

## От авторов

Учебный материал настоящего пособия излагается в соответствии с программой курса «Основы дефектологии и логопедии для специальности «Педагогика и психология (дошкольная)».

Педагогические институты на факультетах дошкольного воспитания готовят специалистов в области дошкольной педагогики и психологии старшего воспитателя детского сада, заведующего методиста, преподавателя дошкольного педагогического училища. Понятно, что в поле зрения этих специалистов должны постоянно находиться вопросы формирования речи детей, являющегося важнейшей составной частью умственного воспитания. Тем более им необходимо знать способы предупреждения речевых нарушений у дошкольников, а также методы распознавания и устранения дефектов. В связи с этим в учебном пособии главное внимание уделено проблемам нарушений речи у детей в период от рождения до семи лет. Особое место занимают вопросы профилактики речевых нарушений.

При написании пособия авторы ориентировались на количество учебных часов, отведенных на эту дисциплину, и не преследовали цель исчерпывающе изложить все проблемы речевой патологии у детей. Вместе с тем они считали необходимым осветить сущность каждого дефекта, охарактеризовать особенности его проявления у дошкольников, раскрыть способы выявления и устранения.

В задачу авторов входило также показать значимость и эффективность логопедической работы на ранних возрастных этапах.

Пособие знакомит студентов с различными типами логопедических учреждений, куда необходимо своевременно направлять детей с различными формами речевых нарушений. Самостоятельным разделом выделены вопросы формирования правильной речи у детей в условиях детского сада общего типа.

Изложение каждой темы пособия завершается контрольными вопросами и заданиями для самостоятельной работы студентов, а также списком дополнительной литературы.

Задания составлены так, чтобы побуждать студентов к различным формам работы со специальной литературой, к ознакомлению с разнообразными видами речевых аномалий и самостоятельному их выявлению, к изучению опыта работы логопедов. Выполнение студентами заданий будет способствовать улучшению их теоретической и практической подготовки. Помощь в выполнении заданий осуществляется преподавателем в часы консультаций и практических занятий, а контроль за их выполнением — на зачетах.

## Глава I. Введение в логопедию логопедия, ее предмет, задачи, методы

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

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

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

Основы дошкольной логопедии как педагогической науки разработаны Р. Е. Левиной и базируются на учении Л. С. Выготского, А. Р. Лурии и А. А. Леонтьева о сложной иерархической структуре речевой деятельности.

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

*Диалогическая речь* психологически наиболее простая и естественная форма речи, возникает при непосредственном общении двух или нескольких собеседников и состоит в основном в обмене репликами.

Реплика — ответ, возражение, замечание на слова собеседника — отличается краткостью, наличием вопросительных и побудительных предложений, синтаксические развернутых конструкций.

Отличительными чертами диалога являются

эмоциональный контакт говорящих, их воздействие друг на друга мимикой, жестами, интонацией и тембром голоса,

ситуативность, т. е. предмет или тема обсуждения существуют в совместной деятельности или непосредственно воспринимаются.

Диалог поддерживается собеседниками с помощью уточняющих вопросов, изменения ситуации и намерений говорящих. Целенаправленный диалог, связанный одной темой, называется беседой. Участники беседы обсуждают или выясняют определенную проблему с помощью специально подобранных вопросов.

*Монологическая речь* — последовательно связанное изложение одним лицом системы знаний. Для монологической речи характерны последовательность, доказательность, которые обеспечивают связность мысли, грамматически правильное оформление, выразительность голосовых средств. Монологическая речь сложнее диалогической по содержанию и языковому оформлению и всегда предполагает достаточно высокий уровень речевого развития говорящего.

Выделяются три основных вида монологической речи: повествование (рассказ, сообщение), описание и рассуждение, которые в свою очередь подразделяются на ряд подвидов, имеющих свои языковые, композиционные и интонационно-выразительные особенности

При дефектах речи монологическая речь нарушается в большей степени, чем диалогическая

Письменная речь — это графически оформленная речь, организованная на основе буквенных изображений. Она обращена к широкому кругу читателей, лишена ситуативности и предполагает углубленные навыки звуко-буквенного анализа, умение логически и грамматически правильно передавать свои мысли, анализировать написанное и совершенствовать форму выражения

Полноценное усвоение письма и письменной речи тесно связано с уровнем развития устной речи. В период овладения устной речью у ребенка дошкольника происходит неосознанная обработка языкового материала, накопление звуковых и морфологических обобщений, которые создают готовность к овладению письмом в школьном возрасте. При недоразвитии речи, как правило, возникают нарушения письма различной тяжести.

Внутренняя форма речи (речь «про себя») — это беззвучная речь, которая возникает, когда человек думает о чем-либо, мысленно составляет планы. Внутренняя речь отличается по своей структуре свернутостью, отсутствием второстепенных членов предложения.

Внутренняя речь формируется у ребенка на основе внешней и представляет собой один из основных механизмов мышления.

Перевод внешней речи во внутреннюю наблюдается у ребенка в возрасте около 3 лет, когда он начинает рассуждать вслух и планировать речи свои действия. Постепенно такое проговаривание редуцируется и начинает протекать во внутренней речи.

С помощью внутренней речи осуществляется процесс превращения мысли в речь и подготовка речевого высказывания. Подготовка проходит несколько стадий. Исходным для подготовки каждого речевого высказывания является мотив или замысел, который известен говорящему лишь в самых общих чертах. Затем в процессе превращения мысли в высказывание наступает стадия внутренней речи, которая характеризуется наличием семантических представлений, отражающих наиболее существенное ее содержание. Далее из большого числа потенциальных смысловых связей выделяются самые необходимые и происходит выбор соответствующих синтаксических структур.

На этой основе строится внешне речевое высказывание на фонологическом и фонетическом уровне с развернутой грамматической структурой, т. е. оформляется звучащая речь. Данный процесс может существенно нарушаться в любом из названных звеньев у детей и взрослых, имеющих недостаточный речевой опыт или выраженную патологию речи.

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

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

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

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

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

Отклонения в развитии речи отражаются на формировании всей психической жизни ребенка. Они затрудняют общение с окружающими, нередко препятствуют правильному формированию познавательных процессов, влияют на эмоционально-волевую сферу. Под воздействием речевого дефекта часто возникает ряд вторичных отклонений, которые образуют картину аномального развития ребенка в целом. Вторичные проявления речевой недостаточности преодолеваются педагогическими средствами и эффективных устранения напрямую связаны с ранним выявлением структуры дефекта.

Основные задачи логопедии состоят в следующем:

изучение закономерностей специального обучения и воспитания детей с нарушением речевого развития;

определение распространенности и симптоматики нарушений речи у детей дошкольного и школьного возраста;

исследование структуры речевых нарушений и влияние речевых расстройств на психическое развитие ребенка;

разработка методов педагогической диагностики речевых расстройств, типологии речевых расстройств;

разработка научно обоснованных методов устранения и предупреждения различных форм речевой недостаточности;

организация логопедической помощи.

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

Преодоление и предупреждение речевых нарушений способствуют гармоническому разветвлению творческих сил личности, устраняют препятствия для реализации ее общественной направленности и приобретения знаний. Поэтому логопедия, являясь отраслью дефектологии, в то же время участвует в решении общепедагогических задач.

Под недостатками развития речи следует понимать отклонения от нормального формирования языковых средств общения. Понятие о недостатках речевого развития включает в себя не только устную речь, но предполагает во многих случаях нарушения письменной ее формы.

Рассматриваемые в логопедии изменения речи следует отличать от возрастных особенностей ее формирования. То или иное затруднение в пользовании речью можно рассматривать как ее недостаток лишь с учетом возрастных норм. При этом для различных речевых процессов возрастная граница может быть неодинаковой.

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

Принцип развития предполагает анализ процесса возникновения дефекта. Для правильной оценки генезиса того или иного отклонения, как отмечал Л. С. Выготский, следует различать происхождение изменений развития и сами эти изменения, их последовательное образование и причинно-следственные зависимости между ними.

Для осуществления генетического причинно-следственного анализа важно представить себе все многообразие условий, необходимых для полноценного формирования речевой функции на каждом этапе ее развития.

Принцип системного подхода. В сложном строении речевой деятельности различают проявления, составляющие звуковую, т.е. произносительную сторону речи, фонематические процессы, лексику и грамматический строй. Нарушения речи могут затрагивать каждый из этих компонентов. Так, одни недостатки касаются только произносительных процессов и выражаются в нарушениях вытнотности речи без каких-либо сопутствующих проявлений. Другие затрагивают фонематическую систему языка и проявляются не только в дефектах произношения, но и в недостаточном овладении звуковым составом слова, что влечет за собой нарушения чтения и письма. Вместе с тем существуют нарушения, которые охватывают как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую систему и выражаются в общем недоразвитии речи.

Применение принципа системного анализа речевых нарушений позволяет своевременно выявлять осложнения в формировании тех или иных сторон речи.

Раннее распознавание возможных отклонений как в устной, так и в дальнейшем в письменной речи позволяет предупредить их с помощью педагогических приемов.

Изучение характера дефекта речи предполагает анализ связей,

существующих между различными нарушениями, понимание значимости этих связей. Логопедия опирается здесь на закономерности, выраженные в понятии системности языка.

Принцип подхода к речевым нарушениям с позиций связи речи с другими сторонами психического развития. Речевая деятельность формируется и функционирует в тесной связи со всей психикой ребенка, с различными ее процессами, протекающими в сенсорной, интеллектуальной, аффективно-волевой сферах. Эти связи проявляются не только в нормальном, но и в аномальном развитии.

Раскрытие связей между речевыми нарушениями и другими сторонами психической деятельности помогает найти пути воздействия на психические процессы, участвующие в образовании речевого дефекта.

Наряду с непосредственным исправлением речевых нарушений логопеду необходимо воздействовать на те отклонения психического развития, которые прямо или косвенно мешают нормальному функционированию речевой деятельности.

Специальное обучение в логопедии тесно связано с коррекционно-воспитательным воздействием на содержание и направление содержания некоторого определяются зависимость речевых нарушений от особенностей других сторон психической деятельности ребенка.

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

Комплексный подход к изучению и преодолению речевых нарушений предполагает знание теоретических достижений каждой из вышеназванных отраслей науки, координированную разработку практических мероприятий.

Широко используются в логопедии данные психологии и мышления, восприятия, памяти. Лингвистическую основу логопедии составляют фонологическая теория языка, учение о сложной структуре речевой деятельности, о процессе порождения речевого высказывания.

Необходимость хорошо представлять причины, механизмы, симптоматику речевой патологии, уметь дифференцировать первичное недоразвитие речи от сходных состояний при умственной отсталости, тугоухости, психических нарушениях и др. определяется связью логопедии с медициной (психиатрией, неврологией, отоларингологией и др.). Логопед должен ориентироваться в широком круге вопросов, касающихся развития детского организма, закономерностей формирования высших психических функций ребенка, особенностей поведения в коллективе.

Коррекция речевых дефектов у детей осуществляется методами обучения и воспитания. Большое значение имеет умелое использование общедидактических принципов, разработанных в общей и дошкольной педагогике.

В логопедии разработаны различные формы воздействия: воспитание, обучение, коррекция, компенсация, адаптация, реабилитация. В дошкольной логопедии преимущественно используются воспитание, обучение и коррекция.

Огромное значение для осуществления полноценного логопедического воздействия имеет уровень педагогической квалификации воспитателя и логопеда. Работая со сложным контингентом детей, педагог должен обладать профессиональными знаниями в области логопедии и дефектологии, хорошо знать психологические особенности детей, проявлять терпение и любовь к детям, постоянно чувствовать гражданскую ответственность за успех их обучения, воспитания и подготовки к жизни и труду.

## Причины речевых нарушений

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

При рассмотрении многообразных причин речевой патологии применяют эволюционно-динамический подход, который заключается в анализе самого процесса возникновения дефекта, учете общих закономерностей и аномального развития и закономерностей речевого развития на каждой возрастной стадии (И. М. Сеченов, Л. С. Выготский, В. И. Лубовский).

Необходимо также подвергать специальному изучению условия, окружающие ребенка.

Принцип единства биологического и социального в процессе формирования психических (в том числе и речевых) процессов позволяет определить влияние речевого окружения, общения, эмоционального контакта и других факторов на созревание речевой системы. Примерами неблагоприятного воздействия речевого окружения может служить недоразвитие речи у слышащих детей, воспитывающихся у глухих родителей, у длительно болеющих и часто госпитализируемых детей, возникновение у ребенка заикания при длительных психотравмирующих ситуациях в семье и др.

