматриваются как разные степени проявления одного и того же нарушения, и они дифференцируют алалию по уровням речевого недоразвития, полагая, что ребенок в процессе своего развития проходит ряд этапов, для каждого из которых характерна своя картина нарушения.

Неречевая симптоматика моторной алалии. У детей с алалией выявляется несформированность не только речевой деятельности, но и ряда моторных и психических функций. При моторной алалии наблюдается неврологическая симптоматика различной степени выраженности: от стертых проявлений мозговой дисфункции и единичных знаков повреждения центральной нервной системы до выраженных неврологических расстройств (парезы), особенно пирамидной и экстрапирамидной систем. Оральная апраксия, по Н.Н. Трауготт, встречается у 10% детей с алалией. У них отмечается физическая недостаточность, соматическая ослабленность.

49

Выявляется общая моторная неловкость детей, неуклюжесть, дискоординация движений, замедленность или расторможенность движений. Отмечается понижение моторной активности, недостаточная ритмичность, нарушение динамического и статического равновесия (не могут стоять и прыгать на одной ноге, ходить на носках и на пятках, бросать и ловить мяч, ходить по бревну и т. д.). Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук. Имеются данные о преобладании у детей с моторной алалией левшества и амбидекстрии. Одни дети расторможены, импульсивны, хаотичны в деятельности, гиперактивны, другие, наоборот, вялые, заторможенные, инертные, аспонтанные.

У детей отмечается недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности.

При алалии имеются особенности памяти: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т.д. Особенно страдает вербальная память — произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты. Вербальная память является специфической человеческой памятью в отличие от двигательной, образной, эмоциональной. При зрительном подкреплении дети запоминают материал легче, речезрительная память оказывается более развитой. Трудности в подборе слов вместе с забыванием слов и затруднениями в воспроизведении их структуры резко ограничивают возможности произвольного высказывания ребенка. Отмечается снижение активной направленности в процессе припоминания сюжетной линии, последовательности событий, недостаточная активность наблюдательности, дети как бы скользят взором по картинке, не видя, не улавливая существенных деталей.

В ряде случаев у них развиваются патологические качества личности, невротические черты характера. Как реакция на речевую недостаточность у детей отмечаются замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, склонность к слезам и т.д. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Боязнь ошибиться и вызвать насмешку приводит к тому, что они стараются обойти речевую трудность, отказываются от общения речью, охотнее используют жесты.

Особенности личности ребенка связаны с недоразвитием центральной нервной системы и являются результатом того, что речевая неполноценность выключает ребенка из детского коллектива и с возрастом все больше травмирует его психику. Отмечаются трудности формирования гнозиса, праксиса, пространственного и временного синтеза, опосредованных речью, ограниченность и неустойчивость внимания, восприятия, продуктивной деятельности.

Специфические особенности в протекании познавательной предметно-практической деятельности детей с алалией различны по содержанию, степени обобщенности способов деятельности, по уровню выполнения. И.Т. Власенко, В.В. Юртайкин (1981), отмечая отставание в усвоении школьной программы у таких детей, говорят о несформированности у них обобщений, планирующей и регулирующей функции речи.

Вопрос об интеллекте детей с алалией решается исследователями неоднозначно. М. В. Богданов-Березовский (1909), Р. А. Белова-Давид (1972) и другие считают, что мышление у таких детей первично нарушено. Именно это приводит к недоразвитию языковой способности. М. В. Богданов-Березовский говорил, что детские афазии (алалии) не только связаны с нарушением определенных участков мозга и следствием этого имеют расстройство во всей речевой функции, но также обязательно находят свое отражение в общей сфере интеллекта.

Н.Н. Трауготт (1940, 1965), Р.Е. Левина (1951), М.Е. Хватцев, С.С.Ляпидевский, Н.А. Никашина и другие подчеркивают, что интеллект у детей вторично изменен в связи с состоянием речи, хотя положительной корреляции между уровнем недоразвития языка и интеллекта ими прямо не устанавливается. У детей есть познавательный интерес, достаточно развита предметно-практическая и трудовая деятельность, но отмечается замедление темпа мыслительных процессов, несформированность понятий и т. д.

При алалии своеобразно формируется речевое мышление, для которого необходимы полноценные языковые обобщения.

У детей с алалией отмечается бедность логических операций, снижение способности к символизации, обобщению и абстракции, нарушение орального и динамического праксиса, акустического гнозиса, т. е. у них снижены интеллектуальные операции, требующие участия речи. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной (особенно сюжетно-ролевой) игры детей.

Импульсивность, хаотичность в деятельности, пассивность, утомляемость, особенности предметно-практической деятельности выражаются в том, что детям легче выполнить задание, если оно предлагается в наглядном, а не в речевом плане, не по словесной инструкции. У детей возникают трудности в формировании пространственно-временных отношений, нарушены восприятие и словесные обозначения временных и пространственных особенностей предметов, память, восприятие, мыслительные операции (анализ, синтез, сравнение, обобщения), не сформирован достаточный уровень логического абстрактного мышления, но дети точно сохраняют заданный способ рассуждения, используют помощь в работе. Ряд исследователей (Н. М. Уманская, Л. Р. Давидович) говорят о первичной сохранности интеллекта детей с алалией, подчеркивая положительную динамику, возможности достаточной социально-трудовой адаптации.

51

У детей отмечается психофизическая расторможенность или заторможенность, пониженная наблюдательность, недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы. Дети долго не включаются в выполнение задания, поверхностно оценивают проблемную ситуацию, имеют нестойкость интересов, интеллектуальную пассивность, пробелы в знаниях, связанные с отсутствием речевого опыта и ограниченной познавательной деятельностью, специфическое поведение и ряд других особенностей.

Малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Однако в большинстве случаев в картине своеобразия высшей нервной деятельности детей с алалией интеллектуальные расстройства являются вторичными. Речевые процессы и явления всегда рассматриваются в контексте представлений о системном строении психической деятельности человека, при которой познавательные, волевые и мотивационные процессы находятся в неразрывном единстве. Интеллектуальное развитие ребенка в известной мере лимитируется состоянием речи. Но наличие речевого нарушения, в частности алалии, не говорит об умственной отсталости.

Неполноценность речи или ее отсутствие при алалии обуславливает ряд особенностей психического развития ребенка, оказывает влияние на протекание психических процессов, вызывая их своеобразие. У детей с алалией речь не является ведущим средством познания окружающей действительности, поэтому в ряде случаев не обеспечивается и нормальное развитие интеллекта. Недоразвитие речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности.

Вопрос о состоянии мышления детей с алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития, при котором отмечается различная выраженность интеллектуальной недостаточности: от легкой вторичной задержки умственного развития до умственной отсталости.

Дифференциальная диагностика детей с алалией и умственно отсталых очень сложна, особенно в случаях разового обследования ребенка в раннем возрасте. Практические наблюдения выявляют у детей с алалией большой запас сведений, представлений, понимание жестов, мимики, внеречевой ситуации, инструкций, навык ориентировки в окружающем; дети учитывают изменения в ситуации, критичны к своей речи, переживают ее неполноценность, лучше, чем умственно отсталые, используют помощь в работе. По мнению Н.И. Жинкина, на стыке олигофрении и алалии лежит многовековая проблема о соотношении мышления и речи. Принимать за умственную отсталость результаты запущенного речевого состояния, даже при значительных соматических дефектах, как подчеркивает Н.И.Жинкин (1972), нельзя.

Характер синдрома при алалии обусловлен сложным комплексом различных факторов: степенью речевого недоразвития, характером и локализацией процесса, общим состоянием ребенка, его возрастом, типом высшей нервной деятельности,

состоянием интеллекта, системой медико-педагогического воздействия. Во всех случаях при алалии имеются несформированность навыков общения, пробелы в речевом развитии, нарушение речевой и неречевой деятельности.

Разные исследователи называют различные степени тяжести алалии. Р.Е.Левина выделяет 3 уровня речевого недоразвития (отсутствие общеупотребительной речи, начатки общеупотребительной речи и развернутая речь с элементами недоразвития во всей речевой системе), Н.Н. Трауготт, Л.В.Мелехова называют 4 периода (этапа) в формировании речи ребенка с алалией, О. В. Правдина называет также 4, но других этапа. Принципиальных разногласий по этому поводу нет: первые из названных авторов более подробно рассматривают начальные периоды формирования речи, выделяя полное безречье или отдельные лепетные проявления, эмоциональные возгласы и т.д. О.В.Правдина считает целесообразным выделить в особый период появление у ребенка первой фразы.

С возрастом и интеллектом ребенка указанные уровни ни в коем случае прямо не соотносятся: более старший может иметь худшую речь. Последовательная суммация всех уровней показывает условный путь развития речи каждого отдельного ребенка.

Деление на уровни не всегда может быть достаточно четким, так как между ними нет твердой границы, иногда только примерно можно говорить об отнесении речи ребенка к одному из названных уровней недоразвития. Полностью безречевые дети — явление достаточно редкое, чаще встречаются случаи недоразвития речи, проявляющегося в той или иной степени. Четкая периодизация в развитии речи ребенка при моторной алалии отсутствует, выявляются запаздывание появления речи, непропорциональность формирования отдельных компонентов речи, устойчивое застревание ошибок.

Высокая интенсивность разнообразных ошибок при спонтанном развитии речи является одним из существенных признаков алалии.

Своеобразие нарушения проявляется уже в период лепета: он отсутствует или характеризуется крайним однообразием, бедностью лепетных проявлений. Первые слова и фразы появляются со значительной задержкой, и на всех этапах развития речи при алалии выявляется нарушение всех ее сторон.

В процессе развития речи детей с алалией прослеживается определенная положительная динамика: они переходят по состоянию речи с одного уровня на другой, более высокий. Они приобретают те или иные речевые навыки и умения, перестают быть неговорящими, но остаются детьми с недоразвитой речью. В ходе этого очень замедленного по темпам, но тем не менее поступательного развития у детей обнаруживаются дефекты, которые почти не поддаются спонтанной компенсации и с трудом преодолеваются при направленной коррекции. Большинство детей имеет общие дефекты, характерные для всех форм алалии; несформированность системы значений слов, дефекты грамматического

структурирования, семантические дефекты. У детей нарушается структурно-семантическое оформление как отдельных высказываний, так и связной речи.

В процессе школьного обучения обнаруживаются многочисленные затруднения в формировании умений и навыков письменной речи; из-за бедной речевой практики, несформированности языковых обобщений у детей не формируется готовность к овладению грамотой и изучению грамматики.

Наряду с общими для моторной алалии дефектами наблюдаются проявления, характерные для ее определенной формы. Именно эти дефекты и составляют ядро нарушений, которые на начальных этапах развития речи не всегда удается обнаружить сразу, так как они оказываются замаскированными сопутствующими нарушениями.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ

При обследовании принимается во внимание ряд факторов, которые помогают разграничить детей с алалией от детей, страдающих другими речевыми нарушениями. При сборе анамнестических сведений обращает на себя внимание отсутствие или резкое ограничение лепета. Родители отмечают молчаливость, характеризуют детей как понимающих, но не желающих говорить. Отсутствие возможности общения родители в ряде случаев ошибочно расценивают как проявление упрямства и лени.

Вместо речи развиваются мимика и жестикуляция, которыми дети пользуются избирательно в эмоционально окрашенных ситуациях общения.

Первые слова появляются поздно, фразовая речь в большинстве случаев начинает формироваться только после 5—6 лет. Родители подчеркивают, что, кроме отставания в речи, дети в остальном развиваются нормально.

Обследование обычно не заканчивается разовой встречей с ребенком, особенно, если он мал и негативистичен, а продолжается параллельно с начатой логопедической работой. Устанавливается, как ребенок вступает в контакт, есть ли у него негативные реакции общего и речевого характера, в чем они проявляются и как преодолеваются. Обращается внимание на отношение ребенка к ходу и материалу занятий, его реакции на изменения ситуации. Отмечается наличие или отсутствие критичности к своему состоянию, возможности внеречевого и речевого общения, наличие у ребенка стремления к общению и желания исправить свою речь.

Выявляются интересы к игрушкам, играм, книгам, у школьника — учебные интересы; учитывается активность и работоспособность ребенка при обследовании; уточняется характер игровой и учебной деятельности (может ли развернуть игру, включиться в подражание игровым действиям, продолжить их, способен ли выполнить задание, в какой степени обучаем и т. д.). Устанавливается

54

запас сведений, представлений о величине, форме, месте расположения предметов и т. д.

Для изучения состояния словаря, грамматического строя и фонетико-фонематической стороны речи используется общепринятая в логопедии схема обследования и специально подготовленные пособия, применяются речевые упражнения, задания на словообразование и словоизменение. Ведется длительное динамическое наблюдение за детьми в процессе выполнения ими разных видов деятельности.

Уточняется состояние слуха и понимания, это важно для отграничения детей с сенсорной алалией от слабослышащих и глухих, а также от детей с преимущественным нарушением восприятия, а не собственной речи. Уточняются особенности гнозиса, праксиса. Обращается внимание на четкость латералиты (латерализация — преобладание левого или правого в парных органах), состояние мелкой моторики и общедвигательной сферы. Выявляется степень владения практическими навыками: самообслуживание, бытовые действия, предметно-практическая деятельность.

Специальными упражнениями в игровой форме исследуется артикуляционная моторика — возможность выполнения определенных движений, удержания артикуляционных поз, выполнения последовательных действий с переключением, способность ребенка подражать артикуляционным движениям и возможность отраженного проговаривания слов и сочетаний.

Крайне затруднено обследование неговорящих детей, вывод о состоянии речи может быть сделан только в ходе динамического наблюдения за ними. Дифференциальная диагностика позволяет разграничить алалию с временной задержкой речевого развития, дизартрическими нарушениями, с нарушениями слуха и умственной отсталостью.

СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ МОТОРНОЙ АЛАЛИИ

Алалия — медико-психолого-педагогическая проблема. Областью логопедии является определение принципов и методов коррекционного воздействия, направленного на развитие речи и личности ребенка. Систематическая длительная логопедическая работа дает в ряде случаев средства, достаточные для речевого общения ребенка, но иногда — только самую элементарную речь. В зависимости от характера нарушения эта задача решается дифференцированно применительно к моторной и сенсорной алалии.

Комплексный подход к формированию речи при алалии направляет внимание на становление всех функций речи, способствующих ее развитию и улучшению познавательной деятельности.

55

Ведется комплексная системная работа над речью и личностью в целом, при этом учитываются закономерности развития речевой функции в онтогенезе и закономерности строения языка.

Систематическая логопедическая работа направляется на восполнение пробелов в речевом развитии и подготовку к дальнейшему школьному обучению по специальным программам, или она ведется параллельно со школьным обучением в дополнение к нему. Преодоление речевого недоразвития строится так, чтобы в ходе работы возникла готовность к усвоению школьных знаний. Эффективной логопедическая работа может быть только в том случае, если она проводится комплексно на фоне активного медикаментозного и психотерапевтического лечения, проводимого врачом-психоневрологом (невропатологом, психиатром).

При работе используются разные приемы, методы, которые следует рассматривать не изолированно, а в комплексе, как имеющие общую направленность в коррекционно-воспитательном воздействии; задачи и содержание работы определяются в зависимости от речевых возможностей ребенка.

Работа направляется в первую очередь на создание механизмов речевой деятельности: формируется мотив, коммуникативное намерение, внутренняя программа высказывания, его лексическая разверстка, отбор лексико-грамматических средств, грамматическое структурирование. Для обогащения речевой практики развиваются умения в сознательном использовании знаний, вырабатывается овладение моделированием речевых операций.

В работах Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия, А. В. Запорожца, П.Я. Гальперина и других исследователей разработана общая теория деятельности и ее положения: о внешней предметной деятельности как генетически исходной ее форме, о возникновении внутренних умственных действий из внешних процессов, об активном управляемом процессе формирования психической деятельности через изменение строения внешней. Исходя из этого, в работе используются коррекционные возможности предметно-практической деятельности, практических действий, имеющих познавательное значение.

Недопустима стандартизация методических приемов; отбор языкового и дидактического материала, определение его последовательности — вариативны.

Учитывается не только специфика речевого недоразвития, но и особенности личности каждого ребенка, его интересы, компенсаторные возможности. Устраняются воспитательным воздействием невротические наслоения в характере ребенка, ведется работа по воспитанию сознательной целенаправленной личности. Устраняется травмирующее ребенка воздействие окружающей среды, вырабатывается правильное отношение ребенка к речевому недоразвитию и к работе по его преодолению. Речь совершенствуется в комплексе с развитием сенсорных и общедвигательных возможностей.

56

Обращается внимание на развитие мелкой моторики: детей учат линовать, раскрашивать, штриховать, завязывать узелки, выкладывать узоры из мозаики и геометрического материала и т. д. Установлено, что если дети отстают в развитии движений пальцев рук, то они отстают и в развитии речи. По мере тренировки движений руки совершенствуется состояние речи.

На начальных этапах работы формируется психофизиологическая основа речи, вырабатываются установки на деятельность и коммуникацию, ребенок подводится к необходимости общения, развивается потребность в нем. Важно сформировать у ребенка мотивационную основу высказывания, развивать речевую и психическую активность, функции подражательной деятельности и отраженной (репродуцированной) речи.

Воспитание мотива деятельности и организация программы высказывания создают необходимую базу, ключевые звенья для развития речи, которые сами у ребенка с алалией не формируются. Основными из этих звеньев являются развитие предикативной системы и овладение элементами грамматического строя.

Преодолеваются не только речевые, но и неречевые нарушения; развиваются процессы анализа, синтеза, внимания, восприятия, обобщения, противопоставления, которые в совокупности составляют необходимый фундамент для речевого развития. Ребенка учат различать, называть и систематизировать предметы по форме, величине, цвету, для этого используются различные игры. Ведется обучение выделению и называнию положения предмета по отношению к окружающим (*вверху, посередине* и т.д.). При преодолении несформированности зрительного восприятия и пространственного сличения, формировании временных и пространственных представлений используют игры с активным перемещением ребенка в пространстве, перестраивания, направленную ходьбу и т.д. Ведется работа по различению деталей фигур и их целостного облика, анализируются сложные фигуры с большим количеством элементов, развивается осмысление конструкций и способность конструировать. Операции анализа, синтеза, обобщения неречевого материала (сравнение, сопоставление, противопоставление, выявление сходства и различия предметов, сравнение по признакам — цвет, величина, форма), установление причинно-следственных взаимоотношений создают необходимые предпосылки для формирования речи.

Эффективным для развития речи оказывается использование ритмики и логоритмики, когда музыка, слово и движение, сочетаясь в разных упражнениях, формируют двигательную и речедвигательную деятельность, память, обеспечивают восполнение пробелов в ритмическом, речевом и личностном развитии детей.

Для развития речи необходима практика общения на доступном для ребенка уровне: операции с отдельными словами (*покажи, повтори, назови*), с фразами, не объединенными смысловым контекстом (понимание вопросов, ответы на них в

развернутой форме), с фразовым материалом, объединенным смысловым контекстом на фоне эмоциональной и семантически значимой для ребенка ситуации (попросить игрушку, выбрать вид занятий и т. д.), со знакомой картинкой, играми с использованием диалогической и затем монологической речи, с опорой на наглядность и без нее и т. д. Постепенно увеличиваются объем и трудность лексико-грамматического материала.

Работа над речью связана с предметно-практической деятельностью ребенка и опирается на нее. Вырабатывается осознание ребенком собственных действий (*я сижу, иду, несу*) и действий других (*Вова сидит, идет, несет; мяч, упал; лампа горит*). По мере развития речевых возможностей ребенка учат строить связные и полные объяснения по ходу выполняемых действий, по поводу выполненных (отчет) и предстоящих (планирование) действий.

Воспитывая активное внимание, понимание, логопед приучает ребенка внимательно дослушивать фразу до конца, понимать оттенки лексико-грамматических форм, вопросы, в которых скрыты разнообразные предметные отношения (Чем едят? Что едят? Из чего едят? Кто моет руки? У кого будут чистые руки? Зачем моют руки? Чем моют? и т. д.). У детей вырабатывается сознательная наблюдательность над употреблением лексико-грамматических форм, интонаций, закрепляется понимание флективных отношений, связи слов в разнообразных сочетаниях, последовательности словесных и грамматических структур.

Важным считается привлечение разных анализаторов — слухового, зрительного, тактильного. Ребенок должен пронаблюдать, прослушать название предмета или действия, изобразить жестом обозначения или назначения, назвать сам и т. д. В результате этого в сознании ребенка возникают дополнительные связи, материал закрепляется прочнее.

С опорой на деятельность многих анализаторов используются сопоставления и противопоставления, которые И.П. Павлов рекомендовал как основные методы формирования дифференцировок. В работе используются дополнительные опоры, в том числе символика и моделирование, знаково-символические средства.

Используется преимущественно игровая форма работы, так как она возбуждает интерес, вызывает потребность в общении, способствует развитию речевого подражания, моторики, обеспечивает эмоциональность воздействия, однако и игре в ряде случаев таких детей приходится специально обучать, так как игровые действия у них могут быть не сформированы.

Эффективность работы зависит от оснащенности занятий наглядным материалом. Используются символика, материал окружающей среды, картинки, оречевления действий и т. д.

Вне зависимости от этапа работы воздействие направляется на всю систему речи: расширение, уточнение словаря, формирование фразовой и связной речи, коррекция звукопроизношения, но на каждом из этапов выделяются специфические задачи и особенности содержания работы.

На первом этапе работы основным является воспитание речевой активности, формирование пассивного и активного словаря, доступного пониманию и воспроизведению. Ведется работа над диалогом, небольшим простым рассказом, нераспространенными, затем распространенными предложениями, формируются психофизиологические предпосылки речевой деятельности и первоначальные навыки в ситуации общения.

На втором этапе формируется фразовая речь на фоне усложнения словаря и структуры фразы. Ведется работа над распространением предложений, их грамматическим оформлением, над диалогом и рассказом описательного характера, формируются высказывания как основные единицы речевого действия.

На третьем этапе основным является формирование связной речи — особо сложной коммуникативной деятельности, коммуникативных умений, автоматизация грамматических структур. На каждом из этапов формируются все стороны речевой деятельности.

Путем практических упражнений дети подводятся к пониманию связи слов в предложении и учатся правильно отражать их в речи. При формировании речевых умений — морфологических, грамматических и фонематических обобщений и противопоставлений — важно, не допуская механических тренировок, для осознания связей, смысла больше внимания уделять анализу, учить наблюдать, анализировать и обобщать языковой материал разного уровня. Постепенно повышается уровень интеллектуализации речевых высказываний путем обозначения в речи действий, качеств, свойств предметов и их элементов, отношений и связей. Из наглядной ситуации ребенком выделяются предметы, действия и на этой основе сравниваются формы слов, конструируются различные предложения. Сначала сравниваются резко контрастные признаки предметов, а затем — более сходные.

Используются различные приемы словарной работы: натуральные (демонстрация предметов, действий, картинок, ситуации), словесные (соотнесение слова с известными словами по сходству, противоположности) и др. Накапливается словарь разных частей речи. Виды работы над словарем: подбор предметов к действию (*кто летает, бежит*), название частей целого (*колесо, фара*), подбор однокоренных слов (*лес — лесник*), отгадывание предмета по описанию, подбор синонимов, антонимов, составление уменьшительно-ласкательных слов и т. д. Параллельно с усвоением словаря по темам (игрушки, овощи, семья и т. д.) вырабатывается умение употреблять определенную грамматическую форму слов (единственное и множественное число, падежные формы и др.).

Выполняя действия с предметами, дети оречевляют их: *лью молоко, наливаю молоко в бутылку, дую на молоко* и т. д. У них вырабатывается умение отвечать на вопросы и задавать их, придумывать предложения по слову, опорным словам, по серии картинок, составлять загадки о предметах, давать сопоставительное описание двух или более предметов и т. д. Поощряется многообразие вариантов

ответов, что способствует активному выбору необходимой грамматической формы подходящего слова, воспитывает интерес к слову и средствам речевой выразительности.

При формировании грамматических навыков используются разные виды упражнений: репродукция словосочетаний, имитационные, подстановочные и трансформационные упражнения. Такие упражнения носят коммуникативный характер, они близки к процессу общения. Для автоматизации грамматических структур последовательно отрабатываются разные модели предложений: им. п. и согласованный глагол (*Вова сидит*); им. п., согласованный глагол и прямое дополнение (*Мальчик читает книгу*); им. п., согласованный глагол и два зависимых падежа (*Мама дала девочке книгу* — дат и вин. п.); им. п., согласованный глагол и два других зависимых падежа (*Девочка рисует дом карандашом*) (вин. п. и тв. п.) и т. д.

Разумеется, ребенку не сообщается никаких сведений по грамматике, работа предусматривает практическое знакомство с наиболее частотными моделями словоизменения и словообразования, построения предложений. Общий порядок работы над любой грамматической категорией следующий: сначала ребенок наблюдает, как конструирует определенную модель логопед, затем включается в подражательную речевую деятельность, употребляя и изолированную грамматическую форму, и грамматическую форму в развернутой речи. Аграмматизм в собственной речи сглаживается при упреждающем преодолении импрессивного аграмматизма.

Процесс практического усвоения детьми грамматики имеет специфические особенности, так как формирование понятий осуществляется на основе особых форм анализа и синтеза, приводящих к абстракциям и обобщениям. Грамматические понятия характеризуются большей отвлеченностью, так как имеются в виду не отдельные слова и предложения, а то общее, что лежит в основе их образования, сочетания и изменения. Овладение грамматическим строем идет одновременно с обогащением словаря и практическим освоением предложения как единицы речи. Усвоение грамматического строя — это дифференциация (разделение, вычленение, расчленение) по слуху и запоминание языковых представлений о том, как и когда используются в речи определенные элементы (суффиксы, приставки, предлоги, окончания и т. д.). Используются беседы, наблюдения за предметом и действием, игры, опора на вербальный образец и т. д. Средствами обучения языку являются дидактический материал, языковой материал педагога, организация упражнений, выбор бытовых ситуаций для использования в целях развития практики общения детей, речевое общение при играх и др.

Постоянно имеется в виду основная задача работы — формирование процесса и средств общения у ребенка. От диалога в межличностном общении постепенно переходят к монологической речи, развивая побуждения к монологической речи (сообщить важную новость, беседа о виденном и т. д.);

используется интерес ребенка к окружающему, вырабатывается активное речевое поведение в ситуативном общении. При этом всегда учитывается уровень общей ориентировки ребенка в окружающем и степени развития речевых возможностей, развивается контактность и потребность в общении. Инициатива речевого общения постепенно переходит от логопеда к ребенку.

Обеспечение речевой практики предваряется работой по сознательному различению, выделению и обобщению морфологических элементов и синтаксических конструкций. Обращается внимание ребенка на изменение значения и звучания: *погладь руку — погладь рукой, нарисуй карандаш — нарисуй карандашом* и др.

При работе над предложением выделяется главная мысль, логическое ударение, используется изменение его места, задания предусматривают ответы на вопросы, распространение и реконструирование предложений. Используя прием синонимизации, предлагают сказать по-другому, выразить ту же мысль, но иными языковыми средствами. Подобные упражнения вырабатывают у ребенка чувство языка, обеспечивают активизацию лексического запаса, закрепляют грамматико-синтаксические модели.

Работа над связной речью начинается с формирования мотива деятельности и организации развернутой программы высказывания. В качестве плана высказывания используются серии сюжетных картин, символика, подстановочные картинки с изображением отдельных эпизодов или отдельных предметов. Дети раскладывают картинки в нужной последовательности, отвечают на вопросы по отдельным эпизодам, составляют рассказ по опорным словам, сначала с помощью логопеда, затем самостоятельно. При формировании связной монологической речи закрепляется умение детей строить и отдельные предложения и целостный текст.

Сравнительно рано начинают обучать детей с алалией грамоте, это расширяет их речевые возможности. Прочитанный и записанный материал лучше закрепляется, обеспечивает формирование речевой деятельности. Грамота помогает ребенку осваивать структуру слов и фраз, через чтение и письмо он контролирует и корректирует свою речь. Обучение грамоте таких детей требует удлинения сроков и использования специальных приемов. При овладении письменной речью выявляется вторичная дисграфия и дислексия.

Для детей с алалией школьного возраста требуется особая организация обучения, которая осуществляется в условиях школы для детей с тяжелыми речевыми нарушениями. Обучение родному языку проводится по специальной программе (К. В. Комаров, 1982; Н. А. Никашина, Л. Ф. Спирина, О. А. Токарев и др.). В специальной школе обеспечивается воспитание и обучение детей, хотя глубокое отставание в развитии речи ограничивает их устное общение и создает серьезное препятствие в овладении основами наук.

Дети с легко выраженным недоразвитием речи могут обучаться, хотя и со значительными затруднениями, в общеобразовательной школе, а параллельно заниматься на логопедическом пункте.

На логопедических занятиях восполняются пробелы в речевом развитии детей, проводится работа по совершенствованию коммуникативной и обобщающей функции их речи. Поскольку у некоторых учащихся из-за трудностей в обучении и ситуаций неуспеха возникает иногда отрицательное отношение к учению, на логопедических занятиях стимулируется развитие их познавательной активности и учебной деятельности.

Для подготовки детей к школьному обучению служит организация специализированных дошкольных и медицинских учреждений (логопедические группы или детские сады для детей с тяжелыми нарушениями речи, стационары, санатории). В каждом из учреждений проводится согласованная работа медико-педагогического персонала, направленная на формирование речи у детей, обеспечивается единый речевой режим. Воспитатели ведут подготовку к логопедической работе или закрепляют ее (формирование понятий, обогащение словаря, развитие и уточнение речевых оборотов, развитие связной речи и т. д.). На логопедических занятиях дети практически овладевают моделями словообразования и словоизменения, построением предложений и связного текста, у них формируется фонематическое восприятие и звуковой анализ.

Многие дети с алалией получают начальную помощь у логопедов в детских поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

Обучение речи наиболее тяжелых детей идет успешнее в условиях стационара, где есть возможность целенаправленно осуществлять весь комплекс: медико-психолого-педагогических мероприятий, направленных на развитие речи и личности ребенка с алалией, обеспечить контакт в работе логопеда, воспитателя, врача.

Логопедическая работа эффективна только при систематическом специфическом лечении ребенка.

Мощным источником речевого развития таких детей является их общение с нормально говорящими людьми. Хотя общение и не считается единственным фактором, определяющим уровень развития речи и познавательной активности, наиболее эффективным оказывается формирование речи в процессе коммуникации на основе максимального развития активности общения и познавательных возможностей детей.

Работа производится преимущественно в группе, при этом используется детская подражательность, создается эмоциональный фон, эффект соревнования, у детей формируется навык коллективной работы, что важно для предстоящего школьного обучения и социальной адаптации.

Работа строится индивидуализированно в зависимости от речевых и личностных особенностей детей. Дифференцированные приемы работы делают коррекционное воздействие наиболее результативным.

Дети овладевают речевыми навыками неравномерно даже при относительно одинаковых условиях обучения и воспитания. Отмечен неравномерный темп усвоения речевого материала разными детьми. Авторы называют различные сроки ликвидации алалии: одни считают, что достаточно нескольких месяцев (Либманн, 1924), другие полагают, что работа должна вестись годами и прогноз неопределенный (М.В. Богданов-Березовский, 1909). По мнению В.К. Орфинской, Л.В. Мелеховой, вопрос о сроках начала работы и продолжительности ее должен решаться в каждом случае особо, исходя из характера и степени речевого недоразвития, из индивидуальных особенностей ребенка и других факторов. Наиболее благоприятным возрастом для начала работы являются 3—4 года, когда у ребенка появляется стремление к знаниям, необходимые для работы активность, осознанность, заинтересованность, критичность.

Положительная динамика при алалии выявляется при учете следующих факторов: раннее распознавание недоразвития, своевременное предупреждение вторичных отклонений,

учет нормального онтогенеза, системность воздействия на все компоненты речи с преимущественным акцентом на преодоление лексико-грамматического недоразвития, дифференцированный подход к детям, формирование речи с одновременным воздействием на сенсорно-интеллектуальную и аффективно-волевою сферу, единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности и др.

СЕНСОРНАЯ АЛАЛИЯ

Основным симптомом сенсорной алалии является нарушение понимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Это приводит к недостаточному анализу и синтезу звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются слуховые дифференцировки в воспринимающем механизме речи.

Возникающие под влиянием звучащего слова возбуждения не передаются в другие анализаторы из-за недоразвития мозговых клеток, и вся сложная динамическая структура, связанная со словом, не возбуждается. При сенсорной алалии имеется тяжелое нарушение аналитико-синтетической деятельности коркового конца речеслухового анализатора (в клетках верхневисочной извилины — петля Гешля), в которой происходит первичный анализ речевых звуков. У

детей не формируется фонематическое восприятие, не дифференцируются фонемы и не воспринимается слово целиком, отмечаются несформированность акустико-гностических процессов, понижение способности к восприятию речевых звуков.

Сенсорная алалия менее изучена, чем моторная алалия. В некоторой степени это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и дифференциальная диагностика с другими видами нарушений затруднены. Проблема сенсорной алалии на протяжении всей истории ее изучения вызывала острые дискуссии. С течением времени менялись требования к диагностике, понимание нарушения то сужалось, то неоправданно расширялось. Существование сенсорной алалии как самостоятельного нарушения и сейчас у отдельных исследователей вызывает сомнения, иногда полагают, что диагноз ставится без необходимых оснований.

При отсутствии или недостаточности понимания речи прежде всего возникает вопрос о состоянии слуха человека. Как показали многократные специальные исследования, в подавляющем большинстве случаев дети с сенсорной алалией имеют некоторое незначительное снижение тонального (физического) слуха, но оно не столь серьезно, чтобы быть тормозом в развитии понимания речи. Например, Н. Н. Трауготт сообщает о детях, которые слышали обращенную к ним речь на расстоянии 6 м. — это нормальный уровень восприятия речи средней громкости при нормальном слухе, но смысл слышимого оставался детям непонятным, хотя при этом они не были умственно отсталыми. По мнению исследователей, если и есть при сенсорной алалии снижение слуха, то оно не является ведущим в картине речевого недоразвития. Неполющенность восприятия объясняется не снижением слуха, а специфическим состоянием коры головного мозга.

Ю.А. Флоренская отмечала, что при сенсорной алалии (сенсорно-акустическом синдроме) имеется особое состояние акустической невозбудимости и истощаемости слуховой функции. Это приводит к неустойчивости слуховых реакций, трудностям образования слуховых дифференцировок, неполноценности слухового анализа и синтеза.

Проверка слуха у детей с сенсорной алалией очень трудна, при исследовании на специальной электроакустической аппаратуре обнаруживается слуховая неустойчивость: сигналы одинаковой частоты и громкости то воспринимаются, то не воспринимаются.

Особенности слухового внимания и восприятия при сенсорной алалии, их замедленность, неустойчивость, колебания (непостоянство слуховых реакций ребенка на звуковые раздражители) затрудняют правильную оценку состояния слуха. Реакция на звук прямо не зависит от его интенсивности. Отмечается нарушение произвольного слухового внимания: дети не слушают, не вслушиваются в звуки, быстро утомляются, отвлекаются, теряют интерес к

звучаниям, слуховая функция истощается. Аудиометрические исследования бывают более убедительными, когда их проводят неоднократно и только после того, как ребенок свыкнется с ситуацией и правильно будет понимать задания.

Окончательный вывод о состоянии слуха ребенка делают только после сопоставления нескольких аудиограмм, взяв за предполагаемые показатели наиболее близкие совпадения данных 8—10 исследований.

При сохранности звукопроводящей функции слухового анализатора у детей отмечается неспособность локализовать звук в пространстве, выявляется нарушение слуховой памяти, индифферентность к звуковым раздражителям. Обращенный сигнал (речь взрослого) оказывается слишком слабым, чтобы вызвать понимание, интерес и ответ. Невключение внимания и его быстрая истощаемость — типичные проявления в картине недостаточности.

Н. Н. Трауготт, С. И. Кайданова (1975) отмечают у детей с сенсорной алалией понижение слуха на тоны высокой частоты и своеобразие нарушения тонального (неречевого) и речевого слуха: у детей избирательно затруднено образование условных связей на звуковые раздражители достаточной для ребенка громкости.

При нормальном развитии понимание начинается с того, что происходит различение воспринимаемых слов, их узнавание, при этом вырабатываются нервные связи, благодаря которым разные звукосочетания связываются в слова. Звуки произносятся и воспринимаются в слове в определенном порядке. Между звучанием и значением устанавливаются связи, вырабатывается система связей. Постепенно возникают и закрепляются ассоциации звуковых комплексов со зрительными, осязательными и другими ощущениями.

При сенсорной же алалии связь между словом и предметом (действием), который он обозначает, не формируется. Это явление исследователи называют **замыкательной акупатией**. Неполноценность слуха при сенсорной алалии исследователи объясняют обширность очага недоразвитых или пораженных клеток коры головного мозга, отсутствием узколокализованного характера поражения в детском мозгу.

Иногда дети с сенсорной алалией безосновательно направляются в специальные учреждения для глухих и слабослышащих детей. Н.Н. Трауготт (1940), исследовав 200 глухих учащихся специальной школы, у 8 из них обнаружила сенсорные нарушения, которые ошибочно квалифицировались как нарушение слуха.