У детей дошкольного возраста речь является ранимой функциональной системой и легко подвергается неблагоприятным воздействиям. Можно выделить некоторые виды дефектов речи, которые возникают по подражанию, например дефекты произношения звуков л, р, ускоренный темп речи и др. Наиболее часто страдает речевая функция в критические периоды ее развития, которые создают предрасполагающие условия для «срыва» речи в 1 — 2 г., в 3 г. и в 6 — 7 лет.

Кратко характеризуем основные причины патологии детской речи:

1. Различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода. Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 нед. до 4 мес. Возникновение речевой патологии способствуют токсикоз при беременности, вирусные и эндокринные заболевания, травмы, несовместимость крови по резус-фактору и др.
2. Родовая травма и асфиксия (СНОСКА: Асфиксия — недостаточность кислородного снабжения мозга вследствие нарушения дыхания) во время родов, которые приводят к внутричерепным кровоизлияниям.
3. Различные заболевания в первые годы жизни ребенка.

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

4. Травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга.
5. Наследственные факторы.

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

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

Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут обусловить нарушения различных сторон речи.

При анализе причин возникновения нарушений следует учитывать соотношение речевого дефекта и сохранных анализаторов и функций, которые могут быть источником компенсации при коррекционном обучении.

Большое значение имеет ранняя диагностика различных аномалий развития речи. Если речевые дефекты выявляются только при поступлении ребенка в школу или же в младших классах, их бывает трудно компенсировать, что отрицательно сказывается на успеваемости. Если же отклонения обнаруживаются у ребенка в ясельном или дошкольном возрасте, ранняя медицинская и педагогическая коррекция значительно повышает вероятность полноценного обучения в школе.

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

- 1) семьи, где уже имеется ребенок с тем или иным дефектом;
- 2) семьи с умственной отсталостью, заболеванием шизофренией, нарушением слуха у одного из родителей или у обоих;
- 3) семьи, где матери перенесли во время беременности острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз;

4) семьи, где имеются дети, перенесшие внутриутробную гипоксию (СНОСКА: Гипоксия — кислородное голодание), природную асфиксию, травмировали же нейроинфекцию, черепно-мозговые травмы в первые месяцы жизни

В нашей стране последовательно осуществляются мероприятия по охране здоровья матери и ребенка. Среди них в первую очередь следует назвать диспансеризацию беременных женщин, страдающих хроническими заболеваниями, периодическую госпитализацию женщин с отрицательным резус-фактором и многие другие.

В профилактике аномалий речевого развития большую роль играет диспансеризация детей, перенесших родовые травмы.

Большое значение для предупреждения рождения детей с речевыми дефектами имеет распространение знаний о причинах признаках речевой патологии среди врачей, педагоги населения в целом.

## Классификация нарушений речи

Известно, что нарушения речи носят многообразный характер в зависимости от их степени, от локализации пострадавшей функции, от времени поражения, от выраженности вторичных отклонений, возникающих под воздействием ведущего дефекта.

Поскольку речевые нарушения долгое время оставались предметом изучения дисциплин медико-биологического цикла, большое распространение получила клиническая классификация речевых нарушений (М. Е. Хватцев, Ф. А. Рау, О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский, Б. М. Гриншпун и др.). В основе клинической классификации лежит изучение причин (этиологии) и патологических проявлений (патогенеза) речевой недостаточности. Выделяются различные формы (виды) речевой патологии, каждая из которых имеет свою симптоматику и динамику проявлений. Это нарушения голоса, нарушения темпа речи, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия, нарушения письма и чтения (аграфия и дисграфия, алексия и дислексия). В соответствии с особенностями нарушения для каждой формы разработаны приемы и методы коррекционно-логопедической работы.

В настоящее время у нас в стране в качестве основы для комплектования специальных логопедических учреждений и для использования фронтальных методов воздействия применяется психолого-педагогическая классификация речевых нарушений. Она разработана Р. Е. Левиной и основана на выделении прежде всего тех признаков речевой недостаточности, которые важны для осуществления единого педагогического подхода.

На основе психолингвистических критериев — нарушения языковых средств общения и нарушения в применении средств общения в процессе речевой коммуникации — дефекты речи делятся на две группы. К первой группе относятся следующие нарушения: фонетическое недоразвитие, фонетико-фонематическое недоразвитие, общее недоразвитие речи.

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

Психолого-педагогическая классификация открывает широкие возможности для внедрения в логопедическую практику научно обоснованных фронтальных методов коррекционного воздействия на нарушенную речь и другие психические функции детей дошкольного и школьного возраста. С точки зрения психолого-педагогической классификации наиболее значимым является вопрос о том, какие именно компоненты речевой системы затронуты, недоразвиты или нарушены. Придерживаясь этого подхода, педагог имеет возможность четко представить направление коррекционного обучения в каждой категории дефектов при общем недоразвитии речи, при фонетико-фонематическом недоразвитии при недостатках произношения звуков.

Каждая группа дефектов в свою очередь различается по форме (природе) нарушения и степени его выраженности.

Клиническая психолого-педагогическая классификация нарушений речи взаимно дополняют друг друга.

## Анатомо-физиологические механизмы речи

Знание анатомо-физиологических механизмов речи, т. е. строения и функциональной организации речевой деятельности позволяет, во-первых, представлять сложный механизм речи в норме, во-вторых, дифференцированно подходить к анализу речевой патологии, в-третьих, правильно определять пути коррекционного воздействия.

Речь представляет собой одну из сложных высших психических функций человека.

Речевой акт осуществляется сложной системой органов, в которой главная ведущая роль принадлежит деятельности головного мозга.

Еще в начале XX в. была распространена точка зрения, по которой функции речи связывали с существованием в мозгу особых «изолированных речевых центров». И. П. Павлов дал новое направление этому взгляду, доказав, что локализация речевых функций коры головного мозга не только очень сложна, но и изменчива, почему и назвал ее «динамической локализацией».

В настоящее время благодаря исследованиям П. К. Анохина, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии и других ученых установлено, что основой всякой высшей психической функции являются не отдельные «центры», а сложные функциональные системы, которые расположены в различных областях центральной нервной системы, на различных ее уровнях и объединены между собой единством рабочего действия.

Речь — это особая и наиболее совершенная форма общения, присущая только человеку. В процессе речевого общения (коммуникации) люди обмениваются мыслями и воздействуют друг на друга. Осуществляется речевое общение посредством языка. Язык — это система фонетических, лексических и грамматических средств общения. Говорящий отбирает необходимые для выражения мысли слова, связывает их по правилам грамматики языка и произносит путем артикуляции речевых органов.

Для того чтобы речь человека была членораздельной и понятной, движения речевых органов должны быть закономерными и точными. Вместе с тем эти движения должны быть автоматическими т. е. такими, которые осуществлялись бы без специальных произвольных усилий. Так и происходит на самом деле. Обычно говорящий следит только за течением мысли, не задумываясь над тем, какое положение должен занять его язык во рту, когда надо вдохнуть и т. д. Это происходит в результате действия механизма произнесения речи. Для понимания действия механизма произнесения речи необходимо хорошо знать строение речевого аппарата.

## Строение речевого аппарата

Речевой аппарат состоит из двух тесно связанных между собой частей: центрального (или регулирующего) речевого аппарата и периферического (или исполнительного) (рис. 1).

Центральный речевой аппарат находится в головном мозге. Он состоит из коры головного мозга (преимущественно левого полушария), подкорковых узлов, проводящих путей, ядер ствола (прежде всего продолговатого мозга) и нервов, идущих к дыхательным, голосовым и артикуляторным мышцам.

Какова же функция центрального речевого аппарата и его отделов?

Речь, как и другие проявления высшей нервной деятельности, развивается на основе рефлексов. Речевые рефлексы связаны с деятельностью различных участков мозга. Однако некоторые отделы коры головного мозга имеют главенствующее значение в образовании речи. Это лобная, височная, теменная и затылочная доли преимущественно левого полушария мозга (у левшей правого). Лобные извилины (нижние) являются двигательной областью и участвуют в образовании собственной устной речи (центр Брока). Височные извилины (верхние) являются речеслуховой областью, куда поступают звуковые раздражения (центр Вернике). Благодаря этому осуществляется процесс восприятия чужой речи. Для понимания речи имеет значение теменная доля коры мозга. Затылочная доля является зрительной областью и обеспечивает усвоение письменной речи (восприятие буквенных изображений при чтении и письме). Кроме того, у ребенка речь начинает развиваться благодаря зрительному восприятию и артикуляции взрослых.

Подкорковые ядра ведают ритмом, темпом и выразительностью речи.

Проводящие пути. Кора головного мозга связана с органами речи (периферическими) двумя видами нервных путей: центробежными и центростремительными.

*Центробежные (двигательные) нервные пути* соединяют кору головного мозга с мышцами, регулирующими деятельность периферического речевого аппарата. Центробежный путь начинается в коре головного мозга в центре Брока.

От периферии к центру, т. е. от области речевых органов к коре головного мозга, идут центростремительные пути.

*Центростремительный путь* начинается в проприорецепторах в барорецепторах.

*Проприорецепторы* находятся внутри мышц, сухожилий и на суставных поверхностях движущихся органов.

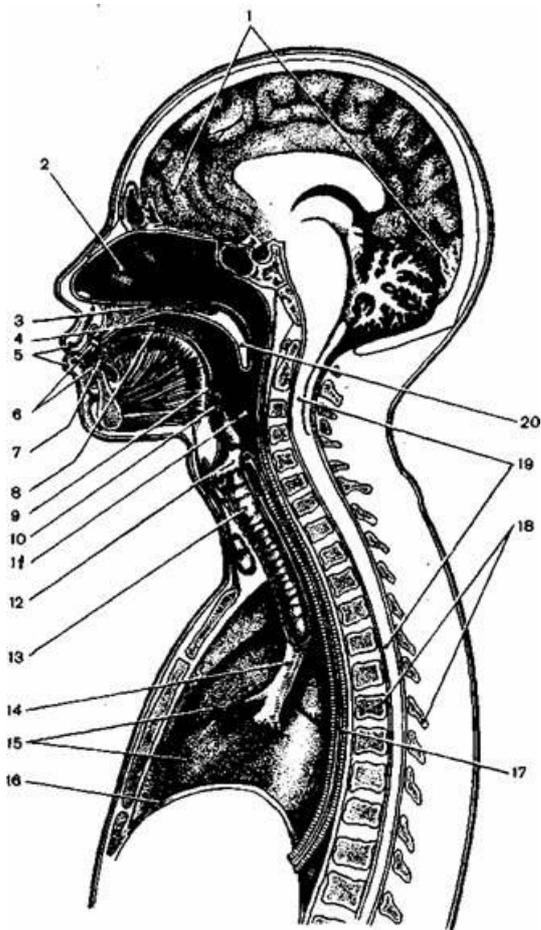


Рис. 1. Строение речевого аппарата 1 — головной мозг; 2 — носовая полость; 3 — твердое небо; 4 — ротовая полость; 5 — губы; 6 — резцы; 7 — кончик языка; 8 — спинка языка; 9 — корень языка; 10 — надгортанник; 11 — глотка; 12 — гортань; 13 — трахея; 14 — правый бронх; 15 — правое легкое; 16 — диафрагма; 17 — пищевод; 18 — позвоночник; 19 — спинной мозг; 20 — мягкое небо

Проприорецепторы возбуждаются под действием мышечных сокращений. Благодаря propriорецепторам контролируется наша мышечная деятельность. Барорецепторы возбуждаются при изменении давления на них и находятся в глотке. Когда мы говорим, происходит раздражение propriорецепторов, которое идет по центростремительному пути к коре головного мозга. Центростремительный путь играет роль общего регулятора всей деятельности речевых органов.

В ядрах ствола берут начало черепно-мозговые нервы. Все органы периферического речевого аппарата иннервируются (СНОСКА: Иннервация — обеспеченность какого-либо органа или ткани нервными волокнами, клетками) черепно-мозговыми нервами. Главные из них: тройничный, лицевой, языкоглоточный, блуждающий, добавочный и подъязычный.

*Тройничный нерв* иннервирует мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть; *лицевой нерв* — мимическую мускулатуру, в том числе мышцы, осуществляющие движения губ, надувание и втягивание щек; *языкоглоточный блуждающий нервы* — мышцы гортани и голосовых складок глотки и мягкого неба. Кроме того, языкоглоточный нерв является чувствительным нервом языка, а блуждающий иннервирует мышцы органов дыхания и сердца. *Добавочный нерв* иннервирует мышцы шеи, а *подъязычный нерв* снабжает мышцы языка двигательными нервами и сообщает ему возможность разнообразных движений.

Через эту систему черепно-мозговых нервов передаются нервные импульсы от центрального речевого аппарата к периферическому. Нервные импульсы приводят в движение речевые органы.

Но этот путь от центрального речевого аппарата к периферическому составляет только одну часть речевого механизма. Другая его часть заключается в обратной связи — от периферии к центру.

Теперь обратимся к строению периферического речевого аппарата (исполнительного).

Периферический речевой аппарат состоит из трех отделов: 1) дыхательного; 2) голосового; 3) артикуляционного (или звуко-производящего).

В дыхательный отдел входит грудная клетка с легкими, бронхами и трахеей.

Произнесение речи тесно связано с дыханием. Речь образуется в фазе выдоха. В процессе выдоха воздушная струя осуществляет одновременно голосообразующую и артикуляционную функции (помимо еще одной, основной — газообмена). Дыхание в момент речи существенно отличается от обычного, когда человек молчит. Выдох намного длиннее вдоха (в то время как вне речи продолжительность вдоха и выдоха примерно одинакова). Кроме того, в момент речи число дыхательных движений вдвое меньше, чем при обычном (без речи) дыхании.

Понятно, что для более длительного выдоха необходимы большой запас воздуха. Поэтому в момент речи значительно увеличивается объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха (примерно в 3 раза). Вдох при речи становится более коротким и более глубоким. Еще одной особенностью речевого дыхания является то, что выдох в момент речи осуществляется при активном участии выдыхательных мышц (брюшной

стенки и внутренних межреберных мышц). Это обеспечивает его наибольшую длительность и глубину и, кроме того, увеличивает давление воздушной струи, без чего невозможна звучная речь.

Голосовой отдел состоит из гортани с находящимися в ней голосовыми складками. Гортань представляет собой широкую короткую трубку, состоящую из хрящей и мягких тканей. Она расположена в переднем отделе шеи и может быть спереди и с боков прощупана через кожу, особенно у худых людей.

Сверху гортань переходит в глотку. Снизу она переходит в дыхательное горло (трахею).

На границе гортани и глотки находится надгортанник. Он состоит из хрящевой ткани, имеющей форму язычка или лепестка. Передняя поверхность его обращена к языку, а задняя — к гортани. Надгортанник служит как бы клапаном, опускаясь при глотательном движении, он закрывает вход в гортань и предохраняет ее полость от попадания пищи и слюны.

У мужчин гортань крупнее, а голосовые складки длиннее и толще, чем у женщин. Длина голосовых складок у женщин равна в среднем 18 — 20 мм, у мужчин она колеблется от 20 до 24 мм.

У детей до начала пубертатного периода (т. е. периода полового созревания) различий в величине и строении гортани между мальчиками и девочками не отмечается.

Вообще у детей гортань мала и растет в разные периоды неравномерно. Заметный рост ее происходит в возрасте 5 — 7 лет, а затем — в пубертатный период у девочек в 12 — 13 лет, у мальчиков в 13 — 15 лет. В это время размеры гортани увеличиваются у девочек на одну треть, а у мальчиков на две трети, голосовые складки удлиняются, у мальчиков начинает обозначаться жадык.

У детей раннего возраста форма гортани воронкообразная. По мере роста ребенка форма гортани постепенно приближается к цилиндрической.

Голосовые складки своей массой почти совсем застилают просвет гортани, оставляя сравнительно узкую голосовую щель.

При обычном дыхании голосовая щель широко раскрыта и имеет форму равнобедренного треугольника. Вдыхаемый и выдыхаемый воздух при этом беззвучно проходит через широкую голосовую щель.

Как же осуществляется голосообразование (или фонация)? Механизм голосообразования таков. При фонации голосовые складки находятся в сомкнутом состоянии (рис. 2). Струя выдыхаемого воздуха, прорываясь через сомкнутые голосовые складки, несколько раздвигает их в стороны. В силу своей упругости, а также под действием гортанных мышц, суживающих голосовую щель, голосовые складки возвращаются в исходное, т. е. срединное, положение, с тем чтобы в результате продолжающегося давления выдыхаемой воздушной струи снова раздвинуться в стороны и т. д. Смыкания и размыкания продолжаются до тех пор, пока не прекратится давление голосообразующей выдыхательной струи. Таким образом, при фонации происходят колебания голосовых складок. Эти колебания совершаются поперечном, а не в продольном направлении, т. е. голосовые складки перемещаются кнутри и кнаружи, а не вверх и вниз.

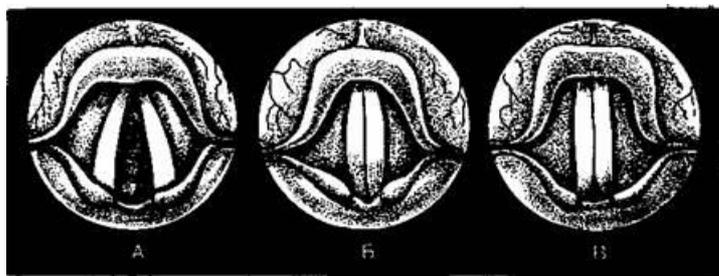


Рис. 2. Уклад голосовых складок А — при дыхании Б — при фонации В — при шепоте

В результате колебаний голосовых складок движение струи выдыхаемого воздуха превращается в колебание частиц воздуха. Эти колебания передаются в окружающую среду и воспринимаются нами как звуки голоса.

При шепоте голосовые складки смыкаются не на всем своем протяжении, в задней части между ними остается щель в форме маленького равнобедренного треугольника, через которую проходит выдыхаемая струя воздуха. Голосовые складки при этом не колеблются, но трение струи воздуха о края маленькой треугольной щели вызывает шум, который и воспринимается нами в виде шепота.

Голос обладает силой, высотой и тембром.

Сила голоса зависит в основном от амплитуды (размаха) колебаний голосовых складок, которая определяется величиной воздушного давления, т. е. силой выдоха. Значительное влияние на силу голоса оказывают также резонаторные полости надставной трубы (глотка, полость рта, носовая полость), которые являются усилителями звука.

Величина и форма резонаторных полостей, а также особенности строения гортани влияют на индивидуальную «окраску» голоса, или *тембр*. Именно благодаря тембру мы различаем людей по голосу.

Высота голоса зависит от частоты колебаний голосовых складок, а она в свою очередь зависит от их длины, толщины и степени напряжения. Чем длиннее голосовые складки, чем они толще и чем меньше напряжены, тем ниже звук голоса.

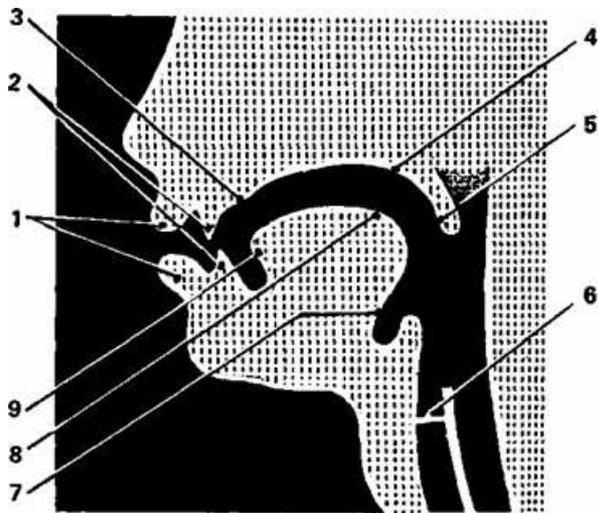


Рис. 3. Профиль органов артикуляции 1 — губы 2 — резцы, 3 — альвеолы, 4 — твердое нёбо, 5 — мягкое нёбо, 6 — голосовые складки, 7 — корень языка, 8 — спинка языка, 9 — кончик языка

Кроме того, высота голоса зависит от давления воздушной струи на голосовые складки, от степени их натяжения

Артикуляционный отдел. Основными органами артикуляции являются язык, губы, челюсти (верхняя и нижняя), твердое и мягкое нёбо, альвеолы. Из них язык, губы, мягкое нёбо и нижняя челюсть являются подвижными, остальные — неподвижными (рис. 3).

Главным органом артикуляции является *язык*. Язык — массивный мышечный орган. При сомкнутых челюстях он заполняет почти всю ротовую полость. Передняя часть языка подвижна, задняя фиксированная, носит название *корня языка*. В подвижной части языка различают кончик, передний край (лезвие), боковые края и спинку. Сложно переплетенная система мышц языка, разнообразие точек их прикрепления обеспечивают возможность в больших пределах изменять форму, положение и степень напряжения языка. Это имеет очень большое значение, так как язык участвует в образовании всех гласных и почти всех согласных звуков (кроме губных). Важная роль в образовании звуков речи принадлежит также нижней челюсти, губам, зубам, твердому и мягкому нёбу, альвеолам. Артикуляция состоит в том, что перечисленные органы образуют щели, или смычки, возникающие при приближении или прикосновении языка к нёбу, альвеолам, зубам, а также при сжатии губ или прижатии их к зубам.

Громкость и отчетливость речевых звуков создаются благодаря *резонаторам*. Резонаторы расположены во всей *надставной трубе*.

Надставная труба — это все то, что расположено выше гортани: глотка, ротовая полость и носовая полость.

У человека рот и глотка имеют одну полость. Это создает возможность произнесения разнообразных звуков. У животных (например у обезьяны) полости глотки и рта связаны очень узкой щелью. У человека же глотка и рот образуют общую трубку — надставную трубу. Она выполняет важную функцию речевого резонатора. Надставная труба у человека сформировалась в результате эволюции.

Надставная труба благодаря своему строению может меняться по объему и по форме. Например, глотка может быть вытянутой и сжатой, наоборот, очень растянутой. Изменения формы и объема надставной трубы имеют большое значение для образования звуков речи. Эти изменения формы и объема надставной трубы и создают явление *резонанса*. В результате резонанса одни обертоны речевых звуков усиливаются, другие — заглушаются. Таким образом, возникает специфический речевой тембр звуков. Например, при произнесении звука *а* ротовая полость расширяется, а глотка сужается и вытягивается. А при произнесении звука *и*, наоборот, ротовая полость сжимается, а глотка расширяется.

Одна гортань не создает специфического речевого звука, он образуется не только в гортани, но и в резонаторах (глоточном, ротовом и носовом).

Надставная труба при образовании звуков речи выполняет двойную функцию: *резонатора* и *шумового вибратора* (функцию звукового вибратора выполняют голосовые складки, которые находятся в гортани).

Шумовым вибратором являются щели между губами, между языком и зубами, между языком и твердым нёбом, между языком и альвеолами, между губами и зубами, а также прорываемые струей воздуха смычки между этими органами.

При помощи шумового вибратора образуются глухие согласные. При одновременном включении тонального вибратора (колебания голосовых складок) образуются звонкие и сонорные согласные.

Ротовая полость и глотка принимают участие в произнесении всех звуков русского языка. Если у человека правильное произношение, то носовая резонатор участвует только в произнесении звуков *м* и *н* и их мягких вариантов. При произнесении остальных звуков нёбная занавеска, образуемая мягким нёбом и маленьким язычком, закрывает вход в полость носа.

Итак, первый отдел периферического речевого аппарата служит для подачи воздуха, второй — для образования голоса, третий является резонатором, который дает звуку силу и окраску и таким образом образует характерные звуки нашей речи, возникающие в результате деятельности отдельных активных органов артикуляционного аппарата.

Для того чтобы было осуществлено произношение слов в соответствии с задуманной информацией в коре головного мозга производится отбор команд для организации речевых движений. Эти команды носят название артикуляторной программы. Артикуляторная программа реализуется в исполнительной части речедвигательного анализатора — в дыхательной, фонаторной и резонаторной системах.

Речевые движения осуществляются настолько точно, что в результате возникают определенные звуки речи и формируется устная (или экспрессивная) речь.

Понятие об обратной связи. Выше мы говорили о том, что нервные импульсы, поступающие от центрального речевого аппарата, приводят в движение органы периферического речевого аппарата. Но имеется и обратная связь. Как же она осуществляется? Эта связь функционирует по двум направлениям: кинестетическому пути и слуховому.

Для правильного осуществления речевого акта необходим контроль:

- 1) с помощью слуха;
- 2) через кинестетические ощущения.

При этом особую важную роль принадлежит кинестетическим ощущениям, идущим в кору головного мозга от речевых органов. Именно кинестетический контроль позволяет предупредить ошибку и внести поправку до того, как звук произнесен.

Слуховой же контроль действует лишь в момент произнесения звука. Благодаря слуховому контролю человек замечает ошибку. Чтобы устранить ошибку, нужно исправить артикуляцию и проконтролировать ее.

*Обратные импульсы* идут от речевых органов к центру, где контролируется при каком положении органов речи произошла ошибка. Затем от центра посылается импульс, который вызывает точную артикуляцию. И снова возникает обратный импульс — о достигнутом результате. Так происходит до тех пор, пока не будут согласованы артикуляция и слуховой контроль. Можно сказать, что обратные связи функционируют как бы по кольцу — импульсы идут от центра к периферии и далее — от периферии к центру.