Нарушение понимания при сенсорной алалии существенно отличается от нарушения, вызванного снижением слуха. Наблюдения показывают, что обычно у слабослышащих бывает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия, ниже которого дифференциация звуковых сигналов становится невозможной. Сенсорное же нарушение отличается от сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не

воспринимаются. Это зависит от повышенной возбудимости или заторможенности ребенка, от его соматического и нервного состояния, от психической активности, особенностей окружающей среды, обстановки обследования, способов подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или раннее поражение мозга приводит к снижению работоспособности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нормально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром — после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В других случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, видимо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере тренировки, восприятие несколько улучшается, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание слабослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсорной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельно охранительное торможение в коре головного мозга, и недоразвитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более тихую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно воспринимает лучше, чем речь повышенной громкости, крик. Использование слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

Хотя однозначного мнения о состоянии слуха у детей с сенсорной алалией нет, в отдельных исследованиях установлено, что может отмечаться незначительное снижение слуха на всем диапазоне частот, повышенная истощаемость слухового внимания и восприятия.

Возможность восприятия при сенсорной алалии находится в зависимости от темпа поступления звуковых раздражителей, наличия интервала между ними, качества звуков, предъявляемых для восприятия. Чистые тоны воспринимаются обычно хуже.

В отличие от слабослышащих дети с сенсорной алалией часто имеют **гиперакузию** — повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук каплюющей воды, тихий скрип и т. д. Слабослышащие эти сигналы не воспринимают. Здоровые люди слышат такие звуки, но относятся к ним индифферентно, не реагируют на них, за исключением моментов утомления, раздражения, психической дискомфорта, повышенной нервозности. Дети с сенсорной алалией воспринимают такие звуки обостренно, дают на них болезненную реакцию: проявляют беспокойство, плачут, жалуются на боль в ушах и голове, на другие неприятные ощущения. Это является лишним свидетельством сохранности у ребенка слуха и показателем того, «то непривычные звучания

иногда становятся сверхсильным раздражителем для незрелых клеток коры мозга. Иногда на незнакомые звуки любой громкости дети с сенсорной алалией не реагируют совсем.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить отдельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обычно почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Подражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное нарушение характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими слов. Пассивный словарь ребенка неустойчив и заметно отстает от активного. Часто ребенок называет предмет в любой ситуации, а узнает его название только избирательно в определенных условиях. У детей с нарушением слуха в результате специального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом и эта связь устойчивая.

Состояние голоса у слабослышащего и ребенка с сенсорной алалией различно. Так, у слабослышащих он лишен звучности, звонкости, громкости, речь их недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности. А у детей с сенсорной алалией голос нормальный, они продуцируют звуки и слова с нормальными модуляциями и интонациями.

Слабослышащие дети более контактны, чем дети с сенсорной алалией. Эти и некоторые другие признаки помогают педагогам правильнее квалифицировать имеющееся у детей нарушение. Правильное диагностирование обеспечивает выбор наиболее действенных методических средств в системе коррекционно-воспитательного воздействия.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ И РЕЧЕВЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С СЕНСОРНОЙ АЛАЛИЕЙ

Степени недоразвития речеслухового анализатора, как и речедвигательного, бывают различными, отсюда и многообразие проявлений недостатков понимания. В более грубых случаях ребенок совсем не понимает речь окружающих, относится к ней как к шуму, лишённому смысла, не реагирует даже на собственное имя, не дифференцирует звуки речи и шумы неречевого характера, безразличен к любым речевым и неречевым звуковым раздражителям.

В других случаях ребенок понимает отдельные обиходные слова, но теряет их понимание на фоне развернутого высказывания. Иногда понимание изолированных слов затрудняет ребенка больше, чем понимание смысла фразы.

Улавливая в обращении к нему не все слова и их оттенки, ребенок дает неправильную реакцию.

Встречаются дети, которые относительно легко выполняют требуемое простое задание, но при этом не понимают слов инструкции вне конкретной ситуации, т. е. общий смысл фразы воспринимается легче изолированных слов. Постепенно ребенок начинает прислушиваться к звукам, в том числе и речевым, но внимание его долгое время остается неустойчивым и истощаемым. Фонематическое восприятие развивается замедленно и надолго остается несформированным.

Большую роль для детей с сенсорной алалией играет ситуация. Дети часто понимают содержание высказываний только в определенном контексте. Их затрудняет понимание смысла слов при изменении форм и порядка слов, не воспринимается ими смысл грамматических конструкций.

В ряде случаев дети не понимают слегка усложненные задания, не отличают ошибочно сказанное от правильного варианта. Некоторые не понимают речь при изменении темпа высказывания, путают слова с однотипной акцентно-слоговой структурой, близкие по звучанию слова воспринимают как тождественные. Иногда дети просят повторить обращенную к ним речь и понимают только то, что проговаривается несколько раз, так как одноразовый раздражитель оказывается недостаточным для восприятия. При подкреплении слухового раздражителя процесс восприятия улучшается.

Отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Ребенок не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь, отвлекается внешними раздражителями и без них. Обращает на себя внимание замедленность слухового восприятия.

Не поняв что-то, ребенок может разобраться, если одно и то же будет повторено несколько раз в неизменном виде или пересказано другими словами. Иногда затруднено узнавание и знакомых слов. Встречаются дети, которые понимают только то, что могут проговорить сами, и понимают только после такого проговаривания. Проговаривание в момент восприятия приводит к улучшению понимания, видимо, потому, что оно подкрепляется кинестезиями от собственного произнесения. Часто дети смотрят в лицо говорящего. В этом случае понимание улучшается за счет подкрепления слухового впечатления со стороны зрительного анализатора — чтения с лица; включение в восприятие зрительного раздражения усиливает акустические впечатления.

На всех этапах развития ребенка с сенсорной алалией у него отмечаются колебания слухового внимания и восприятия: трудности включения и концентрирования внимания, / устойчивости и распределения его, повышенная отвлекаемость, истощаемость, прерывистость внимания.

Иногда ребенок понимает только одного человека — мать, педагога и не понимает, когда то же самое говорит кто-то другой. При этом реакция на звуки не зависит от громкости звучания.

В работах В.К. Орфинской, Н.Н. Трауготт и других исследователей показано, что при сенсорной алалии страдает различение фонем, фонематический анализ и анализ морфологического состава слов. Именно это и составляет специфику данного нарушения.

В.К. Орфинская (1963), Н.И. Жинкин (1972) выделяют особую семантическую алалию, при которой сохранно восприятие речи, но нарушено ее понимание.

А.Р. Лурия разграничивает случаи расстройства слышания звуков речи и неправильное слышание слов, а также расстройство понимания сложных речевых структур. Своеобразие слуховых реакций ребенка в этих случаях в том, что он, хотя и слышит звуки, не различает их, у него не формируется предметная соотнесенность слов. Ребенок не понимает смысла слов и инструкций. Отмечается нарушение фонематического восприятия, с которым связано отсутствие единства звука и смысла слов, непонимание смысловой стороны речи.

С.С. Мнухин называет разные виды сенсорно-афатических (афазических) расстройств у детей: сенсорную афазию (не разграничивая афазию и алалию), акустическую агнозию (отчуждение звучания от источника, неузнавание источника звучания), нарушение акустических установок (невнимательность к звуковым раздражителям), сочетание нарушения акустической установки и акустической агнозии. Вне зависимости от характера нарушения в этих случаях отмечается нарушение понимания в той или иной степени.

В.К. Орфинская выделяет различные варианты сенсорных нарушений, подчеркивая, что чаще встречаются нарушения дифференциации отдельных звуков или звуковых рядов, нарушение восприятия последовательности звуков в слове при относительной возможности дифференциации звуков и их сочетаний.

Н. И. Красногорский указывал, что если слова как языковые раздражители, слышимые ребенком, систематически совпадают в речеслуховом и речекинестетическом анализаторах с каким-либо раздражителем первой сигнальной системы, то последние замыкаются с ними и образуют условнорефлекторные связи. Раздражители первой сигнальной системы приобретают речевые обозначения, заменяются ими. По наблюдениям исследователей, смысловая связь у нормально развивающегося ребенка устанавливается после 3—5-кратного совпадения. У детей же с сенсорной неполноценностью эта связь устанавливается с большим замедлением: осмысленная условнорефлекторная реакция появляется в среднем после 20-25 совпадений.

У детей с сенсорной алалией при отсутствии понимания становится невозможной или грубо искажается и собственная речь. В тяжелых случаях у

безречевого непонимающего ребенка отмечается двигательное беспокойство, имеются выраженные трудности поведения: ребенок играет, прыгает, кричит, стучит, хаотичен в деятельности. Но иногда такие дети бывают ласковыми, стеснительными, в какой-то мере осознающими свой дефект.

Дети пользуются для общения жестами, мимикой. Слушают музыку, избирательно относятся к мотивам. Тишина успокаивает детей, громкие же разговоры, крик раздражают. Они правильно реагируют на изменение интонации, не понимая при этом слов-обращений. Игру сопровождают модулированным лепетом. Постепенно лепет перерастает в активный словарь, но слова произносятся искаженно в звуковом и структурном отношении, понимание смысла слов затруднено.

Постепенно ребенок начинает прислушиваться к окружающим звукам, осмыслять некоторые из них, соотносить с определенными явлениями окружающей жизни. Как реакция на речевое окружение у ребенка с сенсорной недостаточностью появляются обрывки слов, эмоциональные восклицания, прямо не связанные с ситуацией, а свидетельствующие о его речевой активности. Затем в ходе развития постепенно появляется ситуационное, более устойчивое понимание и употребление отдельных слов и простых словосочетаний. В лепете различаются отдельные слова или их обрывки, междометия, которые продуцируются вне связи с ситуацией. Значение слов, проговариваемых ребенком, неустойчиво. Наличие слов в активном словаре превышает пассивный словарь.

При искажениях звуковой и слоговой структуры слов отмечаются многочисленные поиски, ребенок не уверен в своей речевой продукции, ищет адекватные кинестезии: *сон* — «сон», «вылон», «сылон», «салон» и т. д. Диффузное недифференцированное восприятие звуков приводит к недифференцированному проговариванию. Постепенно у ребенка вырабатывается осознание ошибок: «Нет, я не так сказал».

Иногда наблюдается бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов — своеобразная логоррея, отмечаются персеверации услышанного или произнесенного слова и словосочетания; повторяются слова, воспринимаемые в данное время или воспринятые ранее — **эхолалия**. Не улавливая смысла, ребенок проговаривает, отражая как эхо, слова и словосочетания. Эхолалически произнесенное не осмысляется и не закрепляется.

В словах отмечаются многочисленные ошибки ударения, соскальзывания со звуков, разнообразные звуковые замены, искажения структуры слов. В большинстве случаев искажения и замены носят не фиксированный характер, при каждом новом воспроизведении ребенок допускает новый вариант искажения. Эквиваленты слов (звуковые комплексы) не всегда соотносятся с предметами. Искажения в экспрессивной речи обусловлены неполноценностью восприятия собственной речи и речи окружающих.

При наличии собственной речи дети с сенсорной алалией говорят легко, плавно, без напряжения, не задумываются при подборе слов о точном выражении мысли и о построении предложений, не замечают допущенных ими ошибок. Речевая продукция детей остается вне их собственного контроля, встречается неадекватность высказываемого, проговариваются слова и обороты, не связанные с ситуацией, лишённые смысла. Отмечается фрагментарность речи, но это связано не с моторными затруднениями ребенка, а с малым объемом восприятия, с трудностями поиска правильного варианта высказывания.

Высказывания ребенка не точны по содержанию и ошибочны по форме, часто бывает трудно понять, о чем так горячо и интонированно он говорит. Проговаривание характеризуется как бы приблизительностью, выявляется обилие парафразий (замен), элизий (пропусков звуков, частей слова) персевераций, контаминации (часть одного слова соединяется с частью другого слова). В целом речь ребенка с сенсорной алалией может быть охарактеризована как повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствия контроля за своей речью. Грубо искаженная речь при сенсорной алалии не может ребенком использоваться как средство общения. Вне зависимости от степени нарушения понимания и собственной речи у ребенка с сенсорной алалией отмечаются нарушения личности; разнообразные трудности поведения, особенности эмоционально-волевой сферы, вторичная задержка умственного развития. Речь не является регулятором и саморегулятором поведения и деятельности такого ребенка.

Неустойчивость значений слов, нечеткость произношения приводят к тому, что дети действуют по словесной инструкции неуверенно, смотрят друг на друга, ищут помощи и поддержки при затруднениях в понимании. При выполнении заданий и при обиходном общении дети ориентируются на лексические значения и игнорируют грамматические. У них ограниченные возможности при организации ролевой игры, часто она сопровождается бессвязным проговариванием недифференцированных звуковых комплексов и неадекватно употребляемых слов и словосочетаний.

Дети не могут длительно слушать, когда им читают или рассказывают. Не понимая содержания, они теряют интерес и перестают слушать. Новые слова и структуры ребенок осваивает медленно. К речи не критичен, в поведении хаотичен, действует часто импульсивно.

Сенсорная алалия в чистом виде встречается сравнительно редко. Чаще в практике специальных дошкольных и школьных учреждений встречаются дети с сенсорно-акустической неполноценностью (синдром сенсорно-акустической недостаточности) как вторичным проявлением какой-либо другой речевой патологии. Например, при дислалии, ринолалии, дизартрии, когда первичным является нарушение звуковой системы (фонетическая недостаточность). Из-за первично нарушенной экспрессивной речи оказывается недостаточно развитым и

71

понимание, снижается уровень акустического внимания, восприятия и понимания. Это связано с тем, что моторные речевые дифференцировки, не развиваясь в должной степени, препятствуют нормальному возникновению кинестезии, которые, по словам И.П. Павлова, являются базальным компонентом (базой, базисом, основой) второй сигнальной системы — речи, так как они обеспечивают перевод всех неосознанных движений в план осознанных, приводящих к выработке динамического артикуляционного стереотипа, навыка правильной речи.

Недостаточность речи при моторной алалии приводит к некоторому снижению понимания вторичного характера, и поэтому в большинстве случаев встречается не чистая форма алалии, а смешанная — моторная алалия с сенсорным компонентом или сенсомоторная алалия. Снижение понимания может быть вторичным проявлением в структуре различных речевых нарушений, общим для которых является неполноценность экспрессивной речи. Первичная же сенсорная недостаточность отмечается при сенсорной алалии и сенсорной афазии, хотя практически разграничивать деятельность речедвигательного и речеслухового анализаторов нельзя, поэтому и отмечаются случаи комбинированных, а не чистых форм нарушений. Тщательное наблюдение за состоянием речевой и неречевой деятельности ребенка и специальное углубленное обследование помогают уточнить природу и характер дефекта, установить ведущую неполноценность (сенсорной или моторной сферы) в структуре дефекта и определить адекватные пути коррекционно-воспитательного воздействия.

СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ПРИ СЕНСОРНОЙ АЛАЛИИ

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

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

Основным принципом работы является последовательное и систематическое воздействие на все стороны речевой деятельности ребенка в их взаимосвязи. Работа оказывается результативной только при проведении врачом специфического лечения, нормализующего деятельность центральной нервной системы: стимулирующего созревание клеток коры головного мозга.

До начала работы целесообразно ознакомиться с условиями жизни, быта ребенка, его окружением, близкими людьми, игрушками, это поможет выявить круг его интересов и возможностей, наметить пути контакта и определить программу предстоящей работы.

Уточняются объем и характер обращений к ребенку, употребляемых в семье. Педагог и родители составляют список точно сформулированных (стандартизированных) инструкций-побуждений бытового характера, которые употребляются в неизменном виде и на занятиях, и в повседневной жизни ребенка дома. Уточняется степень восприимчивости его к звукам неречевого характера в условиях полной тишины и при наличии шумового фона. Речевое общение на первых порах ограничивается, беспорядочная речь ребенка затормаживается.

Работа начинается со строгой организации звукового и речевого режима ребенка, так как излишняя беспорядочная слуховая нагрузка задерживает развитие понимания и самой речи. Детям предоставляют часы и дни отдыха, спокойствия, их ограждают от излишних обращений к ним окружающих. Из быта исключаются звуковые аппараты: звонки, радио, телевизор и т. д. Создается щадящий звуковой режим, ограничивается поступление речевых и неречевых сигналов. Фрешелье рекомендовал создавать вокруг ребенка не только тишину, но и ситуацию зрительного голода: не показывать картинок, игрушек и т. д. И только на фоне такого успокоения можно приступать к работе, это способствует повышению восприимчивости ребенка к звукам.

Постепенно уточняется состояние восприятия, понимания, после чего ведется целенаправленная работа по их развитию, расширению и углублению. Для привлечения внимания ребенка стараются попасть в поле его зрения, повернуть его к себе, взять за руку и т. д.

Основными задачами работы являются: пробуждение интереса к звукам окружающей жизни, к речевым звукам, развитие потребности, желания и возможности подражать им, дифференциации неречевых и речевых звуков.

Общепедагогическая работа направлена на формирование психофизиологической основы речи, ведущих основных видов деятельности, развитие произвольного внимания, зрительных и акустических установок и дифференцировок. Начинается работа не с речевых звуков, а с различения шумов, звуков неречевого характера. Но это становится доступным ребенку только тогда, когда он уже достаточно организован и у него есть элементарное сосредоточение и воспитана возможность продуктивной деятельности.

Для развития направленного внимания и работоспособности используют различные пособия: вкладыши, разрезные картинки (простые и сложные), палочки (выкладывание узоров, геометрических фигур из счетных палочек), мозаика — и действия с ними: сортировка, классификация раздаточного материала по цвету, форме, величине и т. д. Работа по восприятию звуков

73

оказывается возможной только при достаточной организованности ребенка, концентрации его внимания, сформированности элементарных видов деятельности.

Уделяется внимание развитию деятельности на основе зрительной подражательности, сложность заданий постепенно возрастает. Речевое комментирование заданий исключается, так как ребенок обращенную речь на данном этапе развития не понимает.

На фоне воспитания деятельности и контроля за ней проводится работа по направленному формированию речевой деятельности: развитие потребности общения, его мотивационной основы. Ребенка учат фиксировать внимание на речи, расширяют и уточняют фонематическое восприятие.

При достаточном развитии внимания, подражательности и работоспособности ребенка переходят к обучению различению ряда неорганизованных звуков разного характера, начиная с более яркого, сильно выраженного звучания, с выработки более грубых дифференцировок: звон монет в кошельке, стук карандашей в стакане, звук от соприкосновения металлических предметов и т. д. Постепенно переходят к различению и более тихих, менее интенсивных звуков, более близких между собой: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке и т. д. То есть постепенно переходят к выработке более тонких акустических дифференцировок.

Используются сигналы игрушек и инструментов. Полезно, чтобы ребенок подержал игрушку в руке, ощутил вибрацию в момент звучания. Сначала он наблюдает, как педагог производит те или иные звуки, пробует вызвать их сам. Затем логопед жестом предлагает ребенку закрыть глаза или отвернуться (возможно помещение предметов, которые производят звуки, за экран, ширму), и ребенок только по звучанию должен различить соответствующие предметы — источники звуков.

В работе избегают хлопков в ладоши, топая по полу, стучания по столу, так как в этих случаях воспринимается не звучание, а колебание, вибрация по костной проводимости.

Постепенно звуковой, шумовой ряд усложняется и разнообразится, в него включаются новые звуки, сначала далекие и непохожие, затем все более близкие, требующие тонкой акустической работы. Так расширяется и упорядочивается поле слышимости ребенка. По мере успешности этой работы в шумовой ряд вводится сильный речевой звук (*а, р, у* и др.), который связывается с предметом или явлением. Если ребенок быстро утомляется, становится отвлекаемым, повышено раздражительным, беспокойным или, затормаживаясь, начинает зевать, работа теряет свою продуктивность. Нужно дать ребенку отдохнуть или изменить виды деятельности. Такие упражнения проводятся на всем протяжении работы, но на каждом занятии необходимо строго дозировать акустическую нагрузку. Целесообразно несколько раз возвращаться на одном занятии к подобным

74

упражнениям, но проводить за один раз их в крайне ограниченном количестве, не допуская переутомления ребенка. Объем активного слухового внимания увеличивается медленно.

Параллельно с этой работой продолжается воспитательное воздействие, направленное на нормализацию поведения, работоспособности, деятельности ребенка: его учат правильно сидеть, смотреть, копировать, подчиняться неречевым инструкциям, учитывать реакцию (одобрения или неодобрения) педагога на выполнение им инструкций, доводить начатую работу до конца и т. д. Акустическое внимание и восприятие улучшаются по мере развития усидчивости, памяти, предметно-практической деятельности.

Каждый речевой звук, который ребенок начинает воспринимать, выделять, дифференцировать от неречевых, а затем и от других речевых звуков, связывается с предметом, картинкой, действием, с конкретной ситуацией, становится их обозначением. На начальных этапах работы для выработки условной связи звучания и предмета выбираются слова-эквиваленты, звуковые комплексы (*у* — *паровоз, машина*; *р* — *самолет, рычащая собака*; *му* — *корова* и т. д.) в одном из строго фиксированных значений, устанавливается и закрепляется связь звука или сочетаний звуков с предметом или его изображением.

После дифференциации некоторого количества звуков переходят к различению слогов, опять-таки в связи с конкретным предметом или действием, и простых слов со строгой предметной соотнесенностью. Наиболее легкими являются сочетания двух гласных, гласной и согласной — *ya, ay, am*, согласной и гласной в открытом слоге *ma, na, na, ta* и др. Проводится дифференциация изолированных гласных, затем гласных в начале слов. В работе избегают трудных для слухового опознания звуко сочетаний и слов (два-три согласных в сочетании: *кт, те, ств* и т. д.). Слова, которые ребенок учится различать первыми, должны быть далекими, не похожими ни по смыслу, ни по структуре, ни по звучанию. Каждое слово при его восприятии получает двигательное, зрительное или тактильное подкрепление. Широко используются зрительный, зеркальный контроль, чтение с лица. Первые слова, воспринимаемые ребенком, произносятся с неизменной интонацией. Подчеркнутая интонация, опора на нее помогает ребенку ориентироваться в общении, интонационная окраска является ведущей опорой при определении смысла обращений к ребенку. Проводится планомерная работа по накоплению пассивного словаря, одновременно идет и развитие собственной речи.

По называнию ребенок показывает картинки, имитирует выполнение движений. Разучивается комплекс движений, которые ребенок постепенно привыкает выполнять сначала по заученному порядку при речевом сопровождении педагога, а позднее вразбивку по словесной инструкции: «Руки вверх, в стороны» и т. д.

75

На эмоционально-игровом фоне воспитывается интерес к звукам. Ребенок не только учится определять характер звука, показывая на соответствующий источник звучания, но и локализовывать его в пространстве, определять место, где спрятана звучащая игрушка. В играх ребенок постепенно приучается различать силу, длительность и интенсивность звукового сигнала, избирательно реагируя на определенные звуки.

При накоплении понимаемых ребенком слов важно, чтобы он одновременно слышал слово, видел, трогал предмет, произносил с ним какое-то действие. Связь между словом и предметом устанавливается при неоднократном совпадении слуховых и зрительных ощущений. Важным считается не подавлять реакции детей на то, что они видят, слышат, а усиливать их, проявлять удивление, интерес и т. д. Не только названия предметов, но и представления о них формируются легче, если ребенок имеет возможность манипулировать с ними. Для превращения слова в понятие, для приобретения словом обобщающего значения важна не просто повторяемость, а выработка возможно большего числа условных связей, преимущественно двигательных. Ребенок в ходе предметно-практических действий должен овладеть умением выполнять с предметом по словесной инструкции как можно больше заданий: *выпей молоко, налей молоко из бутылки, подуй на молоко* и т. д. Аналогичные упражнения на сопровождение речью действий учат ребенка усваивать грамматические стандарты родного языка.

По возможности раньше учат ребенка воспринимать словосочетания и фразы. Первые из них обычно бывают стандартизированными: слова произносятся в определенном порядке, с неизменной интонацией. Инструкции, с которыми обращаются к ребенку, носят обиходно-бытовой характер. Сначала он привыкает понимать только одного человека, а затем по мере нарастающих возможностей ребенка к этой работе привлекаются окружающие его взрослые.

Фраза понимается не сама по себе, а как часть более общего воздействия на нервную систему ребенка. Учитывается, что понимание фраз сначала только ситуационно, зависит от определенных деталей, поэтому и менять порядок слов, интонацию при проговаривании фраз не рекомендуется.

Ребенок учится понимать инструкции типа: «открой дверь», «возьми платок», «достань книгу» и другие, связанные с бытовыми ситуациями и с ходом занятия. Работа по обучению пониманию таких инструкций строится с опорой на мимику, жест, что помогает ребенку осознать всю комплексную наглядно-образно-действенную ситуацию в сочетании с речью.

Возможность восприятия развивается медленно, понимание становится возможным только после того, как оно будет подготовлено со стороны зрительного и тактильно-вибрационного анализатора: ощущение голосовых складок при фонации, силы и направленности выдыхаемой воздушной струи и т.д.

Постепенно уточняются слуховые и двигательные дифференцировки, воспитывается понимание и собственная речь ребенка. Первыми исчезают акустические неточности, позднее изживаются ошибки собственной речи. Формирование собственной речи становится возможным по мере развития фонематического восприятия, тонких акустических дифференцировок.

Основной акцент на протяжении всей работы делается на воспитании у ребенка сознательного анализа и синтеза речи.

Н. И. Жинкин (1972) рекомендовал не повторять и не заучивать с ребенком слова, а постоянно ставить его в ситуации мыслительных задач, когда надо производить осознанный выбор. Работа проводится в условиях узких микротем, которые постепенно расширяются и объединяются. Это приводит к осознанию ребенком собственной речевой продукции и речи других. После успехов с предметно-словесными комбинациями переходят к работе с рассказами и пересказами.

У ребенка формируется понимание логических, грамматических и тематических групп слов: посуда; мебель; мытье рук, мыло, полотенце, вода, мыть, вытирать; летит — летят и т. д. Ведется работа над пониманием постепенно усложняющихся фраз, детализированных заданий, инструкций, над сознательным анализом и синтезом состава собственной речи и речи окружающих. Ребенка учат дослушивать фразу до конца, вникать в ее содержание, а не действовать импульсивно, по первому, часто ошибочному впечатлению. Понимание ребенком речи долгое время зависит от ситуации, контекста, его общего состояния, эмоциональной настроенности на занятие и от ряда других факторов. Речевой поток при работе сначала расчленяется, а затем проговаривается целостно.

От обобщений в работе идут с конкретизации: цвет — красный, синий; вкус — кислый, сладкий и т. д. Выработка четких акустических дифференцировок (слушай-покажи) обеспечивает понимание грамматических конструкций, преодоление отчуждения смысла слов, различение близких по звучанию. При поиске ребенком правильной звуко-слоговой структуры слова идет сличение слышимого звуко сочетания с тем эталоном слова, который закреплен в упражнениях. Воспитывается внимание к речи окружающих, контроль за своей речью, критическое отношение к ней.

Ребенок все больше прислушивается к звукам окружающей среды, проявляет к ним интерес, пытается подражать им. Это часто совпадает со спокойными моментами его жизни, например, утром при пробуждении.

В более легких случаях сенсорной неполноценности ребенок учится дифференцировать слова, близкие по звучанию, отличающиеся одной фонемой, слова с одинаковой ударностью, с одинаковыми опорными звуко сочетаниями, с разным количеством слогов (слоговым размером), учится определять последовательность звуков в слове.

Слова и предложения закрепляются через их употребление ребенком в ходе создания соответствующих ситуаций общения. Используются различные тренировочные упражнения, направленные на совершенствование восприятия и дифференциацию звуков на слух и в собственном проговаривании.

Постоянно проверяется, правильно ли ребенок понял слово, фразу, смысл прослушанного рассказа. С этой целью используются различные картинки, графические схемы слов и предложений, цветные фишки для закрепления структурного и звукового состава речи, с помощью символики иллюстрируется изменение морфологического значения слова, структура предложений.

Дети с сенсорной алалией способны к овладению грамотой, хотя чтение и письмо их оказываются нарушенными. Грамоте начинают обучать детей по возможности раньше. Исследователи отмечают большую легкость овладения письменной речью и понимания ее ребенком по сравнению с речью устной, а также преобладание зрительного восприятия речи в таких случаях над слуховым. Через грамоту у ребенка расширяется и уточняется понимание, проводится работа по развитию собственных лексико-грамматических и фонетических возможностей. При обучении грамоте детей с сенсорной алалией эффективным оказывается не звуко-буквенный путь, опирающийся на аналитико-синтетическую деятельность ребенка в связи со звуками, слогами, словами и предложениями, а глобальное чтение, овладев которым он расширяет свои артикуляционные и акустические возможности, а затем уже продолжается углубленная аналитико-синтетическая работа с воспринимаемой и произносимой речью.

Обучают грамоте ребенка и тогда, когда у него еще нет некоторых звуков, это, как показывают исследования и практический опыт, не является серьезным препятствием для запоминания букв и овладения техникой звукослияния. Прослушав звук, слог, слово, ребенок показывает букву или табличку со слогом, словом, складывает слог, слово из разрезной азбуки. Так постепенно у ребенка вырабатывается связь фонемы, графемы и артикулемы.

Возможность полной ликвидации сенсорной алалии исследователями ставится под сомнение. Прогноз достаточно неопределенный, он зависит от ряда факторов: состояния слуховой чувствительности, времени и характера проводимого лечения, коррекционно-воспитательного воздействия, возраста и интеллекта ребенка и т. д.

Отмечается неоднородность вариантов нарушения, и, хотя в большинстве случаев наблюдается поступательное развитие понимания собственной речи, с уверенностью говорить о прогнозе трудно.

На начальных этапах работы и в более тяжелых случаях эффект в работе достигается только в результате длительной систематической работы с ребенком, преимущественно индивидуальной, в других случаях возможно объединение детей в маленькие группы, когда им уже нужна организация активной речевой практики. При коррекционной работе в условиях специализированного

78

стационара частичная компенсация дефекта возникает быстрее. Работа с такими детьми сложна, в разных случаях по-разному эффективна. По мнению А.Г.Ипполитовой, за первые 3—4 месяца работы в самых тяжелых случаях полного непонимания и безречья ребенка удается добиться понимания 8—10 слов, но только 2—4 слова появятся в его активном словаре. Возникает вопрос о целесообразности работы, если эффективность столь невелика. Но М.Е. Хватцева, подчеркивая значимость работы в самых тяжелых случаях, говорил, что 1—2 слова для непонимающего и неговорящего ребенка так же много, как тысячи слов для нормально развивающегося ребенка.

Детей с сенсорной алалией в отдельном учреждении мало, контакт с ними затруднен, поведение их специфично, интеллект, как правило снижен. Темпы работы в связи с этим медленны, паузы длительны. Дозировка занятий различная в зависимости от состояния ребенка — от 3—5 до 20—30 минут 2—3 раза в день в условиях специализированного стационара, специального детского сада. В дальнейшем при амбулаторной работе ребенок занимается 2—3 раза в неделю по 20—30 минут при ежедневной закрепительной домашней работе.

Часть детей с сенсорной алалией обучается в школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями или во вспомогательных школах, занимаясь с логопедом.

Диагностика сенсорной алалии сложна, чаще заключение ставят предположительно. Дальнейшее изучение детей с сенсорной алалией и создание целостной системы коррекционно-воспитательной работы с ними — актуальная проблема теории и практики логопедии.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 12 «АФАЗИЯ: ХАРАКТЕРИСТИКА, ПРИЧИНЫ, ВИДЫ»

79

Речь представляет собой сложную функциональную систему, опирающуюся на совместную деятельность вторичных и третичных зон мозга, в основном второго и третьего функциональных блоков левого полушария. Каждый из этих отделов обеспечивает ту или иную сторону речевого процесса (планирование высказывания, его семантическую и кинестетическую, артикуляторную реализацию, акустический анализ воспринимаемой на слух речи, оптический анализ печатного текста и т. д.).

При поражении этих речевых зон происходит нарушение первичной нейропсихологической предпосылки, отражающей специфическую деятельность соответствующего анализатора. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический распад функциональной системы речи, т. е. нарушение всех видов речевой деятельности: понимания, экспрессивной устной и письменной речи, счета и т. д. Характер и степень их нарушения зависят прежде всего не от величины очага поражения в коре головного мозга, а от нарушения гностической (кинестетической, акустической или оптической) предпосылки, которые по-разному вносят свой вклад в реализацию различных речевых процессов; понимание речи, сама устная речь, чтение и особенно письмо более грубо страдают при поражении вторичных зон, осуществляющих анализ звукового состава слова.

АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКАЯ СЕНСОРНАЯ АФАЗИЯ

Впервые сенсорную афазии описал немецкий психиатр Вернике (1874), Вернике показал, что афазия, которую он назвал сенсорной или акустически чувствительной, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария. Отличительной чертой этой формы афазии является нарушение понимания речи при восприятии ее на слух. Длительное время механизм нарушения понимания при этой форме афазии оставался неясным, было очевидным лишь то, что сенсорная афазия является одним из видов акустической агнозии.

В течение многих лет среди специалистов различных областей знаний велась дискуссия о том, является ли процесс восприятия речи на слух сугубо акустическим или в этом процессе определенную роль играет и артикуляторная сторона речи. В последние годы доказано, что восприятию речи сопутствует

внутреннее, скрытое, не заметное для слушающего проговаривание услышанного, что улучшает понимание воспринятого на слух устного сообщения.

Понимание речи обеспечивается не только дифференциацией фонематических признаков речевых звуков, но и определенной последовательностью, определением места ударного слога в слове.

На ранних стадиях заболевания при обширных очагах поражения в височной доле наблюдается полное расстройство понимания речи. Больной воспринимает чужую речь как нечленораздельный поток звуков.

Больные с сенсорной афазией, как правило, не имеют выраженных двигательных нарушений, и полное непонимание речи окружающих, отсутствие слухового контроля за своей речью приводит к тому, что они не всегда сразу начинают осознавать свою болезнь. Это их возбуждает, они становятся подвижны, многоречивы. На более поздних этапах и при менее выраженных расстройствах наблюдается лишь частичное понимание речи, подмена точного восприятия слова догадками. Логопеду приходится неоднократно повторять свою просьбу, подкреплять свое высказывание жестом, указывающим на предмет, и т. д.

Вторичным проявлением фонематической недостаточности является своеобразное изменение в понимании значения слова. На основе неразличения звуков возникает главная особенность восприятия речи, а именно его непостоянство. Больной то опознает слово, то не может его опознать. Различные слова могут звучать для него одинаково (например: *хвост* — *гвоздь* — *кость* — *трость*), и одно и то же слово он может воспринять по-разному, неправильно показывая предметы. Например, на просьбу показать слова *дом*, *дочка*, *бочка* он показывает соответственно «том», «точка», «почка» и т. д. Так нарушение звуковой дифференцировки ведет к снижению смысловой.

Больной с сенсорной афазией хуже улавливает на слух корневую, т. е. лексико-семантическую, часть слова, вследствие чего и появляется потеря словом его предметной отнесенности. Услышав слово *колокольчик*, больной говорит: «Это что-то маленькое, а что, не знаю».

В связи со звуковой лабильностью у больных с сенсорной афазией расстраивается самоконтроль за собственной речью, в результате чего в их устной речи появляется компенсаторное многословие.

На резидуальных этапах, при сенсорной афазии наблюдается нарушение не только фонематической организации речевого высказывания, выражающееся в редких литеральных парафазиях (преимущественно заменах глухих фонем звонкими), но и выбора лексических средств языка, что приводит к обильным вербальным парафазиям.

Приведем примеры вербальных парафазий: «Волк увидел охотников и деликатно скрылся в кустах», «Ребяенок (теленок) бегал вокруг коровы и не подчинялся пастуху», «Кузнец наковалит подкову». Эти дефекты выбора лексических средств оформления мысли при акустико-гностической афазии

проявляются на фоне сохранной ритмико-мелодической, интонационной основы высказывания.

Таким образом, на раннем этапе заболевания спонтанная речь больных с акустико-гностической афазией изобилует литеральными, а на поздних, резидуальных этапах — вербальными парафазиями.

При акустико-гностической афазии из-за нарушения фонематического слуха вторично страдает его артикуляционное оформление. Вследствие этого возникают литеральные парафазии. Нередко больной с акустико-гностической афазией первоначально акустически верно повторяет слово. При вслушивании в слово и очередных попытках повторить его, больной теряет не только звуковые его компоненты, но и утрачивает ритмико-мелодическую основу, которая и содействовала его первоначальному правильному повторению. По мере утраты звукового образа слова больной теряет возможность понять его смысл, отказывается от дальнейших попыток к его повторению.

У больных с сенсорной, акустико-гностической афазией наряду с правильным названием наблюдаются вербальные парафазии, попытки объяснить значение слова или найти его через фразеологический контекст. Например, при назывании яблока больной произносит: «Ну, как же... я отлично знаю, что это груша, нет, не груша, а апельсин, апельсин... не апельсин, а кисленькое яблоко... в лесу растет и в саду растет. Есть у меня на даче». При назывании, как и при повторении, могут возникать литеральные (звуковые) парафазии с тенденцией к замене глухих фонем звонкими (**и** — *б*, *т* — *д*, *к* — *г* или *п* — *д*, *т* — *б* и т. д.).