Так осуществляется обратная связь и формируется вторая сигнальная система. Важную роль при этом принадлежит системам временных нервных связей — динамическим стереотипам, которые возникают благодаря многократному восприятию элементов языка (фонетических, лексических, грамматических) и произнесению. Система обратных связей обеспечивает автоматическое регулирование работы органов речи.

## Роль слуха и зрения в развитии речи детей

Речь ребенка правильно формируется только тогда, когда развивающаяся вторая сигнальная система постоянно поддерживается конкретными импульсами первой сигнальной системы, отражающей реальную действительность. Первая сигнальная система обладает сигналами образующими чувства.

Для развития речи ребенка очень важным является его полноценный слух. Слуховой анализатор начинает функционировать уже с первых часов жизни ребенка. Первая реакция на звук проявляется у ребенка расширением зрачков, задержкой дыхания, некоторыми движениями. Затем ребенок начинает прислушиваться к голосу взрослых и реагировать на него. В дальнейшем развитии речи ребенка большую роль начинает играть слух.

Во втором полугодии ребенок воспринимает определенные звуковые сочетания и связывает их с определенными предметами или действиями (*тик-так, иди-иди, дай-дай*).

В возрасте 7 — 9 мес. малыш начинает подражать звукам речи окружающих. А к году у него появляются первые слова.

Таким образом, ребенок овладевает умением подчинять деятельность своего артикуляторного аппарата сигналам, поступающим от слухового анализатора. При помощи слуха малыш воспринимает речь окружающих, подражает ей и контролирует свое произношение.

Исследования Л. В. Неймана и В. И. Бельтюкова показали, что даже при относительно небольшом снижении слуха (не превышающем 20 — 25 Дб) возникают затруднения в восприятии некоторых звуков (многих согласных безударных окончаний слов и т.п.). Такое понижение слуха, возникшее до начала процесса развития речи или в самом его начале, приводит, как правило, к общему недоразвитию речи (когда начинает нарушаться произношение звуков, не развивается в полной мере словарный запас и грамматический строй).

У глухих от рождения детей не развивается подражание речи окружающих. Лепет у них появляется так же, как и у нормально слышащих детей. Но он не получает подкрепления со стороны слухового восприятия, поэтому постепенно угасает. В таких случаях без специального педагогического воздействия речь детей не развивается.

Слух человека приобрел в процессе онтогенеза особое свойство — точно различать звуки человеческой речи (фонемы). (Этим он отличается от слуха животных). В раннем детстве ребенок воспринимает звуки, слоги и слова окружающих нечетко, искаженно. Поэтому дети смешивают одну фонему с другой, плохо понимают речь. Очень часто дети не замечают своего неправильного произношения, поэтому оно становится привычным, стойким и преодолевается впоследствии с большим трудом.

Развитие фонематического восприятия происходит постепенно параллельно с формированием произношения. Обычно к 4 г. ребенок овладевает умением различать на слух все фонемы родного языка.

Зрение также имеет существенное значение в развитии речи детей. Важная роль зрительного анализатора в возникновении речи и ее восприятии подтверждается тем, что слепые от рождения дети начинают говорить значительно позже. Зрячий ребенок внимательно наблюдает за движениями языка и губ говорящих, пытается повторять их, хорошо подражает утрированным артикуляционным движениям.

В процессе развития ребенка между анализаторами слуховыми, зрительными и другими возникает система условных связей, которая постоянно развивается и укрепляется повторяемыми связями.

## Особенности развития речи детей дошкольного возраста

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

Речь не является врожденной способностью, а развивается в процессе онтогенеза (СНОСКА: Онтогенез (от греч. *ontos* — сущее, *genesis* — происхождение, развитие) — индивидуально-развитие организма от момента его зарождения до конца жизни) параллельно с физическими умственными развитием ребенка и служит показателем общего развития. Усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью и характеризуется рядом черт, общих для всех детей. Для того чтобы понять патологию речи, необходимо четко представлять весь путь последовательного речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание.

Кроме того, нужно четко представлять каждый этап речевого развития ребенка, каждый «качественный скачок», чтобы вовремя заметить те или иные отклонения в этом процессе. Например, малыш в 1 г. 4 мес. еще не говорит. Решить, нормальное это явление или нет, педагог может только в том случае, если знает, когда при нормальном развитии должны появиться первые слова.

Знание закономерностей речевого развития детей необходимо также и для правильной диагностики нарушений речи. Так, некоторые специалисты порой направляют трехлетних детей к логопеду для устранения недостатков произношения звуков. Правильно ли это? Нет. Потому что даже при нормальном речевом развитии ребенка в данном возрасте «полагается» произносить некоторые звуки неверно. Это явление называется физиологическим косноязычием, совершенно закономерно обусловлено еще недостаточной сформированностью артикуляционного аппарата.

И наконец, знание законов развития речи детей в процессе онтогенеза необходимо и для того, чтобы правильно построить всю коррекционно-воспитательную работу по преодолению речевой патологии. Например, обучая неговорящих детей (алаликов), очень важно знать, что сначала всякого ребенка развивается понимание речи и только потом он овладевает активной речью. Следовательно, если в таком случае сразу развивать активную речь, работа не принесет желаемого эффекта.

Исследователи выделяют разное количество этапов в становлении речи детей, по-разному их называют, указывают различные возрастные границы каждого. Например, А. Н. Гвоздев прослеживает последовательность появления в речи ребенка различных частей речи, словосочетаний, разных видов предложений и на этой основе выделяет ряд периодов.

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

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

- 1-й — подготовительный — до одного года;
- 2-й — преддошкольный этап первоначального овладения языком — до 3 лет;
- 3-й — дошкольный — до 7 лет;
- 4-й — школьный.

Остановимся подробно на характеристике этих этапов.

Итак, первый этап — подготовительный (с момента рождения ребенка до одного года).

Почему так называется данный этап? Потому что в это время происходит подготовка к овладению речью. В чем она заключается?

С момента рождения у ребенка появляются голосовые реакции: крик и плач. Правда, они еще очень далеки от звуков человеческой речи. Однако крик и плач способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Через две недели можно уже заметить, что ребенок начинает реагировать на голос говорящего, перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются. К концу первого месяца его уже можно успокоить мелодичной песней (колыбельной). Далее он начинает поворачивать голову в сторону говорящего или следить за ним глазами. Вскоре малыш уже реагирует на интонацию, на ласковую — оживляется, на резкую — плачет.

Около 2 мес. появляется гуление и к началу 3-го мес. — лепет (*агу-угу, тя-тя, ба-ба* и т. п.). Лепет — это сочетание звуков, неопределенно артикулируемых.

С 5 мес. ребенок слышит звуки, видит у окружающих артикуляционные движения губ и пытается подражать. Многократное повторение какого-то определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка.

С 6 мес. ребенок путем подражания произносит отдельные слоги (*ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па* и др.).

В дальнейшем путем подражания ребенок перенимает постепенно все элементы звучащей речи: не только фонемы, но и тон, темп, ритм, мелодику, интонацию.

Во втором полугодии малыш воспринимает определенные звуко сочетания и связывает их с предметами или действиями (*тик-так, дай-дай, бух*). Но в это время он еще реагирует на весь комплекс воздействия ситуации, интонации и слова. Все это помогает образованию временных связей (запоминание слов и реакция на них).

В возрасте 7 — 9 мес. ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

С 10 — 11 мес. появляются реакции на самые слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего).

В это время особо важное значение приобретают условия, в которых формируется речь ребенка (правильная речь окружающих, подражание взрослыми и др.).

К концу первого года жизни появляются первые слова.

Второй этап — преддошкольный (от одного года до 3 лет).

С появлением у ребенка первых слов заканчивается подготовительный этап и начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Он очень много и охотно повторяет за говорящими сам произносит слова. При этом малыш путает звуки, переставляет их местами, искажает, опускает.

Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой характер. Одним и тем же словом или звуко сочетанием он может обозначать предмет и просьбу, и чувства. Например слово *каша* может означать в разные моменты *вот каша; дай кашу; горячая каша*. Или слово *papa* может означать *пришел папа; нет папы; папа, подойди* и т. п. Понять малышам можно только в ситуации, в которой или по поводу которой и происходит его общение со взрослым. Поэтому такая речь называется ситуационной. Ситуационную речь ребенок сопровождает жестами, мимикой.

С полутора лет слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания словесного объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов.

На протяжении 2-го и 3-го г. жизни у ребенка происходит значительно накопление словаря.

Следует отметить, что различные исследователи (как наши, отечественные так и зарубежные) приводят разные количественные данные о росте словаря детей.

Приведем наиболее распространенные данные о бурном развитии словарного запаса детей в преддошкольном периоде: к 1 г. 6 мес. — 10 — 15 слов; к концу 2-го г. — 300 слов (за 6 мес. около 300 слов!); к 3 г. — около 1000 слов (т.е. за год около 700 слов!).

Значения слов становятся все более определенными.

К началу 3-го г. жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи.

Сначала ребенок выражает свои желания, просьбы одним словом. Потом — примитивными фразами без согласования («Мама, пить мамуле Тата» — *Мама, дай Тате* попить молока). Далее постепенно появляются элементы согласования и соподчинения слов в предложении.

К 2 г. дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания.

В это время понимание речи взрослого значительно превосходит произносительные возможности.

Третий этап — дошкольный (от 3 до 7 лет).

На дошкольном этапе у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Можно обнаружить дефекты произношения свистящих, шипящих, сонорных звуков *р* и *л*, реже — дефекты смягчения, озвончения и йотации.

На протяжении периода от 3 до 7 лет у ребенка все более развивается навык слухового контроля за собственным произношением, умение исправлять его в некоторых возможных случаях. Иными словами, формируется фонематическое восприятие.

В этот период продолжается быстрое увеличение словарного запаса. Активный словарь ребенка к 4 — 6 г. достигает 3000 — 4000 слов. Значения слов еще больше уточняются и во многом обогащаются. Но часто дети еще неверно понимают или используют слова, например по аналогии с назначением предметов говорят вместо *поливатель из лейки* «леять», вместо *лопатка* «копатка» и т. п. Вместе с тем такое явление свидетельствует о «чувствезыку». Это значит, что у ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируется чувство языка, способность к словотворчеству.

К. Д. Ушинский придавал особое значение чувству языка, которое, по его словам, подсказывает ребенку место ударения в слове, грамматический оборот, способ сочетания слов в предложении

Параллельно с развитием словаря идет и развитие грамматического строя речи. В дошкольный период дети овладевают связной речью. После трех лет происходит значительное усложнение содержания речи ребенка, увеличивается ее объем. Это ведет к усложнению структуры предложений. По определению А. Н. Гвоздева к 3 г. у детей оказываются сформированными все основные грамматические категории

Дети 4-го г. жизни пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенная форма высказываний в этом возрасте — простое распространенное предложение («Я куклу в такое красивое платье одела»; «Я стану большим сильным дядей»).

На 5 г. жизни дети относительно свободно пользуются структурой сложносочиненных и сложноподчиненных предложений («Потом, когда мы пошли домой, нам подарки дали: разные конфеты, яблоки, апельсины»; «Какой-нибудь умный и хитрый дяденька купил шарики, сделал свечки, подбросил на небо, и получился салют»).

Начиная с этого возраста высказывания детей напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее и большее количество предложений

В пятилетнем возрасте дети без дополнительных вопросов составляют пересказ сказки (рассказа) из 40 — 50 предложений, что свидетельствует об успехах в овладении одним из трудных видов речи — монологической речью.

В этот период значительно улучшается фонематическое восприятие: сначала ребенок начинает дифференцировать гласные и согласные звуки, далее — мягкие и твердые согласные, наконец — сонорные, шипящие и свистящие звуки

К 4 г. в норме ребенок должен дифференцировать все звуки

т. е. у него должно быть сформировано фонематическое восприятие

К этому же времени заканчивается формирование правильного звукопроизношения: ребенок говорит совсем чисто.

На протяжении дошкольного периода постепенно формируется контекстная (отвлеченная, обобщенная, лишенная наглядной опоры) речь. Контекстная речь появляется сначала при пересказе ребенком сказок, рассказов, затем при описании каких-нибудь событий из его личного опыта, его собственных переживаний, впечатлений

Четвертый этап — школьный (от 7 до 17 лет).

Главная особенность развития речи у детей на данном этапе по сравнению с предыдущим — это ее сознательное усвоение. Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматические правила построения высказываний

Ведущая роль при этом принадлежит новому виду речи — письменной речи.

Итак, в школьном возрасте происходит целенаправленная перестройка речи ребенка — от восприятия различия звуков до осознанного использования всех языковых средств

Разумеется, указанные этапы не могут иметь строгих, четких границ. Каждый из них плавно переходит в последующий

Для того чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия. Так, ребенок должен

быть психически и соматически (СНОСКА *Soma* (греч.) — тело человека (организм).) здоровым

иметь нормальные умственные способности

иметь нормальный слух и зрение;

обладать достаточной психической активностью;

обладать потребностью в речевом общении;

иметь полноценное речевое окружение

Нормальное (своевременное и правильное) речевое развитие ребенка позволяет ему постоянно усваивать новые понятия, расширять запас знаний и представлений об окружающем. Таким образом, речь, ее развитие самым тесным образом связаны с развитием мышления

## Контрольные вопросы

1. Что является предметом логопедии?
2. Почему логопедия занимается лишь теми дефектами речи, которые возникают на фоне нормального слуха и первично сохранного интеллекта?
3. Чем отличаются истинно речевые нарушения от временных недостатков речи?

4. Какие дефекты речи являются наиболее сложными органическими или функциональными? Обоснуйте вывод.
5. Какова функция центрального речевого аппарата и его отделов?
6. Какие органы артикуляционного аппарата являются подвижными, а какие — неподвижными?
7. Какую роль играют слух и зрение в развитии речи детей?
8. От каких факторов зависит полноценное формирование речи детей?
9. Какие особенности речевого развития детей появляются в школьном периоде?
10. Каким образом развитие речи ребенка связано с развитием его мышления?

### Контрольные задания

1. Составьте таблицу, где в одной колонке перечислите задачи логопедии, а в другой — методы к каждой из указанных задач.
2. Нарисуйте профиль органов артикуляционного аппарата (см. рис. 3). Раскрасьте разными цветами все его составляющие части.
3. Нарисуйте профиль органов артикуляционного аппарата. Раскрасьте одним цветом все его подвижные части, а другим — неподвижные.
4. Изучив и проанализировав рекомендуемую литературу, составьте таблицу (или схему) нормального развития детской речи за период от одного года до 7 лет, отражающую развитие всех компонентов языка (фонетико-фонематического и лексико-грамматического).
5. Составьте схему, в которой были бы отражены этапы речевого развития ребенка в процессе онтогенеза по материалам различных исследователей А. Н. Гвоздева, Г. Л. Розенгард-Пупко, А. Н. Леонтьева, Н. И. Жинкина. Укажите для каждого из этапов возрастные границы.

### Литература

- Беккер К.-П., Совак М. Логопедия — М., 1981. — С. II-84.
- Гриншпун Б. М., Ляпидевский С. С. О классификации речевых расстройств/Расстройство речи у детей и подростков — М., 1969. - С. 40- 59.
- Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. — М., 1961.
- Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии — М., 1968. - С. 7-30.
- Правдина О. В. Логопедия - М., 1973. С. 5-20.
- Шаховская С. Н., Кочергина В. С. Развитие речи детей в процессе онтогенеза/Расстройство речи у детей и подростков — М., 1969. — С. 30-39.

## Глава II. Недостатки звукопроизношения

### Классификация звуков русского языка

В русском языке различают 42 звука речи, или, пользуясь другим термином, 42 фонемы (от греч. слова *pho $\nu$ ema* что означает «звук речи»).

По механизму образования фонемы делятся прежде всего на гласные и согласные (6 гласных и 36 согласных).

Для всех гласных характерна фонация (голособразование), обусловленная вибрацией голосовых связок, и свободный проход выдыхаемого воздуха через ротовую полость.

Для согласных характерно образование в ротовой полости преград на пути выдыхаемого воздуха либо в виде смычки тех или иных речевых органов, либо в виде образованных ими более или менее узких щелей и проходов, либо, наконец, в виде последовательного соединения смычки го щелью. При образовании одних согласных фонем указанные преграды сочетаются с фонацией, при образовании других фонация отсутствует.

Артикуляционная классификация гласных строится с учетом:

- 1) участия или неучастия губ. В артикуляции гласных *о* и *у*, кроме языка, активное участие принимают губы, которые при произнесении этих фонем выдвигаются вперед и округляются. Поэтому гласные *о*, *у* называют лабиализованными (от лат. *labia* — губы), а все остальные гласные — нелабиализованными.
- 2) степени подъема языка к нёбу (верхний, средний и нижний подъем);
- 3) места подъема языка (передний, средний и задний ряд). Описанная выше классификация гласных фонем представлена в таблице 1.

Таблица 1 Классификация гласных

Место и степень подъема языка	Ряд		
передний	средний	задний	
Подъем верхний	<i>И</i>	<i>Ы</i>	<i>У</i>
средний	<i>Э</i>	<i>О</i>	
нижний	<i>А</i>		
Лабиализация	Нелабиализованные	Лабиализованные	

Артикуляционная классификация согласных строится с учетом пяти основных признаков

- 1) наличие или отсутствие вибрации голосовых складок
- 2) способ артикуляции
- 3) место артикуляции
- 4) наличие или отсутствие дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу;
- 5) место резонирования

По первому признаку (по наличию или отсутствию вибрации голосовых складок) согласные делятся на:

- 1) звонкие при образовании которых тон голоса сочетается с резко выраженным шумом *б, б', д, д', г, г', в, в', з, з', ж, ж'*;
- 2) сонорные (от лат. *sono* — звучу), при образовании которых шум почти не присутствует и преобладает тон голоса: *л, л', р, р', м, м', н, н', и (j)*,
- 3) глухие, в образовании которых участвует только шум *п, п', т, т', к, к', ф, ф', с, с', х, ц, ч', ш, щ*.

По второму признаку (по способу артикуляции) согласные делятся на:

- 1) смычные — смычно-взрывные *б, б', п, п', д, д', т, т', г, г', к, к'* и смычно-проходные *м, м', н, н', л, л'*;
- 2) щелевые (фрикативные): *в, в', ф, ф', з, з', с, с', ш, ж, ц, х, х', и (j)*,
- 3) аффрикаты *ц, ч'*;
- 4) дрожащие *р, р'*.

По третьему признаку (по месту артикуляции) согласные делятся на:

- 1) губные — губно-губные *м, м', п, п', б, б'* и губно-зубные *ф, ф', в, в'*.
- 2) язычные — язычно-зубные *т, т', д, д', н, н', с, с', з, з', ц*; язычно-альвеолярные *л, л', р, р'*; язычно-передненёбные *ш, ж, ч, ц*; язычно-средненёбные *к', г', х', й (j)*; заднеязычные (задненёбные): *г, к, х*.

По четвертому признаку (по наличию или отсутствию подъема спинки языка) согласные делятся на:

- 1) твердые: твердые пары всех согласных кроме *ч, ц*;
- 2) мягкие: мягкие пары всех согласных кроме *ш, ж, ц*.

По пятому признаку (по месту резонирования) согласные делятся на:

- 1) носовые *м, м', н, н'*;
- 2) ротовые: все остальные согласные

Таким образом, каждый согласный звук (фонема) имеет целый ряд артикуляционных особенностей и в зависимости от этого может быть отнесен одновременно к нескольким группам

Наглядное представление о распределении согласных по пяти произносительным признакам можно составить по таблице 2.

Таблица 2 Классификация согласных

Ротовое или носовое резонирование	Степень участия голоса и шума	Место образования Способ образования	Губные				Язычные										
			губно-губные		губно-зубные		язычно-зубные		язычно-альвелярные		язычно-переднеязычные		язычно-среднеязычные		язычно-заднеязычные		
			тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	
Ротовое	звонкие	Смычные	б	б'			д	д'							з'	з	
			п	п'			т	т'							к'	к	
	глухие	Щелевые			в	в'	з	з'			ж			й			
					ф	ф'	с	с'			ш	щ			х'	х	
	звонкие	Смычно-щелевые															
							ц						ч'				
	глухие	Дрожащие							р	р'							
									л	л'							
	Соноры	Смычно-проходные															
Носовое	Соноры	Смычно-проходные	ж	ж'			к	к'									

### Физиологические несовершенства звукопроизношения у детей дошкольного возраста

Речь маленьких детей в период ее формирования всегда отличается недостатками звукопроизношения. Прежде всего это вызвано недостаточным развитием движений органов артикуляционного аппарата: языка, губ, мягкого нёба, нижней челюсти. Второй причиной является недостаточная сформированность речевого, или фонематического, слуха, т. е. способности воспринимать на слух и точно дифференцировать все звуки речи (фонемы).

Поэтому к началу дошкольного возраста, хотя ребенок уже в значительной степени овладевает речью, она еще недостаточна и чиста по звучанию.

Понятно, что дети отличаются друг от друга как по степени развития фонематического восприятия, так и по развитию моторики речевого аппарата. Некоторым детям легко даются артикуляционные движения, и они с одного показа и объяснения могут усвоить произношение прежде недоступного для них звука. Другие плохо владеют своими речевыми органами и нужна длительная тренировка для того, чтобы ребенок смог выполнить необходимое артикуляционное движение.

Большинство согласных звуков дошкольники произносят при широко распластанном языке, при этом выдох производится через рот по средней линии языка. Неправильное положение языка изменяет направление выдыхаемой воздушной струи и приводит к искаженному произношению звуков.

Наиболее типичными в возрастных несовершенствах звукопроизношения у детей трехлетнего возраста являются следующие:

- 1) согласные звуки произносятся смягченно: «сюлоськи» (*чулочки*), «толь» (*стол*), «зюби» (*зубы*), «скамееська» (*скамеечка*). Значительно реже, но все-таки наблюдаются обратные явления — замена мягких фонем твердыми: «тота» (*тетя*), «мыська» (*мышка*), «Луба» (*Люба*).
- 2) большинство детей не произносит шипящих фонем *ш, ж, ч, щ* и заменяет их обычно свистящими *с, з*: «лосадка» (*лошадка*), «сапка» (*шапка*), «зук» (*жук*), «нозик» (*ножик*), «девоська» (*девочка*), «сетка» (*щетка*);
- 3) дети совсем не произносят звук *р*: «ука» (*рука*), «ыба» (*рыба*) или заменяют его другими звуками — *л, л', в, и*: «колова» (*корова*), «лот» (*рот*), «лэза» (*роза*), «кавман» (*карман*), «йак» (*рак*);
- 4) звук *л* чаще всего смягчается: «люза» (*лужа*), «толь» (*стол*). Нередко *л* заменяется *й*: «туй» (*стул*), «той» (*стол*), «йампа» (*лампа*);
- 5) звуки *г, к, х* или отсутствуют или заменяются *т* и *д*: «дуси» (*гуси*), «тоска» (*кошка*), «тлеп» (*хлеб*).

Кроме того, в этом возрасте детям трудно дается произношение двух-трех рядом стоящих согласных звуков. Чаще ребенок произносит лишь один из звуков. Неударные слоги нередко выпадают.

Звуки и слоги переставляются, взаимоподобляются особенно в длинных и новых словах: «тол» (*стол*), «леп» (*хлеб*), «циплёну» (*цыплёнок*), «мицинеп» (*милиционер*), «мачию» (*мальчик*), «плесин» (*апельсин*), «мнемножко» (*немножко*), «клювка» (*клюшка*).

Постепенно все эти недочеты уменьшаются, а к четырем-пяти годам многие дети овладевают правильным звукопроизношением.

### Условия формирования у детей навыков правильного звукопроизношения

Воспитание чистой речи у детей дошкольного возраста — задача большой общественной значимости и серьезность ее должны осознавать родители и педагоги.

Выше уже говорилось, что все возрастные неправильности произношения исчезают у детей к 4 — 5 годам. Но этот процесс происходит не сам по себе, а под влиянием речи взрослых и их педагогического воздействия. Это влияние благотворно, когда ребенок слышит нормальную речь,

получает от взрослых указания, как следует говорить, и в результате начинает испытывать интерес к правильной чистой речи. Таким образом, очень важно, чтобы окружающая ребенка речевая среда была вполне полноценной т. е. и родители, и воспитатели говорили правильно и внятно.

Часто в семье, подлаживаясь к языку малыша лепечут, сюсюкают с ним. Порой и воспитатели разговаривают с детьми на таком языке («Вовочке бо-бо»; «Машенька будет ням-ням»; «Давай наденем колготоськи»), ошибочно полагая, что вступают в более доверительные отношения с ребенком. Подобная манера общения не только не стимулирует ребенка к овладению правильным звукопроизношением, но и надолго закрепляет его недостатки.

Часто детей побуждают заучивать слишком трудные для их произносительных возможностей стихотворения. В результате перегрузки физиологических механизмов речи возрастная неправомерность произношения закрепляется, а даже приумножаются.