При чтении в речи больных с сенсорной афазией появляются литеральные парафазии, больные затрудняются в расстановке ударения в слове, т. е. нахождении ударного слога, в связи с этим затрудняется 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 больного.

На раннем этапе при грубой акустико-гностической афазии затруднено письмо под диктовку и списывание слов. При грубой сенсорной афазии не осознаются речевые дефекты, зрительный образ списываемого слова воспроизводится бесконтрольно. При этом, списывая, например, слово из трех букв *дам*, больной бормочет неопределенный набор, звуков и пишет 8—10 знаков: «дукршдрш».

Если заострить внимание больного на его ошибках с привлечением сохранного оптического контроля, это поможет ему точно скопировать нужное слово. В письменной речи при сенсорной афазии в слуховых диктантах

длительное время наблюдаются литеральные параграфии. В спонтанном письме с опорой на сохраненные кинестетический и оптический контроль литеральные параграфии наблюдаются реже.

Грубые нарушения счета при сенсорной акустико-гностической афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе, так как счет требует проговаривания слов, входящих в счетные операции.

АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Акустико-мнестическая афазия возникает при поражении средних и задних отделов височной области.

Особенности нарушения понимания. При акустико-мнестической афазии характерна диссоциация между относительно сохраненной способностью повторить отдельные слова и нарушением повторения 3—4 не связанных по смыслу слов (например: *рука, дом, небо, ложка, диван, кот, лес, дом, ухо* и т. д.) или слогов. Обычно повторяется первое и последнее слово, в более тяжелых случаях — лишь одно слово из заданной серии слов,

Нарушение объема удержания речевой информации, ее тормозимость приводят к трудностям понимания длинных, многосложных высказываний, состоящих из 5—7 слов. При этом может наблюдаться вторичное отчуждение смысла слов. Больной может указать или дать не тот предмет, о котором идет речь, возникает акустико-мнестическая дезориентированность. При акустико-мнестической афазии больному трудно ориентироваться в беседе с двумя-тремя собеседниками.

При втором варианте акустико-мнестической афазии трудности удержания смысловой стороны речи заключаются в ослаблении и обеднении зрительных представлений о предмете, в соотношении воспринятого на слух слова с его зрительным представлением. Объясняется эта ослабленность тем, что задневисочные отделы являются смежными с затылочными, оптико-гностическими отделами.

Снижение оптико-мнестических процессов приводит к тому, что зрительное представление о предмете становится неполным. При рисовании тех или иных предметов опускаются, не дорисовываются значимые для опознания детали (носик у чайника, гребешок у петуха, ручка у чашки).

Устная речь характеризуется трудностями подбора слов, необходимых для организации высказывания. Речь больных с акустико-мнестической афазией, как и при акустико-гностической афазии, сохраняет свой выраженный предикативный характер. Трудности нахождения слов объясняются обеднением зрительных представлений о предмете. Семантическая размытость значения слов приводит к возникновению в речи обильных вербальных парафазий, редких литеральных замен, контаминации (слияние двух слов в одно, например, «ножилка» — *нож* — *вилка*).

Нарушение номинативной функции речи при акустико-мнестической афазии проявляется не только в трудности при назывании, но и в подборе слов в собственной речи, в рассказах по картинкам и т. д. При рассказе по серии сюжетных картинок, пересказе текста в спонтанной речи существительные замещаются местоимениями. Аграмматизм при акустико-мнестической афазии характеризуется смешением флексий глаголов и существительных в роде и числе. В отличие от акустико-гностической афазии высказывания при акустико-мнестической афазии отличаются большей законченностью, в речи нет речевой «крошки».

В письменной речи при акустико-мнестической афазии больше, чем в устной, проявляется экспрессивный аграмматизм, т. е. смешение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным образом в роде и числе. Номинативная же сторона в письменной речи оказывается более сохранной, так как больные имеют больше времени для подбора слов, большую возможность выбора синонимов, а также фразеологизмов, способствующих «всплывав ию в памяти» нужных слов. Очень редко в письменной речи 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 им необходимо повторить каждый фрагмент фразы.

При акустико-мнестической афазии значительные трудности проявляются в понимании читаемого текста. Это объясняется тем, что печатный текст состоит из предложений значительной длины. Удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухоречевой памяти. Дефекты слухоречевой памяти сказываются и в решении арифметических примеров. Например, при сложении чисел 27 и 35 больной пишет 2 и произносит «один в уме», и даже в том случае, если единица записана вблизи примера, он забывает ее прибавить к следующим слагаемым.

Таким образом, при акустико-мнестической афазии нарушение слухоречевой памяти вторично приводит к трудностям нормальной реализации письма, чтения и счета.

СЕМАНТИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочной области доминантного по речи полушария. При поражении теменно-затылочных (или нижнетеменных) отделов коры левого полушария сохраняется плавная синтагматическая организация речи, не отмечается никаких поисков звукового состава слова, отсутствуют явления снижения слухоречевой памяти или нарушения фонематического слуха, остается сохранным артикуляторно-фонематический уровень. Существенные нарушения кодирования и

декодирования речевого сообщения выступают в явлениях забывания слов и в трудностях понимания и формулирования сложных логико-грамматических отношений.

Амнестико-семаптическая афазия является единой формой афазии, при которой, с одной стороны, имеются характерные для нее амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольного называния предмета, когда больные говорят: «Ну, это, чем пишут», «...Это то, чем режут» и т. д., с другой стороны, имеется характерный для этой формы афазии сложный импрессивный аграмматизм.

А.Р. Лурия отмечает, что в основе нарушения речи по типу амнестической афазии лежит распад смысловой, семантической структуры слова, обеднение ближних и далеких смысловых связей слова.

Если фонематический слух и слухоречевая память осуществляются вторичной речевой зоной височной доли, то декодирование и кодирование сложных логико-грамматических конструкций — третичными зонами, зонами перекрытия височной и затылочно-теменной областей.

Эта форма афазии сочетается с выраженной пространственно-конструктивной апраксией, апраксией позы пальцев, а также с акалькулией.

Нарушение понимания словосочетаний получило название импрессивного аграмматизма, т. е. нарушения понимания сложных смысловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных, как уже говорилось, предлогами и флексиями. У больных с семантической афазией 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 карандаш справа от вилки и слева от карандаша». Еще большие трудности испытываются при расположении геометрических фигур. Например, нарисовать крест под кругом или квадрат над крестом.

Больные не могут ориентироваться в сравнительных словосочетаниях типа: Коля выше Миши и ниже Васи. Кто из них самый высокий? Кто самый низкий? Или: Оля светлее Тани и темнее Сони. Кто из девочек Оля? Кто Соня? Кто Таня? Такие же трудности возникают при сравнительных словосочетаниях, с наречиями дальше, ближе, слева, справа и т. д.

При семантической афазии грубо нарушена расшифровка флективных инвертированных словосочетаний, включенных в конструкцию: *покажите гребешок ручкой, покажите ручку карандашом*. При выполнении этих заданий больные соскальзывают на прямой порядок действия с предметами, игнорируя флективные семантические признаки пространственной направленности действия. Такие же трудности в определении направленности действия возникают у больных при понимании предложений: *Колю ударил Петя. Кто драчун?*, при нахождении

алогичного предложения из двух предъявленных: *Солнце освещается Землей, Земля освещается солнцем* или *Земля освещает солнце, Солнце освещает землю*.

Наибольшие трудности возникают у больных с семантической афазией в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих коммуникацию отношений типа *брат отца — отец брата*, которые можно решить, лишь соотнося с определенными смысловыми родственными категориями: *дядя — брат — отец*.

Трудности возникают и в понимании сложных синтаксических конструкций, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения, деепричастные и причастные обороты. Например: *Я отправился в столовую после того, как поговорил с сестрой*. Или не обнаруживают алогичности предложения типа: *Шел дождь, потому что было мокро; Слон не почувствовал укола, так как у него серая кожа* и т. п. При семантической афазии утрачивается понимание метафор, пословиц, крылатых слов, не обнаруживается в них переносного смысла.. Так, метафоры *каменное сердце, железная рука*, пословица *Не плюй в колодец, пригодится воды напиться* понимаются ими в прямом, конкретном смысле.

Таким образом, большинство нарушений понимания атрибутивных и инвертированных словосочетаний при семантической афазии связано с распадом симультанного, пространственного речемыслительного праксиса.

Экспрессивная речь при семантической афазии отличается сохранностью синтагматической стороны речи, она артикуляторно сохранна, не отмечается литеральных парафазий, отсутствует выраженный аграмматизм.

В устной речи при семантической афазии нет сложных лексических комплексов, отчего лексический состав ее становится семантически бедным. Нередко больной испытывает ярко выраженные трудности при поиске нужного слова, заменяя его описанием функций или признаков предмета, вербальными парафазиями из того же семантического поля. Бедность лексики выражается в редком употреблении прилагательных, наречий, описательных оборотов, причастных и деепричастных оборотов, пословиц, поговорок, в поисках и трудности нахождения точного или меткого слова, т. е. употребление тех средств языка, которыми человек овладевает в старшем школьном и зрелом возрасте.

Письменная речь отличается бедностью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, резко сокращается употребление прилагательных, отмечается очевидная поверхностность декодирования замысла художественного произведения при написании «сочинений» по репродукциям хорошо известных больному картин русских художников.

Особенности нарушения счета. При семантической афазии нередко наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные смешивают направления действий при решении многозначных арифметических примеров, то складывая, то вычитая числа в пределах одного примера. Кроме того, испытываются определенные арифметические трудности с переходом через

десяток, затрудняется запись со слуха многозначных чисел. Например, вместо числа 1081 они могут написать 1801, 1108 и т. д., т. е. затрудняются в определении разрядности числа. Нарушение счета проявляется в трудностях понимания текста задач, что также объясняется нарушением симультанного анализа и синтеза тех же логико-грамматических конструкций.

АФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

Афферентная моторная афазия является одним из самых тяжелых речевых расстройств. Нередко она возникает в комплексе с эфферентной моторной афазией, тогда ее преодоление оказывается особенно долгим процессом.

Афферентная моторная афазия возникает при поражении постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной, или роландовой, борозды. Для первичных постцентральных отделов характерно четкое соматотопическое строение. Нервные волокна, несущие импульсы от нижних, противоположных соматотопической проекции конечностей, располагаются в верхних отделах этой зоны, волокна, несущие импульсы от верхних конечностей, — в средних отделах, а волокна, несущие импульсы от лица, губ, языка, глотки, — в нижних отделах. Эта проекция построена не по геометрическому принципу, а по функциональному: чем большее значение имеет та или иная область периферических тактильно-кинестетических рецепторов того или иного активного органа и чем большей степенью свободы обладает тот или иной двигательный сегмент — сустав, фаланги пальцев, предплечье, язык, губы и т. д., — тем большую территорию он имеет в соматотопической проекции коры.

В основе механизма возникновения литеральных парафазий этих больных лежит то, что при поражении постцентральных отделов коры головного мозга нервные импульсы затекают в неадекватные для той или иной фонемы группы мышц, т. е. возникает апраксия артикуляционного аппарата или нарушение симультанного афферентного пространственно-кинестетического анализа и синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата, нарушение дифференциации оценки выбора способов артикуляции, конструктивно-пространственного анализа артикуляторного состава слова или звукового комплекса.

А. Р. Лурия отмечает, что существуют два варианта афферентной моторной афазии. Первый характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи. 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 харак-

теризуется нарушением дифференцированного выбора способов артикуляции и одновременным синтезом звуковых и слоговых комплексов и наблюдается у левшей и амбидекстров при поражении левого, реже — правого полушария.

При первом варианте афферентной моторной афазии выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи, к ее блокированию. Больные не могут повторить ни одного звука. Попытки произвольного повторения звуков приводят к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным (звуковым) заменам. Даже пристальное всматривание больного в артикуляцию логопеда приводит лишь к нахождению способа и органа артикуляции, но больной начинает смешивать звуки *м* — *б*, *н* — *д*, *т* — *л*, *и* — *с*, *о* — *у* и другие. Это объясняется нарушением кинестетической оценки степени смычки артикуляционных органов при произнесении этих звуков. Происходит дезинтеграция движений таких органов, как мягкое нёбо и голосовые складки. Больной вместо *м* произносит *н*, вместо *б* — *м* и т. п.

На более поздних этапах больные произносят слово *халат* как «ханат» или «ходат», *дом* как «лом» или «том», *мама* как «мама», *вода* как «вона», *собака* как «сомака» и т. д. Кроме нарушения выбора органа артикуляции, у больных нарушается и выбор места артикуляции, и вместо *Вова* больной произносит «Бома», «Вома», вместо *кам* — «том», вместо *галoши* — «далоши» и т. д.

Для устной речи этих больных характерны некоторые трудности в усвоении структуры сложных слогов. Больные дробят закрытый слог на два открытых, дробят стечения согласных в слоге или опускают согласный звук. Поэтому такие слова, как *тут*, *там*, *вот*, *дом*, *дым*, *ком*, *стол*, *стул*, *шапка* и т. д., звучат как «ту-та», «та-ма», «во-та», «до-ма», «ды-ма», «ко-ма», «с-то-ла», «ша-па-ка» и т. д. Логопеду приходится работать над восстановлением слитности закрытых слогов.

На более поздних этапах восстановления и при легкой выраженности речевого расстройства у этих больных в общении с помощью развернутой речи наблюдаются те же литеральные парафазии, затруднен переход к послоговому артикулированию слов со сложным звуковым составом.

Если при первом варианте афферентной моторной афазии апраксия артикуляционного аппарата, выражающаяся преимущественно в выборе органов и места артикуляции и смешении сонорных и смычных фонем, блокирует потенциально сохранный ситуативную динамическую сторону речи, то при втором варианте афферентной моторной афазии, возникающей у левшей и амбидекстров при поражении нижнетеменных отделов, лежащих сзади от постцентральной области, ситуативная клишеобразная речь остается сохранный. При этой, так называемой, проводниковой афазии и наблюдается резкая диссоциация между относительно сохранной активной клишеобразной предикативной речью и грубым нарушением всех видов произвольной, репродуктивной речи, требующей для своего осуществления произвольного

артикулирования, т. е. повторения, названия, чтения вслух, письма под диктовку, рассказа по сериям сюжетных картинок, подборе слов во время активной речи.

Характерной чертой этих больных является то, что они хорошо слышат все свои ошибки и пытаются всеми силами преодолеть артикуляционные трудности. Вследствие нарушения звукового и слогового конструирования слова у больных наблюдаются пропуски гласных, а также согласных, входящих в стечение согласных или находящихся на стыках слогов, перестановки звуков и т. д. Чем сложнее слово по слоговой структуре, тем безуспешнее попытки больного произнести его.

Приведем пример повторения слова *стол*: «А..., нет... с... с... л...; нет... т... т... т... л... то... лс... с... ло...; нет... с... то... сто... стот...; нет... сто... ело...; нет... сто... стол..., да, вот... сто... л... сто... л... Стол! Стол! Стол!»

При первом варианте афферентной моторной афазии больные в связи с нарушением артикулярной стороны речи пользуются в целях общения различными речевыми эмболами, интонационно ярко-окрашенными, передающими всю гамму эмоций. Речевые эмболы могут состоять из одного или серии слогов, одного-двух слов, иногда бранных слов, всегда безупречных в артикуляционной четкости. Они, как правило, сопровождаются выразительной жестикуляцией, облегчающей процесс коммуникации.

При менее выраженной апраксии артикуляционного аппарата больные, медленно подбирая нужные артикуляторные движения, общаются при помощи неполных высказываний, обеспечивающих им элементарный контакт с окружающими.

Для больных со вторым вариантом афферентной моторной афазии характерна, как уже говорилось выше, сохранность клишеобразной, высокоавтоматизированной ситуативной речи, свободное общение с близкими им людьми, поддержание разговора по телефону с использованием высокочастотных слов и словосочетаний типа *да, нет, хорошо, когда, зачем, не может быть, обязательно, с какой стати, приду, понял, не забуду* и т. д. Для таких больных характерно то, что особенно на раннем этапе восстановления они не могут повторить, прочитать и написать только что свободно произнесенные ими даже такие простейшие слова, как *да, нет, хорошо* и т. п. Произнесение этих высокоавтоматизированных слов и словооборотов обеспечивает лишь сугубо ситуативную речь. При попытках составить рассказ по серии картинок, по отдельным сюжетным картинкам возникают чрезвычайные трудности в произвольном выборе слов. Например, при составлении текста по серии сюжетных картинок, рассказывающих о мальчике, прыгающем по лужам в осеннюю холодную погоду, и о последствиях этой прогулки, больной произносит: «Да... плохо... очень плохо!.. Что же это такое? Как это... сейчас скажу... и, как это называется? па... па., пал... палка. Вот это? Палка. Ну, понятно, вот он так и так... А лужи-то, лужи какие! Ну и достанется ему на орехи, очень уж плохо будет... ведь заболит он, ну как же, все понимаю и не могу

сказать... И... давай, давай...» (т. е. «подскажи»). Логопед подсказывает: *Бабушка*. «Ну, правильно, так точно, но не могу сказать и все. Па... бал... пшк... бш... бк... башка... нет., бушка... ба... бу... ш... ка... а... бабушка Бабушка! Ну, конечно, бшка, ох, опять не могу, помощи». *Ба-буш-ка*. «Ну, теперь все ясно. Ба-буш-ка! Нет, а ты мне все-таки объясни, почему я все не так говорю, слышу, все понимаю, а сказать не могу».

Но мере восстановления произносительной стороны речи фраза становится более развернутой, автоматизированной, все Польше становится похожей на речь больных с другими формами афазии, а именно акустико-мнестической и семантической афазией.

На одном из этапов овладения произносительной стороной речи при афферентной моторной афазии восстанавливается номинативная функция. Излишнее «увлечение» восстановившейся возможностью называния всех окружающих предметов приводит к тому, что при составлении текстов по сериям сюжетных картинок на вопрос: *Что здесь нарисовано?* больной, построив основное предложение, переходит к перечислению всех фоновых предметов, внесенных в рисунки. Это излишнее называние всех предметов на рисунке напоминает аграмматизм типа «телеграфного стиля», характерного для больных с афферентной и династической афазией. Однако если «телеграфный стиль» служит больным с афферентной моторной афазией средством общения, то разговорная речь больных с афферентной моторной афазией остается по-прежнему предикативной. Они правильно составляют фразы по сюжетным картинкам, и некоторое обилие существительных в их речи по картинкам является «данью» преодоления артикуляторных и амнестических трудностей.

По мере восстановления произношения экспрессивная речь при афферентной моторной афазии приближается к норме. Лишь в некоторых случаях, как мы уже говорили, в речи могут оставаться легкие артикуляционные призвуки, напоминающие в одних случаях дизартрию (псевдодизартрия как последствие апраксии артикуляционного аппарата), в других — легкий иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных.

На раннем этапе после травмы или инсульта больные с афферентной афазией нередко совсем не понимают обращенной к ним речи. Это объясняется тем, что в процессе понимания значительную роль играет кинестетический контроль, сопряженное, скрытое произнесение воспринятого на слух сообщения.

Однако период значительного непонимания речи при афферентной моторной афазии непродолжителен, после чего отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, значения отдельных слов, возможности выполнения несложных инструкций.

Наряду с артикуляторными нарушениями, приводящими к нечеткости восприятия на слух речи, при афферентной моторной афазии наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих различные сложные пространственные отношения. К ним относится прежде всего характерный предложный импрессивный аграмматизм. Больные, понимая значения отдельных предлогов, не могут расположить в пространстве три предмета, например, положить или нарисовать карандаш под кисточкой и над ножницами. Такие же трудности испытываются при задании нарисовать домик справа от чашки и слева от цветка.

Значительные трудности в понимании вызывают глаголы с приставками, например, *взвесить, завернуть, возвращаться, отправляться*, которые, кроме пространственного признака, отличаются и многозначностью. Эти глаголы с трудом повторяются. Такие же трудности возникают в понимании значений личных местоимений, употребляемых в косвенных падежах, что объясняется отсутствием в них предметной отнесенности, наличием различной пространственной направленности, обилием фонетических изменений (например, *мне — меня — мною*).

При афферентной моторной афазии, как правило, наблюдается конструктивно-пространственная апраксия, пространственная дезориентированность в географической карте. Больные не могут определить (изобразить) местонахождение различных городов, например, по отношению к Москве.

Сложность и многообразие особенностей нарушения понимания при афферентной моторной афазии компенсируется в повседневной речи избыточностью, конкретностью ситуации, что и создает картину относительной сохранности понимания речи.

Дефекты чтения и письма при афферентной моторной афазии при разных ее вариантах могут быть выражены по-разному и зависеть от степени тяжести апраксии артикуляционного аппарата.

Восстановление глобального чтения может опережать восстановление письменной речи. При записи слов под диктовку, при письменном назывании предметов, при попытках письменного общения с окружающими у больных с афферентной моторной афазией сказываются все артикуляционные трудности.

В устной речи по мере восстановления иногда непреодолимым остается озвончение звонких согласных. Нередко у больных, хорошо певших до болезни, они с большим трудом вокалируют мелодию, лишь сохраняя ее общий ритмический рисунок.

По мере восстановления чтения и письма число литеральных парафазий и параграфий уменьшается, однако и на поздних этапах восстановления в письменной речи встречаются характерные литеральные параграфии.

У больных со вторым вариантом афферентной моторной афазии письменная речь и чтение вслух могут на ранних этапах полностью отсутствовать, но часто сохраняется чтение про себя и тенденция к односложному письменному общению. Наиболее стойкими литеральными параграфиями при этой форме афазии остаются смешение гласных **а, и, е** и **и**, оглушение согласных. В редких случаях в чтении и письме при проводниковой афазии наблюдаются элементы оптической аграфии и алексии, элементы зеркального написания отдельных букв, трудности симультанного соединения букв в целое слово, характерные для оптической алексии.

Проводниковая афферентная моторная афазия всегда сочетается с амнестико-семантической афазией. Характерно, что по мере преодоления амнестических и артикуляционных расстройств все четче выявляется импрессивный аграмматизм этих больных, причем столь стойкий, что, как правило, его преодолеть не удастся. Весьма стойкими остаются и элементы оптической аграфии и алексии.

ЭФФЕРЕНТНАЯ МОТОРНАЯ АФАЗИЯ

Афферентные, постцентральные отделы мозга, пишет А.Р. Лурия, являются не единственными аппаратами, «которые оказывают на переднюю центральную извилину управляющее, моделирующее влияние». Движение является процессом, протекающим не только в пространстве, но и во времени, сукцессивно, т. е. оно предполагает наличие цепи сменяющих друг друга импульсов. Линейная, временная организация движений осуществляется премоторными зонами, входящими в заднелобные отделы коры головного мозга. Эта область мозга осуществляет не только смену одного артикуляторного или двигательного акта другим, что является необходимым механизмом объединения отдельных артикуляций в слог, но и плавный переход от слова к слову в целом высказывании.

Эфферентная моторная афазия сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы. Существует несколько вариантов эфферентной моторной афазии, обусловленных патологической инертностью выбора звуковых, слоговых и лексических парадигм. Персеверации, проявляющиеся в невозможности своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда и делают полностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

При эфферентной моторной афазии нарушается конечное звено оформления высказывания.

При первом варианте эфферентной моторной афазии апраксия артикуляционного аппарата проявляется не в трудностях повторения отдельных звуков, а в нарушении способности повторить серию звуков или слогов. Больной

застревают на каком-либо звуке или слоге, многократно повторяет его. При просьбе повторить две серии звуков или слогов он персеверировывает звуки из предыдущего звукового или слогового ряда, не испытывая трудностей в самом акте звукопроизношения при произнесении автоматизированных речевых рядов типа пения текста песен или повторения прямого порядкового счета. Однако эти виды автоматизированной речи также требуют активации извне. Если логопед предложит больному пропеть тот же куплет песни 2—3 раза без акустического подкрепления, тот начнет сначала персеверировывать какой-либо фрагмент мелодии, затем, утратив его, будет персеверировывать строфы, входящие в куплет. Примерно то же произойдет, если он будет предоставлен сам себе при воспроизведении порядкового счета или порядкового названия месяцев или дней недели.

Застревание на отдельных элементах слова приводит к вторичному нарушению целостной ритмической структуры слов, нарушению их кинетической двигательной мелодии. Эти же нарушения выявляются при более легкой степени расстройства. Больной персевераторно повторяет отдельные слоги слов, слова, между словами возникают длительные паузы, вследствие чего высказывание в целом становится интонационно разорванным, относительно монотонным. Например: *муха* — «му...х...х...ха».

Другой особенностью первого варианта эфферентной моторной афазии является трудность выбора слоговой структуры слова. Например, если логопед помогает больному произнести слово *морковь* и называет только первую его часть *мо...*, то больной может соскользнуть на другие слоговые «оболочки» слов, произнося «море», «молоко».

При первом варианте эфферентной моторной афазии может сложиться такая картина речевого расстройства, при которой восстанавливается лишь возможность сопряженного повторения. Это объясняется как крайней инертностью переключения на другие виды деятельности, так и упроченной в результате применения неадекватной «методики» восстановления речи у больного.

При втором варианте эфферентной моторной афазии нарушается уже выбор не слогового состава слова, а лексического состава предложения, тогда ситуативная речь будет фрагментарной, изобилует паузами, аграмматичной, иногда несколько дизартричной из-за неуспевания отгормаживания уже произнесенных артикулом.

Вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога из предыдущего слова. Так, при повторении слов больной может произнести «комно» (*комната, окно*). Литеральные парафазии не характерны для устной речи при эфферентной моторной афазии, но их достаточно много в письменной речи больных.

Длительные паузы, вызванные инертностью протекания мозговых процессов, внешне напоминают амнестические трудности больных с заднетеменной симптоматикой, но в их основе лежат другие механизмы.

На раннем этапе после инсульта при этом варианте эфферентной моторной афазии может также полностью отсутствовать и собственно речь. При спонтанном восстановлении речи больные начинают общаться при помощи отдельных слов, и вскоре у них выявляется выраженный экспрессивный аграмматизм: с трудом употребляются предлоги, флексии существительных и других частей речи. Иногда в высказываниях появляется аграмматизм типа «телеграфного стиля», который заключается в том, что больные употребляют лишь существительные в именительном падеже, реже — глаголы в инфинитиве. Речь будет изобиловать междометиями, интонационно богато окрашенными, и мимикой.

«Телеграфный стиль» при эфферентной моторной афазии преодолевается с чрезвычайным трудом. Это объясняется и тем, что при этой форме афазии нарушается как выбор лексических средств языка, так и предикативная функция внутренней речи. Например, при составлении устного текста по серии сюжетных картинок «Случай на реке» больной произносит следующий текст: «Этот мальчик... мальчик, и вот речка, и плот, и мальчик, как это... падать в воду, и плот, туда позвать далеко... И мальчик ботинки снимать надо... зовет, как это... помогите... ну вот, ботинки тут, и вода холодная, и вот мальчик... и мальчик берег... дышать надо хорошо... мальчик... и мальчик идет дома».

Среди различных вариантов эфферентной моторной афазии наблюдается и такая, при которой речь нарушается лишь в звене плавной смены одного слога другим. Речь этих больных грамматически правильно оформлена, но из-за нарушений ритмико-мелодической, интонационной ее окрашенности страдает выделение не только ударных слогов слова, но и интонационная, окраска психологического предиката, т. е. того нового, о чем говорится в сообщении, на что падает так называемое логическое ударение. В отличие от больных с афферентной моторной афазией при повторении слов звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, не теряет свою интонационную окрашенность.

При нервном варианте эфферентной моторной афазии намечается выраженная аграфия. При втором варианте этой формы слова и фразы могут быть написаны больным только нпш. после проговаривания их по слогам. В более тяжелых случаях больной не может сложить их даже из уже выбранных букв разрезной азбуки и при глобальном повторении. Он безуспешно переставляет буквы слова, с трудом находит нужный порядок букв, не может найти нужную букву.

В письменной речи на поздних этапах восстановления, когда уже самостоятельно составляется текст по серии картинок, кроме дистрафических

ошибок (пропусков и перестановок букв), выявляется аграмматизм, выражающийся в трудностях согласования слов в предложении.

Чтение при эфферентной моторной афазии также может быть нарушено в разной степени. При первом варианте, в наиболее грубых случаях, оно носит угадывающий характер. Больной может лишь показать, где написано то или иное слово, или подложить подписи к картинкам. Эти грубые нарушения чтения и письма обусловлены распадом способности программированного звукобуквенного анализа состава слова. В более легких случаях больной прочитывает отдельные слова и короткие предложения, но с трудом понимает прочитанное, особенно предложения со сложной синтаксической структурой.

В основе расстройств понимания при эфферентной моторной афазии лежат нарушения так называемого «чувства языка», нарушения внутренней речи, инертность протекания всех видов речевой деятельности. При грубой ее форме персеверации проявляются уже при выполнении простых инструкций. Например, если до обследования логопедом больной прошел исследование понимания речи у врача, то на задание открыть рот он может закрыть глаза, на задание поднять руку — поднять брови и закатить глаза вверх, на задание показать затылок — поднять руку и т.д., т.е. допустить серию персевераций из предыдущего исследования.

Больные могут показать отдельные части тела, если между произносимыми словами сделаны большие паузы. Однако даже при незначительном убыстрении темпа заданий по показу картинок или частей тела у них возникают персеверации. Они начинают показывать не те предметы, не те рисунки, даже если перед ними разложено небольшое их количество. Возникает вторичное отчуждение смысла слова. Например, правильно показав в первый раз ухо, глаз, зубы, при повторной просьбе показать те же части лица, но уже в другом порядке больной начинает беспорядочно и неудачно показывать различные части лица.

Несколько лучше, но все же с большим трудом выполняют повторные просьбы.

При эфферентной моторной афазии наблюдается нарушение чувства языка, больные не могут на слух отличить грамматически правильно построенное высказывание от неправильного, например: «Мальчик сидит на стулом», «Девочка бежать на дорогу».

Больные с эфферентной афазией плохо понимают переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания.

Премоторные отделы доминантного по речи полушария являются завершающими процесс кодирования речевого высказывания. С одной стороны, они осуществляют главное переключение сформированных в постцентральных отделах артикуляторных комплексов, выбор лексем и фонем, с другой стороны,

завершают процесс планирования и грамматического оформления высказывания, программируемого в лобных и заднелобных отделах.

ДИНАМИЧЕСКАЯ АФАЗИЯ

Динамическая афазия возникает при поражении заднелобных отделов левого, доминантного по речи полушария.

Основным речевым дефектом при динамической афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развертывания высказывания, обусловленная распадом разных уровней внутренней речи.

При динамической афазии сохраняется артикуляторная сторона речи, правильно произносятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных трудностей слова и короткие предложения, больной может вести диалог, отвечать на вопросы и несложными ответами. Однако коммуникативная функция речи, особенно монологическая речь, нарушена. При грубой выраженности расстройства больные отличаются не только речевой, но и общей спонтанностью, безынициативностью. Им присуща выраженная эхолалия, а иногда и эхопраксия, когда больной репродуктивно, механически повторяет за собеседником слова, вопросы, движения.

Существует несколько вариантов динамической афазии, характеризующихся разной степенью нарушения коммуникативной функции от полного отсутствия какой-либо экспрессивной речи до некоторой степени нарушения речевой коммуникации. Т.В. Ахутиной подробно описаны два варианта динамической афазии. В основе первого из них лежит нарушение такого звена внутренней речи, как внутреннее программирование высказывания. При составлении отдельных фраз больные нуждаются в постоянной стимуляции, их речь отличается примитивностью синтаксической структуры, наличием речевых шаблонов, при этом аграмматизмов не наблюдается.

Центральным звеном расстройства речи является нарушение спонтанного развернутого высказывания, больные не могут пересказать легкий, только что прочитанный текст, рассказать что-либо из своей жизни. При рассказе по сюжетной картинке произносятся отдельные, не связанные между собой фрагменты, выделяются основные смысловые звенья. Пересказывая сказку, больной произносит: «Вот... у хозяина была курица... и золотые яйца... и он ее убил... вот» (пример, А. Р. Лурии).

При динамической афазии могут наблюдаться псевдоамнестические трудности при назывании предметов и особенно при вспоминании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, улиц и т. п. Эти амнестические трудности обусловлены инертностью выбора слова среди ряда альтернатив. Больные с динамической афазией, в отличие от больных с акустико-мнестической и амнестико-семантической афазией, не прибегают к помощи фразеологического описания функций предмета. Подсказ первого слога слова является пусковым

толчком, деблокирующим инертность протекания речевого поиска слова среди ряда альтернатив.

При более массивных поражениях левой лобной доли выявляется глубокое нарушение порождения сложных мотивов, замыслов и программ поведения. Такие больные не проявляют интереса к окружающему, не формируют никаких просьб, не задают вопросов. Спонтанная речь может совсем отсутствовать, диалогическая — грубо нарушена и характеризуется эхолалическим повторением вопроса.

В более легких случаях больные эхолалично заимствуют часть вопроса собеседника, придавая ей правильную грамматическую форму. Например, на вопрос *Вы сегодня завтракали?* больной отвечает: «Мы сегодня завтракали».

При легкой степени динамической афазии понимание элементарной ситуативной речи, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, остается сохранным. Однако при убыстрении предъявляемых заданий во время показа предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персеверации, трудности быстрого нахождения искомого предмета, возникает эффект псевдоотчужденности смысла слова.

У больных с выраженной динамической афазией, как и у больных с эфферентной моторной афазией, обнаруживается нарушение чувства языка, выражающееся в том, что им трудно отличить на слух грамматически правильно оформленное предложение от неправильного.

Чтение и письмо под диктовку остаются сохранными и служат целям восстановления плана письменного высказывания, но самостоятельное грамматически правильное письменное составление фразы им недоступно. Нарушение внутренней речи сказывается и на письменном высказывании и формулировании мысли.

Элементарный счет остается сохранным даже при грубом распаде экспрессивной речи. Однако резко нарушается решение арифметических задач, требующих для своего осуществления построения плана действий.

ОБСЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕННЫХ ВЫСШИХ КОРКОВЫХ ФУНКЦИЙ

Синдромологический анализ нарушений высших корковых функций, разработанный А. Р. Лурией, позволяет нейропсихологу и логопеду определить не только форму афазии, но и локализацию очага поражения головного мозга. Синдром каждой формы афазии состоит из серии симптомов. Решающую роль для правильного понимания симптома играет его качественный анализ, изучение структуры нарушения и выделение того фактора или первичного дефекта, который привел к возникновению наблюдаемого синдрома: грубое нарушение фонематического слуха при акустико-гностической афазии; нарушение слухоречевой памяти при акустико-мнестической афазии; нарушение понимания

логико-грамматических задач при семантической афазии; нарушение артикуляторного праксиса при афферентной моторной афазии; персеверации и нарушение кинетической организации речи при эфферентной моторной афазии; возникновение спонтанности и эхолалии при динамической афазии. Иными словами, выявление первично нарушенной нейрофизиологии.

Нарушение основной нейрофизиологической и нейропсихологической предпосылки проявляется не только в речи, но и в других видах деятельности (двигательных и гностических). Поэтому исследованию неречевых тестов, исследованию сохранности всех анализаторных систем уделяется особое внимание.

Обследование речи начинается с предварительной беседы, оно 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. Больному задаются вопросы о его самочувствии, о времени года, дате его заболевания, выясняется его образовательный уровень, специальность, семейное положение, наличие в семье левшей и т. д.

Если больной не располагает сведениями о наличии левшества у себя и в семье, то для определения признаков левшества используется серия тестов: 1) переплетение пальцев рук. При левшестве (как явном, так и скрытом) большой палец левой руки при переплетении пальцев рук оказывается наверху; 2) скрещивание рук на груди (у левши левая рука лежит сверху); 3) прицеливание при имитации стрельбы из лука. Выявляется ведущий глаз больного: правша зажмуривает левый глаз, левша — правый. На левой руке левши более четко, чем на правой, выявляется венозный рисунок; левша встает на правое колено. Кроме того, у спортсменов (боксеров, футболистов) легко выявляется ведущая рука и нога.

Обследование неречевого праксиса и гнозиса

Под неречевыми методами обследования подразумевается исследование двигательных функций: праксиса и гнозиса. Неречевые методы исследования позволяют выявить сохранность или нарушенность теменной доли, заднелобных и премоторных отделов, затылочных отделов.

Исследование динамического праксиса проводится путем выполнения больными по подражанию, а затем по устному заданию проб на переключение с одного движения на другое. Больному даются задания (при отсутствии гемипареза) на относительно быстрое, одновременное переключение различных движений двух рук (например, одна рука сжата в кулак, другая развернута). Больной держит руки на столе и одновременно меняет их положение. При наличии динамической премоторной апраксии больной начинает повторять той

или иной рукой одно и то же движение, сбивается с ритма. Эта проба называется реципрокной.