Воспитатели детского сада должны руководить процессом формирования у детей правильного звукопроизношения начиная с младшего дошкольного возраста. На занятиях, во время прогулок, режимных процессов необходимо очень внимательно следить за речью детей и добиваться, чтобы она была ясной, четкой и внятной. В общей системе работы по развитию речи большое место должны занимать игры и занятия, направленные на выработку у детей четкой дикции и правильного звукопроизношения.

Развитию точной артикуляции помогает воспитание у детей привычки смотреть во время речи на собеседника и таким образом следить за движениями губ, языка.

В дальнейшем необходимо развивать у детей слуховое внимание и фонематическое восприятие. Точное слуховое восприятие звука стимулирует правильное произношение, а правильная артикуляция в свою очередь способствует лучшему фонематическому восприятию.

Ознакомление дошкольников со звуками речи целесообразно осуществлять в игровой форме, связывая каждый звук с каким-то конкретным образом (з — песенка комара, с — песенка водички, жс — жужжание жука, пчелы, р — работа мотора самолета, автомобиля, ш — шипение сердитого гуся и т.п.).

Большой эффект дает использование шуток-чистоговорков. Дети с интересом слушают их, запоминают, повторяют («Са, са, са — хитрая лиса»; «Ра, ра, ра — высокая гора»; «Ку, ку, ку — кукушка на суку» и др.).

Полезны детям игры, основанные на звукоподражаниях. Так, например, малыши как лошади цокают копытами, жужжат как пчелы, тикают, как часики, мяукают, как кошки, и т. п. Дети с удовольствием повторяют за воспитателем как звучит дудочка (*ду-ду-ду*), маленький колокольчик (*дзинь-дзинь*), большой колокол (*дон-дон-дон*).

Такая систематическая работа не только позволяет развивать у детей правильное звукопроизношение, но, что также очень важно, предупреждает возникновение речевой патологии.

## Дислалия

Как уже отмечалось выше, у большинства детей звукопроизношение к 4 — 5 г. достигает языковой нормы. Однако в силу индивидуальных социальных и патологических особенностей развития у некоторых детей возрастная неспособность произношения звуков не исчезает, а принимают характер стойкого дефекта, называемого дислалией (от греч. *dis* — расстройство, *lalia* — речь).

Дислалия является одним из самых распространенных дефектов речи. По данным советского ученого Е. Ф. Рау, дефекты звукопроизношения наблюдаются у 15 — 25% дошкольников и у 5 — 7% младших школьников. В ГДР, по данным Р. Беккер, дислалия встречается у 34% детей 5 — 6 лет. В ЧССР, по данным К. Онезгорга, среди учащихся общеобразовательных школ она встречается в 18,5% случаев.

В настоящее время дислалия определяется как нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

По этиологическому (НОСКА) этиология — учение о причинах возникновения болезней (от греч. *aitia* — причина и *logos* — учение) признаку дислалию подразделяют на два вида: механическую (органическую) и функциональную.

### Механическая дислалия. Ее причины

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

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

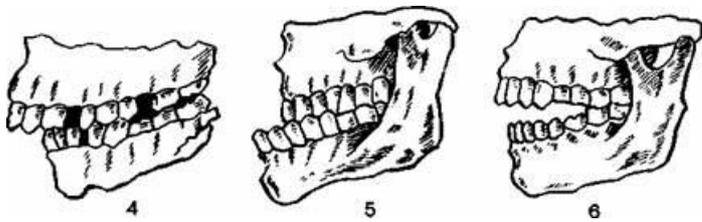


Рис. 4. Прогнатия

Рис. 5. Прогения

Рис. 6. Передний открытый прикус

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

Прогнатия — верхняя челюсть сильно выдается вперед. В результате этого нижние передние зубы не смыкаются вовсе с верхними (рис. 4).

Прогения — нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти (рис. 5).

Открытый прикус — между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежуток. В одних случаях этот промежуток только между передними зубами (передний открытый прикус) (рис. 6).

Боковой открытый прикус может быть левосторонним, правосторонним и двусторонним.

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

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

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

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

## Функциональная дислалия. Ее причины

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

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

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

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

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

Дефекты звукопроизношения у детей могут быть вызваны недоразвитием фонематического слуха. При этом у ребенка наблюдаются затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками, например звонких и глухих согласных, мягких и твердых свистящих и шипящих. В результате таких затруднений развитие правильного звукопроизношения надолго задерживается.

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

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

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

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

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

## Разновидности дислалии

Неправильное произношение может наблюдаться в отношении любого согласного звука, но реже нарушаются звуки, которые просты по способу артикуляции и не требуют дополнительных движений языка, например *м, н, т, п*.

Чаще всего нарушается произношение трудных по артикуляции звуков: язычных, например *р, л*, свистящих (*с, з, ц*) и шипящих (*ш, ж, ч, щ*).

Обычно твердые и мягкие пары согласных нарушаются в одинаковой степени. Например, если ребенок неправильно произносит звуки *с, з*, то дефектными оказываются также и их мягкие пары, т. е. *с' и з'*. Исключением составляют звуки *р* и *л*. Мягкие пары этих согласных чаще всего произносятся правильно, так как они более просты по способу артикуляции, чем их твердые варианты.

Нарушения звукопроизношения у детей могут проявляться либо в отсутствии тех или иных звуков, либо в их искажениях, либо в заменах.

Рассмотрим каждый из этих случаев подробно. Отсутствие звука в речи может выражаться в его выпадении в начале слова (например, вместо *рыба* ребенок говорит «ыба»), в середине (*пароход* — «паоход») и в конце (*шар* — «ша»).

Искажение звука выражается в том, что вместо правильного произносится звук, которого нет в фонетической системе русского языка. Например, велярный *р*, когда вибрирует тонкий край мягкого нёба, или увулярный *р*, когда вибрирует маленький язычок, межзубный, боковой *ш*, двугубный *л* и др.

Звук может заменяться другим звуком, имеющим в фонетической системе языка. Замены эти могут быть следующими:

- 1) замена звуков, одинаковых по способу образования и различающихся по месту артикуляции, например замена взрывных заднеязычных и взрывных переднеязычных *т* и *д* («тулак» вместо *кулак*, «дудок» вместо *гудок* и т. п.);
- 2) замена звуков, одинаковых по месту артикуляции и различающихся по способу образования, например фрикативного переднеязычного переднеязычным взрывным *т* («танки» вместо *санки*);
- 3) замена звуков, одинаковых по способу образования и различающихся по участию органов артикуляции, например *с* губно-зубным *ф* («фумка» вместо *сумка* и т. п.);
- 4) замена звуков, одинаковых по месту и способу образования и различающихся по участию голоса, например звонких звуков глухими («пулка» вместо *булка*, «субы» вместо *зубы*);
- 5) замена звуков, одинаковых по способу образования и по активному действующему органу артикуляции и различающихся по признаку твердости и мягкости, например мягких твердых и твердых мягкими («ряз» вместо *раз*, «пула» вместо *пила*).

По количеству нарушенных звуков дислалия делится на простую и сложную. Если в произношении отмечается до четырех дефектных звуков, — это простая дислалия, если пять звуков и более — сложная дислалия.

Если дефект выражается в нарушении произношения звуков одной артикуляционной группы (например, свистящих), — это мономорфная дислалия. Если же он распространяется на две и более артикуляционные группы (например, ротацизм, сигматизм, ламбдацизм), — это полиморфная дислалия.

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

1. Сигматизм (от названия греческой буквы *сигма*, обозначающей звук *с*) — недостатки произношения свистящих (*с, с', з, з', ц*) и шипящих (*ш, ж, ч, щ*) звуков. Один из самых распространенных видов нарушений произношения.
2. Ротацизм (от названия греческой буквы *ро*, обозначающей звук *р*) — недостатки произношения звуков *р* и *р'*.
3. Ламбдацизм (от названия греческой буквы *ламбда*, обозначающей звук *л*) — недостатки произношения звуков *л* и *л'*.
4. Дефекты произношения нёбных звуков: капацизм — звуков *к* и *к'*, гаммацизм — звуков *г* и *г'*, хитизм — звуков *х* и *х'*, йотацизм — звука *й* (от названий греческих букв *каппа*, *гамма*, *хи*, *йота*, обозначающих соответственно звуки *к, г, х, и*).
5. Дефекты звончения — недостатки произношения звонких согласных звуков. Эти дефекты выражаются в замене звонких согласных звуков парными глухими звуками *б-п, д-т, в-ф, з-с, ж-ш, г-к* и т. д.

Этот недостаток часто встречается у детей, страдающих тугоухостью.

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

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

## Необходимость устранения дислалии в дошкольном возрасте

Полноценная речь ребенка является непременным условием его успешного обучения в школе. Поэтому очень важно устранить все недостатки звукопроизношения еще в дошкольном возрасте до того как они превратятся в стойкий, сложный дефект. Кроме того, важно помнить, что именно в дошкольный период речь ребенка развивается наиболее интенсивно, а главное — она наиболее гибка и податлива. Поэтому все виды дислалии преодолеваются легче и быстрее.

Необходимо также учесть, что сложное нарушение звукопроизношения может повлечь за собой целый ряд серьезных осложнений и вызвать другие дефекты устной и письменной речи ребенка. Как это происходит?

Известно, что в процессе экспрессивной речи и, следовательно, при произнесении звуков возникают кинестетические ощущения от движений органов артикуляционного аппарата. Импульсы от этих кинестетических раздражений идут к коре головного мозга. И. П. Павлов придавал кинестетическим раздражениям огромное значение в связи с формированием второй сигнальной системы и называли их «базальным (основным) компонентом». Именно кинестетические раздражения играют решающую роль в формировании фонематического восприятия. Само собой разумеется, что при дефектном звукопроизношении «базальный компонент» присутствует не целиком и, стало быть, не происходит полноценного развития фонематического восприятия.

Нарушение же фонематического восприятия приводит к тому, что ребенок не воспринимает на слух (не дифференцирует) близкие по звучанию или сходные по артикуляции звуки речи. Его словарь не пополняется теми словами, в состав которых входят трудноразличимые звуки. В дальнейшем малыш начинает значительно отставать от возрастной нормы.

По той же самой причине не формируется в нужной степени и грамматический строй речи. Понятно, что при недостаточности фонематического восприятия многие предлоги или безударные окончания слов для ребенка остаются «неуловимыми».

Таким образом, можно отметить, что у ребенка возникает целая «цепь» нарушений фонетико-фонематических и лексико-грамматических. Иными словами, в результате сложной дислалии появляется нарушение фонематического восприятия, которое впоследствии приводит к общему недоразвитию речи. А общее недоразвитие речи, если его не устранить в дошкольном возрасте, обязательно повлечет за собой в дальнейшем нарушения письма и чтения. Вот какие серьезные последствия в некоторых случаях может повлечь за собой дислалия, если ее своевременно не выявить и не устранить.

Установлено, что не позже 5 лет необходимо приступить к определению всех недостатков звукопроизношения. Почему?

Само собой разумеется, что маленький ребенок не может произносить правильно все звуки речи, так как его артикуляционный аппарат еще не окреп и не развился в достаточной степени. Искаженное произношение дошкольников до 4 — 5 лет считается нормальным явлением и носит название возрастное или физиологическое косноязычие. И только после 4 — 5 лет (эта граница может меняться в зависимости от условий развития речи ребенка) нарушение звукопроизношения считается патологией. Таким образом, именно с этого возраста и нужно начинать логопедическую работу по устранению дислалии.

Но прежде чем приступить к занятиям по развитию правильного звукопроизношения, нужно обследовать речь детей.

## Обследование состояния звукопроизношения у детей

Очень важно своевременно полно обследовать речь ребенка, имеющего отклонения в произношении. Под своевременным выявлением речевой патологии мы имеем в виду логопедическое обследование, которое проводится не позже чем в 4 г.

При логопедическом обследовании детей с дислалией нужно прежде всего детально изучить строение и подвижность органов артикуляционного аппарата. Затем тщательно обследовать состояние звукопроизношения. Кроме того, важно выяснить состояние фонематического восприятия. Остановимся на каждом из видов логопедического обследования отдельно.

Обследование артикуляционного аппарата начинается с проверки строения всех его органов: губ, языка, зубов, челюстей, нёба. При этом логопед отмечает, нет ли дефектов в их строении, соответствует ли оно норме.