Проба «кулак — ребро — ладонь» (на столе) или имитация в воздухе пробы «кулак — ладонь — кольцо» рассчитана на исследование сохранности плана, последовательности сменяющих друг друга движений одной руки. При наличии премоторной апраксии больной не удерживает план движений, пропускает и повторяет отдельные движения. Наличие динамической апраксии говорит о наличии очага поражения в пре- моторных и заднелобных отделах, а в некоторых случаях и в Подкорковых отделах коры головного мозга.

Обследование пространственного праксиса

Обследование пространственного праксиса позволяет судить о сохранности или нарушении сложных симультанных синтезов. У больных с обширным поражением верхнетеменных отделов мозга могут наблюдаться признаки нарушения ориентации в пространстве в повседневной жизни. Больные не могут найти свою палату, не могут правильно одеться и т. п.

Пространственный праксис исследуется при помощи следующих тестов:

1. Пробы Хэда. Больному предлагается по подражанию выполнять вместе с логопедом следующие движения: поднести указательный палец к подбородку, перевернуть руку ладонью вверх и пальцами от подбородка, поставить левую ладонь перпендикулярно вдоль подбородка, поставить ладонь перпендикулярно к другой ладони и т. п. Фиксируется, правильно ли больной выполняет предложенные пробы, а также той ли рукой он их выполняет. Проверяется ориентация больного в левой и правой стороне тела: больного просят показать левое ухо правой рукой, правый глаз левой рукой и т. п. Исследуется воспроизведение различных поз пальцев.

2. Копирование больным различных фигур, складываемая из спичек, складывание их в перевернутом виде. Используется методика КООС: выкладывание из кубиков различных и истовых орнаментов. Кроме того, исследуется воспроизведение больным символических движений: больного просят погрозить пальцем, поманить кого-нибудь к себе, похлопать в ладоши, изобразить, как стригут бумагу, режут хлеб и т. д.

3. Проба с часами и географической картой. Больному предлагается на нарисованных часах без цифр определить время по направлению стрелок; нарисовать стрелки, передающие то или иное время; на карте найти моря, города, страны; проставить на скрещенных перпендикулярно осях местонахождение севера и юга, востока и запада; нарисовать контуры Черного моря; расположить несколько городов по отношению к Москве и т. п.

4. Проверяется ориентированность больного среди букв, написанных правильно, зеркально и горизонтально строке.

Трудности выполнения этих тестов характерны для больных с афферентной и семантической афазиями, т. е. при поражении задних нижнетеменных отделов мозга. При поражении заднелобных отделов коры головного мозга выявляется инертность и нарушение планирования действий и движений при выполнении серий этих заданий.

Оценка и воспроизведение ритмов

При исследовании воспроизведения различных ритмов проверяется возможность больного к моторному переключению с одного ритмического рисунка на другой, тенденция к упрощению ритмического рисунка. Логопед отстукивает ритм по столу карандашом, прикрывая его листом бумаги, по два, по три удара, различными сериями: два сильных, два слабых, два быстрых, один отставленный во времени и т. п.

Больные, не удерживающие заданный ритм, автоматически добавляющие, повторяющие одну группу или серию ударов или добавляющие лишние удары, повторяющие их из-за персеверации, относятся к группе с поражением премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга. Больные с сенсорной афазией отказываются от воспроизведения ритмических ударов, констатируя: «Их очень много». Больные с афферентной и семантической афазией ритмические рисунки воспроизводят по слуховой имитации верно, но не могут описать характер ритмов.

Обследование зрительного гнозиса

Обследование зрительного гнозиса необходимо проводить для отграничения речевых расстройств от трудностей названия при зрительной агнозии, возникающей при поражении третичных отделов затылочной доли и для выяснения оптической алексии, возникающей при поражении теменных отделов слева. Больному предлагают назвать или описать предметы или их изображения. Ему даются простые, четкие, контрастные предметные картинки, затем близкие по форме (мяч, яблоко, глобус, очки, велосипед и т. п.). Затем они заменяются одноцветными, контурными, сделанными крапом (покрытые мелкими точками), перечеркнутыми зигзагообразными линиями и наложенными друг на друга контурными изображениями. Больные со зрительной агнозией быстро начинают испытывать затруднения в опознании рисунков. Больные с амнестической афазией путем описания функций предметов, изображенных на рисунках, справляются с этими заданиями.

Узнавание букв, написанных различным шрифтом, проверяется у хорошо говорящих больных путем их названия и показа по заданию. Больные с оптической алексией затрудняются в выполнении этих заданий.

Обследование речевых функций

Обследование речевых функций охватывает все виды им-прессивной и экспрессивной речевой деятельности человека, сюда входит исследование фонематического слуха, понимание значения интонации, значения слов, пословиц, поговорок, идиом, различных словосочетаний, отдельных инструкций, сложных инструкций как устных, так и письменных, понимание читаемого текста, понимание содержания задач, нарушение и сохранность линейной, сукцессивно во времени организованной речи, сохранность произвольного повторения, называния, построения высказывания как устного, так и письменного.

Ориентировочное обследование спонтанной речи

Ориентировочное обследование спонтанной речи происходит в процессе предварительной беседы с больным. При этом в протоколе обследования логопед фиксирует активность и объем речевой продукции больного. При обследовании безречевого больного логопед отмечает, активен ли он, пытается ли ответить на вопросы при помощи эмболов, достаточно ли окрашена его речь различными интонационными оттенками или он безучастен. Больные с некоторыми формами афазий в непринужденной обстановке могут произносить фрагменты предложений или отвечать лишь на вопросы.

Обследование понимания речи

Прежде чем приступить к обследованию понимания, логопеду необходимо убедиться в сохранности у больного слуха, а также выяснить, сколько раз у него были нарушения мозгового кровообращения и чем они сопровождались.

Обследование фонематического слуха

Больному предлагается повторить близкие (опозиционные) фонемы: *ба — па, па — ра, да — та, ба — па — ба, да — та — да* и т. п. Далее предлагается воспринять на слух слова с оппозиционными звуками с опорой на соответствующие рисунки.

В связи с тем, что в произнесении слогов ошибки повторения могут быть вызваны первичными артикуляционными трудностями (при моторных афазиях), для уточнения сохранности фонематического слуха используется условно-рефлекторная методика: больному предлагают на один из оппозиционных звуков, например на *б* поднять руку, а на *п* держать руку на столе, затем дается серия слогов *ба, па, па, ба, па*. И наконец, фонематический слух можно исследовать с опорой на показ соответствующих слогов или слов с оппозиционными звуками (*дам — том, бочка — почка*).

При грубой акустико-гностической сенсорной афазии на ранней стадии после инсульта больные не различают даже шлепки по звучанию фонемы, позже — лишь фонемы, отличающиеся одним акустическим признаком: звонкие — глухие, твердые — мягкие, свистящие — шипящие. Фонематический слух вторично нарушается при грубой афферентной моторной афазии в связи с нарушением кинестетической афферентации вольные не различают на слух фонемы, близкие по месту и способу артикуляции и (*м. — б — п, и — с*) — *т — л*) как при восприятии слогов, так и при восприятии слов, однако фонематический слух при афферентной моторной афазии нарушен меньше, чем при акустико-гностической афазии. При выраженной эфферентной моторной афазии при исследовании фонематического слуха возникают персеверации.

Обследование понимания значений слов

Понимание значений слов различно нарушается при всех формах афазии.

При обследовании больному предлагается показать предметы, окружающие его (стол, стул, книга, карандаш, окно, дверь, пол, потолок, стены, шкаф и т. п.), показать части лица и тела.

Затруднения показа частей тела и предметов, находящихся в комнате, наблюдаются при всех формах афазии: при сенсорной — в силу нарушения фонематического слуха и нестойкости слухоречевых следов; при эфферентной — в связи с наличием персевераторности в движениях руки; при афферентной и семантической — при быстром предъявлении слов в связи с трудностями ориентировки в пространстве.

Нарушения слухоречевой памяти выявляются при помощи повторения больным серий слов (по два, по три и более), например, *дом — кот — лес, рука — окно — рыба* и т. д. Больным дается задание повторить предложение. *В саду за высоким забором росли яблони и груши.* Больные с акустико-мнестической афазией, не удерживая речевой ряд, пропускают, как правило, второе и третье слово, при эфферентной моторной афазии больные персеверировать первое или второе слово, а также слова из предыдущих заданий.

Другим приемом обследования слухоречевой памяти является нахождение по заданию 2—3—4 картинок из 15—20 разложенных перед больным или сложенных в стопку. Вторично негрубо слухоречевая память может нарушаться при поражении как лобных долей мозга, так и нижнетеменных отделов левого полушария у правшей.

Обследование понимания простых предложений

Под обследованием понимания простых предложений подразумевается: 1) понимание больным простых и относительно сложных инструкций типа: *Возьмите карандаш, положите его под книгу, а ножницы дайте мне;* 2) понимание предложений, названий, наименований предметов, данных в виде описания: *Покажите то, чем*

режут хлеб, то, чем режут бумагу, то, чем разжигают дрова и т.п. (по соответствующим картинкам).

Трудности в понимании многозвеньевых инструкций наблюдаются при всех формах афазии при грубой выраженности речевого расстройства.

Обследование понимания грамматических структур пословиц, поговорок, басен

Обследование понимания логико-грамматических конструкций проводится при предъявлении больному заданий: Скажите, как вы понимаете словосочетания «брат отца» и «отец брата»? Это одно и то же лицо или разные люди? Если разные, то кто они?

При показе соответствующих картинок логопед просит больного показать *мамину дочку, дочкину маму, маму дочки, дочку мамы*. Так же, но с опорой на предметы, больного просят показать *кисточку карандашом, карандаш кисточкой*.

Проверка понимания логико-грамматических конструкций, передающих пространственное расположение предметов, осуществляется заданиями: *Положите ручку справа от линейки и слева от карандаша, линейку слева от ключа и справа от очков* ит. п.; *Нарисуйте крест под кругом, круг над крестом, чашку под столом и над елкой* и т. п. Для облегчения задания больному даются схематические образцы этих нарисованных предметов.

При решении логико-грамматических конструкций сравнительного характера больному предлагается расставить имена детей под картинками: Коля выше Вани и ниже Саши. Кто здесь Коля, Ваня и Саша? Или: Оля темнее Кати и светлее Нит. Кто из девочек Оля, Катя и Таня? Петя ударил Колю. Кто драчун? Правильны ли эти предложения? Если неправильны, то какое? и т. п.

Эти задания трудны при афферентной афазии, а инструкции: *Покажите ложку карандашом, карандаш ручкой* и т. п., трудны при эфферентной афазии.

Для больных с семантической афазией характерны трудности в выполнении и тех и других логико-грамматических конструкций.

Обследование экспрессивной речи

Обследование экспрессивной речи начинается уже в процессе предварительной беседы. Все свои вопросы и задания, а также речевые и мимические реакции больного логопед записывает, например, в виде дробей: над чертой вопрос, содержание рисунка, о котором больной должен что-то сообщить, под чертой — речевая продукция больного.

Обследование артикуляторного звена речи

103

Артикуляторное звено может нарушаться при разных вариантах афферентной моторной и эфферентной моторной афазии, при дизартрии. Больному предлагается повторить звуки изолированно, в словах, в предложении. При грубой афферентной моторной афазии могут наблюдаться либо обильные поиски артикуляторного уклада звука, либо литеральные парафазии, либо замены произнесения отдельных звуков речевыми эмболами. Больной то произносит звуки верно, то заменяет их другими, то не может найти нужную артикуляционную позицию. При относительно восстановившейся ситуативной речи (например, при так называемой проводниковой афазии) больные могут затрудняться в произнесении отдельных звуков, но чаще — при произнесении слогов и слов. При грубо нарушенном фонематическом слухе у больных с акустико-гностической афазией могут также наблюдаться ошибки при повторении отдельных звуков. Причем эти трудности сопровождаются комментариями больных. Трудности повторения отдельных звуков при сенсорной акустико-гностической афазии имеют вторичный характер, являются следствием нарушения слухового контроля.

Одной из особенностей повторения отдельных звуков при афферентной моторной и акустико-гностической сенсорной афазиях является тенденция к оглушению звонких фонем при афферентной моторной афазии и тенденция к озвончению глухих фонем при акустико-гностической сенсорной афазии. Тенденция к оглушению фонемы при афферентной моторной афазии происходит вследствие апраксии голосовых связок, тенденция к озвончению при акустико-гностической афазии — вследствие повышенной компенсаторной преднадастройки акустического контроля.

Обследование автоматизированных видов речи

Больному предлагается вместе с логопедом пропеть мелодию знакомой песни (со словами и без слов), повторить пение той же и уже другой песни самостоятельно по заданию, перечислить дни недели, месяцы года, воспроизвести порядковый счет. Если это недоступно больному, то слова произносятся сопряженно с ним.

Обследование сопряженного и отраженного повторения

Данное обследование позволяет уточнить степень распада фонематического слуха, слухоречевой памяти, артикуляционного праксиса и наличия персверторности в речи больных.

Больным дается задание повторить несколько односложных, двухсложных, трехсложных и многосложных слов различной частотности, а также повторить фразы различной длины.

Обследование номинативной функции речи

Номинативная функция речи нарушается при всех формах афазии. Называние относится к репродуктивным, произвольным видам речи (повторение, письмо под диктовку, чтение вслух). Поэтому, приступая к обследованию, логопед предлагает больному назвать предметы или изображения одним словом, найти категориальное название (посуда, мебель).

Обследование диалогической и монологической речи

Степень сохранности ситуативной и повествовательной речи выявляется уже в процессе предварительной беседы с больным. Логопед отмечает, многоречив больной или нет. Насколько его речь развернута, говорит ли он односложно, отдельными репликами или пользуется клишеобразными оборотами. Имеется ли в его ситуативной речи аграмматизм, каков характер этого аграмматизма. Для обследования повествовательной речи больному предлагается составить предложения или рассказ по сюжетным картинкам, по серии сюжетных картинок или пересказать несложный текст.

Протоколируя речь больного, логопед отмечает характер аграмматизма больного, богатство его словарного запаса, вербальные и литеральные парафазии, сохранение плана повествования и т. п. При тяжелой афферентной и эфферентной афазиях повествовательная развернутая речь больных может полностью отсутствовать, а на раннем этапе при акустико-гностической афазии быть перегруженной литеральными парафазиями.

Обследование состояния чтения и письма

При обследовании состояния чтения особое внимание уделяется возможности внутреннего чтения у безречевых больных с афферентной и эфферентной моторной афазиями и сенсорной и акустическо-гностической афазиями. Обследование сохранности внутреннего чтения про себя у безречевых больных осуществляется следующими приемами: 1) раскладыванием подписей к предметам, к сюжетным картинкам и сериям картинок; 2) показом воспринятого на слух слова или предложения; 3) выполнением письменных инструкций: *Покажите где окно. Погрозите пальцем* и т. д.

У больных, жалующихся на трудности чтения при сохранной ситуативной речи, необходимо проверить остроту зрения и оптический гнозис, наличие гемианопсии (сужение поля зрения, часто наблюдающееся при сенсорной

афазии). При исследованиях возможностей чтения у больных со средней степенью тяжести речевых расстройств логопед отмечает литеральные и вербальные паралексии, элементы угадывающего чтения, персеверации и т. п.

При обследовании письма и письменной речи больным с грубой выраженностью речевого расстройства предлагается написать под диктовку отдельные звуки, короткие слова (*дом, ухо, окно*). В тех случаях, когда больной справляется с записью легких слов, ему предлагается записать слова со стечениями согласных (*хвост, друг, стол*) и многосложные слова (например: *комната, самолет, погоня*). Если больной пишет (с ошибками) отдельные слова, ему предлагается записать под диктовку простые и сложные предложения, например: *Дети идут в лес. На улице плохая погода. Путешествие окончилось благополучно.*

При легкой степени речевого расстройства в письме больных встречаются ошибки. Если больной не сделал ошибок при письме под диктовку, надо перейти к исследованию письменного называния, составления фразы или текста по сюжетным картинкам.

Нарушения письменной речи при всех формах афазии являются вторичными по отношению к первично нарушенной предпосылке. В письменной речи больных с афферентной моторной афазией преимущественно наблюдаются литеральные парафазии при записи звуков, близких по месту и способу образования, при эфферентной афазии — пропуски гласных, перестановки и персеверации букв и слогов из предыдущих слов, при акустико-гностической — смешения звонких и глухих согласных и т. п. При грубой и средней выраженности аграфии при афферентной моторной, эфферентной моторной и акустико-гностической афазиях наблюдаются пропуски согласных при стечениях согласных в слоге или на стыках слогов. При грубой акустико-гностической афазии на самом раннем этапе заболевания в связи с нарушением слухового контроля больной может писать лишние буквы в слове, повторять слоги, удлиняя, например, слово, состоящее из трех букв, до 8—12 букв. Логопед протоколирует письменную речь больного также в виде дроби.

И наконец, логопед обследует у больного сохранность счетных операций, предлагая записать простые и многозначные числа, решить примеры в пределах 10, 100, 1000. Обычно тяжелым больным даются письменные примеры типа: 31 — 17 (с переходом через десяток), больным предлагается устно отнимать от 100 по семи и т. п.

Обследование речевых функций проводится деликатно, чтобы не травмировать больного, преодоление больным трудностей во время обследования поощряется. Больной должен уйти от логопеда ободренным, не переутомленным, в связи с чем первичное обследование проводится редуцированно и речевой статус уточняется при повторных встречах.

Заключение о речевом статусе больного

106

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 парафазии, аграмматизм в письменной речи, характер других дефектов в письме больного; 6) особенности нарушения счета: возможность решения различных 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 акалькулии, характер апраксии, наличие левшества в семье, степень активности или аспонтанности, наличие депрессивности, аффективности, слабодушия (плаксивости) и эйфории (смешливости, расторможенности).

МЕТОДИКА РАБОТЫ НА РЕЗИДУАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ РЕЧИ

107

Резидуальный этап восстановления начинается в конце первого полугодия после инсульта и предполагает, что речевой синдром у больного уже стал достаточно ясным, иными словами, спонтанно или в результате логопедических занятий у больного проходят функциональные, нейродинамические компоненты, отягощавшие на раннем этапе после инсульта или травмы картину речевого расстройства. Эти функциональные компоненты могут быть вызваны отеком мозга, влиянием охранительного, нейродинамического торможения на возникшую травму мозга, вторичным нарушением мозгового кровообращения в близлежащих отделах до развития в них коллатерального кровоснабжения, а также в некоторых случаях следствием нейрохирургического вмешательства. Именно этим нередко объясняется чрезвычайная тяжесть речевого расстройства в первые дни после инсульта. К концу первого полугодия после инсульта определяются не только форма и степень тяжести афазии, но и степень ее сочетания с другой или другими формами афазии. На резидуальном этапе требуется сознательное, активное участие больного в восстановительном процессе. Больному в доступной форме объясняется суть его речевого расстройства, проводится специальная психотерапевтическая беседа, настраивающая больного на возможность значительного восстановления речи в результате упорных систематических логопедических занятий. Логопед осторожно и лишь приблизительно сообщает сроки восстановления его речевых функций, так как сообщение о длительном (до 2—3 лет работы) продолжении занятий может подавить в нем активность и веру в возможность восстановления речевых функций. Поэтому логопед говорит о том, что уже через 6 месяцев (позже — через год) у него будет значительное улучшение речи. Постепенно, по мере улучшения речи, эти сроки сдвигаются, и логопед может сказать о действительных сроках восстановления речи (до 2—3 лет). Больному необходимо объяснить, что восстановление речи, чтения и письма идет параллельно, что каждая из этих функции содействует восстановлению других.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ СЕНСОРНОЙ АКУСТИКО-ГНОСТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ

У большинства больных с акустико-гностической сенсорной и акустико-мнестической афазиями, как правило, повышена работоспособность и стремление к преодолению речевых расстройств. Они могут работать по многу часов в день, иногда вечером и ночью, т. е. нередко находятся в постоянном «рабочем» состоянии. У этих больных наблюдается резко выраженное состояние депрессии, в связи с чем логопед должен постоянно ободрять их, давать лишь

посильные для выполнения домашние задания, информировать врача о их состоянии, не разрешать работать по вечерам и ночью, сокращать объем домашних заданий.

В работе по преодолению нарушенных речевых функций у этих больных логопед должен опираться на сохранные анализаторные оптическую и кинестетическую системы, на сохранные функции лобных долей, которые в комплексе создают предпосылки к компенсации нарушенных акустико-гностических функций, а также на височные отделы правого полушария, дифференцирующие акустические признаки не только тембра, высоты голоса, но и ритмико-мелодической, интонационной стороны речи.

Первоочередной задачей коррекционной работы будет восстановление фонематического слуха и вторично нарушенных чтения, письма и экспрессивной речи.

Частные задачи для каждого больного составляются исходя из этапа восстановительного обучения и степени тяжести речевого расстройства.

Так, и при грубой сенсорной афазии первостепенным является установление контакта логопеда с больным, преодоление нарушенного фонематического слуха. При средней степени акустико-гностической афазии — воспитание слухового контроля за речью, изжитие вербальных парафазий, преодоление экспрессивного аграмматизма, преодоление дисграфии. Логопед соответственно перечисленным задачам подбирает приемы преодоления нарушенных функций: работу над восстановлением значения слова, нахождение преднамеренных ошибок в речи логопеда, заполнение пропущенных в тексте существительных, местоимений и глаголов из различных синонимических рядов, написание текстов и их редактирование. При легкой, очень близкой к акустико-мнестической, сенсорной афазии используются те же приемы, но в несколько усложненном варианте.

Восстановление фонематического слуха. Восстановление фонематического слуха на раннем и резидуальном этапах проводится по единому плану, с тем только различием, что на раннем этапе нарушение фонематического слуха бывает более выраженным.

Специальная работа по восстановлению фонематического слуха проходит следующие стадии:

Первая стадия — дифференциация слов, контрастных по длине, звуковому и ритмическому рисунку (дом — лопата, ель — велосипед, кот — машина, флаг — ворона, мяч — дерево, волк — парашютист, лев — самолет, мышь — капуста и т. д.).

Вначале контрастные пары слов логопед дает отдельно (например, *кот — виноград*), к каждой паре слов подбирает соответствующие картинки и пишет четким почерком на отдельных полосках бумаги соответствующие слова. Затем больному дают прослушать эти слова, соотнести звуковой образ слова с рисунком и подписью под ним, выбрать то одну, то другую картинку по заданию, разложить

подписи к картинкам, картинки к подписям. На первых этапах занятий при грубой выраженности нарушения фонематического слуха число прорабатываемых слов не должно превышать четырех. Затем от занятия к занятию логопед доводит число дифференцируемых на слух контрастных слов до 10—12, выкладывает перед уже не 4, а 6 или 8 картинок с подписями и предлагают больному сначала разложить подписи, а затем найти картинки по заданию: *Покажите стол, Покажите велосипед, Покажите, где рак* и т. д.

Параллельно с этой работой можно вести работу по закреплению восприятия звучания отдельных слов в процессе проговаривания, во время списывания и воспитания слухового контроля за проговариванием. Для этого берутся короткие слова, состоящие из одного-двух слогов, не превышающие звуковой объем в 3—5 фонем.

Воспитание акустического внимания начинается с оживления оптического внимания. Этому содействует и опора на проговаривание, т. е. на кинестетический контроль при чтении коротких слов. В некоторых случаях приходится показывать больному артикуляционные уклады фонем, восстанавливая соотношение акустического его образа с артикуляторным, кинестетическим.

На второй стадии проводится дифференциация слов с близкой слоговой структурой, но далеких по звучанию, особенно в корневой части слова: *рыба — ноги, забор — трактор, арбуз — топор, весло — кошка, шапка — марка, мост — лист, флаг — стол, чашка — ложка* и т. д. Работа на этой и на всех следующих стадиях восстановления фонематического слуха ведется также с опорой на предметные картинки, подписи к ним, списывание, чтение вслух, воспитание акустического контроля за речью.

На третьей стадии ведется работа по дифференциации слов с близкой слоговой структурой, но с далекими по звучанию начальными звуками: *рак — мак, рука — мука, дуб — зуб, дам — сам, кот — рот, пень — тень, рука — щука*; с общим первым звуком и различными конечными звуками: *ключ — ключ, нож — нос, ночь — ноль, лев — лес, ром — рот, лом — лоб, марс — морж* и т. д. Больному предлагается выбрать слова, начинающиеся с того или иного звука, с опорой на предметные картинки и подписи к ним. В этом случае больной отбирает в одну группу слова, начинающиеся на определенную букву (**к** или **р**).

На следующей, четвертой стадии работа ведется уже по дифференциации фонем, близких по своему звучанию, т. е. слов с оппозиционными звуками: *дам — том, дочка — точка, день — тень, дачка — тачка, бочка — почка, балка — палка, бабочка — папочка, глаз — класс, гардина — картина, гол — кол, угол — уголь, лук — люк, башня — пашня, бот — пот, забор — запор, уточка — удочка, катушка — катюшка, плоды — плоты, тропинка — дробинка, забор — собор, козы — косы.*

При акустико-гностической афазии отмечают трудности дифференциации фонем не только по признаку звонкости — глухости, но и по другим признакам.

Больные смешивают свистящие и шипящие, твердые и мягкие, а также акустически близкие гласные. Логопед должен предусмотреть задания на дифференциацию слов с фонемами, близкими по акустическим признакам: *дом — дым, бок — бак, пить — петь, путь — пять, полка — палка, лук — лак, стол — стул, сор — сыр* и т. д.

Для закрепления однозначного восприятия фонем используются различные задания по заполнению в слове и фразе пропущенных букв, пропущенных в фразе слов с оппозиционными звуками, значение которых уточняется уже не с помощью рисунка, а посредством фразеологического контекста. Например: вставить в текст слова *туш, душ, дело, тело, будь, путь, влага, фляга, дочка, точка. Дон, тон, калина, Галина* и т. д.

И наконец, закрепление акустических дифференциальных признаков фонем происходит в виде подбора серий слов на заданную букву: больной сначала выбирает слова из текстов, в том числе из газетных, а затем подбирает слова на заданную букву по памяти.

Восстановление фонематического слуха длится от двух месяцев до одного-полутора лет, так как многие больные понимают значение слова только с помощью контекста и испытывают значительные трудности в дифференциации близких фонем при самостоятельном письменном изложении мысли.

При акустико-гностической афазии, именуемой в клинике «транскортикальной» сенсорной афазией, больные относительно хорошо повторяют слова, не понимая их смысла. Чтобы преодолеть это расстройство, требуется специальная работа над акустическим анализом слоговой структуры слова. Особое внимание уделяется на первых этапах работы выбору дидактического-лексического материала. Так как больные игнорируют заударные слоги слова, работу необходимо начинать со слов, состоящих из одного слога, затем из двух слогов с ударным вторым слогом типа *пакет, медаль, стакан, носки, пальто, такси* и т. п., обязательно с опорой на картинки и подписи к ним. Позже можно брать слова из трех открытых слогов: *молоко, хорошо, тишина* и т. д. — с опорой на чтение подписей. Постепенно больной приучается воспринимать слово по глобально, а чувствовать границы слогов, входящих в слово, и показывать воспринятый на слух слог, учиться выделять ударный слог. После осознания слоговой структуры слов с ударением на конечном слоге можно перейти к освоению двухсложных слов с одинаковым по звуковому составу вторым слогом, например, *кошка, чашка, ложка, вилка* и т. д. Логопед обращает внимание больного на общность второго заударного слога в этих словах, и он начинает воспринимать их как весьма частотные. Так же восстанавливается восприятие слов типа *башня, пашня, вишня, машина, малина, ворона* и других рифмуемых слов. Затем картинки с различно рифмуемыми словами объединяются в одну группу, и больные, уже знакомые с отработанной группой слов, учатся выделять и дифференцировать заударные слоги слова. Прорабатываемые слова

больные начинают употреблять в косвенных падежах при заполнении пропущенных в фразе слов, а затем им можно предложить для прослушивания эти слова в новых вариантах с изменениями гласных: *малина — малины — малину* и т. д. Так воспитывается восприятие у больного безударных слогов слова.

Кроме восстановления фонематического слуха, с больными постоянно ведется работа по восстановлению смысловой отнесенности слова в различных фразеологических контекстах. Например, логопед предлагает выбрать все острые предметы, изображенные на картинках, все деревянные, металлические или стеклянные предметы, то, что относится к посуде, к орудиям труда, к мебели, к обуви и т. д.

Такая работа, направленная на оживление различных смысловых связей слова, облегчает больному выбор слов в процессе общения, снижает количество вербальных парафазий.

Наибольшие трудности преодоления нарушений речи наблюдаются при сочетании акустической агнозии и акустико-гностической афазии, возникающих при двустороннем поражении височных зон. Восстановление речи при этом варианте афазии опирается на сохранный чтение про себя, чтение с губ и остаточные возможности слухового восприятия, которые позволяют соотнести прочитанную букву, зрительно воспринятую артикуляторную позицию звука, способность его имитированного повторения с воспринятым на слух звуковым сигналом. Преодоление дефектов «внутреннего» чтения происходит путем многократного списывания слов, в процессе которого осваивается звуковой состав слова на уровне внутреннего проговаривания при максимальном включении оптического контроля.

В некоторых случаях грубая акустико-гностическая афазия в сочетании с акустической агнозией протекает при относительной сохранности устной и письменной речи, при как бы отключенном акустическом контроле. В этих случаях приходится прибегать к восстановлению акустического внимания, причем могут выявиться возможности узнавания больным мелодий песен, угадывания абриса слов во время восприятия текста напеваемых логопедом песен, что позволяет затем перейти к восприятию этих слов вне пения. Одной из особенностей восстановления понимания речи при этом крайне тяжелом речевом расстройстве является тщательное соблюдение на каждом занятии очередности сменяемых заданий, закрепляющих уже достигнутые успехи, и письменное обозначение логопедом каждого нового варианта упражнений, что облегчает контакт между учителем и учеником. Например, логопед пишет: *диктант цифр, диктант слов к картинкам, заполнение пропущенных в предложении глаголов* и т. п. Несоблюдение этого правила приводит к тому, что больной перестает понимать логопеда и логопеду приходится для восстановления плана занятия возвращаться к предыдущим упражнениям.

Итак, способность восприятия различий между звуками речи восстанавливается с опорой на значение слова, звуко-буквенное соотношение, а также на артикуляторную сторону слова. Так восстанавливается основная для звуков речи черта — их смыслоразличительность. Обходным путем больной научается схватывать звуковые, фонематические признаки. У него восстанавливается акустическое постоянство в восприятии речи, слова обретают устойчивый смысл.

Восстановление лексического состава речи и преодоление экспрессивного аграмматизма. Трудности нахождения отдельных существительных и глаголов преодолеваются путем оживления разнообразных смысловых связей, описания различных признаков действия или предмета, его функций, сравнения этого слова с другими, семантически относительно близкими словами. Например, больной может употребить вместо слова *нож* — «топор», «пила» или «ножницы», имея в виду предметы, также делящие целое на части. Логопед уточняет все признаки этих предметов, их различную орудийную направленность, форму, характер движения и т. д. В другом случае больной может заменить слово *нож* словами «вилка», «ложка», «резалка», соединив глагол с суффиксом существительного женского рода. Соответственно логопед подскажет больному, что *нож* — *режущий предмет, является чаще всего составной частью сервировки стола, работы на кухне*, покажет его отличительную функциональную роль при пользовании различными столовыми приборами: *ножом нельзя есть суп, кашу, рыбу*, опираясь при этом на зрительное восприятие различных признаков предмета, его описание, изображение. В связи со склонностью больных с сенсорной афазией к смешению флексий по родовому признаку логопед остановится на восприятии па слух окончаний существительных мужского рода.

Преодоление вербальных парафазий осуществляется путем обсуждения с больным различных признаков предметов по их смежности и контрастности, по функции, орудийной принадлежности, по категориальному признаку. Логопед предлагает заполнить пропущенные в предложении глаголы и существительные, подобрать существительные и наречия к глаголу, прилагательные и глаголы к существительному и т. п.

У больных с сенсорной, акустико-гностической афазией отмечаются трудности не только в употреблении существительных, но и в употреблении глаголов. В связи с этим логопед предлагает различную работу по восстановлению значений глаголов, например: *ходит, бежит, спешит, летит, прыгает, лезет, карабкается; ест, кормит, пьет; сидит, лежит, спит, отдыхает, дремлет*; обсуждает с больным различные варианты отдыха в мирное и военное время, в турпоходе, дома и т. д.; фиксирует внимание больного на основном значении слова, подводит его к более уверенному выбору слов, необходимых для развертывания высказывания.

113

Далеко не всегда следует поправлять больного во время его высказывания, это может его травмировать, вызвать раздражение, нарушить контакт. Логопед записывает все ошибки больного в своем дневнике и на основе их анализа подбирает несколько упражнений для преодоления трудностей выбора нужных слов.

При восстановлении экспрессивной речи при сенсорной афазии большое внимание уделяется преодолению многоречивости больных и их аграмматизма, а именно неполноте высказывания и нарушению согласования слов в предложении. Логопед объясняет погрешности в речи больного, обращает его внимание, что по картинке надо построить только одно и при этом краткое предложение. Дает ему схему предложения, образцы прямых и инвертированных предложений, состоящих из 3—5 слов, записывает высказывания больного, показывает ему их незавершенность, акцентируя внимание на изменение в употреблении местоимений и, наоборот, на малое употребление существительных.

В некоторых случаях больные просят прослушать свою речь, записанную на магнитофонную ленту. Обычно такое прослушивание приводит к глубоким переживаниям, поэтому его можно разрешить лишь больным, не осознавшим дефекты своей речи.

Одним из основных приемов восстановления экспрессивной речи при сенсорной афазии (как и с другими формами афазии) является использование письменной речи. Больному, у которого несколько восстановился фонематический слух, логопед предлагает первоначально писать фразы и тексты по простым сюжетным картинкам, а позже по открыткам, которые он дает ему как домашнее задание. Письменная работа с сюжетными картинками позволяет больному не спеша подыскать нужное слово, отшлифовать высказывание. Преодоление ошибок согласования глаголов, существительных и местоимений в роде и числе осуществляется путем заполнения пропущенных в тексте флексий.

Большое значение при сенсорной афазии имеет работа по выработке контроля за правильностью чужой и собственной речи. С этой целью логопед предлагает (устно и письменно) различные несложные синтаксические конструкции, правильные и специально искаженные. Искажения могут быть смысловыми, приводящими к смысловому и звуковому парадоксу, например: «это было снежным летом» и т. д.

Восстановление чтения, письма и письменной речи осуществляется параллельно с преодолением нарушения фонематического слуха. Восстановлению письма, звукового анализа и синтеза слов, письменного высказывания предшествует восстановление чтения, опирающегося на навыки глобального оптического чтения и сохранные кинестезии, принимающие участие в аналитическом чтении. Попытки произнесения читаемого слова, зрительное восприятие его слоговой структуры, осознание дефектности списывания и письменного названия предмета, осознание, что от смешения звуков изменяется

смысл слова, создают базу для восстановления аналитического чтения, а затем и письма. Начинается восстановление чтения и письма со списывания односложных и двусложных слов, различных по звуковому составу, с заполнения в них пропущенных оппозиционных букв, с постепенного освоения структуры слов, состоящих из 2—3 слогов, с разной степенью сложности звукового состава слога и слова.

Приведем несколько примеров работы при различных вариантах акустико-гностической афазии.

Первый вариант. *Больной Ш.*, 21 год, студент, поступил в НИИ неврологии с диагнозом: остаточные явления после перенесенной травмы мозга, сенсорная афазия. Больной переведен из института им. Склифосовского через три недели после травмы. Заключение психолога: больной возбужден, пытается убежать из клиники, не осознает своего заболевания, труден в контакте с медицинским персоналом, агрессивен. Понимание речи грубо нарушено. Игнорирует речь окружающих. Не выполняет никаких инструкций, не может показать по заданию предметные картинку. Многоречив. Отказывается от письма. Необходимо его обследовать в процессе логопедических занятий.

Задачей первых логопедических занятий было установление неречевого контакта. Логопед показывал больному дидактические пособия, книги, которые находились у него в кабинете, и в это же время проводил занятия с другими больными. В результате больной, рассматривая пособия, оказался пассивным свидетелем занятий. Он убедился, что все больные свободно входят и выходят из кабинета с книгами и тетрадями, сам сел за стол логопеда и начал что-то объяснять. Логопед написал ему крупным шрифтом: «Я логопед. Иногда у взрослых портится речь. У вас расстроены речь, письмо, счет. Надо это проверить», предложил картинку и карандаш и попросил сделать к ним подпись. Больной не понял задания и начал срисовывать домик. Логопед написал под рисунком букву *д* и жестами предложил продолжить писать слово. Больной приписал несколько неадекватных букв. Логопед рядом написал слово *дам*, после чего больной произнес «Да, да» и быстро зачеркнул написанные им буквы. Предложенные логопедом арифметические примеры вызвали у больного трудности, которые он пытался исправить сам. Таким образом, уже первое занятие с логопедом подвело его к частичному осознанию своего дефекта и позволило начать систематические логопедические занятия.

Через неделю было составлено полное нейропсихологическое обследование речевого статуса больного: больной контактен, доброжелателен, аккуратно выполняет режим дня. Пытается вслушиваться в речь окружающих. При просьбе показать предметные картинку или выполнить какое-либо задание просит повторить речевую инструкцию. Показ картинок, предметов резко затруднен. Выполнение устных инструкций недоступно. Однако больной иногда правильно

подкладывает подписи к картинкам. Устная речь обильная, интонационно богато окрашенная, непонятная для окружающих, по типу словесной крошки. Запись слов под диктовку невозможна. При записи названий предметных картинок относительно правильно записывает первые буквы некоторых слов. Чтение вслух недоступно. Элементарный счет сохранен, но несколько замедлен. Конструктивный праксис сохранен.

В течение двух с половиной лет велись систематические логопедические занятия по преодолению нарушений понимания, письма и чтения. Больной был активен, постоянно перевыполнял норму домашних заданий. Через два года после травмы он начал посещать пройденные ранее лекции и практические занятия, восстановил навыки освоения нового материала и вернулся к учебе в институте.

Второй вариант. *Больной К.*, 61 год, по профессии инженер-экономист, поступил в институт неврологии с жалобами на затруднение речи, слабость в правых конечностях, головокружения при наклонах головы. До развития основного заболевания всегда считал себя здоровым человеком. В течение двух лет возникали преходящие кратковременные явления слабости в правых конечностях, нарушения речи. Во время отдыха в санатории внезапно расстроилась речь (со слов жены, стал произносить большое количество непонятных слов, перестал понимать обращенную к нему речь). В последующие два дня развилась правосторонняя гемиплегия. Через 3 недели появились первые движения в конечностях. Речевые расстройства оставались прежними.

Диагноз: общий и церебральный атеросклероз; окклюзирующий процесс левой сонной артерии; сочетанное поражение системы вертебробазилярной артерии, остаточные явления нарушения мозгового кровообращения в бассейне корко-, подкорковых ветвей левой средней мозговой артерии; сенсорная афазия; негрубый правосторонний гемипарез; атеросклероз аорты, венечных артерий сердца; атеросклеротический кардиосклероз.

Психологическое исследование. Как известно из анамнеза, характер речевого расстройства больного К. существенно не изменился за 3 года, прошедшие после инсульта. В момент поступления в институт у больного обнаружилась грубая сенсорная афазия со значительной сохранностью чтения.

Больной контактен. В окружающем ориентирован. Поведение адекватное. Тяжело переживает свое речевое расстройство, охотно занимается с логопедом.

Понимание речи на слух недоступно. При слуховом восприятии отмечается растерянность, даже если удастся правильно повторить слова. Восприятие на слух как близких, так и далеких по звучанию звуков и слов грубо расстроено. Изредка больной схватывает и повторяет отдельные гласные звуки.

Собственная речь грубо парафазитична и аграмматична. Наблюдаются все виды парафазии. Лишь изредка в спонтанной речи, сопровождающей действия, больной произносит правильные, без парафазии, слова и фразы. При назывании парафазии встречаются чаще.

Письмо под диктовку невозможно, однако иногда может написать название показываемого ему предмета. Таким образом, письменное название все же более доступно, чем устное.

Единственным путем компенсации является чтение. При чтении слов больной моментально схватывает смысл, однако удерживает его недолго. При чтении фраз и текста не всегда понимает их смысл. Пониманию содействуют жесты.

Больной правильно повторяет позы руки, правильно срисовывает геометрические фигуры. Имеются элементы конструктивной апраксии. Письменный счет без нарушений. Оптическая агнозия отсутствует.

Заключение: грубая акустико-гностическая (сенсорная) афазия с относительно сохраненными чтением и повторением слов без понимания их значения. Аграфия.

Приведем примеры из протоколов исследования речи больного К.:

Как ваша фамилия? «51 бугкалтер, бугартер я — вот и все». *Кто вы по специальности?* «Кицжанский, Княжанский, мое...» *Какое сегодня число?* «Что, что там, не понимаю». *Есть у вас дети?* «Не знаю, кнута все». *Есть у вас сын?* «Сын, сын... есть мой». *Поднимите руку.* «Что вы хотите... рубку».

В то же время большую часть заданий больной выполняет правильно после пропитывания текста. Если закрыть текст сразу после прочтения, то через паузу в 30—50 секунд больной не в состоянии выполнить задание, требуется повторное прочитывание. При чтении наблюдаются неправильные ударения. Резко затруднена повторная речь; например: *стол* — «чбуто», *нож* — «лето», *дверь* — «даревь».

Правильно произнесенные во время чтения слова через несколько секунд больной теряет. Например, читает слово *окно* и тут же: «окто... огло... овдо... огмо... гмон».

Из этих примеров видна предельная степень сенсорных расстройств, полный распад фонематической дифференцировки.

Во время исследования выяснилось, что, несмотря на общую затрудненность улавливания смысла слов на слух, все же больному можно создать определенные условия, при которых этот процесс облегчается. Большое значение для слухового восприятия слова имеют длина, количество слогов и место расположения ударного слога, иначе говоря, его общий звуковой рисунок. Так, если несколько раз предъявлять слова *дом* и *телефон*, то через 5—6 предъявлений вырабатывается дифференцировка на основе улавливания длины слова и положения ударного слога. При этом легко происходит смешение со словами, в которых эти нефонематические признаки идентичны (например, со словами *кот* и *магнитотфон*).

Больной чаще схватывает не слово в целом, а только отдельный его элемент. Например, логопед несколько раз проговаривает слово *телевизор* (перед ним лежат соответствующие картинки). Он не узнает слово на слух. Затем, прочтя слово

восклицает: «Нет, нет, вы его не говорили, вы говорили слово «тел». В слухоречевой памяти остается лишь отдельный слог произнесенного слова.

Логопед просит его сказать слово *тыква*. «Сейчас скажу... еще... еще». *Тыква*. Больной показывает на тарелку: «Нет... нет .. еще». *Тыква*. «Это?..» Очень неуверенно: «Да. Ну, это же!.. Вы все тык, тык — больше ничего не могу (не слышу). Надо «тыква» сказать». Первый ударный слог в слове *тыква* схватывается больным, и он уверен, что логопед произнес только часть слова. Больной «учит» логопеда произносить слово *тыква* с ударением на последнем слоге. В речи отмечайся тенденция сдвига ударения на последний слог: «подушка», «прогулка».

Занятия проводились по вышеописанной методике, в результате через 2 месяца после инсульта больной стал лучше воспринимать на слух отдельные слова, записывать их под диктовку с типичными для больных с сенсорной афазией литеральными парафазиями.

Приведем пример тяжелой акустико-гностической афазии с речевой «окрошкой» в сочетании с акустической агнозией, возникшей в результате поражения как левого, так и правого полушария.

Больная Р., 60 лет, доктор технических наук, перенесла преходящее нарушение мозгового кровообращения в правом полушарии с явлениями легкого левостороннего гемипареза и некоторыми трудностями в письме. Через 5 лет развилось повторное нарушение мозгового кровообращения и на фоне хорошего самочувствия больная внезапно перестала отвечать на вопросы, стала беспокойной, стремилась уйти из дому. Была госпитализирована в больницу, где через несколько дней у нее развилось состояние психомоторного возбуждения, в связи с чем она была переведена в психиатрическую больницу.

Больная была возбуждена, не понимала причины ее помещения в больницу, не выполняла словесных инструкций, не отзывалась на оклик, на обращенную к ней речь. Однако реагировала на телефонные звонки, легкий стук в дверь. Это указывало на сохранность у нее физического слуха. Собственная речь ограничивалась стереотипным произнесением различных слогов. Логопеду удалось обнаружить некоторую сохранность чтения и письма. Это позволило предположить наличие у больной Р. редко встречающейся в клинике так называемой субкортикальной сенсорной афазии, возникающей при двустороннем поражении височных долей и сопровождающейся при этом акустической агнозией. По несколько раз в день больная, сознающая, что она в психиатрической клинике, и не понимающая, что окружающие не могут понять ее обильную многочасовую, громкую, но чрезвычайно парафазичную речь, подходила к двери и громко стучала в нее кулаками, интонацией, мимикой и жестами просила отпустить ее домой. В связи с тем, что больная была по существу неуправляема, ей давались медицинские препараты, снижающие возбудимость, и велись поиски логопеда. Надо сказать, что у больной до болезни был сложный, тяжелый характер, который усугубился в результате болезни. На следующий день

после стационарирования ее в психиатрическую больницу врачи-психиатры поняли, что перед ними больная не их профиля, но выписать ее домой или в обычный стационар было нельзя из-за грубейшей нетипичной сенсорной афазии, препятствующей какому-либо речевому контакту.

Логопедическая работа началась через два месяца после инсульта с установления контакта еще в стационаре психиатрической больницы.

Речь Р. заметно отличалась с самого начала от речи больных с другими формами афазии. Неречевой период работы с ней длился около месяца. Это было связано не только с тем, что больная постоянно находилась в состоянии психомоторного возбуждения (была неусидчива, отклоняла все попытки логопеда привлечь ее внимание к чтению или списыванию подписей к картинкам, решению арифметических примеров, отбрасывала тетрадь и карандаши и требовала выпустить ее из больницы), но и с тем, что она недооценивала своего состояния. Ряд ее поступков свидетельствовал о том, что она считала себя здоровой. Так, после выписки из больницы больная вопреки советам врачей самостоятельно уехала на работу и пыталась там конспектировать статьи из журналов.

На третьем занятии, несмотря на негативизм больной, логопеду удалось подвести ее к выполнению нескольких простых арифметических примеров, при решении которых она сделала много ошибок, не замечая их. Обратив внимание больной на их наличие логопеду удалось лишь через 2 месяца, подчеркнув ошибки красным карандашом (что никогда не делается в работе с другими больными). Вздвигаясь и раздраженно больная начала исправлять ошибочные действия. Так она впервые осознала наличие погрешностей в своей деятельности. Во время решения арифметических примеров иногда стал прерываться ее бесконечный «речевой поток».

Следует отметить, что с первых дней заболевания у нее выработались стойкие поведенческие стереотипы, малейшее изменение которых в течение полутора лет вызывало протест и недовольство. В связи с этим переход к каждому новому виду занятий тесно связывался с предшествующей деятельностью, иначе больная или не понимала, что от нее требовали, или негативно реагировала на задание. Лишь через год появилась возможность переключения ее с одного вида упражнений на другой в течение одного занятия. Однако режим дня и вся ее повседневная жизнь оставались неизменными. Это объяснялось, по-видимому, тем, что больная, внезапно лишившаяся речевого контакта с окружающими, лишь при строжайшем соблюдении установившегося порядка жизни и занятий могла организовать свою деятельность.

Привлечение внимания больной к раскладыванию перед ней картинок привело к тому, что на одном из занятий она раздраженно, не глядя на имевшиеся под изображениями названия, попыталась самостоятельно написать их. Написанные слова содержали ошибки. Не сразу, а лишь через несколько занятий

логопеду с помощью красного карандаша удалось привлечь ее внимание к одной из ошибок. Это раздражало больную, но способствовало осознанию своего состояния. Больная была удручена, но стала более усидчивой. В «речи» появились интонации недоумения и вопроса.

В целях проверки степени сохранности чтения и установления контакта логопед принес ей журналы по специальности. Больная жадно начала листать их и неожиданно четко произносить фамилии авторов и названия статей. К следующему занятию она сделала конспект одной статьи, по которому можно было судить о частичной сохранности чтения и письма.

Логопед воспользовалась этим, чтобы объяснить больной особенности нарушения ее речи и цель логопедических занятий, ограничиваясь краткими фразами: «Вы больны», «У вас расстроена речь», «Надо заниматься». Но больная не понимала и письма. Это позволило предположить наличие у больной Р. редко встречающейся в клинике так называемой субкортикальной сенсорной афазии, возникающей при двустороннем поражении височных долей и сопровождающейся при этом акустической агнозией. По несколько раз в день больная, сознающая, что она в психиатрической клинике, и не понимающая, что окружающие не могут понять ее обильную многочасовую, громкую, но чрезвычайно парафазичную речь, подходила к двери и громко стучала в нее кулаками, интонацией, мимикой и жестами просила отпустить ее домой. В связи с тем, что больная была по существу неуправляема, ей давались медицинские препараты, снижающие возбудимость, и велись поиски логопеда. Надо сказать, что у больной до болезни был сложный, тяжелый характер, который усугубился в результате болезни. Но следующий день после стационарирования ее в психиатрическую больницу врачи-психиатры поняли, что перед ними больная не их профиля, но выписать ее домой или в обычный стационар было нельзя из-за грубейшей нетипичной сенсорной афазии, препятствующей какому-либо речевому контакту.

Логопедическая работа началась через два месяца после инсульта с установления контакта еще в стационаре психиатрической больницы.

Речь Р. заметно отличалась с самого начала от речи больных с другими формами афазии. Неречевой период работы с ней длился около месяца. Это было связано не только с тем, что больная постоянно находилась в состоянии психомоторного возбуждения (была неусидчива, отклоняла все попытки логопеда привлечь ее внимание к чтению или списыванию подписей к картинкам, решению арифметических примеров, отбрасывала тетрадь и карандаши и требовала выпустить ее из больницы), но и с тем, что она недооценивала своего состояния. Ряд ее поступков свидетельствовал о том, что она считала себя здоровой. Так, после выписки из больницы больная вопреки советам врачей самостоятельно уехала на работу и пыталась там конспектировать статьи из журналов.

На третьем занятии, несмотря на негативизм больной, логопеду удалось подвести ее к выполнению нескольких простых арифметических примеров, при решении которых она сделала много ошибок, не замечая их. Обратив внимание больной на их наличие логопеду удалось лишь через 2 месяца, подчеркнув ошибки красным карандашом (что никогда не делается в работе с другими больными). Взволнованно и раздраженно больная начала исправлять ошибочные действия. Так она впервые осознала наличие погрешностей в своей деятельности. Во время решения арифметических примеров иногда стал прерываться ее бесконечный «речевой поток».

Следует отметить, что с первых дней заболевания у нее выработались стойкие поведенческие стереотипы, малейшее ощущение которых в течение полутора лет вызывало протест и недовольство. В связи с этим переход к каждому новому и иду занятий тесно связывался с предшествующей деятельностью, иначе больная или не понимала, что от нее требовали, или негативно реагировала на задание. Лишь через год появилась возможность переключения ее с одного вида упражнений на другой в течение одного занятия. Однако режим дня и вся с повседневная жизнь оставались неизменными. Это объяснялось, по-видимому, тем, что больная, внезапно лишившаяся речевого контакта с окружающими, лишь при строжайшем соблюдении установившегося порядка жизни и занятий могла организовать свою деятельность.

Привлечение внимания больной к раскладыванию перед ней картинок привело к тому, что на одном из занятий она раздраженно, не глядя на имевшиеся под изображениями названия, попыталась самостоятельно написать их. Написанные слова содержали ошибки. Не сразу, а лишь через несколько занятий логопеду с помощью красного карандаша удалось привлечь ее внимание к одной из ошибок. Это раздражало больную, но способствовало осознанию своего состояния. Больная была удручена, но стала более усидчивой. В «речи» появились интонации недоумения и вопроса.

В целях проверки степени сохранности чтения и установления контакта логопед принес ей журналы по специальности. Больная жадно начала листать их и неожиданно четко произносить фамилии авторов и названия статей. К следующему занятию она сделала конспект одной статьи, по которому можно было судить о частичной сохранности чтения и письма.

Логопед воспользовалась этим, чтобы объяснить больной особенности нарушения ее речи и цель логопедических занятий, ограничиваясь краткими фразами: «Вы больны», «У вас расстроена речь», «Надо заниматься». Но больная не понимала кратких записей, не выполняла письменных инструкции воспринимая местоимения в побудительных инструкциях, и обращении к себе зеркально, не относя к себе, а относя их к собеседнику. Так, читая вопрос: «Как вы себя чувствуете?» больная спрашивала логопеда: «Что болит?» — и трогала ее пульс, пыталась заглянуть логопеду в рот и т. п. Надо сказать, что больная очень нежно

относилась к логопеду, понимая, что та является ее связующей ниточкой с выходом из больницы, наблюдая уважительное отношение к ней врачей и родственников. Она с радостью встречала логопеда, усаживала за стол и показывала всем своим видом покорность логопеду, т. е. начинала списывать подписи к картинкам или решать примеры (только на сложение, так как не терпела никаких перемен в деятельности). Выяснилось, что она лучше понимает подробные письменные объяснения, в которых не было местоимений.

После психомоторного возбуждения, возникшего из-за того, что больная не поняла, зачем перед ней раскладывают картинки с подписями к ним, логопед показала ей предисловие к «Пособию по восстановлению речи у больных с афазией» (1962 г.), схематично нарисовала речевые зоны мозга, ушную раковину, письменно объяснила причины возникновения болезни. Внимательно ознакомившись с книгой, рисунками и объяснениями логопеда, больная внятно произнесла: «А что же нужно делать? Я же не знаю, что это такое. Что такое логопед? Значит, у меня больных афазией? Какие страшные болезни!» Прочитав ответ логопеда на все эти вопросы, Р. стала более усидчивой, спокойной.

Через 2 месяца после начала занятий больную удалось переключить от многократного списывания усвоенных слов к заполнению пропущенных букв в этих словах и к письменному называнию предметных картинок.

Каждое правильно выполненное задание поощрялось. Вскоре больная сама стала предлагать логопеду свою письменную работу для проверки, что свидетельствовало о понимании ею возможности наличия ошибок.

Вначале каждое письменное обозначение предметной картинкой требовало долгих поисков написания слова, соответственно тому, как у больных с сенсорной афазией происходит поиск подходящего звучания слова при многократном его произношении. Для написания нужного слова больная исписывала целые страницы. Это привело к улучшению звуко-буквенного анализа собственной речи больной. При написании новых слов длительное время наблюдались перестановки и смены букв при сохранности слоговой структуры.

Через 3 месяца стало возможным устное называние предметных картинок, чтение и письмо больная использовала для контроля.

Казалось бы, вместе с восстановлением функции называть можно было начать работу по формированию дифференцированного восприятия на слух слов с опорой на картинки и подписи к ним. Однако больная по-прежнему не понимала письменных инструкций типа: *Дайте чашку, Дайте яблоко* и т.д., так как воспринимала их зеркально и не желала ничего ни у кого просить. Не реагировала на речь окружающих, а раскладывание перед ней предметных картинок с подписями воспринимала как предложение произнести или записать их название.

Переключить Р. на другие виды письменной работы удалось лишь через 4—5 месяцев, когда у нее стала восстанавливаться звуковая структура многих слов и улучшился звуковой анализ. Как это произошло?

От письменного обозначения картинок логопед перешла к выполнению пропущенных в словах букв, затем к заполнению пропущенных во фразе слов. Это помогло отвлечь внимание больной от письменного называния всех предметов. Появилась возможность перейти к работе над буквой. Наиболее употребительные слова логопед предлагала выбирать из орфографического словаря. Прежде чем больная приступила к этой работе, логопед подробно объяснила задание, отметила точкой несколько наиболее употребительных слов на определенную букву, подписала заголовок «Самые употребительные слова». Так логопеду удалось приковать внимание больной к букве, а затем к восприятию отдельных звуков на слух.

На втором этапе логопед поставила задачу расширить контакт с больной посредством развития письменного высказывания по картинке и попытаться начать восстановление слухового восприятия.

Работу по восстановлению речи на слух оказалось возможным начать только со звука. Перед больной раскладывались буквы, предназначенные для диктанта. Вначале на первых занятиях она многократно списывала их и правильно прочитывала не дожидаясь диктанта. Затем на одном из занятий логопед перевернула изображение этих букв лицом к столу. Это вызвало негодование больной. Помогло объяснение логопеда, что они будут писать диктант.

Как уже отмечалось, перед усвоением нового вида работы больная обязательно повторяла все знакомые ей стадии. Так, перед тем, как писать диктант, она непременно, помимо воли логопеда, списывала и проговаривала по составленной ею программе слова и числа, которые ей предстояло писать на слух. Позже логопеду удалось внести запись слов, незнакомых больной (логопед давала заголовок «Диктант новых слов»), а также диктант знакомых фраз, пословный диктант незнакомых фраз с сообщением темы («Утро», «Дети» и т. д.). Во время диктанта больная напряженно следила за губами логопеда, прибегая к спонтанно возникшей у нее возможности чтения с губ, причем она бурно протестовала, когда логопед прикрывала губы листом бумаги. Однако это чтение с губ было приблизительным. Узнавать на слух она могла лишь те слова, которые ею много раз были написаны и прочитаны, и слова к картинкам, которые были разложены перед ней.

Параллельно с развитием слухового восприятия были сделаны попытки организовать речь больной с помощью составления фраз к сюжетным картинкам, чтобы научить ее письменно выражать свои мысли. Этот вид занятий также прошел стадию многократного списывания фраз. Затем диктовались фразы побудительного характера из разговорника для иностранцев. Эта работа подготавливала почву для восприятия на слух побудительной речи и подводила

больную к ведению письменной беседы. Во время работы по разговорнику больная игнорировала знаки препинания и фразы звучали без интонации побуждения, продолжала выявляться нарушенная функция правого полушария в восприятии мелодики речи.

Использование фраз разговорника привело к тому, что в ряде случаев больной стало доступно выполнение простейших письменных инструкций, связанных с ситуацией.

Собственная речь ее по-прежнему оставалась непонятной, монотонной, парафазической, с обильными персеверациями, чаще всего слога «си-си-си». Однако характер персевераций постепенно стал проясняться. Иногда можно было услышать часть слова с многократным повторением какого-либо слога:

«здесь... сь... сь...», «яблоко-коко», «молоко-коко» т. д.

Весьма своеобразным было овладение самостоятельной фразой к новым картинкам. Очевидно под влиянием длительных занятий со словарем, больная первоначально писала к сюжетным картинкам лишь названия действий, т. е. инфинитив глагола. После того как логопед объяснила ей схему предложения: подлежащее + сказуемое + дополнение, Р. стала составлять фразы из существительных в именительном падеже и инфинитива глаголов, которые тщательно сверялись по орфографическому словарю, например: «Бабушка девочка ругать мусор», «Снеговик дети двора играть» и т. д., т. е. у больной появился «телеграфный стиль» письменной речи. Преодолеть его удалось лишь через 3 месяца занятий путем многократного объяснения ей схем предложения и предлогов, анализа ее ошибок. По мере изживания аграмматизма особые трудности возникли не только в употреблении флексий существительных, но и в расстановке предлогов. Больная иногда ставила предлоги перед глаголами или после существительного, к которому он относится, например: «Букет сирени на стоит в вазе», «Клетка висит у обезьяне», «Клетка в тигре стоит», «Печки около дрова», «Маленькую собачку к на службу у клоуна», «Барабанщик стоит играю на барабане» и т. д. Все грубые ошибки логопед письменно объясняла больной. Постепенно их количество сократилось.

Кроме явлений аграмматизма наблюдались определенные трудности при написании многосложных слов: буквы заменялись и пропускались или трудная для звукового анализа часть слова заменялась стереотипным повторением какой-либо буквы или просто волнистой чертой, с сохранением верного написания начала и конца слова, например; «поптте» (*погодите*), «поптгета» (*пожалуйста*) и т. д.

Через год после начала занятий, когда больная стала лучше понимать письменные инструкции, для облегчения общения с ней был использован новый вид работы: письменная вопросо-ответная беседа. Больная письменно отвечала на вопросы. Затем стала улавливать вопросительную интонацию на основе восприятия знака и вопросительного слова.

Для того, чтобы преодолеть у больной краткость и односложность письменных высказываний, логопеду часто приходилось показывать ей образец развернутого ответа. Вопросо-ответная система занятий способствовала повышению речевой активности. Догадываясь, что ее плохо понимают, она начала письменно обращаться к окружающим. Так, через полгода после начала занятий логопед получила записку: «Читан письменно, Всем драчом (врачам) у говорить сказать пишеть сказать письмо с вами», т. е. она попросила логопеда объяснить врачам, что с ней лучше общаться письменно. Таким образом, больная начала сознательно использовать письменную речь для активного общения.

К концу второго года работы логопеду удалось подвести ее к письменному и устному пересказу небольших прочитанных текстов и кинофильмов. Улучшилась устная речь при составлении фраз по сюжетным картинкам. Например: «Дедушка садом к сам прошел к саду. Он шлепнул по зонтик. Она скасасачут они по зонтикам шлепнул» (Дедушка с внуками пришли к своему саду. Дедушка слегка шлепнул внуков зонтиком, и теперь они скачут по саду). «Библиотекарь смотрит на детей, ищет книгу». В это же время больная начала связывать повелительную форму глаголов с действием, в результате она стала выполнять многие устные инструкции (*дайте, встаньте, откройте, полейте* и т. д.).

Следует отметить, что необыкновенно развитая зрительная память, позволяющая воспроизводить письменно по нескольку страниц текста, содействовала восстановлению речи.

Итак, восстановление речевых функций стало возможным благодаря длительным, систематическим занятиям. Восстановление чтения и письма, стимулирование слухового восприятия позволили преодолеть полную словесную глухоту и подвести больную к восприятию на слух отдельных звуков и слов. Однако своей речи больная по-прежнему не слышала и все еще не делала попыток ее контролировать, хотя количество четко произносимых ею слов в процессе общения увеличилось.

С больной Р. удалось наладить письменный и частичный устный контакт с опорой на слуховое восприятие и чтение с губ. Если раньше она общалась лишь с логопедом и ближайшими родственниками, то позднее стала вступать в беседы с более широким кругом знакомых.

Больная в определенной степени осознала свой речевой дефект, более адекватно стала относиться к нему, уменьшились психомоторные, негативные реакции.

Описанный случай представляет интерес с точки зрения тяжести речевого расстройства, а также возможности частичного восстановления речевых функций в условиях длительных логопедических занятий.

Правосторонняя акустическая агнозия в сочетании с сенсорной афазией может быть разной степени тяжести. В некоторых случаях собственная речь больных с этой формой афазии оказывается более сохранной и напоминает речь

больных с акустико-мнестической афазией, без выраженной жаргонофразии, которая редуцируется в первые месяцы болезни. Но всегда при этой форме афазии наблюдаются два инсульта (это неоднократно фиксировалось методикой компьютерной томографии) с разной временной паузой, например в 20 лет. Первый инсульт всегда бывает правосторонним и позволяет не только сохранять работоспособность, но успешно продвигаться по работе. Так, больная Р. между первым и вторым инсультом защитила докторскую диссертацию и была заместителем директора по науке крупного технического НИИ.

Во всех случаях сенсорной афазии, отягченной акустической агнозией, требуется строгое соблюдение «ритуала» занятия, т. е. последовательного повторения предыдущих занятий с добавлением в его конце нового вида упражнения, и во всех случаях можно найти (пусть совсем узкий) канал (в основном через чтение) к остаточным акустическим возможностям больного.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ АКУСТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ И ОПТИКО-МНЕСТИЧЕСКОЙ АФАЗИЯХ

У больных с акустико-мнестической афазией отмечается повышенная работоспособность, эмоциональная лабильность, частые приступы депрессии по поводу даже незначительных речевых погрешностей.

При составлении плана коррекционно-педагогической работы логопед уточняет у врача форму афазии, сохранность или нарушение функций нижнетеменных отделов, которые определяются исследованием конструктивно-пространственного праксиса, счетных операций и т. п.

Для преодоления нарушения речевой памяти необходимо либо восстановление системы зрительных представлений о предмете, его существенных, отличительных признаках, либо постепенное расширение объема слухоречевой памяти, нарушенной сугобо по акустическим признакам восприятия слово- сочетания, а также преодоление экспрессивного аграмматизма, близкого по своим особенностям к экспрессивному аграмматизму при акустико-гностической афазии.

Для преодоления речевых расстройств у больных с акустико-мнестической афазией логопед опирается на сохраненные у них механизмы кодирования речевого высказывания, т. е. на описание признаков предмета, введение слова в различные контексты, на составление внешних опор, позволяющих больному удерживать различный объем слухо-речевой нагрузки.

Особую роль в процессе восстановления акустико- и оптико-мнестических речевых функций играет письменная речь. При той или другой мнестической афазии звуко-буквенный анализ состава слова сохранен, это позволяет

использовать запись слов, предваряющую слуховую стимуляцию, преодолевать у больных склонность к вербальным парафазиям, а также характерный для их устной речи аграмматизм. Сохранность письменной речи постепенно подготавливает на внутриречевом уровне синтагматическое деление фразы на отрезки (синтагма состоит из двух-трех слов), связанные друг с другом смыслом, так как подлежащее, как правило, находится в одной синтагме, сказуемое — в другой или главное предложение в первой синтагме, второстепенное — во второй (*Дети пошли в лес, чтобы набрать грибов*), воспринятые на слух фрагменты одной части предложения позволяют больному прогнозировать его вторую часть.

Восстановление слухоречевой памяти. Улучшение слухоречевой памяти происходит с опорой на зрительное восприятие. Перед больным выкладываются серии предметных картинок, названия которых предварительно несколько раз читаются и пишутся. Таким образом, больной знает, что он услышит. Так формируются предпосылки акустического предвосхищения. Логопед не фиксирует внимание больного на необходимости показа предмета в предъявляемом порядке. В речи слова связаны определенным замыслом высказывания, поэтому вначале больному предлагаются картинки одной, затем двух, трех семантических групп: *заяц, тарелка, стол, ружье, лес, вилка, лиса, чашка, кухонная плита, кастрюля, нож, огурец, яблоко, охотник, бабушка* и т. д., затем просят его показать предметы, которые могут быть вписаны в ту или иную ситуацию.

Логопед не раскладывает перед больным предметные картинки, а дает их стопкой, для того чтобы больной, прослушав названные предметы, нашел эти предметы на картинках и отложил в сторону. Этим достигается некоторая временная отстраненность выполнения больным инструкции. Впоследствии логопед предлагает повторить серию слов, проработанных на предыдущих занятиях, но уже не прибегая к помощи картинок. Для запоминания логопед дает слова, обозначающие предметы, затем действия и качества предметов и, наконец, числа, объединенные в номера телефонов. Параллельно с этим проводятся слуховые диктанты фраз, состоящих из 2—3—4 слов, с опорой на сюжетную картинку, а позже без сюжетной картинки.

Для восстановления зрительных представлений можно провести ряд упражнений, включающих анализ близких по рисунку, по форме предметов, отличающихся одним-двумя признаками (например, чашки, чайника, сахарницы; шкафа, холодильника, буфета; дивана, кровати, кушетки; петуха и курицы; белки, лисы, кошки и зайца и т. д.), в которых изменение или отсутствие одной из деталей меняет функцию предмета, его содержание и обозначение. Кроме того, больным дается задание конструировать предметы из элементов, находить специально сделанные ошибки в их изображении (например, петух изображается с гребешком, но без хвоста, заяц изображается без длинных ушей, а кот с длинными ушами и т. д.), дорисовать предмет до целого, подробно словесно описать все его свойства и функции, узнать предмет, наполовину скрытый листом,

по его части и т. д. Особое внимание уделяется устному и письменному определению существенных признаков предмета, написанию сочинений о предмете.

Все вышеперечисленные приемы преодоления нарушений слухоречевой памяти содействуют преодолению амнестических трудностей при этой форме афазии и уменьшению числа вербальных парафазий.

Трудности нахождения нужного слова преодолеваются путем расширения, а иногда и сужения смысловых полей слова, т. е. путем уточнения и систематизации их значений. Для этого конкретное слово обыгрывается в различных фразеологических контекстах, обращается внимание на многозначность слова (*ручка, ключ, машина*). Большое внимание уделяется работе по уточнению смысла синонимов, антонимов и омонимов, составлению различных вариантов предложений с этими словами.

Восстановление письменного высказывания. Восстановление письменного высказывания является одной из основных форм расширения лексического состава речи. Сохранность звуко-буквенного анализа состава слова и значительная сохранность фонематического слуха позволяет с первых же дней коррекционно-педагогической работы подключить больных к составлению письменных текстов, активной работе по расширению словарного запаса, по преодолению аграмматизма.

Работу над составлением письменных текстов лучше начинать с написания фраз по простым сюжетным картинкам, а затем использовать различные карикатуры в журналах, газетах. Это позволит больному строить конкретные, небольшие по объему фразы и небольшие тексты. Затем можно предложить составить письменные тексты по репродукциям известных картин различных художников. Вся работа над письменным текстом сочетается с устной речью. Логопед подбирает легкие тексты, близкие к репродукциям, и просит больного пересказать их.

Аграмматизм согласования в роде и числе главных членов предложения преодолевается путем замены существительных местоимениями и местоимений существительными, а также путем составления фраз по опорным словам, заканчивания предложений и т. п.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ СЕМАНТИЧЕСКОЙ АФАЗИИ

Для семантической афазии характерно как нарушение произвольного нахождения названий предметов, бедность словаря и синтаксических средств выражения мысли, так и трудности в понимании сложных логико-грамматических конструкций. Эти больные достаточно активны в процессе преодоления речевых расстройств. Однако у них нередко отмечается возникновение комплексов

неполноценности, высокой ранимости в связи с трудностями понимания сложных логико-грамматических оборотов, пословиц, поговорок, содержания басен. В связи с этим преодоление дефектов импрессивной речи при этой форме афазии должно проводиться в обход основного дефекта.

Основой преодоления импрессивного аграмматизма и амнестических трудностей является опора на сохранные механизмы развернутого, планируемого письменного и устного высказывания. Дефекты высшего парадигматического уровня кодирования и декодирования речевого сообщения преодолеваются посредством привлечения высших ступеней синтагматического уровня, а именно планирования, построения умственных действий, осуществляемых лобными отделами во взаимоотношении со всеми гностическими отделами, обеспечивающими более низкий, фонематический уровень речевого акта.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы при этой форме афазии является восстановление смысловых единиц, в норме закодированных в сложной системе синонимов и инвертированных словосочетаний, а также преодоление равнозначности всех семантически значимых признаков предмета, создание предпосылок к улавливанию основного признака предмета при нахождении обозначающего его слова.

Восстановление экспрессивной речи. Наиболее полно методика преодоления амнестических расстройств разработана В. М. Коганом в 1960 г. Он показал, что каждое слово связано со сложной системой слов с разной степенью близости смысловых связей. Каждый предмет характеризуется множеством признаков, характерных как для этого предмета, так и для других. Слова, обозначающие предметы, объединяются в различные семантические поля по различным своим признакам: по орудийности, по видовой принадлежности и т. д. В целях преодоления амнестических трудностей больной обучается нахождению признаков предмета сначала при прослушивании системы описания ближних и дальних смысловых связей, а позже путем самостоятельного описания признаков предмета, его связей с другими группами предметов. Например, при начальных стадиях восстановления логопед перечисляет больному все признаки очков: из чего они сделаны, для чего они служат, какие бывают по форме, в каких ситуациях могут понадобиться (плохое зрение, яркий свет при сварке, яркий солнечный свет на пляже, яркий цвет снега в горах и т. д., уточняется, кто носит очки, можно вспомнить басню Крылова и т. д.). Слово вводится в различные фразеологические контексты. Затем больной составляет рассказ о предмете.

Больные с семантической афазией в экспрессивной речи пользуются однотипными, малоразвернутыми предложениями. Так же однообразна и их письменная речь. В целях восстановления, расширения использования больным различных синтаксических конструкций на начальной стадии восстановления используются упражнения на составление различных сложноподчиненных

предложений с употреблением союзных слов *если бы, чтобы, когда, после того как, как бы ни...* и т. д.

По мере восстановления конструкций сложноподчиненных предложений больным предлагается использовать определенные словосочетания при написании сочинений по картинам известных художников с учетом эпохи, изображенной на картине, сюжета, ее деталей, пояснения причины их введения в сюжет картины (репродукции картин выбираются с учетом преморбидного уровня больных).

Преодоление импрессивного аграмматизма. Больные с семантической афазией тяжело переживают нарушения понимания на первый взгляд легких заданий. Работу по преодолению импрессивного аграмматизма следует проводить в обход прямого объяснения больному его затруднений, и в основном в тех случаях, когда больной может или должен вернуться к учебе или работе. Достаточная степень сохранности понимания ситуативной речи при семантической афазии у больных, которые не возвращаются к учебной или трудовой деятельности в силу преклонного возраста, позволяет ограничиться восстановлением у них ориентировки в циферблате часов, в решении простых арифметических действий (сложения, вычитания, умножения и деления в пределах одной-двух тысяч).

В повседневной бытовой речи наглядность ситуации и наличие элементарных парадигматических синонимов позволяет больным свободно справиться с теми же парадигмами, закодированными в сложные логико-грамматические единицы. Например, мы никогда не говорим в повседневной жизни: *Положи нож справа от вилки и слева от ложки*, а употребляем обороты *Положи нож между вилок и ложкой*, *Поставь том Пушкина слева от томика Есенина* и т. д. В быту «мы не употребляли и выражения *брат отца* и *отец брата*, заменив их словами *дядя* и *отец*.

При семантической афазии коррекционно-педагогическая работа по преодолению импрессивного аграмматизма начинается не с прямого объяснения больному пространственных ориентиров, схем решения логико-грамматической задачи, а в обход этого дефекта, путем письменного описания расположения различных предметов.