В процессе обследования можно обнаружить следующие аномалии в строении подвижных и неподвижных частей артикуляционного аппарата: губы — толстые, мясистые, короткие, мало подвижные;

зубы — редкие, кривые, мелкие, вне челюстной дуги, крупные, без промежутков между ними, с большими промежутками отсутствуют резцы, верхние, нижние;

прикус — открытый передний, открытый боковой, глубокий, мелкий;

челюсти — верхняя выдвинута вперед, нижняя выдвинута вперед;

нёбо — узкое, высокое (так называемое «готическое») или, наоборот, плоское, низкое;

язык — массивный маленький или, наоборот, очень большой, укороченная уздечка

Далее проверяется подвижность органов артикуляционного аппарата. Ребенку предлагают выполнить различные задания по подражанию (вслед за логопедом) или речевой инструкции: например облизать языком губы, постараться дотянуться языком до носа, подбородка, левого, а затем правого уха; пощелкать языком, сделать язык широким, распластанным, а затем узким, поднять кончик высунутого языка вверх, долго удерживать его в этом положении, перемещать кончик языка то в левый угол губ, то в правый, меняя ритм движений; высунуть язык как можно дальше, а потом втянуть его глубоко в рот; вытянуть губы вперед трубочкой, а затем растянуть их в широкую улыбку, делать попеременно эти упражнения, меняя ритм движений; выдвинуть вперед нижнюю челюсть, затем оттянуть ее назад, раскрыть широко рот, а затем сомкнуть челюсти и т. д.

При этом логопед отмечает свободу и быстроту движений органов артикуляционного аппарата, их плавность, а также насколько легко осуществляется переход от одного движения к другому.

Обследование звукопроизношения. В результате этого обследования должно быть выявлено умение ребенка произносить тот или иной звук изолированной и использовать его в самостоятельной речи. При этом следует отмечать недостатки звукопроизношения: замену, смешение, искажение или отсутствие отдельных звуков — при изолированном произнесении в словах, во фразах. Кроме того, важно выяснить, как ребенок произносит слова разной слоговой структуры (например *пирамида милиционер сковородка*), имеется ли перестановка или выпадение звуков и слогов.

Для обследования произношения звуков в словах необходим набор специальных предметных картинок. Названия предметов, изображенных на картинках, должны представлять собой слова различного слогового и звукового состава, многосложные со стечением согласных с исследуемым звуком, занимающими различное место в слове. Самым простым способом выявления умения ребенка произносить те или иные звуки речи является такой: малышу предъявляются для называния картинки, где изображены предметы, в названиях которых исследуемый звук стоит в разных позициях: в начале, конце, середине слова и в сочетании с согласным. Например, при проверке произнесения звука *с* предлагаются следующие картинки:

*санки, автобус, усы, сковорода*

*ш: шишка или шапка, душ, чашка*

*л: ложки, стол, пол, клумба, иголка, лампа*

*и: яма, юла, перья, стулья, юбка, маяк*

*р: радуга, корова, забор, труба*

*г: гамак, вагон, нога*

*к: маж, комната, ветка*

*х: хлеб, муха, мох, охотник*

*с: санки, коса, нос, стакан, стол*

*с': сети, семья, Вася*

*з: завод, зубы, коза, звезда*

*з': зима, бузина, газета*

*ц: цапля, солнце, палец, цветок*

*ш: шишка, пышка, шуба, шкаф*

*ж: жук, кожа, нож; ч: чайник, качели, печка, ночь; щ: щетка, щепки, плащ, клец; л': малина, лебедь, полено*

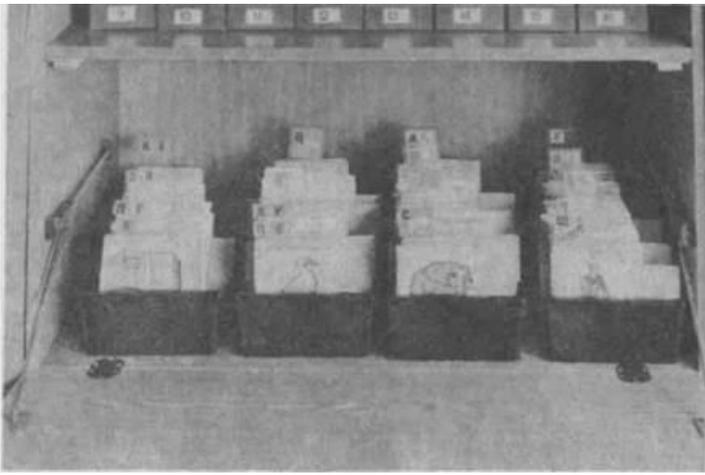


Рис. 7. Картотека наглядного материала

Если у ребенка не получается звук в слове, ему предлагают произнести то же слово отраженно (вслед за логопедом), а также слоги с этим звуком — прямые и обратные

Как правило, подобного обследования оказывается достаточно, чтобы выявить отклонения в звукопроизношении ребенка. Однако можно встретиться с таким случаем, когда в каком-то одном слове (называя предъявленную картинку) ребенок произносит звук правильно, а в самостоятельной речи искажает его или заменяет другим. Поэтому важно также проверить, насколько правильно он произносит проверяемые звуки во фразовой речи. Для этого ребенку надо предложить произнести подряд несколько фраз, в которых бы возможно чаще повторялся исследуемый звук. Хорошо для этой цели использовать пословицы, поговорки, чистоговорки, потешки.

При обследовании состояния звукопроизношения особое внимание нужно обращать еще и на то, не смешивает ли ребенок фонемы и не заменяет ли их в речи (отдельных словах и фразах). Можно встретиться с таким случаем, когда малыш правильно произносит изолированные звуки *с* и *ш*, однако в речи их не дифференцирует, заменяет один звук другим («У коски пушистый хвост»). (Правда, чаще всего такое недифференцированное произнесение пар или групп звуков сочетается с искаженным произношением фонем.) Таким образом, необходимо обследовать дифференциацию звуков во фразовой речи.

Для обследования подбирают специальные картинки — предметные и сюжетные (рис. 7). При подборе картинок следует предусмотреть произнесение ребенком слов и фраз, содержащих сходные по артикуляции или по звучанию фонемы. Ниже приводится примерный перечень слов и словосочетаний

*к-х: холодильник, кухня, хомяк, Катя на кухне*

*л-й: Илья и Юля гуляют по аллее, Лебеди летают на юг, Юля поливает лилию из лейки*

*с-ш: у Сашеньки шесть стекляшек, Саша идет по шоссе, Машинали сошел с подножки Солнышка на окошке, Саша сушит сушки*

*з-ж: у Зои желтый зонтик, Железная лопата, полезное животное, закружу, заслужил, задрожал*

*с-с'-ч: Сонечка сачок, часть, сумочка, учусь, верчусь, качусь, Закачалась мачта, У Сонечки семечки*

*т'-ч: учитель, птичка, аптечка, течет, молчать, кричать*

*ч-ц: ученица, учительница, качается, получается, цыпленочек, кончается, лечебница*

*ч-щ: чаща, чище, щеточка, часовщик, учащийся, скусающий, щетки*

*с-ц: спица, синица, лестница, сцена, сахарница, гусеница*

*щ-с: смеющийся, усищи, хвосты, сеющий*

*л-р: Лара, рояль, балерина, говорливый, жонглер, выиграла, мармелад, зеркала, разбила, раскладушка, контролер*

Некоторые фразы логопед может произносить сам, предлагая ребенку повторять их отраженно

Обследование слоговой структуры слова. Иногда, помимо нарушений в произношении фонем, у детей наблюдаются особенности трудностей в произношении многосложных слов и слов со стечением согласных. Например, ребенок говорит «мицаней» или «милицилине» вместо «милиционер», «ингугыный» или «ингулисний» вместо «игрушечный» и т. п. Нарушения слоговой структуры слова чаще всего проявляются в перестановке, в пропуске, добавлении звуков или слогов. Поэтому необходимо проверять, как ребенок произносит слова различной слоговой структуры — со стечением согласных в начале, середине и конце слова, многосложные слова и слова, состоящие из сходных звуков. Вот примерный перечень таких слов:

*медведь, абрикосы, аквариум, под мухомором*

*дверь проспект демонстрация регулировщик*

*трамвай скатерть холодильник телевизор*

*верблюд ласточка перекресток сковородки*

*сахарница восторг фотографироваться лепили снеговика*

*полотенце игрушки чернильница мотоциклист цирца транспортчица велосипедист*

Обследование фонематического восприятия. После проверки состояния произношения звуков необходимо выяснить, как ребенок воспринимает их на слух, как различает. Особенно это относится к звукам, сходным по артикуляции или близким по звучанию. Следует проверять различение всех коррелирующих фонем из групп свистящих и шипящих (*са-ша, за-жа, са-за* и т. д.), звонких и глухих (*да-та па-ба*, и т. д.), сонорных (*ра-ла, ри-ли* и т. д.), мягких и твердых (*са-ся, ла-ля* и т. д.). С этой целью логопед предлагает ребенку повторять вслед за ним различные оппозиционные слоги, например *са-ша, ша-са, ач-аш, са,-ца, ра-ла, ша-жа* и т. д.

Если ребенок неправильно произносит некоторые звуки, различение их проверяется следующим образом: ему предлагают услышав заданный слог, выполнить какое-либо действие. Например, если среди слогов *са, ца, ча* называют слог *ша*, ребенок поднимает руку. Можно также предложить ему написать или сложить из разрезной азбуки называемые логопедом слоги.

Далее следует проверить, различает ли ребенок слова, близкие по звучанию, но разные по смыслу, например *жук — сук, том — ком, дом — сом, мишка — миска, коза — коса, лужа — лыжи, день — тень — пень*. Эту проверку проводят разными способами: можно предложить ребенку выбрать нужную картинку или рассказать о значении слов («Что такое *лужа* и что такое *лыжи*?») и др.

Можно также предложить ребенку повторять за логопедом сходные слова, например *Маша — Даша — каша; Паша — наша — ваша; тень — день, день — пень, бак — лак — мак — так — рак; жук — лук — сук — тук* и т. п. Этот прием позволяет выявить не только уровень фонематического восприятия, но и степень развития внимания, слуховой памяти.

В результате такого всестороннего логопедического обследования удается получить все необходимые данные, позволяющие сделать заключение о причине, характере и тяжести дислалии, а также наметить пути коррекции дефекта.

## Система коррекционной работы

Всю систему логопедической работы по формированию правильного звукопроизношения можно условно разделить на два этапа:

I этап — подготовительный. Основными его задачами являются:

- а) развитие слухового внимания, слуховой памяти и фонематического восприятия;
- б) устранение недостаточности развития речевой моторики, проведение подготовительных артикуляционных упражнений для развития подвижности органов периферического речевого аппарата.

II этап — формирование произносительных умений и навыков. В задачи этого этапа входит:

- а) устранение неправильного звукопроизношения;
- б) развитие у детей умения дифференцировать произношение звуков, сходных по артикуляции или по звучанию;
- в) формирование произносительных умений и навыков в различных видах самостоятельной речи детей.

Раскроем содержание и методы работы для каждого из этапов.

### Развитие слухового внимания, слуховой памяти и фонематического восприятия

Исправление недостатков звукопроизношения у детей заключается в постановке и автоматизации звуков и одновременном развитии фонематического восприятия, так как без полноценного восприятия фонем, без четкого их различения невозможна их правильная произношение.

Развитие фонематического восприятия осуществляется с самых первых этапов логопедической работы и проводится в игровой форме на фронтальных подгрупповых и индивидуальных занятиях (рис. 8).

Начинается эта работа на материале неречевых звуков и постепенно охватывает все звуки речи, входящие в звуковую систему данного языка (от звуков, уже освоенных детьми, до тех, которые только еще ставятся и вводятся в самостоятельную речь).

Параллельно с самыми первыми занятиями проводится работа по развитию слухового внимания и слуховой памяти, что позволяет добиваться наиболее эффективных и ускоренных результатов развития фонематического восприятия. Это очень важно, так как не вслушиваться в речь окружающих часто является одной из причин неправильного звукопроизношения.



Рис. 8. Занятие по развитию фонематического восприятия

В процессе логопедических занятий ребенок должен прежде всего приобрести умения контролировать свое произношение и исправлять его на основе сравнения собственной речи с речью окружающих

Всю систему логопедической работы по развитию у детей способности дифференцировать фонемы можно условно разделить на шесть этапов:

I этап — узнавание неречевых звуков.

II этап — различение высоты, силы, тембра голоса на материале одинаковых звуков, сочетаний слов и фраз

III этап — различение слов, близких по звуковому составу.

IV этап — дифференциация слогов.

V этап — дифференциация фонем.

VI этап — развитие навыков элементарного звукового анализа. Остановимся подробнее на том, как осуществляется развитие фонематического восприятия у детей на каждом из указанных этапов логопедического воздействия

#### I этап

На этом этапе в процессе специальных игр и упражнений у детей развиваются способность узнавать и различать неречевые звуки. Эти занятия способствуют также развитию слухового внимания и слуховой памяти (без чего невозможно успешно научить детей дифференцировать фонемы).

На первых занятиях логопед предлагает детям послушать звуки за окном: Что шумит? (Деревья) Что гудит? (Автомашина) Кто кричит? (Мальчик) Кто разговаривает? (Люди) Кто смеется? (Девочка) И т. д.