Больному дается простая схема описания этих предметов с указанием центрального объекта или субъекта, от которого надо вести, как от точки отправления, последовательность описания. Иными словами, в работе с больным используются собранные, планирующие, синтагматические функции передних речевых отделов. Например, при анализе рисунков «мужчина со шляпой», «лиса около норы», «девочка с куклой», «мать с дочерью», «хозяин с собакой» и т. д. больному предлагается решить вопрос, о ком или о чем он будет говорить, что является предметом его внимания. Над предметом, который обсуждается, ставится вопрос, даются соответствующие определения, характерные лишь для этого

предмета: *фетровая широкополая шляпа мужчины, вязаная шляпка с бантиком девочки, кукла девочки, а машинка мальчика, маленькая дочка молодой матери, взрослая дочь пожилой женщины, умная собака доброго хозяина, злая собака недоброго хозяина* (с опорой на соответствующие рисунки). Разбираются некоторые, наиболее часто встречающиеся породы собак, обсуждаются дети с разными характерами, составляются в связи с этим словосочетания: *заботливая дочь, заботливый сын*, т. е. отрабатывается главная парадигма в будущем свернутого словосочетания.

Затем переходят к описанию косвенной части словосочетательной парадигмы с уточнением того, кому этот предмет принадлежит, кто и почему не может без него обойтись. Производится сопоставление самых легких словосочетаний *мамина дочка, дочкина мама*. Больной уточняет лицо, о котором идет речь: *мама дочки, дочка мамы*, вводит эти словосочетания в различные контексты, снабжая их эпитетами и указывая на различных картинках дочек и мам в различной ситуации. Очень помогают шуточные развернутые обыгрывания фраз: *Мама сидит в коляске и играет погремушкой, а дочка катает ее. Дочка кормит мещу с ложки* (этот вариант может иметь место в жизни: дочь может кормить тяжелобольную мать с ложки, но это надо оговорить).

При описании пространственного расположения трех предметов больной овладевает сложными конструкциями, включающими словосочетания с предлогами и наречиями: *над - - под, слева — справа, выше — ниже* и т. д.

Восстановление понимания сложных логико-грамматических конструкций проходит этап развернутого, многократного описания и обсуждения в различных контекстах.

От составления простых предложений можно перейти к описанию репродукций (открыток) картин известных художников с указанием эпохи, времени года, с употреблением словосочетаний *зимнее утро, осенний лес, эпоха Петра 1, купеческий дом, московский дворик, хозяин дома*. В этих целях используется описание известных картин. Больной учится описывать разных действующих лиц рисунка, находить главное и второстепенное слово.

Так незаметно для себя, в нетравмирующей, не создающей комплекса интеллектуальной неполноценности обстановке, в процессе творческой, интересной работы больной овладевает в экспрессивной речи различными синтаксическими конструкциями, причинно-следственными придаточными предложениями, причастными и деепричастными оборотами.

Читая свои «сочинения», больной декодирует близкие ему тексты, после чего переходит к чтению текстов разной степени сложности, их пересказу, уточнению смысла различных оборотов в тех случаях, когда он их неправильно понял.

Понимание смысла пословиц, поговорок проводится с опорой на эмоционально значимые, насыщенные большим юмором рисунки художника Х.Бидструпа, рисунки из юмористических журналов, на репродукции юмористических и драматических картин известных художников. Логопед пред-

варительно их подробно обсуждает с больным, затем предлагает ему написать по ним «сочинение» с употреблением определенных метафор, пословиц и поговорок.

Для восстановления понимания метафор, пословиц, поговорок логопед дает задания на чтение и пересказ их своими словами с использованием некоторых смысловых оборотов басен И. А. Крылова, русских народных сказок, «Горе от ума» А. С. Грибоедова, юмористических текстов.

Особое место в работе по преодолению импрессивного аграмматизма занимают задания по решению арифметических задач для I—III классов средней школы. Начинается эта работа с уточнения значений слов *больше* — *меньше*, *дальше* — *ближе*, составления плана решения задачи, составления самим больным аналогичных задач и закрепления полученных знаний.

Больная Т., 60 лет, инженер, поступила в НИИ неврологии через 8 лет после нарушения мозгового кровообращения. *Диагноз:* гипертоническая болезнь третьей степени, остаточные явления после нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне вертебробазилярной системы. *Нейропсихологическое обследование:* больная в сознании, контактна, подвижна. Фонематический слух и слухоречевая память без изменений. Имеются трудности понимания пословиц, метафор, например: *железная рука* («Так не бывает|... Ну, если только из железа памятник сделать, то тогда у него будет железная рука»), *светлая голова* («Блондин, наверное, или седой»). Выявляется выраженный импрессивный, предположно-падажный аграмматизм, характерный для семантической афазии. Устная речь свободная, без literalных и вербальных парафазий, но несколько бедная, упрощенная. Довольно часто возникают трудности в нахождении нужных слов, в связи с чем больная переходит к описанию функций предмета. Много вводных слов.

Приведем пример ее речи. Рассказ по репродукции картины Маковского «Чаепитие в Мытищах»: «Я знаю эту картину. Видала раньше. Значит, пришел батюшка... нет... батюшка сидит за столом. Его угощают, как это... ну, женщина, которая живет в деревне (крестьянка), и еще батюшка или пономарь. И еще нищий пришел... А она его отталкивает от стола и не дает милостыню. (Вопрос: *Что это за нищий?*) Видимо, на одном, как это, ну, чтобы не упасть без ноги, на деревянной опоре, не на палке, а как это... на костыле. На одном костыле, не в шинели, но в лохмотьях, и она его отталкивает. С одной стороны, избыток всего, а с другой стороны, не может дать подаяния. Ну, белье там висит. И больше ничего не могу вам сказать». Таким образом, больная очень поверхностно раскрыла содержание картины, не вскрыв ее социально-драматического содержания. Опустила многие детали картины (мальчика-поводыря, награды на груди бывшего защитника Севастополя, раскрытую для подаяния сумку попа, слепоту солдата и т. п.). Структура фразы очень проста, имеются амнестические трудности. Чтение и письмо сохранены.

Кроме легких речевых нарушений у больной отмечается конструктивно-пространственная апраксия и негрубая **акалькулия**, выражающаяся в смешении арифметических действий

Заключение: выраженная семантическая афазия. Легкая акалькулия. Конструктивно-пространственная апраксия.

Задачами коррекционно-педагогической работы были преодоление амнестических трудностей; расширение словарного запаса; восстановление понимания метафор, пословиц, содержания юмористических текстов; преодоление импрессивного аграмматизма; преодоление акалькулии.

Чтобы преодолеть имеющиеся у больной дефекты речи, логопед пользовался следующими приемами: 1) обсуждение признаков предметов и действующих лиц, которые больная затруднялась назвать, определение их категориальной отнесенности, вставление их в различные фразы, подбор к ним синонимов (*батюшка, поп, священник*), обыгрывание их в различных контекстах, уточнение, в каких случаях употребляется то или иное слово в другом смысле; 2) обсуждение смыслового содержания пословиц, поговорок, метафор, написание на их темы сочинений; 3) чтение и пересказ текстов Ф. Кривина, юмористических текстов из пособий по развитию русского языка у иностранцев; 4) написание сочинений по рисункам Х. Бидструпа и репродукциям известных художников; 5) многократное описание пространственно расположенных по вертикали и горизонтали трех предметов, соотнесение этих описаний с логико-грамматическими конструкциями (например, описание расположения елки, дома, чашки и т. п.); описание двух предметов, флективно связанных между собой (*ключ замка, дочка мамы*), с опорой на вопросы *чья?, чего? кого?* и т. п., соотнесение этих словосочетаний с конструкциями *брат отца, сын отца, собака хозяина* с вычленением главного и второстепенного слова в предложении; 6) решение арифметических примеров с опорой на дополнительные слова *прибавить, увеличить, отнять, уменьшить* и их соотнесение с числом элементов в математическом знаке.

В результате систематической работы в течение двух месяцев и привлечения творческих, интересных видов работы с опорой на сохранную синтагматическую сторону речевого высказывания в процессе выполнения письменных заданий у больной значительно расширился словарный запас, уменьшились амнестические трудности, значительно уменьшился импрессивный, особенно предложный, аграмматизм. Восстановлению многозначности слова способствовали обыгрывание его в разных контекстах, уточнение различных его значений, категориальной принадлежности, подбор слов той же категории, уточнение различий между синонимами, омонимами и антонимами, нахождение замещающих признаков предметов, однородных членов высказывания по тем или другим семантическим признакам, например по функции орудийности, по размеру, цвету, вкусовому признаку и т. п. Велась большая работа по пониманию фразеологических оборотов, пословиц, поговорок, загадок.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ АФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

133

Афферентная моторная афазия является наиболее тяжелой формой, нередко преодолимой лишь в результате трех- и даже пятилетней систематической логопедической помощи. В связи с тем, что при преодолении этой формы афазии наблюдаются не только грубые артикуляторные расстройства, но и аграфия, разной степени тяжести алексия, акалькулия, импрессивный аграмматизм, мы наиболее подробно остановимся на описании коррекционно-педагогической работы при нем.

Основная задача коррекционно-педагогических занятий — преодоление нарушений кинестетического гнозиса и праксиса. Цель — восстановление артикуляционной кинестетической основы речепроизводства, преодоление аграфии, восстановление потенциально сохранного развернутого устного и письменного высказывания.

Конкретные задачи и приемы логопед определяет, выяснив степень тяжести речевого расстройства, наличие диссоциаций в картине афазического синдрома. Например, у больного имеется некоторая сохранность чтения про себя или возможность элементарного письменного общения при грубой выраженности апраксии артикуляционного аппарата. При грубо выраженной афферентной моторной афазии на начальном этапе коррекционно-педагогическая работа будет строиться по плану: 1) восстановление произносительной стороны речи; 2) преодоление нарушений понимания; 3) восстановление элементов аналитического чтения и письма.

При средней степени тяжести работа проводится по закреплению артикуляторных навыков, по преодолению литеральных парафазий, стимулированию экспрессивной речи, трудностей произнесения слов со стечением согласных, литеральных параграфий при записи слов, экспрессивного и импрессивного аграмматизма: понимания значения и употребления предлогом, передающих пространственное отношение предметов.

При легкой степени тяжести работа проводится по преодолению артикуляторных трудностей при произнесении многосложных слов со стечением согласных, изжитию литеральных парафазий и параграфий, преодолению элементов экспрессивного, в основном предложного аграмматизма, подготовке больного к возвращению к учебе или работе.

Выбор приемов коррекционно-педагогической работы при этой форме афазии зависит от степени нарушения кодирующего парадигматического звена речевого общения, что выявляется при тщательном нейропсихологическом исследовании. Так, наличие грубого импрессивного аграмматизма, характерного для семантической афазии, говорит об обширности очага поражения в нижнетеменных отделах мозга, логопед не может в своей работе опереться на

третичные нижнетеменные отделы. Наиболее правильным будет, если логопед направит работу на восстановление нарушенных артикуляторных трудностей не через вызов слова, а с опорой на зрительный и слуховой контроль. Сохранность премоторных отделов позволяет логопеду использовать в работе серийно организованные автоматизированные речевые ряды. О сохранности премоторных отделов у безречевого больного свидетельствует отсутствие кинетической апраксии.

На резидуальном этапе восстановления у больных, как правило, оказываются фиксированными нарушения чтения и письма. В связи с этим особое значение приобретает задача научить больного слышать отдельные звуки, опознавать их наличие в начале, в середине, в конце слова, записывать слова или буквы под диктовку, подчеркивать их в читаемом слове. Без такой работы у больных задержится восстановление чтения и письма.

Автоматизированные виды речи являются более упроченными, и в силу этого они менее произвольны, в связи с чем их оп к более низким уровням речевых реакций и действий.

При сохранном чтении про себя и некоторой сохранности письменной речи для преодоления апраксии артикуляционного аппарата логопед в работе использует зрительно-слуховой имитационный прием, форсирует восстановление письменной речи при составлении фразы по сюжетным картинкам.

Приемы зрительной и слуховой имитации логопед использует в работе с больным при наличии стойкого речевого эмбола типа «на-на-на», «ти-ти», «вот», «ну», при преимущественной апраксии гортани и голосовых связок (при относительно сохранном чтении и письме отдельных слов), а также при тотальной апраксии артикуляционного аппарата. Вся работа по этому методу исключает пользование зеркалом, зондами, шпателями, так как они увеличивают степень произвольности движения, усугубляют артикуляционные трудности больных.

Артикуляционная апраксия нередко сочетается с оральной (неречевой) апраксией, когда больной не может подуть, сплюнуть, высунуть по заданию или по показу язык, надуть щеки, пощелкать. В этих случаях перед вызовом того или иного звука больному предлагается выполнить неречевые движения языка, губ, щек, мягкого нёба в игровой, имитирующей эти движения форме. Зрительный контроль (без зеркала) помогает преодолеть такие трудности, если больной введен в игровую ситуацию и реализует замысел игры, а не просто производит то или иное движение. Так, например, больной по заданию не может надуть щеки, по при просьбе воспроизвести звук, подобный звуку пробки, вылетающей из бутылки с шампанским, в обход оральной апраксии производит это движение, произнеся звонкий звук п. Или, в другом случае, больной не может произнести звук т и найти положение языка для беззвучного т и в то же время может «сплюнуть» бумажку с кончика языка.

Примером диссоциации между произвольным и непроизвольным нахождением артикуляторного движения больного могут служить трудности произнесения многих гласных звуков. При попытках произнести звуки **у, о, ы, и**, а также согласные **больные** либо беззвучно выдыхают воздух, либо хрипят, производя хаотические движения губами или языком. Отвлекая от произвольного артикулирования на игровые и имитационные занятия, логопед просит больных постонать, как будто болит зуб, подышать на руки, как будто они замерзли, это дает возможность больным совершать не только оральные, но и артикуляторные движения, продиктованные замыслом действия, его семантикой.

Степень апраксии разных органов артикуляционного аппарата может быть разной, поэтому целесообразно начинать работу с имитации доступных звуков, как правило губных и переднеязычных, но не с несколькими, а с одним звуком, так как на начальных этапах отмечается обилие литеральных парафазий. Занятия начинаются с вызова контрастных гласных **а** и **у**. Логопед рисует в тетради больного несколько кружков разной конфигурации или губы, широко раскрытые и не слишком широко, и просит больного попытаться скопировать это самому, т. е. широко разомкнуть губы, неплотно сжать их, сначала беззвучно, а затем произнося звуки **м** и **в**. Звонкие звуки восстанавливаются медленнее глухих, так что восстановление звуков **м** и **в** в значительной степени облегчает склонность к их оглушению.

Чистая афферентная моторная афазия встречается очень редко. У больных наблюдаются трудности в переключении с одного звука на другой. На первых 2—3 занятиях необходимо многократно прочитывать слоги и слова, составленные из звуков **а, у, м**. Многократное прочитывание слогов *ам-ам, ау, уа, им, ум*, слова *мама* (относящихся к «детскому» лексикону) улучшает возможность переключения с одного звука на другой. Логопед предварительно объясняет больному, что эти упражнения на первых занятиях помогут им в дальнейшей работе.

Закреплять звуки можно в словах *Вова* и *Вава* в течение двух занятий, на которых повторяются упражнения на **а, у, м**. На четвертом-пятом занятии вызывается глухой, переднеязычный, смычный звук **т** путем показа межзубного т. Закрепление ведется в словах *Та та, тут, там, Тома, вот*. Из этих слов составляются и первые фразы. Больные произносят эти слова нечетко («тута», «гама»), деля каждое слово на открытые слоги. Освоению слов *тут, там, вот* необходимо придать особое значение, так как это первые закрытые слоги. Автоматизация этих слов, как правило, занимает 2—3 занятия, на которых логопед закрепляет предыдущие звуки и помогает больному освоить гласный **и**. Он необходим для восстановления произнесения первого слога-союза, объединяющего серию однородных членов предложения, а также для восстановления мягких согласных при освоении следующих групп звуков. Звук **ы** очень сложен для больных с афферентной моторной афазией, но он необходим, так как является одной из флексий существительных и таких местоимений, как *мы*

и *вы*. Для вызова этого звука логопед предлагает больному «постонать» и через имитацию «стона» вызывает его.

Следующий звук **с**, контрастный по отношению к **т** по способу артикуляции. Он сразу после вызова вводится в слова *сам, мост, сыт, сом*. Первые фразы из этих слов весьма искусственны. Их произнесение служит лишь цели преодоления грубых артикуляционных трудностей. На следующих занятиях в речь больного по мере овладения новыми звуками вводятся слова, необходимые для речевого общения, слова со стечением согласных, а также закрепляется произнесение закрытого слога.

Вызов звуков **н, к, и, ц, л, е, д** позволяет организовать произнесение слов *сын, на, нате, носит, сон, им, нам, ни-ни, весна; как, какая, кот, ток; мой, май, твой, неси; папа, пусто, суп; лук, пила, пил, лопата, упала, палка, упал, плита, лила, лил, полка, стол, стул, поймал, понял, солила, солил, солил, стакан, носки, носить, пальто; ел, ела, ем, ест; шапка, шум, шепот, шептать, шуметь, шумит, машина, тишина, минута* и т. д. Все последние слова являются для больного очень значимыми, с их помощью составляются различные фразы, выражающие его потребности. Артикуляционные возможности к этому времени таковы, что больной может по слогам читать и самостоятельно произносить фразы с глаголами в разных лицах и существительные в косвенном падеже. Это возможно лишь при условии работы на начальном этапе с гласными и формировании закрытых слогов. В некоторых случаях особые трудности возникают у логопеда при вызове звука **к**, особенно в словах, начинающихся с этого звука. Например, *кто, кот* и т. д. Объясняется это тем, что больной не может опереться на зрительный контроль при артикуляции звука **к**. Можно предложить произнести звук **к**, предваряя его звуком **и**. Так как общим у этих звуков является высокое стояние гортани, переход от **и** к смычке задней части языка с нёбом облегчает вызов этого звука в начале слова.

При произнесении звука **к** больные часто его произносят как **т**. Чтобы избежать этого смешения, больному надо почувствовать, что при произнесении звука **к** корень языка упирается в верхнее нёбо, и логопеду достаточно наглядно указать больному место стычки языка на звуки **к** и **т**.

Основное внимание на этой стадии коррекционно-педагогической работы уделяется преодолению трудностей произнесения комплексов согласных звуков или образования стечения согласных в слоге. Для русского языка наиболее характерны и частотны стечения следующих согласных: *ск, сл, см, ср, тр, стр, мн* и т. д., т. е. сочетания щелевого с сопорными и смычными или смычных с сонорными. Во многих языках мира сонорные согласные являются слогаобразующими, так как по ряду своих признаков они приближаются к гласным звукам. В связи с этим преодоление трудностей образования стечения согласных целесообразно начинать со звуко сочетаний: *сл, см*, вводя их в слова *снова, слово* и т. д. Для преодоления трудностей произнесения комплексов *сп, ск, ст* больному рекомендуют произносить долгое **с** с постепенным переходом к

следующим звукам; лучше начинать с сочетания **СП** так как в нем участвуют разные органы артикуляции (*спать, спешить*), и завершить сочетанием *ст*, т. е. звуками, отличающимися лишь способами артикуляции. Для облегчения произнесения слогов со стечениями согласных можно разрешать больным делать очень маленькие паузы между сочетаниями *ст*, *сп* и другими, чтобы больной приготовился к произнесению не только согласных, но и гласных звуков, преднастроить свой артикуляционный орган на слитное произнесение второй части слога: *с-тул*, *с-тук* и т. д.

В процессе овладения звуками **а, у, м, ы, т, и, в, с, э, н, к, и, п, л, е, ш** происходит преодоление апраксии артикуляционного аппарата.

Логопед может придерживаться и другой последовательности в работе по вызову звуков, однако надо учитывать следующие условия: 1) нельзя одновременно вызывать звуки одной артикуляционной группы, 2) звуки должны вводиться во фразы, слова, избегая существительных в именительном падеже, необходимых для общения взрослого больного человека с окружающими, и закрепляться в беседах, в процессе письма и чтения.

Применение методики слуховой и зрительной имитации, как правило, не бывает очень длительным. По мере преодоления апраксии артикуляционного аппарата можно переходить к сопряженному и отраженному произнесению фраз на темы дня, по картинкам, стимулировать самостоятельную речь больного.

Иногда при быстром темпе восстановления звукопроизношения могут возникнуть скандированное позвуковое, по- слоговое произношение и некоторые заикоподобные расстройства речи. В занятиях с этими больными уже на начальных этапах работы необходимо работать по восстановлению мелодики слога и слова, обучать речевому дыханию.

В некоторых случаях при очень грубой апраксии губ и относительно сохранном чтении и письме приходится использовать в целях восстановления произносительной стороны речи внутреннее проговаривание читаемого слова или предложения, произнесение их сначала беззвучно, затем шепотом и, наконец, вслух. Восстановление речи в этом случае идет за счет проговаривания слов, включающих задне- и переднеязычные, в основном щелевые и сонорные, звуки (*машина, шум. За окном шумит машина* и т. д.). Стимулирование без звучного, шепотного произнесения больным слов и фраз, преимущественно состоящих из передне- и заднеязычных звуком, подготавливает к произнесению и губных звуков.

Осуществляется это следующим образом. Больному, у которого чтение и письменная речь в некоторой степени сохранены, логопед объясняет, что, помимо громкого говорения, существует внутреннее проговаривание слов и фраз.

Большинство людей знают об этом, так как внутреннее проговаривание обычно сопутствует письменной речи и чтению сложных слов и текстов. Больному предлагается про себя несколько раз проговорить слова, состоящие из

передне- и заднеязычных звуков, например: *шутка, шутит. Я не хочу шутить. Я хочу читать* и т. д. Больной читает эти фразы, списывает их и начинает беззвучно артикулировать слова.

Логопед следит за повышающейся активностью артикуляционного аппарата, стимулирует больного (*Пограмче!, Смелее!*) и, присоединяясь к больному, создает ему фон шепотного произнесения этих фраз. Постепенно больной озвучивает одно слово за другим, как бы читает их и переходит к звучной речи в обход апраксии артикуляционного аппарата. Внутреннее проговаривание может вначале сопровождаться ритмичным (в соответствии с мелодикой фразы) покачиванием головы и руки, причем длительность амплитуды движения руки в какой-то степени будет совпадать со слоговой структурой слова.

Существенным в этой методике является отвлечение внимания больного от произвольного артикулирования к восприятию речи на слух, внутреннему чтению фразы, ритму речевого высказывания, беззвучной речи и шепоту. В результате восстанавливается преднастройка артикуляций, входящих в слог и слово.

При втором варианте афферентной моторной афазии по классификации Вернике — Лихтгейма, так называемой проводниковой афазии, восстановительное обучение весьма близко восстановительному обучению при обычной афферентной моторной афазии.

При проводниковой афферентной моторной афазии первично нарушенной предпосылкой является кинестетическая афферентация оценки выбора способов артикуляции, а также трудность комплектования слога и слова из его компонентов.

Преодоление перечисленных трудностей осуществляется посредством зрительного контроля за разворачиванием слова на время списывания, носящего характер зрительного диктанта. Многосложные слова со стыковкой согласных (особенно сонорных) на границах слогов, а также слоги со стечением согласных для облегчения чтения целесообразно делить тонкой вертикальной чертой.

В связи с тем, что при произвольном произнесении слов больные часто смешивают не только согласные, но и гласные туки, логопед выделяет их, подчеркивая цветным карандашом, тем самым обращает внимание больного на слоговой состав слова. В процессе списывания различных автоматизированных речевых рядов, простых фраз к картинкам больные, осваивая последовательность звуков слова, переходят к шепотному произвольному произнесению некоторых фрагментов слова и фразы, постепенно это произнесение становится более полным и звучным.

В связи с сохранностью синтагматической линейной стороны речи артикуляционные трудности могут возникнуть в основном при произвольном повторении, назывании и чтении вслух.

При обширных поражениях нижнетеменных отделов возникает кинестетическая алексия, чтение про себя и списывание приобретает

произвольный, дезавтоматизированный характер. В этих случаях логопеду приходится прибегать к другому способу, близкому по своему характеру к зрительно-слуховой имитации. Над буквами ставятся значки, схематически иллюстрирующие способы артикуляции звуков: смычку органов — х, щель=, вибрация-. Больной учится слушать звук, выделять его в слове и читать, опираясь на соответствующие надстрочные значки, указывающие на способ их образования. Порядок овладения звуками при этой форме афазии несколько иной, чем при обычной афферентной афазии. Сначала осваиваются смычные звуки. Логопед объясняет больному, что долгота звуков по способу образования может быть различной. Так, **м** — **п** взрывные, **с** — щелевой звук и более сложные — аффрикаты.

Произвольное произнесение слова проходит несколько этапов: этап нечленораздельного, едва артикулируемого приговаривания слова, многократного шепотного проговаривания и, наконец, звучного проговаривания, при котором произнесение «для себя» сменяется произвольным произнесением для логопеда или врача.

Если больной сбивается при произнесении слова вслух, логопед не должен требовать от него громкого произнесения слова. Его необходимо убедить в том, что слово шепотом **было** произнесено им верно. Это снимет напряженность больного, от занятия к занятию он начнет свободнее произносить слова по заданию. Особенно помогает больному чтение слогов, разделенных на слоги, и акустическое восприятие слова, произнесенного логопедом по слогам.

Если на начальном этапе восстановления больным абсолютно недоступны произвольные название, повторение, чтение вслух и т. д., то на более поздних этапах появляются литеральные и вербальные парафазии; больные хорошо слышат их и стараются преодолеть их путем настойчивого многократного произнесения слов. В некоторых случаях они обращаются за помощью к логопеду, чтобы логопед произнес слово по слогам. И только с опорой на послоговое чтение логопеда больной справляется с произнесением слова.

При легкой степени выраженности афферентной моторной афазии для преодоления дефектов используется написание сочинений по открыткам, устное и письменное изложение сюжета художественных произведений, чтение стихотворений, чтение слогов с оппозиционными звуками и слов со стечением согласных, слов из профессионального словаря больного и т.п.

Восстановление повествовательной речи. Традиционно считается, что экспрессивная речь у больных с афферентной моторной афазией потенциально сохранна в связи с сохранностью передних речевых отделов, программирующих речевое высказывание. И все же грубое нарушение артикуляторной стороны речи как бы блокирует возможность развернутого высказывания. Даже при «чистых» случаях афферентной моторной афазии средней степени тяжести могут возникать трудности в подборе слов, особенно предлогов и глаголов с

приставками, передающих пространственное отношение. Эти трудности выбора слов и параграмматизм типа «телеграфного стиля» преодолеваются во много раз легче, чем истинный агромматизм «телеграфного стиля», характерный для эфферентной моторной афазии.

При афферентной моторной афазии, как и при акустиконостической сенсорной афазии, трудности развертывания высказывания связаны с неясностью, с диффузностью представления о звуковом и слоговом составе слова. В связи с этим при восстановлении звуко-буквенного анализа состава слова и преодоления артикуляторных трудностей у больных с афферентной моторной афазией восстанавливается возможность но-шпации всех предметов, действий, качеств. Довольно быстро - попарь больных становится неограниченным, особенно при составлении фраз по сюжетным картинкам. Однако ситуативная речь длительное время остается замедленной, бедной как по своему лексическому составу, так и по грамматическим формам выражения. Больные на резидуальном этапе болезни «привыкают» к тому, что окружающие понимают их по жестам и мимике, по отдельным с трудом произносимым словам при сохранной внутренней речи, которую больные не используют в общении.

Восстановление ситуативной, разговорной речи является одной из первоочередных задач начального этапа коррекционно-педагогической работы. По мере восстановления звуко-произношения вновь вызванные звуки вводятся в слова, необходимые для общения. Нередко у больных с афферентной моторной афазией после 12—16 вновь образованных звуков (а также при стимулировании устного высказывания при помощи автоматизированных речевых рядов) удается вызвать путем сопряженного повторения еще нечеткое звучание слов, необходимых для общения. Это наречия, вопросительные слова и глаголы: *сейчас, хорошо, завтра, вчера, когда, зачем, не хочу, буду* и т. п. Введение вновь вызванных звуков в предикативные высказывания осуществляется относительно легко.

Логопед в беседах на темы дня отрабатывает с ними артикуляторные программы слов, входящих в клишеобразный лексикон разговорной речи. Основным лексическим и дидактическим материалом начального этапа работы служат не сюжетные картинки, а различного рода диалоги. По мере восстановления диалогической, очень краткий клишеобразной разговорной речи логопед переходит к восстановлению монологической речи. Основная цель ее — развить у больного развернутого устного и письменного высказывании Больной с афферентной моторной афазией достаточно быстр» овладевает схемой прямого и инвертированного построения фразы по сюжетной картинке, планом высказывания по серии сюжетных картинок. По мере восстановления звуко-буквенную анализа состава слова, логопед переключает больного с устного составления фраз по картинкам - к письменному. При наличии грубой апраксии артикуляционного аппарата устная речь может отставать от письма. Письменная

речь в этих случаях оказывается опорой для восстановления устного высказывания.

Для устной и письменной речи будут характерными параграмматизмы, выражающиеся в трудностях употребления наречий, предлогов, местоимений, флексий существительных, глаголов, передающих различные направления движения. Для предупреждения и преодоления этого параграмматизма на стадии еще полного отсутствия речи и позже производится уточнение понимания больным значений предлогов, местоимений, наречий и т. д., заполнение пропущенных предлогов и флексий существительных, уточнение употребления глаголов с приставками: *улетел, убежал, ушел, прибежал, пришел* и т. д., дифференциация значений предлогов и приставок: *на — по, при — в, под — над* и т. д.

При проводниковой афферентной моторной афазии ситуативная клишеобразная речь у больных сохранна и служит целям коммуникации, но грубо нарушено произвольное составление фраз по сериям картинок, по отдельным сюжетным картинкам. Общей особенностью для этих форм афазии будет появление псевдограмматизма типа «телеграфного стиля», вызванного восстановившейся способностью к названию всех окружающих предметов. Этот псевдограмматизм не служит для них средством общения, он проявляется лишь при составлении фраз по сюжетным картинкам на раннем этапе перехода от слова-номинации к фразе. Это преодолевается путем объяснения больному, что ему не следует отвлекаться, перечисляя второстепенные предметы, изображенные на рисунке, нужно вычленивать главное при составлении фразы. Больные с афферентной моторной афазией обладают достаточно сохранной фантазией, чувством юмора, которые отражаются в их письменных, а затем и в устных высказываниях.

Восстановление чтения и письма. На резидуальной стадии коррекционно-педагогической работы восстановления чтения и письма начинается с первого же занятия по преодолению артикуляторных трудностей. Каждый проговариваемый звук, слово, фраза читаются больным сначала сопряженно и **отраженно** с логопедом, затем самостоятельно. Очень большое внимание в восстановлении чтения и письма отводится зрительным диктантам отдельных слов, словосочетаний и коротких предложений.

При грубой афферентной моторной афазии для восстановления звуко-буквенного анализа состава слова используется разрезная азбука, заполнение пропущенных букв в слове и фразе (работа с разрезной азбукой в афизиологической литературе иногда называется «бухштабирование»).

Диктанты, особенно на начальных и средних этапах восстановления, состоят из слов и фраз, предварительно проработанных с больным, прочитанных им, так как больному с выраженными артикуляторными нарушениями трудно удерживать в слухоречевой памяти относительно развернутый текст, состоящий, из большого

числа слогов, звуко сочетаний, слов. Слуховые диктанты должны перемежаться со зрительными.

На начальных стадиях восстановления особое внимание уделяется гласным звукам, так как они часто находятся в редуцированной позиции и слабо ощущаются больными. Улучшению процесса чтения содействует предварительное прослушивание текста, так как преодоление трудностей артикулирования в процессе чтения отвлекает внимание больного от содержания рассказа, понимания некоторых словосочетаний. Чтение вслух и письмо под диктовку у больных с проводниковой афазией восстанавливается лишь после преодоления основных артикуляторных трудностей, главным образом в результате длительного списывания слов, различных по слоговой и звуковой сложности предложений, небольших текстов.

Восстановление понимания. Преодоление нарушений понимания при афферентной моторной афазии на резидуальном этапе зависит от степени тяжести речевого расстройства, степени нарушения чтения и письма.

При грубых нарушениях экспрессивной речи основное внимание уделяется восстановлению вторично нарушенной) фонематического слуха, восстановлению ориентации в пространстве, уточнению значений предлогов, наречий, пониманию личных местоимений в косвенных падежах, пониманию элементарных пар антонимов, синонимов.

Вторично нарушенный фонематический слух восстанавливается путем фиксации внимания больного на звуках, близких по месту и способу артикуляции, при прослушивании слов, начинающихся с этих звуков, при подборе на ту или иную букву картинок, начинающихся с соответствующего как гласного, так и согласного звука, при выборе из различных текстов слов, имеющих отрабатываемые звуки в начале, середине и конце слова.

Дифференцирование значения слов одного семантического поля, части и целого, синонимов, омонимов, антонимии проводится с безречевыми больными с опорой на картинки при прослушивании различных фраз, уточнении значения слов. На более поздних этапах, по мере восстановления чтения и письма, используется заполнение пропущенных слов синонимов, омонимов, составление с ними предложений. Например, вставить в предложение слова: *смелый, храбрый, героический, мужественный* и т. д., уточнить, в каких случаях возможно употребление этих слов.

При проводниковой афферентной моторной афазии проводится восстановление понимания значений существительных, входящих в одно семантическое поле, например, уточняется возможность употребления слов *труба, стена, потолок, дверь*. Эти упражнения предупреждают возникновение в речи больных вербальных парафазий. Улучшению ориентированности в пространстве способствует работа с географической картой, нахождение на ней морей, гор, городов, океанов, стран и т. п.

143

На более поздних этапах, когда можно опираться на чтение и письмо, производится преодоление импрессивного аграмматизма. Больной описывает расположение центрального предмета по отношению к предметам, находящимся от него слева и справа, над и под ним. Сначала описываются рисунки одной пространственной группы, затем другой, т. е. либо по горизонтали, либо по вертикали. Логопед рисует в тетради больного три предмета (например, елка, домик, чашка), средний предмет обводит кружком и около него или над ним ставит вопрос, стрелками намечает план описания предметов. Больной составляет по нему фразы: «Елка нарисована справа от дома и слева от чашки» или «Домик нарисован слева от чашки и справа от елки». Эта работа проводится больным в течение 8—10 занятий. Затем так же описывается расположение предметов с предлогами *над* — *под*, с наречиями *выше* — *ниже*, *дальше* — *ближе*, *светлее* — *темнее* и т. д. После освоения больным описания пространственного расположения трех предметов логопед переходит к заданиям на понимание письменных инструкций, предварительно проработав эти схемы в экспрессивной речи, например: *Нарисуйте елку справа от чашки и слева от стола, Положите ножницы слева от себя и справа от кисточки* и т.п. Это подготавливает больного к пониманию логико-грамматических конструкций на слух или при чтении.

Преодоление нарушений понимания личных местоимений осуществляется на групповых занятиях, а также при заполнении пропущенных в предложении местоимений.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ ЭФФЕРЕНТНОЙ МОТОРНОЙ АФАЗИИ

При эфферентной моторной и динамической афазии у Пильных наблюдается некоторая инактивность в процессе преодоления речевых расстройств, эмоциональная лабильность, эйфория. Иногда возникают приступы насильственного плача или смеха. Больные могут отказываться от занятий или обследования, бывают агрессивными.

Логопед планирует свою работу с учетом всех особенностей этих больных.

Основными задачами коррекционно-педагогической работы при эфферентной моторной афазии является преодоление патологической инертности в звене порождения звуковой и слоговой структуры слова, восстановление чувства языка, преодоление инертности выбора слов, преодоление аграмматизма, восстановление структуры устного и письменного высказывания, преодоление алексии и аграфии.

При «передних» эфферентной моторной и динамической афазиях коррекционно-педагогическая работа опирается на сохранный парадигматическую систему и на привнесенные извне логопедом программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования

слоговой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

Именно привнесенные извне средства, программирующие структуру слова и фразы (схемы, планы, программы), позволяют преодолеть у больных с эфферентной моторной афазией трудности переключения с одного слога или слова на другие, восстановить кинетическую мелодику речи, преодолеть персеверации, эхолалии, трудности выбора слогов, входящих в слово, фразу.

Восстановление экспрессивной речи. Преодоление нарушенной произносительной стороны речи начинается с восстановления ритмико-слоговой схемы слова, его кинетической мелодики.

При очень грубой эфферентной моторной афазии с тотальным нарушением чтения и письма работа начинается со слияния звуков в слоги. При этом больной не только имитирует слог, несколько раз предварительно медленно произнесенный логопедом, но и одновременно складывает его из букв разрезной азбуки. Затем из освоенных слогов составляет простое слово типа *рука, вода, молоко* и т. д. Составляются различные схемы слова, ритмически отбивается слоговая структура слова.

Затем начинается работа по автоматизации слов с определенной ритмической структурой. Для этого больному предлагается читать серию слов с одной слоговой структурой написанной столбиком. Постепенно слоговая структура слова усложняется. Больной сопряженно с логопедом, а затем самостоятельно читает разделенные на слоги рифмующиеся слова. Целесообразность использования этого приема, представляющего собой, но существу, вынос вовне ритмической структуры слова, подчеркивается П. С. Цветковой.

Для уточнения слогового и звукового состава слова используется прием наглядного изображения схемы слова (например, синей чертой обозначается все слово, красными черточками — слоги, зелеными — буквы). Сначала воспроизведение этой схемы осуществляет больной совместно с логопедом, затем самостоятельно.

Одновременно с восстановлением звуковой и слоговой структуры слова начинается работа по восстановлению фразовой речи. Преодоление нарушенной фразовой речи начинается с восстановления так называемого чувства языка, улавливания созвучия, рифм в стихах, пословицах и поговорках.

Особенно полезно использовать пословицы и поговорки с рифмующимися глаголами: «Что посеешь, то и пожнешь», «Не красна изба углами, а красна пирогами» и т. п.

При восстановлении экспрессивной речи особое внимание уделяется преодолению патологической инертности в нахождении нужных артикуляционных компонентов-слогов и слов для высказывания.

Движение является процессом, протекающим во времени и предполагающим наличие цепи сменяющих друг друга импульсов. По мере формирования

двигательных навыков отдельные импульсы синтезируются, объединяются в целые «кинетические структуры» или «кинетические мелодии». Поэтому иногда достаточно подсказать больному одно слово, чтобы выявить **целый динамический речевой стереотип**, например, автоматически сменяющих друг друга слов пословицы или поговорки. В выработке такого динамического стереотипа и состоит формирование двигательного навыка, который в результате упражнений становится автоматизмом.

В премоторных отделах коры головного мозга осуществляется превращение отдельных двигательных артикуляционных импульсов в последовательные кинетические артикуляционные мелодии, формирующие слова. В связи с этим при афферентной моторной и динамической афазии срабатывает прием подсказа первого звука слова. Однако подсказ первого слога слова при назывании предметов может приводить к вербальным парафазиям. Для предупреждения подобных вербальных парафазий используются различные фразеологические автоматизмы, образующие, по существу, частную парадигму, состоящую из двух слов, например: *реактивный самолет, легковая машина, красный галстук* и т. п. В этих двусоставных парадигматических единствах предшествующее слово автоматизированно извлекает последующее.

В работе с больными используются сюжетные и предметные картинки, которые многократно обыгрываются логопедом. При этом выделяется то одно, то другое слово. Например, по фразе к картинке «Мальчик идет в школу» логопед сначала стимулирует вызов слова *в школу*, а затем переходит при помощи наводящих вопросов к слову *идет*. В шуточной форме логопед приучает больного вслушиваться в вопрос, эмоционально на него отвечать, особенно если он не соответствует рисунку. Например, логопед спрашивает: *Мальчик летит к школе? Может быть, мальчик едет в школу на машине? Внимательно посмотрите, может быть, это не мальчик, а бабушка?..* На эти вопросы больные, как правило, на эмоциональном подъеме отвечают: «Да нет, это не бабушка, а ребенок» (или мальчик), «не на машине, а пешком», «не летит, а... идет». Обыгрывая предметный рисунок, логопед задаст больному вопросы о том, для чего предмет предназначен, что с ним можно или надо сделать, чтобы, допустим, съесть (надо вымыть, сварить и т. п.), каковы свойства предмета и т. д.

При эфферентной моторной афазии преодолению инертности в выборе глаголов содействует не только жесткий фразеологический контекст, но и выразительная пантомимическая имитация логопедом движений с предметами. Называние действий получает при этом свою наглядную опору, фразеологический же контекст детерминирует выбор грамматических средств, соответствующих суффиксов и флексий глагола. Например, логопед, стимулируя построение больным фразы по простой сюжетной картинке, произносит: *Эта женщина взяла кусок ситца и... платье для своей дочери..* (Логопед выразительно изображает движение руки во время шитья). *Она взяла ножницы и ими ...* (Логопед

выразительно изображает движение руки с ножницами, режущими материал) и т.п. Этот прием, наглядно демонстрирующий движение, значительно облегчает больному нахождение нужных глаголов.

Позже логопед дает задание закончить однотипную фразу различными словами, например: *я ем... (картофельный суп, манную кашу, белый хлеб и т.д.)*. Подобные задания про водятся с опорой на картинку (больной составляет фразы «Мальчик читает, рисует, пишет, плавает, бегаёт» и т. д.) Предварительно логопед четко произносит фразы к нескольким картинкам, затем стимулирует их произнесение путем соответствующих вопросов с опорой на различные схемы предложения. Схем может быть несколько. От развернутого вопроса к каждому члену предложения: *кто? что делает? чем? на чем? где?* — к схеме: «подлежащее + сказуемое + дополнение» и т. д., с постепенным замещением этих схем рамками или фишкам по числу ожидаемых слов в предложении.

Вынесение внутренней синтаксической схемы фразы вовне способствует тому, что больному учится делить фразу на элементы, проследить конкретные способы связи слов и одно смысловое и грамматическое целое. Глагол в этой схеме подчеркивается цветным карандашом для фиксирования его роли в предложении. Постепенно число внешних опор сокращается, повышается активность больного: полоски бумаги, соответствующие числу слогов в слове, заменяются нарисованной схемой предложения, черточками или ритмичным отстукиванием числа слов в предложении.

Важной составной частью работы по накоплению глагольного словаря является подбор нескольких глаголов к существительному или нескольких существительных к одному глаголу. При этом логопед просит больного объяснить, что может происходить с одним и тем же предметом, с какими предметами может быть связано то или иное действие.

Первыми устными текстами по составленному логопедом плану являются рассказы о режиме дня: «Я встал, умылся, почистил зубы...» и т. п. Эти рассказы варьируются, дополняются в зависимости от событий дня. Сначала больной рассказывает о себе в прошедшем времени, затем составляет план на последующие дни, осваивая разные формы будущего времени: «Я буду читать», «Я буду говорить», «Я буду хорошо говорить», «Я пойду на массаж» и т. п. Лексика, прорабатываемая на занятиях, должна обеспечивать больному возможность общения с окружающими.

Предупреждению и преодолению предложно-флективного аграмматизма способствуют вначале различные упражнения на заполнение пропущенных флексий, затем флексий и предлогов и, наконец, глаголов и существительных в косвенных падежах. Все эти задания сопровождаются предварительным прослушиванием предложения (к картинке или в упражнении без картинок) и выполнением этих упражнений как домашнего письменного задания. От составления фраз по простым сюжетным картинкам больной переходит к

составлению пересказа небольших текстов (Л. Н. Толстого, К. Д. Ушинского и др.) с опорой на вопросы, к составлению рассказов по сериям сюжетных картинок, к составлению к ним плана и т. д.

Восстановление чтения и письма. При грубой эфферентной моторной афазии чтение и письмо могут быть в состоянии полного распада. В связи с этим для больных разрабатываются индивидуальные картинные азбуки, в которых каждой букве соответствует определенная картинка или слово, значимые для больного, например: а — «арбуз», б — «бабушка», в — «Василий» и т. д. Используя знакомые слова, больной находит в азбуке нужные для составления слога и слова буквы. С помощью обычной разрезной азбуки можно, комбинируя слоги, составлять разные слова. Вначале это будут односложные слова, затем двухсложные, трехсложные и т. д.

У большинства больных наблюдается правосторонний гемипарез, поэтому их учат писать левой рукой сначала прописные буквы, затем слова и фразы. Левая рука должна лежать на странице тетради ровно, без поднятия кисти и запястья. Проводится курс подготовительных упражнений, предупреждающих Персеверации букв и их элементов.

В дальнейшем больным с грубой эфферентной моторной афазией даются задания на заполнение пропущенных гласных и согласных букв в простых словах под картинками, заполнение букв в фразах и текстах. Проводится звуко-буквенный анализ состава слова с помощью наводящих вопросов, анализ слогов. Сложив слово из разрезной азбуки, больной записывает его в тетради.

После усвоения звуко-буквенного анализа логопед дает из легких фраз слуховой диктант. При этом больной должен проговаривать каждое слово по звукам, иногда предварительно складывать особенно трудные слова из букв разрезной азбуки.

На поздних этапах больным можно предложить решение простых кроссвордов, составление различных коротких слов из букв многосложного слова, т.е. больным предлагаются речевые игры, но в облегченном виде.

Восстановление чтения при грубой выраженности эфферентной афазии начинают с глобального чтения больным слом и фраз, с подкладывания этих слов к предметным и сюжетным картинкам, подбора слов, связанных друг с другом по смыслу. Например, больной раскладывает подписи к картинкам, изображающим транспорт, или подбирает соответствующие подписи, соотнося название государства и его столицы (*Москва — Россия, Париж — Франция, Лондон — Англия* и т.д.; *А. С. Пушкин — «Евгений Онегин», Л. П. Толстой — «Война и мир»*).

Восстановление чтения идет параллельно с восстановлением звуко-буквенного анализа состава слов, но, безусловно несколько опережает его. Вначале больной по слогам читает слова с различной слоговой структурой, простейшие тексты (тексты, написанные для детей Л.Н. Толстым и К.Д.Ушинским), затем более сложные.

148

Восстановление понимания. Восстановление понимания речи при грубой эфферентной моторной афазии начинается с воспитания слухового внимания, умения выделить из вопроса слово, которое несет основную смысловую нагрузку, акцентированное логическим ударением или интонацией. Больным задаются провокационные вопросы. Например, при показе рисунка «дом» больного спрашивают: *Это стол? Это карандаш?* Или больному говорят: *П.И. Чайковский написал оперу «Лебединое озеро»; А. С. Пушкин написал роман «Война и мир».* Именно такие вопросы у безречевых больных способны не только «разбудить» их речевое внимание, но и вызвать слова: «Чепуха, абсурд!», «Ну, что вы!».

По мере восстановления слухового внимания логопед предлагает больному рассмотреть картинки и одновременно спрашивает: *Где нарисована ложка? Покажите ложку* или: *Покажите то, чем мы едим.* Подобными заданиями у больного закладываются предпосылки к восстановлению чувства языка. Позже даются задания положить тот или иной предмет *на, под, за* другой предмет. Логическое ударение должно при этом падать то на предлог, то на предмет. С помощью интонации или логического ударения логопед подчеркивает переход к другим видам заданий: *поставьте стакан, положите стакан, переверните стакан вверх дном* и т. п.

Важное место в восстановлении «чувства языка» занимают упражнения на предъявление больным на слух грамматически правильных и ненормативных, специально искаженных грамматических конструкций. Предварительно логопед разъясняет больному, какие конструкции соответствуют грамматическим законам и правилам, а какие нет. Затем одна из конструкций (например, «мышка под шкафом») выделяется в качестве эталона, и тем самым больной получает возможность сличения последующих предъявлений (например, «мячик под стулом» и «мячик под стула», «мячик под стуло») с этим образцом. Внимание больного фиксируется на формально-грамматической стороне речи, делая ее предметом специального осознания и способствуя автоматизации полученных навыков. Эти виды работы содействуют преодолению характерного для эфферентной моторной афазии флексивного импрессивного аграмматизма.

Таким образом, при эфферентной моторной афазии логопед восстанавливает те высшие корковые функции, которые поэтапно развивались у ребенка самого раннего возраста: слоговую организацию слова, «чувство языка», элементарное соединение слов в предложении. При восстановлении всех нарушенных функций при эфферентной моторной афазии логопед использует привнесенные извне стимулирующие дидактические приемы (подсказ начального звука слова, использование фрагментов фразеологизмов, разрезная азбука, чтение по слогам, различного вида схемы, вопросы).

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ ДИНАМИЧЕСКОЙ АФАЗИИ

149

При динамической афазии основной задачей коррекционно-педагогической работы является преодоление инертности в речевом высказывании. При первом варианте это будет преодоление дефектов внутреннего речевого программирования, при втором варианте — восстановление грамматического структурирования.

В связи с тем, что при сосудистых заболеваниях головного мозга наблюдается, как правило, комплексная динамическая афазия, а нередко комплексная афферентно-динамическая афазия, описание приемов преодоления динамической афазии приводится тоже комплексно.

Восстановление экспрессивной речи. При значительно выраженной аспонтанности больному даются задания восстановить порядок слов в деформированных предложениях (например: *в, дети, быстро, школу, идут*), различные упражнения на классификацию предметов по разным признакам («Мебель» «Одежда», «Посуда», круглые, квадратные, деревянные, металлические предметы и т. п.). Используется прямой и обратный порядковый счет, вычитание из 100 по 7, по 4.

Преодоление дефектов внутреннего программирования осуществляется путем создания для больных внешних программ высказывания с помощью различных внешних опор (схем, предложений, фишек и т. п.), постепенного сокращения их числа и последующей интериоризации, свертывания этой схемы вовнутрь. Больной, перенося указательный палец с одной фишки на другую, постепенно развертывает речевое высказывание по сюжетной картинке, затем переходит к зрительному слежению за планом развертывания высказывания без сопряженного двигательного подкрепления и, наконец, производит составление этих фраз без внешних опор, прибегая лишь к внутриречевому планированию высказывания.

Восстановлению линейного развертывания высказывания во времени содействует использование слов, входящих в вопросы к сюжетной картинке или к соответствующей обсуждаемой на занятии ситуации. Так, на вопрос: *Куда вы сегодня пойдете?* больной отвечает: «Я пойду к парикмахеру» или «Я пойду на рентген» и т. п., т. е. добавляет лишь одно слово. Другим приемом восстановления структуры высказывания является использование опорных слов, из которых больной составляет предложение. Постепенно число предложенных слов для составления предложений сокращается и больной свободно, по своему усмотрению добавляет слова и находит их грамматические формы.

Ввиду того, что при первом варианте динамической афазии нарушается в основном составление не фразы, а текстов, в качестве внешних опор используются серии последовательных картинок, связанных одним сюжетом.

Например, серия рисунков Х. Бидструпа, или о том, как ребенок, самостоятельно построив плот, отправился в плавание, и о том, каковы были последствия этого плавания.

Речевая активность больных будет увеличиваться в процессе создания логопедом специальных речевых ситуаций-инсценировок, где инициатива ведения диалога принадлежит больному. Для облегчения ведения диалога логопед предварительно обсуждает с больным тему, предлагая ему вопросительные, «ключевые» слова, которые он может использовать в беседе, и план. Облегчает ведение диалога так же использование обращения к логопеду или другим собеседникам по имени и отчеству. На занятиях по стимулированию речевой активности можно инсценировать беседу с врачом, в магазине, в аптеке, в гостях и т.п. Больной может быть ведущим в беседе о творчестве писателя, художника или композитора, при обсуждении художественного произведения, при обсуждении телепередач. Ему можно давать поручения, чтобы устно он передал кому-либо просьбу логопеда.

При более легких формах динамической афазии логопед предлагает больному пересказать текст сначала с помощью развернутого вопросника, затем с помощью ключевых вопросов к отдельным абзацам текста, с опорой на односложный, свернутый план. Параллельно логопед учит его составлять самостоятельные планы к текстам, сначала развернутые, затем краткие, свернутые. Наконец, после предварительно составленного плана больной пересказывает текст, не заглядывая в этот план. Таким образом, происходит интериоризация плана пересказа прочитанного.

Восстановление понимания. При грубой динамической афазии понимание ситуативной речи восстанавливается путем обсуждения различных событий дня. Например, логопед, выяснив вопрос о самочувствии больного, говорит: *А теперь поговорим о ваших вкусах. Любите ли вы стихи? Знаете ли вы...?* Или, переключив его внимание на новую тему, спрашивает: *Кто навещал вас накануне?* При этом логопед интонационно выделяет предикат высказывания, акцентируя внимание больного на том или ином фрагменте. В дальнейшем больные начинают использовать интонацию в целях общения, привлекать к себе внимание окружающих, выполнять однозвенные и многозвенные инструкции.

По мере воспитания внимания к речи окружающих восстанавливается и ее понимание, уменьшаются трудности переключения акустического восприятия с одной темы беседы на другую.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПРИ КОМПЛЕКСНЫХ АФАЗИЯХ

При сосудистых заболеваниях головного мозга часто наблюдается сочетание различных форм афазии, которые получили наименование смешанных,

комплексных. Степень тяжести речевого расстройства при комплексных афазиях зависит не столько от самого сочетания различных ее форм, сколько от степени их выраженности. Так, грубая афферентная моторная афазия с наличием признаков эфферентной моторной афазии по степени своего расстройства не является крайне тяжелым речевым расстройством, также, как и грубая эфферентная афазия при признаках афферентной моторной афазии. Эти весьма различные между собой нарушения речи у больных с афазией требуют учета их особенностей при выборе приемов коррекционно-педагогической работы.

Преодоление комплексной моторной афазии. Комплексная афферентно-эфферентная моторная афазия может быть разной степени тяжести и в зависимости от того, насколько пострадали постцентральные и премоторные речевые отделы коры головного мозга.

При обширном поражении как премоторных, так и постцентральных отделов, а также при преимущественной афферентной моторной афазии с элементами эфферентной, коррекционно-педагогическая работа по преодолению речевых расстройств начинается с восстановления вторично нарушенного понимания. Она заключается в выполнении отдельных инструкций, выборе картинок по заданию, раскладывании подписей к ним, выборе из серии слов, начинающихся с определенной буквы, прослушивании звука или слога, соотнесении воспринятого звука или слога с буквой или сочетанием букв, вызове звуков по зрительно-слуховой имитации для создания базы звуко-буквенного анализа состава слова, в постепенном переходе к овладению словарем, необходимым для элементарного речевого общения. Одновременно с восстановлением произносительной стороны речи ведется работа по преодолению персевераторности, склонности больного повторять, одно и то же слово и т. п. При средней степени нарушения речи при комплексной афферентно-эфферентной моторной афазии основное внимание логопеда уделяется преодолению дефектов линейной, синтагматической стороны речи, стимулированию речевого высказывания в беседах на темы дня, построению фразы по сюжетным картинкам с опорой на схемы высказывания и т. п.

При комплексной моторной афазии незначительные признаки афферентной моторной афазии (замедленность выбора артикуляции) несколько тормозят появление персевераций и эхолалий, характерных для эфферентной моторной афазии. В связи с этим целесообразно не добиваться абсолютной чистоты и свободы произношения, а форсировать восстановление коммуникативной функции речи при наличии некоторых дефектов произношения отдельных звуков и звуковых комплексов.

Коррекционно-педагогическая работа при преодолении комплексной эфферентно-динамической моторной афазии. В клинике сосудистых заболеваний комплексная эфферентно-динамическая моторная афазия встречается достаточно часто. У больных с этой формой наблюдаются трудности переключения с одного задания на другое, почти эхоталичное повторение вопросов, выраженный аграмматизм, трудности в нахождении слова при построении фразы по картинке, обусловленные грубой инертностью структурирования высказывания, регуляции выбора парадигм, входящих в структуру предложения.

В связи с перечисленными трудностями коррекционно- педагогическая работа строится на преодолении прежде всего инертности переключения с одного задания на другое, с одного слова на другое, преодолении эхоталий, т. е. некоторых черт эфферентной моторной афазии, а затем уже восстановлении программ и планов высказывания.

Преодоление комплексной сенсомоторной афазии.

Наиболее тяжелой в плане преодоления речевых расстройств является комплексная сенсомоторная афазия с преобладанием симптомов эфферентной моторной афазии, так как поражены мисочные и премоторные отделы, начинающие реализацию и свершающие акустический контроль всей речевой продукции. Одного кинестетического контроля как промежуточного звена между восприятием фонемного ряда и его завершающей двигательной программой недостаточно для того, чтобы произвести фонематический анализ звукового состава слов, совершить элементарный речевой акт. В связи с этим у больных с комплексной сенсомоторной (эфферентной) афазией восстанавливается элементарное, ситуативное понимание речи, резко отстает восстановление экспрессивной речи, отчасти восстанавливается глобальное, реже аналитическое, чтение отдельных часто употребляемых слов и словосочетаний.

При планировании работы логопеду необходимо учитывать прежде всего степень нарушения устной речи. Задача восстановительного обучения — преодоление всех видов речевой и двигательной инертности. Больным даются задания на списывание букв, слов, близких по звучанию и артикулированию, копирование различных серий геометрических фигур, показ одного, затем двух рисунков из серии предметных изображений, выполнение однозвеньевых инструкций, требующих оттормаживания от предыдущих заданий и инструкций.

В работе можно использовать раскладывание подписей к картинкам для стимулирования восстановления глобального чтения отдельных слов, а также приемы растормаживания произносительной стороны речи путем сопряженного и отраженного повторения отдельных фрагментов жестких фразеологических оборотов, речевого обыгрывания различных функций и признаков предмета, употребление фраз на темы дня, подкрепляемых логопедом жестами, изображающими как движение, так и предмет, и т. п. При легкой степени сенсомоторной афазии работа ведется одновременно по восстановлению

фонематического слуха, слухоречевой памяти, по преодолению аграмматизма, используется схема предложения.

Коррекционно-педагогическая работа при комплексной акустико-мнестической и семантической афазии. При этом варианте работа начинается с восстановления импрессивной речи, а точнее с восстановления понимания значений слов и словосочетаний путем описания признаков предметов, записи их как зрительного диктанта, а затем на слух. Такое начало работы способствует в дальнейшем преодолению импрессивного аграмматизма и бедности лексических средств выражения мысли.

Коррекционно-педагогическая работа при сочетании моторной афазии с псевдобульбарной дизартрией. При отягощении афазии псевдобульбарной дизартрией (следствие множественности очаговых поражений мозга) тактика преодоления речевых расстройств зависит от тяжести того или другого компонента. При грубой псевдобульбарной дизартрии параллельно с преодолением артикуляторных расстройств ведется работа по восстановлению понимания речи и преодолению трудностей речевой коммуникации больного при помощи письма.

При сочетании комплексной афферентно-эфферентной афазии и псевдобульбарной дизартрии прежде всего преодолеваются артикуляторные, дизартрические трудности больного и проводятся занятия по восстановлению глобального чтения, а если возможно, то и возможности общения при помощи письма. По мере уменьшения артикуляторных дизартрических трудностей начинается работа по преодолению апраксии артикуляционного аппарата и литеральных парафазий, характерных для афферентной моторной афазии, а затем по преодолению экспрессивного аграмматизма. Патологическая инертность, персевераторность, характерные для эфферентной моторной афазии, преодолеваются в процессе восстановления артикуляторной стороны речи, в связи с чем уже на стадии весьма дизартрической и апрактической речи начинается работа по восстановлению диалогической и монологической речи больного в беседах на темы дня и по сюжетным картинкам.

Речь больных этой группы даже на стадии относительного восстановления и общения при помощи отдельных слов остается монотонной, с выраженными дизартрическими трудностями. У них быстрая утомляемость, речь носит «затухающий» к концу высказывания характер, объем артикуляторных движений сокращается, голос иссякает. Занятия с такими больными проводятся в щадящем режиме, не более 20—30 минут, с перерывами для отдыха.

Коррекционно-педагогическая работа при легкой выраженности речевых расстройств. При легкой выраженности речевых расстройств истинная первоначальная картина афазического синдрома может быть настолько стерта, что лишь тщательное нейропсихологическое исследование может обнаружить

первичную нейрофизиологическую предпосылку, приведшую к речевому нарушению.

Задачи коррекционно-педагогической работы с этими больными будут заключаться в расширении лексического состава речи, восстановлении устного и письменного высказывания, в преодолении импрессивного аграмматизма, а также психологической подготовке больного к возвращению к трудовой или учебной деятельности.

Во время занятий необходимо одновременно работать над структурой высказывания и расширением лексического состава речи с опорой на развернутое письменное высказывание. Логопед вместе с больным обсуждает сложные серии сюжетных рисунков (по Х. Бидструпу), репродукций картин русских известных художников, сюжеты известных произведений русских писателей («Евгений Онегин», «Капитанская дочка», «Война и мир» и др.), выделяет из них те или иные фрагменты для краткого описания портретов героев или фабулы произведения. Задания для письменных текстов даются больным на несколько дней (2—3 дня), больные вначале пишут черновики. Объем их сочинений не должен превышать 1—3 страницы. По мере восстановления письменного высказывания можно предложить больным составить доклад по своей профессии (на 10—15 минут), что необходимо для восстановления профессиональной лексики. В качестве дидактического материала используются учебники по специальности или журнальные статьи. Для больных, не имеющих высшего образования, используется составление устных и письменных текстов по роду их занятий.

Преодоление остаточных явлений импрессивного аграмматизма проводится осторожно, так как осознание больным дефектов понимания сложных логико-грамматических конструкций может породить у него комплекс неполноценности и затормозить его возвращение к посильной работе.

Беседы о возвращении больных к работе в целом можно изредка проводить и на предыдущих этапах работы, с тем что бы больной видел свою перспективу. Студентам, перенесшим травму или инсульт, можно рекомендовать уже на последних стадиях восстановительного обучения посещение некоторых лекций за прошедший курс обучения; инженерам и преподавателям, научным работникам рекомендуется посещение свое: и прежнего места работы, заседаний коллектива и т. п. Больного, приступившего к работе в облегченных условиях, необходимо предупредить о том, что у него могут появляться вербальные парафазии, трудности в оформлении мысли, паузы в беседах, что эти явления наблюдаются и у здоровых людей и говорят о наличии утомления, необходимости кратковременного отдыха.

КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРЕОДОЛЕНИЮ АПРАКСИИ, ОПТИЧЕСКОЙ АЛЕКСИИ, АГРАФИИ И АКАЛЬКУЛИИ

Динамическая (кинетическая) апраксия возникает при поражении премоторной и заднелобных отделов коры головного мозга. Она выражается в неудержании плана следования серии движений: перестановке, пропусках, как правило, среднего звена серии движений, персеверации одного движения. При этой форме апраксии нарушается линейная, развертывающаяся не только в пространстве, но и во времени сложная сукцессивная серия сменяющих друг друга движений. Динамическая апраксия наблюдается при всех вариантах эфферентной и динамической афазии. Преодоление ее входит в одну из задач восстановительного обучения. Планирование речевой деятельности необходимо начинать с восстановления зрительного контроля за произвольными движениями. Для преодоления кинетической апраксии рекомендуется начинать с контроля за периодически меняющимися двумя действиями, например с написания большой и маленькой петли, смены креста и круга, треугольника и тире и других комбинаций каких-либо знаков, т. е. с восстановления самого элементарного ритма, поддающегося зрительному контролю. Затем переходят к узору, состоящему из трех элементов, что нередко требует оречевления каждого компонента, включенного в определенный ритм.

Для упрочения воспроизведения плана движений или серии знаков используют прежде всего образец того или иного ритмического узора, вертикальные полосы-паузы между узорами и проговаривание названий каждого элемента, входящего в ритмический узор движений или знаков, например «тире — точка — запятая», «квадрат — крест — треугольник» и т. п. Но желательно не использовать в серии этих упражнений серию «кулак — ладонь — ребро» как тестирующее задание для проверки эффективности преодоления дефектов динамического праксиса.

Конструктивно-пространственная апраксия, возникающая при поражении нижнетеменных отделов головного мозга, наблюдается при эфферентной и семантической афазии. Она предполагает наличие у больного нарушения зрительного, кинестетического, логического анализа и синтеза элементов, входящих в тот или иной пространственно организованный узор (например, ориентация в схеме географической карты, конструирование простого орнамента из кубиков, мозаики или спичек и т. п.). Поскольку порядок звуков в слове развертывается как во времени, так и в линейно организованном пространстве, то больные с эфферентной моторной афазией могут испытывать не только трудности в выборе и оценке дифференциальных признаков фонем (также пространственно организованных), но и в нахождении места фонемы в звуковом составе слова, что особенно наглядно проявляется при так называемой

проводниковой афазии. Трудности комбинирования пространственно организованного рисунка возникают из-за некоторых зрительных иллюзий, возникающих в связи с тем, что больной не в состоянии расчленить орнамент на горизонтальные ярусы или серию вертикально следующих столбиков. Он не видит швы между элементами и не находит их адекватного пространственного расположения.

Преодоление конструктивно-пространственной апраксии совершается в процессе расчленения образца орнамента на элементы, показа разнородности входящих в рисунок элементов, анализа их не только по цвету, но и по форме (квадратики, треугольники, кружочки, палочки разной длины), а затем и обучения планированию деятельности, т. е. в процессе определения всех этапов выполнения орнамента по ярусам (сверху вниз) или по столбикам (слева направо и т. д.). В тетради больного логопед рисует орнаменты, которые он складывает из кубиков, собирает разрезные картинки и т. п. Позже переходят к конструированию различных фигур из спичек и к работе с конструкторами для дошкольников и младших школьников. Затем рисуются планы расположения мебели в доме, схемы транспортных поездок (как доехать до театра и т. п.), проводятся занятия по ориентации в географической карте. Параллельно преодолевается импрессивный аграмматизм больных с семантической афазией.

Коррекционно-педагогическая работа по преодолению оптической алексии, зеркального письма и акалькулии. Преодоление оптической аграфии, алексии и зеркального письма всегда начинается с преодоления конструктивно-пространственной апраксии; по мере восстановления ориентации в левом и правом возможно начинать преодоление оптической аграфии и алексии. Внимание больного фиксируется при помощи цветного карандаша на левой стороне листа, с которой начинается чтение и письмо.

Оптическая алексия может быть двух вариантов. При первом варианте оптической литеральной алексии у больного нарушается симультанное представление о букве как о знаке, имеющем те или иные пространственные характеристики. Для преодоления этого варианта логопед проводит объяснение и словесное определение, из каких элементов состоит буква русского алфавита. Первоначально обсуждается лишь печатный шрифт и дифференцируются элементарные, далекие по начертанию буквы, например **т** и **о**, **с** и **р** и т. д., и обсуждаются характеристики этих букв. Постепенно больной подводится к конструированию из элементов (палочек, кружков, полукружков) близких по начертанию букв, их чтению. Особое внимание уделяется числу элементов, входящих в букву, их длине, направлению буквы в левую или правую сторону (**я**, **р**, **в**, **з** и т. п.). В процессе конструирования и реконструирования букв из элементов больной обучается узнавать букву и читать ее, а позже, пользуясь «окошечком», прорезанным в полоске плотной бумаги, передвигающимся от буквы к букве, он начинает читать букву за буквой, слово за словом. При этом по-

стоянно проводится дополнительная работа по оптической дифференциации смешиваемых букв. При преодолении оптической алексии больной пользуется дополнительной кинестетической афферентацией: ощупывает рельефные буквы, копирует буквы и слова, прописывает слова в воздухе с закрытыми глазами, проговаривает трудные звенья в начертании букв. Очень важно умело подбирать дидактический материал для таких больных, начиная с чтения слов, отличающихся одной, двумя буквами, чтобы больному приходилось осознанно декодировать не все буквы, входящие в слово.

Второй вариант оптической вербальной алексии отличается от первого тем, что больной свободно узнает отдельные буквы, но не может разделить слово на входящие в него буквы и прочитать их в определенной последовательности, теряет строку, выхватывая отдельные элементы из слова. Отмечаются своеобразные нарушения зрения, в основе которого лежит нарушение патологического «сужения» зрительного восприятия. Преодоление этого варианта оптической алексии осуществляется путем постепенного расширения просвета «окошечка» в полоске плотной бумаги, которое скользит по строке читаемого текста. Больной обучается следить за передвигаемым по строке «окошечком», в котором первоначально можно показывать некрупные рисунки различных предметов, затем буквы, слоги, входящие в то или иное слово. По мере восстановления следящего целенаправленного движения взора «окошечко» раздвигается до длины строки, оставляя видимой одну строку и прикрывая весь текст. Позже его заменяют подстрочной полоской бумаги или линейкой, прикрывающей лишь нижнюю часть листа и фиксирующей взор на верхнем крае подстрочной линейки. В процессе преодоления оптической алексии следует пользоваться текстами, напечатанными крупным шрифтом. Позже больной овладевает способностью чтения прописного шрифта близких ему людей. Оптическая алексия близка по своей природе к оптической агнозии и нередко наблюдается при ней.

Оптико-пространственная аграфия наблюдается в синдроме конструктивно-пространственной апраксии, при нарушении ориентированности в пространстве, в географической карте, в часах. Наиболее часто оптико-пространственная аграфия выражается в виде зеркального письма, когда больной начинает писать зеркально отдельные буквы и целые слова, прописные и печатные буквы при сохранности чтения и отсутствии афазии. Преодоление зеркального письма осуществляется при помощи копирования — обведения букв, отчеркивания красным карандашом левой стороны листа, указания стрелками направления букв. При грубой оптической аграфии используется устное определение — описание элементов, входящих в букву, списывание-копирование слова по отдельным буквам с опорой на сетку, сохраняющую структуру слова. Оптические аграфия и алексия, как правило, не наблюдаются одновременно у одного больного.

Акалькулия наблюдается, как правило, при поражении нижнетеменных отделов у больных с комплексной моторной или грубой эфферентной моторной афазией, а также при семантической афазии и нарушении конструктивно-пространственной деятельности.

При грубой моторной афазии акалькулия может быть вызвана тем, что в процессе счетных операций человек опирается на внутреннее проговаривание и планирование счетных операций. Кроме того, у больных с грубой моторной афазией может быть амнезия на слова, обозначающие далее простейшие цифры. Особенно затруднены для больных операции с переходом через десятков, а также удержание в памяти направления математического действия. Преодоление акалькулии у больных с грубой моторной афазией требует поэтапности овладения счетными операциями (сложением и вычитанием) сначала в пределах первого десятка, затем двух десятков. После восстановления этих счетных операций по отдельности больным можно дать задание решать перемежающиеся примеры на сложение и вычитание, а затем и комплексные примеры типа: $15+3-7=$, $12-6+8=$ и т. п. Решение таких арифметических примеров воспитывает внимание, содействует преодолению персевераторности. По мере восстановления счетных операций в пределах двух десятков можно перейти к решению примеров в пределах ста, а затем и тысячи. Однако счетные операции на умножение и деление многозначных чисел для больных длительное время остаются недоступными. Опорой в преодолении грубой акалькулии при моторной афазии могут служить домино, счетный материал для первоклассников, монеты.

Акалькулия, наблюдающаяся при семантической афазии, характеризуется нарушением представлений о разрядности числа и смешением направления математических действий. Больные вместо вычитания делают сложение, испытывают трудности при умножении даже двузначных чисел. Особые трудности возникают при решении арифметических задач вследствие выраженного импрессивного аграмматизма, трудностей декодирования смысла текстов этих задач, так как в этих случаях у больных наблюдается нарушение речемыслительной деятельности. Преодоление этих расстройств чрезвычайно сложно и длительно. В связи с этим задачи преодоления акалькулии ограничиваются восстановлением счетных операций, необходимых в быту (квартплата и счетные операции в магазине).

Восстановлению содействуют занятия по преодолению конструктивно-пространственной апраксии и импрессивного аграмматизма, а также обведение цветным карандашом знаков счетных операций, что фиксирует внимание больного, создание планов и схем действия при решении многозначных примеров.

Восстановление разрядности числа требует также фиксации внимания больного на составных частях многозначного числа с опорой на схемы, выделения десятков, сотен и тысяч при помощи цветных карандашей и т. п.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ У БОЛЬНЫХ-ПОЛИГЛОТОВ И АМБИДЕКСТРОВ

У полиглотов афазические расстройства могут быть разной степени тяжести. У одних наблюдается спонтанное восстановление родного языка, которым больной давно уже не пользовался, у других — восстановление того языка, на котором больной говорил последние годы жизни. Занятия надо проводить на том языке, который для больного является основным и речь на котором восстанавливается спонтанно. В процессе восстановления речи у полиглота появляются слова из других известных ему языков.

Эти парафазии исправлять не надо, так как в семье больного могут говорить на разных языках (на двух и даже на трех), парафазии эти доброкачественные. Кроме парафазий в речи больных, владеющих родственными языками (например, украинским и русским), могут появляться псевдограмматические построения, например вместо *домой* — «до дому» и т. п. Эти ошибки также не следует исправлять, так как это будет отвлекать больного от преодоления истинных речевых расстройств на использование лексики того или иного языка. Больные, плохо владеющие русским языком, должны заниматься на родном языке.

Общие принципы восстановления речи при разных формах афазии одинаковы для больных всех национальностей, поэтому логопед должен в своей работе учитывать лишь особенности фонетики, морфологии и синтаксиса того языка, на котором будет идти восстановление речевых функций.

В письменной речи больных-полиглотов может наблюдаться смешение алфавитов. Логопед должен указать больному на эту ошибку. Больные с афазией, особенно студенты, тяжело переживают то, что они «забыли» иностранный язык и из-за этого не смогут учиться в вузе после восстановления речи. В этих случаях больному надо объяснить, что у него на рушено не знание языка, а владение речью и что на поздних этапах выздоровления больной сможет «освежить» свои знания иностранного языка и вернуться к занятиям в вузе, если это разрешат ему врачи.

Коррекционно-педагогическая работа с больными-амбидекстрами. При обследовании больного с афазией логопеду необходимо выяснить, не является ли он левшой, есть ли в его семье (у его родителей, братьев, сестер и детей) признаки левшества. Нередко больной не подозревает, что он «скрытый», переученный левша, и наличие левшества или амбидекстрии обнаруживается лишь после инсульта, когда у больного при нарушении мозгового кровообращения в бассейне **правой** средней мозговой артерии возникают наряду с гемипарезом, или нарушением чувствительности в левой руке, речевые расстройства. Речевые расстройства амбидекстров отличаются от речевых расстройств у правшей нетипичностью, фрагментарностью нарушения речи, «скачкообразным» восстановлением различных речевых функций. При грубом нарушении

экспрессивной речи на раннем этапе может быстро восстановиться понимание речи и письмо. Однако на резидуальном этапе восстановления может длительное время держаться стойкий импрессивный аграмматизм, трудности понимания метафор, пословиц, поговорок, легкая степень аграфии, вербальные парафазии и т.п.

В связи с тем, что у переученных левшей и амбидекстров речевые функции могут реализовываться обоими полушариями, коррекционно-педагогическая работа носит характер стимулирования восстановления речи приемами, характерными для раннего этапа после инсульта. На резидуальном этапе после инсульта становится ясной истинная картина речевого расстройства, выявляется та или иная форма афазии средней или легкой степени выраженности, требующая уже применения специальных приемов коррекционно-педагогической работы по преодолению эфферентной, афферентной, акустико-гностической, акустико-мнестической, или семантической, афазии. Наиболее тяжелой у левшей и амбидекстров оказывается афферентная моторная афазия первого и второго варианта при поражении теменной доли — комплексная акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазия при поражении правого полушария или обоих полушарий.

ПРЕОДОЛЕНИЕ АФАЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

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 самого 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 — институты и приступить к работе по специальности в несколько облегченных условиях.

Для преодоления моторной афазии у детей и подростков используются 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. Пяти-шестилетних дошкольников целесообразно с первых дней занятий обучать чтению и письму, используя букварь, разрезную азбуку, развивая у них звуко-буквенный анализ состава слова, подготавливая их тем самым к учебе в специальной речевой или общеобразовательной школе. 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, извлечение 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 письменную 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.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ АФАЗИИ

Выработка плана коррекционно-педагогической работы при афазии всегда требует индивидуального подхода. Составлению плана работы предшествует тщательное исследование речевых возможностей больного с учетом стадии его заболевания и формы афазии, а также интересов, его преморбидного уровня, взаимоотношений с членами семьи и т. п.

Приступая к занятиям, логопед находится в постоянном рабочем контакте с врачом, учитывает общесоматическое состояние больного, некоторые его перегрузки, например дополнительные обследования у других специалистов, посещение сослуживцев и т. п. Если у больного нарастает ухудшение речевых функций, то логопед об этом должен срочно сообщить врачу, так как это может служить сигналом о повышении артериального давления или наличии опухолевого процесса.

На раннем этапе после инсульта больные, как правило находятся в стационаре. Занятия с ними начинаются в течение первых 2—3 недель после инсульта, так как это самый благоприятный момент для растормаживания и стимулирования нарушенных функций. В первые дни после инсульта занятия

проводятся по 7—15 минут, желательно 2—3 раза в день, за тем от 15 до 30 минут. Для этого привлекаются родственники, которые могут выполнять с ними задания логопеда в после обеденное время. Уже через месяц после нарушения мозгового кровообращения занятие может длиться от 30 до 40 минут, с небольшими перерывами и разными видами работы.

На резидуальном этапе после инсульта с больными проводятся как индивидуальные, так и коллективные занятия по 40—60 минут. В течение первых двух лет после инсульта желательно, чтобы больной регулярно занимался как в стационаре (полтора-два месяца), так и в поликлинике. В стационаре логопед работает с больным по 4—5 раз в неделю, в поликлинике — 2—3 раза в неделю, в зависимости от тяжести речевого расстройства, соматического состояния и т. п.

После каждых 2—3 месяцев занятий делается небольшой перерыв (1—2 месяца), после которого логопед заново составляет на больного карту с задачами и приемами коррекционно- педагогической работы. Речь некоторых больных после перерыва ухудшается, но это ухудшение, как правило, бывает временным, и через 3—4 занятия у больного восстанавливается речь до прежнего его уровня. Общая продолжительность логопедических занятий различна, иногда по 2—3 года. С больными в возрасте до 40—50 лет, которые могут вернуться к учебе в школе или вузе, или к работе по специальности, занятия могут длиться до 4—5 лет.

При прогнозировании возможных результатов восстановления речевых функций учитывается: а) наличие признаков левшества, б) общее соматическое состояние, в) возможность организации амбулаторных занятий, г) преморбидный уровень и д) взаимоотношения с родственниками, т. е. факторы, обеспечивающие возможность длительных, систематических логопедических занятий.

В планирование коррекционно-педагогической работы входит составление перспективного плана индивидуальных и групповых занятий, составление индивидуальных задач, программ и выбор приемов преодоления речевых расстройств каждого больного, которые фиксируются в индивидуальной карте.

В индивидуальной карте логопед записывает фамилию, имя и отчество больного, наличие левшества, его возраст, национальность, наличие полиглотства, образование и специальность, даты инсульта или травмы, начала и окончания логопедических занятий, клинический диагноз заболевания, заключение о речевом статусе на различных этапах, задачи, приемы и результаты коррекционно-педагогической работы.

Тщательно проведенное обследование нарушенных речевых функций позволяет наметить конкретный план коррекционно-педагогической работы на индивидуальных занятиях. При составлении плана коррекционно-педагогической работы учитывается этап заболевания, выбор соответствующих этапу заболевания приемов коррекционно-педагогической работы, место проведения индивидуальных занятий (в палате больного, в кабинете логопеда) или участие в групповых занятиях.

К каждому занятию-уроку логопед составляет краткий план и подбирает дидактический материал. Занятие фиксируется в дневнике, который заводится на больного. На индивидуальном занятии логопед проверяет домашнее задание, занимается различного рода упражнениями по преодолению нарушений понимания, устной речи, чтения, письма и счета. Каждое занятие завершается записью в общей тетради больного очередного домашнего задания с обязательным указанием, когда и во сколько больной должен прийти к логопеду на следующее занятие.

Задачи восстановительного обучения строятся по плану, соответствующему характеру и степени нарушения всех сторон речи, а именно: 1) восстановление понимания ситуативной речи, фонематического слуха и т. д., 2) восстановление элементарной экспрессивной речи, преодоление экспрессивного аграмматизма и т. п., 3) восстановление аналитического чтения и письма.

Выбор приемов коррекционно-педагогической работы по преодолению нарушаемых речевых функций у больных определяется, как уже говорилось, этапом восстановления речевых функций (ранний, резидуальный этап), формой афазии, степенью тяжести речевого расстройства. Если восстановление нарушенных функций протекает быстро, что характерно для раннего этапа после инсульта и при левшестве, то смена задач и приемов преодоления речевых расстройств может происходить в течение каждой одной-двух недель. Если восстановление речи протекает медленно, то логопед периодически раз в два месяца уточняет задачи и приемы коррекционно-педагогической работы, заново составляя план занятий с больным.

Оценка результатов коррекционно-педагогической работы. При выписке больного из стационара или завершении этапов амбулаторных занятий логопед оценивает результаты восстановительного обучения, отмечает степень тяжести речевого расстройства, активность больного, степень восстановления различных сторон речи, наличие разного темпа восстановления экспрессивной и импрессивной речи, чтения и письма.

Используются 4 оценки результатов восстановительного обучения: значительное восстановление, общее улучшение, частичное улучшение, без изменения.

Под значительным восстановлением подразумевается доступность свободного устного и письменного высказывания с элементами аграмматизма и редкими ошибками в письме. Значительное восстановление наблюдается при легких степенях выраженности речевого расстройства на раннем этапе после инсульта или в результате длительных систематических занятий.

Под общим улучшением подразумевается возможность общения с помощью фраз больных с моторной афазией, при сенсорной афазии — восстановление фонематического слуха, возможность составления несложных текстов по сериям сюжетных картинок, относительное восстановление чтения и письма.

Частичное улучшение — наиболее частое заключение о результатах восстановительного обучения на разных этапах двух-трехмесячной работы. Длительная работа с больным позволяет суммировать неоднократное частичное улучшение различных сторон речи больного, и через 2—3 года занятий больной получает оценку общего улучшения или значительного восстановления. Частичное улучшение подразумевает появившуюся возможность общения с помощью отдельных слов или коротких предложений, улучшение понимания речи, улучшение в той или иной степени письменной речи.

Оценка восстановительного обучения без изменения констатирует отсутствие динамики улучшения речевых функций. Такое отсутствие динамики может наблюдаться при тотальной и любой другой афазии на раннем этапе восстановления, при плохом соматическом состоянии больного и в конце длительных коррекционно-педагогических мероприятий.

Кроме этой оценки результатов восстановительного обучения существует ряд других количественных и качественных оценок нарушения речевых функций и их восстановления.

При выписке больного из стационара или временном прекращении амбулаторных занятий больному предлагается задание на дом, которое дается с учетом формы афазии, степени ее тяжести и личных, преморбидных особенностей больного. Приведем пример таких рекомендаций на дом больному со смешанной средней тяжести акустико-гностической, акустико-мнестической и семантической афазией.

Две недели — полный отдых: наводить дома порядок, гулять по саду, спать днем, т.е. помнить, что у вас каникулы. Читать только газеты, смотреть спортивные передачи по телевидению. Можно принимать гостей — не более 1—2 человек, самых близких, которые не будут вас утомлять. Через 2 недели начать занятия: 1) читать тексты по книге, письменно отвечать на вопросы к текстам; 2) по картинкам устно составлять сочинения, немного присочинять, фантазировать; 3) писать сочинения по рисункам Х. Бидструпа; 4) писать под диктовку небольшие тексты. (Родственникам больного: диктовать ему текст по 1—2 слова. Предложение не должно превышать 5—6 слов. Хорошо, если диктант будет опираться на сюжетную картинку.) Диктовать двух- и трехзначные числа; 5) тренировать слухоречевую память: из «Лото на четырех языках» собирать в «колоду» 12—16 картинок и находить среди них 2—3 картинки по заданию. Для того чтобы больной мог легче найти слово, можно подсказывать качества «забытых» предметов; 6) писать небольшие сочинения о различных предметах, описывая их качества и назначение. Сочинения писать на черновике и чистовике, редактируя написанный текст; 7) обсуждать смысл пословиц, поговорок; 8) решать арифметические задачи и примеры по учебнику для III класса; 9) восстанавливать ориентацию в левом и правом, давая инструкции: *дай мне ложку, которая справа от*

165

стакана, и т. п.; 10) письменно, буквенно записывать многозначные числа, затем записать их цифрами.

Как и сколько заниматься: не заниматься в дни плохого самочувствия, плохого настроения, в банные дни, дни приема гостей и т. п. В обычные дни заниматься по 20—30 минут 2—3 раза в день с перерывами разной длины. Не переутомляться. После 18 часов не заниматься.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 13 «НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ»

166

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Нарушения письменной речи у детей являются распространенным речевым расстройством, имеющим разнообразный и сложный патогенез.

Дислексия — частичное специфическое расстройство процесса чтения, обусловленное нарушением высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором принимают участие различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне единства устной и письменной речи.

Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. После чего происходит соотнесение букв с соответствующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание. Заключительным этапом является понимание читаемого, как следствие соотнесения звуковой формы слова с его значением. Таким образом, в процессе чтения условно выделяют две стороны: техническую и смысловую, являющуюся основной целью чтения.

В процессе своего формирования чтение проходит ряд взаимосвязанных этапов, навык чтения развивается в процессе длительного и целенаправленного обучения. Т.Г.Егоров определяет следующие ступени освоения навыка чтения: 1) овладение звуко-буквенными обозначениями; 2) послоговое чтение; 3) становление синтетических приемов чтения; 4) синтетическое чтение.

Основными условиями успешного овладения навыком чтения являются степень сформированности; устной речи, ее фонетико-фонематической стороны (произношения, слуховой дифференциации фонем, фонематического анализа и синтеза), лексико-грамматического строя, достаточное развитие пространственных представлений, зрительного восприятия.

В этиологии дислексии имеют значение как генетические, так и экзогенные факторы, среди них: патология беременности, родов, асфиксия, детские инфекции, травмы головы и др.

Расстройства чтения чаще наблюдаются у детей с минимальной мозговой дисфункцией, задержкой психического развития, с тяжелыми нарушениями устной речи, с церебральными параличами, с нарушениями слуха, у детей с

нарушенным интеллектом. Т.е. дислексия проявляется, как правило, в структуре сложных речевых и нервно-психических расстройств.

В качестве механизмов дислексии следует рассматривать нарушение фонематического восприятия, анализа и синтеза, несформированность лексико-грамматического строя речи. Дислексия обусловлена недоразвитием языковых обобщений (фонематических, морфологических, синтаксических).

В психолингвистическом аспекте дислексия рассматривается как нарушение различных операций процесса чтения: зрительного восприятия и различения букв, выбора фонемы, слияния звуков в слоги, синтеза слогов в слово, слов в предложении, соотнесение со смыслом.

Эти нарушения являются следствием несформированности сенсомоторных операций (зрительно-пространственный анализ букв и их сочетаний в слове); недостаточного развития языковых операций, операций со звуками, слогами, словами и предложениями в тексте (фонематический, морфологический, синтаксический уровень); низкого уровня сформированности семантических операций (соотнесение со смыслом).

Существуют различные подходы к проблеме классификации дислексии. О.А.Токарева систематизирует нарушения чтения в зависимости от того, какой из анализаторов первично нарушен: слуховой, зрительный или двигательный. В связи с этим выделяются акустическая, оптическая, моторная формы дислексии.

В зависимости от нарушенного механизма, М.Е. Хватнев выделяет фонематическую, оптическую, оптико-пространственную, семантическую и мнестическую формы дислексии.

Названные классификации не охватывают всех случаев нарушений чтения.

С учетом нарушенных операций процесса чтения Р.И. Лалаева предлагает следующую классификацию дислексии: фонематическая, семантическая, грамматическая, мнестическая, оптическая, тактильная дислексии.

Фонематическая дислексия связана с недоразвитием функций фонематической системы. С учетом степени несформированности основных функций фонематической системы фонематическая дислексия подразделяется на две формы.

1. Нарушение чтения, связанное с недоразвитием фонематического восприятия, проявляется в трудностях усвоения букв, а также в заменах звуков, близких акустически и артикуляторно.

2. Нарушение чтения, обусловленное недоразвитием функции фонематического анализа. Для этой формы характерно побуквенное чтение, искажения звуко-слоговой структуры слова (пропуски согласных при их стечении, вставки гласных между согласными при их стечении и др.).

Семантическая дислексия проявляется в нарушении понимания прочитанных слов, предложений, текста при правильной технике чтения. Нарушение обусловлено несформированностью представлений о синтаксических связях слов

в предложении. При этом в процессе чтения слова воспринимаются изолированно, вне связи с другими словами предложения.

Аграмматическая дислексия обусловлена недоразвитием грамматического строя речи, морфологических и синтаксических обобщений. Проявляется в изменении падежных окончаний, числа существительных, неправильном согласовании в роде, числе и пр.

Аграмматическая дислексия чаще всего наблюдается у детей с системным недоразвитием речи.

Мнестическая дислексия проявляется в трудностях усвоения всех букв, в их недифференцированных заменах. Обусловлена нарушением процессов установления связей между звуком и буквой и нарушением речевой памяти. Дети не могут воспроизвести в определенной последовательности ряд из 3-5 звуков или слов, нарушают порядок их следования, сокращают количество, пропускают звуки, слова.

Оптическую дислексию характеризуют трудности усвоения сходных графически букв. Смешиваются и взаимозаменяются буквы, отличающиеся дополнительными элементами (Л - Д, З - В и т.д.) и состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенных в пространстве (Б-Р, Н-П-И и др.). Дислексия связана с недоразвитием оптико-пространственного восприятия и оптико-пространственных представлений, с нарушением зрительного гнозиса, зрительного анализа и синтеза.

Тактильная дислексия наблюдается у слепых детей. В основе лежат трудности дифференциации тактильно воспринимаемых букв азбуки Брайля. В процессе чтения отмечаются смешения тактильно сходных букв. Чтение часто замедляется из-за поисков потерянного слова, предложения. Могут быть прерывистость, скачкообразность движений пальцев, возвращения назад для более точной расшифровки воспринятого знака (точек), неловкость, лишние движения. Эти особенности являются следствием трудностей в процессе чтения.

Симптоматика и течение дислексии зависят от ее вида, механизма нарушения, степени выраженности, от этапа овладения чтением. Выделяют следующие группы специфических ошибок: замены и смешения звуков при чтении, чаще всего фонетически близких, замены графически сходных букв; побуквенное чтение; искажения звуко-слоговой структуры слова; нарушения понимания прочитанного, которые проявляются на уровне отдельного слова, предложения или текста; аграмматизмы при чтении.

Дисграфия — это частичное специфическое нарушение процесса письма. Письмо представляет собой сложную форму речевой деятельности, многоуровневый процесс, в котором принимают участие различные анализаторы (речеслуховой, речедвигательный, зрительный). Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня ее развития.

Письменная речь в отличие от устной формируется в процессе целенаправленного обучения, т.е. механизмы письменной речи складываются в период обучения грамоте и совершенствуются в ходе дальнейшего обучения.

Письмо включает ряд последовательно протекающих (сначала осознанно, затем автоматически) операций: первоначально происходит анализ звукового состава слова, подлежащего записи. Анализ предполагает определение последовательности звуков в слове (т.е. происходит перевод слышимых звуков в речевые - фонемы), затем следует уточнение звуков.

Следующая операция связана с переводом фонем в графемы (письменные знаки) с учетом пространственного расположения элементов. Заключительной операцией является перевод графем в кинемы (кинетическая система последовательных движений). Для овладения письменной речью важное значение имеет степень сформированности фонематических процессов, лексико-грамматического строя речи.

Причины нарушений чтения и письма являются сходными. Классификация дисграфии осуществляется на основе различных критериев (учет нарушенных анализаторов, психических функций, несформированности операций письма и др.). Наиболее обоснованной следует считать классификацию, в основе которой лежит несформированность определенных операций процесса письма. Выделяются следующие виды дисграфии: артикуляторно-акустическая, на основе нарушений фонемного распознавания, на почве нарушения языкового анализа и синтеза, аграмматическая, оптическая дисграфии.

Артикуляторно-акустическая дисграфия - в ее основе лежит отражение неправильного произношения на письме, опора на неправильное произношение. Проявляется в заменах, пропусках букв, соответствующих заменам и пропускам звуков в устной речи.

Дисграфия на основе нарушений фонемного распознавания (дифференциации фонем). Проявляется в заменах букв, соответствующих фонетически близким звукам.

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза: недоразвитие языкового анализа и синтеза проявляется на письме в искажениях структуры слова и предложения. Характерны следующие ошибки: пропуски согласных при их стечении, пропуски гласных, добавление букв, пропуски, добавления, перестановки слогов, слитное написание слов, особенно предлогов с другими словами, отдельное написание слова, отдельное написание приставки и корня слова и др.

Аграмматическая дисграфия связана с недоразвитием грамматического строя речи: морфологических, синтаксических обобщений. Данный вид дисграфии может проявляться на уровне слова, словосочетания, предложения, текста. Отмечаются искажения морфологической структуры слова, замена префиксов, суффиксов, изменения падежных окончаний и др. Нарушения синтаксического

170

оформления речи проявляются в трудностях конструирования сложных предложений, пропусках членов предложения, нарушении последовательности слов в предложении.

Оптическая дисграфия связана с недоразвитием зрительного гнозиса, анализа, синтеза, пространственных представлений. Проявляется в заменах и искажениях на письме букв графически сходных. К оптической дисграфии относится и зеркальное письмо.

Симптоматика дисграфии проявляется в стойких, повторяющихся ошибках в процессе письма, которые можно сгруппировать следующим образом: искажения и замены букв; искажения звукослоговой структуры слова; нарушения слитности написания отдельных слов в предложении; аграмматизмы.

При целенаправленном коррекционно-логопедическом воздействии симптоматика нарушений письменной речи (дислексии и дисграфии) постепенно сглаживается. Логопедическая работа носит дифференцированный характер, учитывающий механизм нарушения, симптоматику, структуру дефекта, психологические особенности ребенка.

Профилактика нарушений чтения и письма должна осуществляться с дошкольного возраста, особенно у детей с речевыми расстройствами, задержкой психического развития, нарушением интеллекта. Работа должна включать развитие зрительно-пространственных функций, памяти, внимания, аналитико-синтетической деятельности, формирование языкового анализа и синтеза, лексики, грамматики, устранение недостатков устной речи.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

ТЕМА 14 «ОСОБЕННОСТИ РЕЧИ УМСТВЕННО ОТСТАЛЫХ ДЕТЕЙ»

171

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Нарушения речи у умственно отсталых детей носят системный характер. У них оказываются несформированными в той или иной степени все операции речевой деятельности: отмечается слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении, нарушены программирование речевой деятельности, самоконтроль речи, реализация речевой программы и пр.

Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость вербальных контактов, незрелость интересов представляют собой значимые факторы, обуславливающие замедленное и аномальное развитие речи у умственно отсталых детей.

Расстройства речи у детей с нарушенным интеллектом разнообразны по своим проявлениям, механизмам, характеризуются стойкостью, с большим трудом устраняются и требуют дифференцированного подхода при их анализе. По мнению С.Я.Рубинштейн, основными причинами нарушений речи умственно отсталых детей являются слабость замыкательной функции коры головного мозга, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах.

В связи с медленно развивающимися дифференцировочными условными связями в области речеслухового анализатора умственно отсталый ребенок долго не различает звуки речи, не разграничивает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает слышимую речь. Снижение уровня аналитико-синтетической деятельности проявляется в нарушении фонематического восприятия.

Дефекты звукопроизношения у умственно отсталых детей достаточно распространены. В основе нарушений фонетической стороны речи лежит ряд причин: недоразвитие познавательной деятельности, несформированность речеслуховой дифференциации, слабость общей и речевой моторики.

Среди факторов, влияющих на несовершенство звуковой стороны — позднее появление речи. Резкое отставание отмечается уже в период доречевых вокализаций. Если в норме спонтанный лепет появляется у детей в 5-7 месяцев, то у умственно отсталых детей в 12 месяцев и позже. Значительно задержано появление первых слов (2,5 года и позже), фразовой речи.

Одной из частых причин тяжелых расстройств звукопроизношения у умственно отсталых учащихся младших классов выступает нарушение артикуляционной моторики (Н.А. Шарапановская, 1986). Установлена

корреляционная зависимость нарушений в области артикуляционной моторики и тонко дифференцированной моторики кистей и пальцев рук.

У умственно отсталых детей преобладает фонологический характер нарушений звукопроизводительной стороны речи, что связано с несовершенством навыков звукового анализа и синтеза. Нарушения, как правило, охватывают все фонетические группы звуков, но наиболее часто расстраиваются группы свистящих и шипящих звуков (т.к. их объединяет акустическая близость), чаще нарушаются артикуляторно сложные звуки.

Особенностью звукопроизношения у умственно отсталых детей является вариативность нарушения звуков. Один и тот же звук в одних случаях может произноситься правильно, в других ненормированно, что зависит, главным образом, от характера звуко-слоговой структуры слова.

Недостатки звукопроизношения, особенно замены звуков, у умственно отсталых детей чаще, чем у детей с сохранным интеллектом отражаются на письме.

Нарушения фонетической стороны речи являются полиморфными не только по симптоматике, но и по патогенезу, по причинной обусловленности. Так, у одного и того же ребенка одновременно могут иметь место недоразвитие речевой моторики и нарушение слуховой дифференциации звуков. Нарушения звукопроизношения характеризуются стойкостью симптоматики.

Коррекция нарушений фонетической стороны речи у умственно отсталых детей является более длительным и сложным процессом, чем у детей с сохранным интеллектом. Наибольшую сложность в работе по устранению недостатков произношения звуков представляет этап автоматизации. Научить ребенка использовать в самостоятельной речи правильные артикуляторные установки чрезвычайно трудно, что объясняется инертностью нервных процессов, сложностью образования новых связей, слабостью переключения, снижением контроля за собственной речью.

Обязательным этапом логопедической работы с умственно отсталыми детьми является дифференциация звуков, что обусловлено особенностями симптоматики нарушений звукопроизношения, преобладанием фонологического характера нарушений звуков.

Коррекцию дефектов звукопроизношения необходимо связывать с развитием познавательной деятельности детей, формированием операций анализа, синтеза, сравнения. Большое внимание должно уделяться развитию общей и речевой моторики, слухового восприятия, внимания, памяти, т.е. нормализации всех факторов, лежащих в основе нарушения звукопроизводительной стороны речи.

Словарь умственно отсталых детей несовершенен как в количественном, так и в качественном отношении. Отмечается бедность словарного запаса, неточность употребления слов, преобладание пассивного словаря над активным, трудности актуализации словаря, несформированность структуры значения слова.

Причины несовершенства лексической стороны речи умственно отсталых детей связаны с низким уровнем их интеллектуального развития, ограниченностью представлений и знаний об окружающем мире, узостью интересов, снижением потребности в речевых и социальных контактах, слабостью вербальной памяти.

Дети не знают названий многих предметов, которые их окружают, затрудняются в назывании отдельных частей предметов. В словаре преобладают существительные с конкретным значением. Дети не пользуются словами обобщающего, абстрактного характера. Наблюдается неумение пользоваться синонимическими значениями. В речи детей часты замены слов по семантическому сходству. Характерны смешения слов одного рода, вида. Различия предметов не усваиваются детьми, а обозначения не разграничиваются.

На втором месте по частоте употребления находятся глаголы. Глаголы с приставками дети заменяют бесприставочными глаголами. Приставки используются неадекватно. В активном словаре отсутствуют многие глаголы, обозначающие способы передвижения и др.

Наибольшую трудность представляет использование прилагательных. Используется незначительное количество слов, обозначающих цвет предметов, величину, вкус. Дети оперируют в активном словаре, главным образом, «универсальными заменителями»: плохой, хороший, большой, маленький. Крайне редко употребляются прилагательные оценочного характера, обозначающие внутренние качества человека.

Ограничено в словаре умственно отсталых детей количество наречий. Чаще используются наречия места и времени, неопределенные указания: там, потом.

Пассивный словарь шире активного, однако, он с большим трудом актуализируется, часто для воспроизведения какого-либо слова дети нуждаются в наводящих вопросах.

Отмечается замедление темпа формирования и качественное своеобразие структуры значения слов, длительное время преобладает «предметная соотнесенность слова», когда оно является лишь обозначением конкретного предмета. Многие слова так и не становятся понятиями.

Грамматический строй речи умственно отсталых детей формируется с запаздыванием, своеобразно, отличается своим несовершенством, что проявляется в аграмматизмах, трудностях выполнения заданий, требующих грамматических обобщений. Недостаточно сформированными оказываются как морфологические формы словоизменения и словообразования, так и синтаксические структуры предложений. Основной конструкцией предложений являются, простые распространенные предложения. Сложные предложения крайне редки в речи умственно отсталых детей и появляются примерно в 5 классе. Причем, сначала школьники овладевают сложносочиненными предложениями, значительно позже и с трудом сложноподчиненными. Дети оказываются не в состоянии устанавливать причинно-следственные, временные зависимости. При построении предложений допускаются ошибки конструктивного характера, много стилистических ошибок.

Имеют место пропуски слов в предложениях, причем, пропускаются как главные, так и второстепенные члены предложения. В самостоятельной речи умственно отсталых детей часты фрагментарные предложения с пропуском подлежащего или сказуемого, в отдельных случаях и подлежащего и сказуемого. Предложения оказываются незавершенными. Распространенными и стойкими ошибками являются нарушения связи слов в предложениях, смешиваются падежные формы, искажается согласование в роде, числе. При конструировании сложных предложений допускается промежуточный вариант между простым и сложным предложением. Сложные предложения часто расчлняются на части. Характерно неумение пользоваться предлогами, союзами. Чрезвычайно бедны и нечетки морфологические обобщения у детей с нарушенным интеллектом, представления о морфологическом составе слова, о синтаксических связях слов в предложении, недостаточно сформирована система грамматических значений. Недоразвитие лексико-грамматического строя речи резко проявляется в связной речи.

Становление связной речи у умственно отсталых детей осуществляется замедленными темпами. Дети длительное время задерживаются на этапе вопросо-ответной и ситуативной речи. Переход к самостоятельным высказываниям сложен и во многих случаях затягивается вплоть до старших классов. Дети нуждаются в постоянной стимуляции высказываний, в помощи в виде вопросов, подсказок.

Особую трудность представляет контекстная форма речи. Более легкой для умственно отсталых детей является ситуативная речь, т.е. речь с опорой на наглядность, на конкретную ситуацию.

Связные рассказы детей малоразвернуты, фрагментарны, в них нарушена логическая последовательность, связь между отдельными частями. Часто пропускаются наиболее существенные детали, определяющие основную линию сюжета, наоборот, присутствует упоминание, описание событий, деталей, отсутствующих в тексте и привнесенных в него детьми на основе случайных ассоциаций.

Связный текст не представляет собой единого целого, характеризуется краткостью, сжатостью и неточностью изложения. Содержание связных высказываний упрощено, обнаруживается непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. Причины несовершенства связной речи умственно отсталых детей связаны со слабостью их речевой активности, вербальной памяти, быстрой истощаемостью, низким уровнем мотивации, бедностью словаря.

Формирование связной речи у умственно отсталых детей должно быть тесным образом связано с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при отработке операций внутреннего программирования.

Таким образом, речь умственно отсталых детей развивается замедленно и своеобразно, характеризуется большой спецификой, что обусловлено особенностями высшей нервной деятельности детей, их психологическими особенностями.

ТЕМА 15 «ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С НЕДОСТАТКАМИ СЛУХА»

Снижение слуха затрудняет восприятие речи, неизбежно приводит к нарушению экспрессивной речи. При этом степень нарушения экспрессивной речи в каждом конкретном случае зависит от степени снижения слуха, времени наступления тугоухости, условий развития ребенка, состояния коррекционной помощи.

Для детей со сниженным слухом характерно нарушение всех компонентов речи. Широко распространены дефекты звукопроизношения, при этом наблюдается преобладание случаев

полиморфного нарушения, охватывающего многие фонетические группы звуков.

Из-за ограничения диапазона воспринимаемых звуковых частот у детей нарушается слуховая дифференциация звуков речи, наблюдается вторичное недоразвитие аналитико-синтетической деятельности в центральном отделе речеслухового анализатора. Особенно затруднена слуховая дифференциация свистящих и шипящих звуков. Эти же звуки начинают сравнительно поздно дифференцироваться и в произношении.

Формирование звукопроизношения протекает со значительными отклонениями от нормы из-за неполноценности речеслухового анализатора. Характерно, что страдает произношение не только артикуляторно сложных, но и сравнительно простых по артикуляции звуков.

Выделяют следующие основные формы нарушений звукопроизношения у слабослышащих детей.

1. Сенсорные формы нарушений звукопроизношения обусловлены недостаточностью сенсорного отдела речевого аппарата, т.е. неполноценной деятельностью слухового анализатора. При этой форме наиболее характерны замены одних звуков речи другими. Значительно реже наблюдается искаженное произношение звуков, связанное с невозможностью их четкой слуховой дифференциации от других звуков или с полной невозможностью восприятия их на слух. Звуковые замены, имеющиеся в устной речи, отражаются на письме в виде соответствующих буквенных замен.

2. Моторные формы нарушений звукопроизношения обусловлены недостаточностью моторного отдела речевого аппарата, т.е. связаны с выраженными отклонениями от нормы в строении или функционировании

органов артикуляции. Нарушения обычно выражаются в искаженном звучании звуков (межзубное, боковое произношение и др.).

3. Смешанные формы нарушений звукопроизношения обусловлены одновременно и сенсорной и моторной недостаточностью. В этих случаях у одного и того же ребенка дефекты произношения одних звуков могут быть связаны с невозможностью их слуховой дифференциации от акустически близких фонем, дефекты же произношения других звуков обуславливаются отклонениями от нормы в строении или функционировании артикуляционного аппарата.

У слабослышащих детей преобладающими являются смешанные формы нарушений фонетической стороны речи.

В основе несовершенства лексической стороны речи детей с недостатками слуха лежит невозможность дифференцированного восприятия на слух близких по звучанию слов, а также нечеткость восприятия безударных частей слова.

Особую сложность для слабослышащих детей представляет усвоение слов с отвлеченными значениями и служебных слов. Ограниченность словарного запаса приводит к неточности употребления слов, к расширению их значений, что чаще всего выражается в замене одних слов другими. Наиболее характерными группами смысловых замен слов являются следующие: название предмета, сходного по назначению; название предмета, внешне сходного с данным предметом; название действия, которое связано с данным предметом и др.

Для слабослышащих детей характерны грубые искажения звуко-слоговой структуры слов, что объясняется недифференцированностью восприятия слов на слух.

Особенности лексической стороны речи предопределяют дефекты фразовой речи.

Одним из заметных проявлений несовершенства речи слабослышащих детей является несформированность их грамматического строя, выражающаяся в аграмматизмах. Усвоение правильных грамматических форм слова затрудняет неточность слухового восприятия окончаний, предлогов, являющихся средствами связи между словами. Дети допускают неправильное согласование слов, неточное употребление падежных окончаний, употребление лишних предлогов и др. Особенно распространены подобного рода ошибки при конструировании сложных предложений. Структура сложных предложений с большим трудом усваивается даже учащимися старших классов.

Слабослышащие дети долгое время не овладевают фразовой речью, их речь состоит из несвязанных между собой слов. Письменная речь слабослышащих школьников отражает недочеты устной речи.

Дети с недостатками слуха нуждаются в логопедической помощи, которая должна предполагать коррекцию всех нарушенных компонентов речевой системы.

ТЕМА 16 «ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЛОГОПЕДА В СПЕЦИАЛЬНОЙ ШКОЛЕ 8 ВИДА»

177

Умственно отсталые учащиеся нуждаются в логопедической помощи, в связи с тем, что недостатки их речевого развития отличаются стойкостью, сложностью механизмов.

В начале учебного года школьный логопед организует обследование речи учащихся. Детальному обследованию подлежат все вновь принятые дети, независимо от класса, в который они поступили. Обследуются также дети, ранее занимавшиеся у логопеда, но нуждающиеся в продолжение обучения. Цель обследования этих детей состоит в выявлении состояния речи к началу учебного года.

Обследование строится с учетом принципов: комплексного подхода, всестороннего подхода, системности, динамичности. Данные индивидуального обследования заносятся в речевую карту. К речевой карте каждого ребенка, зачисленного на логопедические занятия, прилагается индивидуальный план занятий с ним, составленный на основании речевого заключения.

По результатам обследования комплектуются группы детей, с которыми будут проводиться логопедические занятия. Критерием для зачисления детей на логопедические занятия служит характер речевого нарушения, его влияние на успеваемость. Комплектуются группы по признаку однородности речевого нарушения.

Следующий этап деятельности логопеда - организация и проведение логопедических занятий. Работа по исправлению речевых нарушений строится с учетом структуры дефекта, возрастных особенностей, на материале школьной программы. Логопедические занятия делятся на виды: индивидуальные и групповые занятия.

Для каждой группы учащихся логопед составляет перспективный план работы, отражающий последовательность работы, ее продолжительность. Логопедические занятия проводятся в логопедическом кабинете, оснащенном необходимыми учебно-методическими материалами.

Внеучебная работа логопеда предполагает организацию речевых мероприятий, контроль обеспечения единого речевого режима в школе. Деятельность логопеда осуществляется в тесном контакте с учителями, воспитателями, школьным врачом, родителями учащихся с нарушениями речи.

178

Логопед посещает уроки, внеклассные мероприятия с целью наблюдения за учениками, с одной стороны, с другой, контролирует выполнение учителями, воспитателями рекомендаций по оказанию помощи детям.

Одно из направлений деятельности логопеда - обучение школьных работников, родителей детей с нарушениями речи приемам, которые могут быть использованы во внеучебное время, на уроках, в домашних условиях (по формированию навыков звукового анализа, предупреждению ошибок на письме, развитию мелкой моторики рук, артикуляционного аппарата и др.).

Логопед организует для учителей, воспитателей, родителей беседы, семинары, консультации, знакомит с новинками научной, методической литературы и пр.

Таким образом, работа логопеда с учителями, воспитателями, родителями носит, в основном, консультативный характер, преследует цель пропаганды логопедических знаний. Контакт логопеда со

школьным врачом позволяет уточнить причинную обусловленность имеющихся у учащихся речевых нарушений.

Документация логопеда: годовой план, журнал учета детей с недостатками речи по школе, журнал посещения логопедических занятий учащимися, речевые карты, перспективные и поурочные планы работы, годовой отчет о работе.

Слушатель: Телушкина Екатерина Вячеславовна Заявка 1213166

Курс лекций составлен на основе:

179

Ахутина Т. В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. — М., 1975.

Бейн Э. С., Овчарова П. А. Клиника и лечение афазий / Под ред. Э. С. Бейн. — София, 1970.

Бейн Э. С., Бурлакова М. К., Визель Т. Г. Восстановление речи у больных с афазией. — М., 1982.

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

Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. — М., 1969.

Лурия А. Р. Основные проблемы нейролингвистики. — М., 1975.

Проблемы афазии и восстановительного обучения / Под ред. Л. С. Цветковой. — М., 1979. — Т. I; II.

Симерницкая Э. Г. Доминантность полушарий. — М., 1978.

Цветкова Л. С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. — М., 1972.

Цветкова Л. С. Нейропсихологическая реабилитация больных. — М., 1985.

Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение. — М., 1988.

Шохор-Троцкая М. К. Коррекционно-педагогическая работа при афазии. — М., 2002.





Система дистанционного обучения

Педкампус

pedcampus.ru