Затем детям дается задание внимательно послушать и определить, какие звуки доносятся из коридора, из помещения соседней группы, из кухни, зала и т. д.

Далее проводятся игры. Приведем описания нескольких игр.

1. Логопед назначает водящего и предлагает ему плотно закрыть глаза или повернуться к нему спиной. Потом прячет какую-нибудь игрушку (в шкаф, за штору, за спину одного из детей и т. д.) и предлагает водящему найти ее, ориентируясь на силу ударов в барабан. Если ребенок подходит близко к тому месту, где спрятана игрушка, барабан бьет громко, если удаляется — тихо.

Эту игру целесообразно повторять на многих занятиях. Чтобы поддерживать у детей интерес, можно варьировать звуки, направляющие поиски ребенка, например ударять в бубен, звенеть колокольчиком, хлопать в ладоши, стучать молоточком по столу и т. п. Необходимо, чтобы сила звука менялась плавно: от сильного к среднему и тихому.

2. Дети встают в круг. Незаметно для водящего они передают за спиной друг у друга колокольчик. Водящий должен отгадать, показать за спиной какого ребенка звенел колокольчик.

3. Логопед сажает на стол двух игрушечных зайцев — большого и маленького. Объясняет, показывает, как играет на барабане большой заяц, у которого много сил, — громко, сильно, и, как маленький — тихо. Затем закрывает игрушки ширмой и за ней воспроизводит то громкие, то тихие удары в барабан. Дети должны отгадать, показать, который из зайцев только что играл.

Эту игру нужно разнообразить, заменяя зайцев куклами разной величины, мишками, обезьянками и т. д.

4. Логопед расставляет на столе несколько предметов (или озвученных игрушек). Манипулируя предметами (стучит карандашом по стакану, гремит коробкой с кнопками, погремушкой), он предлагает детям внимательно слушать и запоминать, какой звук издает каждый предмет. Затем прикрывает предметы ширмой, а дети отгадывают, что звенит или гремит.

Эту игру можно варьировать, увеличивая количество предметов (игрушек), заменяя их новыми, постепенно усложняя для детей задачу определения звуков.

Последние варианты этой игры должны быть такие: в ряд ставят несколько игрушек или предметов. Слева направо каждый последующий предмет должен все больше быть похож по звучанию на предыдущий. Например, стакан, чашка, кружка металлическая, кружка керамическая, деревянный бочонок.

Количество звучащих предметов надо постепенно увеличивать от двух до пяти.

5. Логопед знакомит детей со звуками, которые издают различные предметы: мяч, ударяясь о пол; шарик, перекатываясь по стеклянной банке, керамической кружке; газета, если ее разрывать, и т. д. Затем эти же действия, но в другой последовательности он производит за напольной ширмой. Дети должны возможно полнее и точнее рассказывать, что они слышат каждый раз.

## II этап

На протяжении данного этапа дошкольники учат различать высоту, силу и тембр голоса, ориентируясь на одни и те же звуки, звуко сочетания и слова. Этим целям служит целый ряд игр. Приведем примеры.

1. Дети по очереди называют имя водящего (стоит к ним спиной). Водящий на слух определяет и показывает, кто его позвал. Затем игра усложняется: все дети зовут водящего («Ау!»), а тот отгадывает, кто его звал.

Последний вариант усложнения этой игры состоит в том, что водящий произносит «Ау!» то громко, то тихо, а дети отгадывают, далеко или близко он находится. Затем каждый ребенок по очереди произносит «Ау!» то громко, то тихо — в зависимости от того, что скажет логопед («Далеко ушел в лес». Или: «Близко зовет, от самой опушки»).

2. Логопед показывает детям игрушечного котенка и просит внимательно послушать и запомнить, как он мяукает, когда находится близко (громко), и как — когда далеко (тихо). Затем произносит «Мяу», меняя силу голоса, а дети отгадывают, близко или далеко мяукает котенок.

Затем дети мяукают по сигналу воспитателя «близко» или «далеко».

Дальнейшее усложнение игры должно состоять в том, что дети будут различать мяуканье, ориентируясь на тембр и индивидуальные особенности голоса говорящего. Логопед объясняет, что котенок очень боится щенка и мяукает жалобно, дрожа и замирая от страха. Каждый ребенок по очереди мяукает, изображая страх, а водящий отгадывает.

Аналогично проводятся занятия, на которых дети учатся, например, различать, где гудит паровоз («У-у-у») — далеко (тихо) или близко (громко); какая дудочка играет — большая («У-у-у» произносится низким голосом) или маленькая («У-у-у» произносится высоким голосом); кто плачет — мальчик («А-а-а» низким голосом) или девочка («А-а-а» высоким голосом) и т. п.

3. Логопед выставляет перед детьми трех медведей (игрушки или картинки): большого, среднего, маленького. Затем рассказывает сказку «Три медведя» (в сокращенном варианте), произнося соответствующие реплики и звукоподражания очень низким, то средним по высоте, то высоким голосом. Дети угадывают медведей.

4. Детям раздают картинки с изображениями домашних животных — взрослых и детенышей коровы и теленка, козы и козленка, свины и поросенка и др. Логопед произносит каждое звукоподражание низким, то высоким голосом («Му-у», «Бе-е», «Хрю-хрю» и т. д.). Дети должны, ориентируясь на характер звукоподражания одновременно на высоту голоса, поднимать соответствующие картинки.

## III этап

На этом этапе дети должны научиться различать слова, близкие по звуковому составу. В начале проводится такая игра.

Логопед показывает детям картинку и громко, четко называет изображение «Вагон». Затем объясняет: «Я буду называть эту картинку то правильно, то неправильно, а вы внимательно слушайте. Когда я ошибусь, вы хлопните в ладоши». Затем он произносит: «Вагон — вагон — вагон — вагон — вагон — вагон» и т. д. Затем логопед показывает следующую картинку или просто чистый листок бумаги и называет: «Бумага — бумага — бумага — бумага — бумага». И т. д. Услышав неверно сказанное логопедом слово, дети должны хлопнуть в ладоши.

Необходимо подчеркнуть, что начинать надо со слов, простых по звуковому составу, и постепенно переходить к сложным.

Усложнение этих игр-упражнений может также состоять в том, что дети будут реагировать на неверно сказанное слово не хлопками, а подниманием кружка из цветного картона. Сначала воспитатель предлагает детям, услышав неверное слово, поднимать красный кружок, в дальнейшем — красный, если заметят ошибку, и зеленый, если слово произнесено верно. Последний вариант игры в большей степени способствует развитию детей внимания.

2. Логопед выставляет на наборном полотне картинки, названия которых звучат очень похоже, например, рак, лак, мак, бак, сок, сук, дом, ком, лом, сом, коза, коса, лужи, лыжи и т. д. Затем он называет 3 — 4 слова, а дети отбирают соответствующие картинки и расставляют их на наборном полотне в названном порядке (в одну линию или в столбик — в зависимости от инструкции логопеда).

3. Логопед выставляет на наборном полотне в одну линию следующие картинки: ком, бак, сук, ветка, каток, горка. Затем он вызывает детей по одному и каждому дает по картинке. Ребенок должен поставить эту картинку под той, название которой звучит похоже. В результате на наборном полотне должны получиться примерно такие ряды картинок:

ком бак сук ветка каток горка дом рак лук клетка платок корка сом мак жук пятка листок норка лом лак бук плетка моток марка

#### IV этап

На данном этапе детей учат различать слоги. Начинать эту работу целесообразно с такой игры.

Логопед произносит несколько слогов, например *на-на-на-на*. Дети определяют, что здесь лишнее (*на*). Затем слоговые ряды усложняются, например *на-но-на; ка-ка-га-ка; па-ба-па-па* и т. п.

2. Логопед вызывает водящего и говорит ему на ухо какой-то слог, например *па*. Ребенок вслух повторяет его. Затем логопед называет или тот же самый слог, или оппозиционный. Это должно выглядеть примерно так:

Ребенок. *Па*. Логопед. *Па*. Ребенок. *Па*. Логопед. *Ба*. Ребенок. *Ка*. Логопед. *Га*. Ребенок. *Фа*. Логопед. *Ва*. И т. д.

Всякий раз, после того как водящий и логопед произнесут очередной слог (слоги), дети указывают одинаковые или разные. Для того чтобы логопед мог контролировать реакцию каждого ребенка, он предлагает на одинаковые слоги поднимать красный кружок, на разные — сидеть молча или на разные слоги поднимать красный кружок, на одинаковые — зеленый.

Понятно, что и эта игра должна варьироваться за счет подбора слогов. Последнее нужно делать с учетом произносительных возможностей детей, а также последовательности всей звуковой работы в целом.

Необходимо подчеркнуть, что первый слог всегда называет логопед (воспитатель). То, что он делает это шепотом (на ухо водящему), повышает интерес детей к занятию, служит дополнительным средством для мобилизации их внимания.

#### V этап

На этом этапе дети учатся различать фонемы родного языка. Начинать нужно обязательно с дифференциации гласных звуков, например с такой игры.

Логопед раздает детям картинки с изображением поезда, девочки, птички и объясняет: «Поезд гудит *у-у-у-у*, девочка плачет *а-а-а-а*; птичка поет *и-и-и-и*». Далее он произносит каждый звук длительно (*а-а-а-а*, *у-у-у-у*, *и-и-и-и*), а дети поднимают соответствующие картинки.

Затем игра усложняется. Варианты игры:

- 1) логопед произносит звуки кратко;
- 2) детям раздают вместо картинок кружки трех цветов, объясняют, что красный кружок соответствует, например звуку *а*, желтый — звуку *и*, зеленый — звуку *у*;
- 3) в ряд гласных *а*, *у*, *и* включают другие звуки, например *о*, *ы*, *а*, на которые дети не должны реагировать.

Аналогичным образом проводится работа по дифференциации согласных фонем.

#### VI этап

Задачей последнего, шестого, этапа занятий является формирование у детей навыков элементарного звукового анализа.

Начинается эта работа с того, что дошкольники учат определять количество слогов в слове и отхлопывать двумя трехсложными словами. Логопед должен объяснить и показать детям, как отхлопывать слова разной сложности, как выделять при этом ударный слог.

Далее проводится анализ гласных звуков.

1. Детям раздают по несколько одноцветных кружков. Логопед произносит один, два или три гласных звука, например *ау*, *иоу* и т. п. Дети откладывают на своих столах столько кружков, сколько звуков произнес логопед.
2. У детей на столах лежат по три кружка разных цветов, например красного, желтого, зеленого. Логопед улавливается детьми, что красный кружок обозначает звук *а*, желтый — звук *у*, зеленый — звук *и*. Затем он произносит сочетания из этих звуков — сначала по два звука: *ау*, *иу*, *аи*, затем по три: *ауи*, *аиу*, *уаи*, *иуа*, *иау*. Дети раскладывают на столах кружки в определенных сочетаниях и в нужном порядке.

Примерно так же проводится анализ всех остальных гласных звуков.

Затем приступают к анализу согласных звуков. При этом должна соблюдаться определенная последовательность: сначала ребенок учит выделять в слове последний согласный звук. (Следует заметить, что легче всего детям даются глухие взрывные согласные). Для этой цели проводится такое упражнение:

Дети по одному выходят к столу воспитателя и вынимают из конверта картинки (подобранные воспитателем заранее), громко, четко называют их, выделяя последний звук. Затем ребенок повторяет этот звук отдельно.

На взрывные согласные могут быть следующие картинки: кнут, кот, паук, каток, танк, мак, жул, лук, веник, паук и т. д.

Это упражнение можно варьировать, постепенно усложняя задания, например:

- 1) дети раскладывают картинки на наборном полотне так, чтобы в одной стороне оказались предметы, названия которых оканчиваются на звук *г*, а в другой — на звук *к*;

2) логопед показывает детям картинки (по одной) и называет их, опуская последний звук, например "Тан., пау., вени." и т. д. Ребенок повторяет слово целиком, а затем произносит звук, который пропустил логопед

### Артикуляционная гимнастика

В процессе предварительного логопедического обследования часто обнаруживаются нарушения в строении органов артикуляционного аппарата. В таких случаях параллельно с работой по развитию фонематического восприятия проводится артикуляционная гимнастика (подготовительные упражнения).

Целью артикуляционной гимнастики является выработка правильных полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков, и объединение простых движений в сложные — артикуляционные уклады различных фонем.

Как правило, упражнять ребенка необходимо лишь в тех движениях, которые нарушены, а также в тех, которые требуются для постановки каждого конкретного звука.

Всю систему артикуляционной гимнастики можно разделить на два вида упражнений: статические и динамические. Каждое упражнение имеет свое название. Названия эти условные, но очень важно, чтобы дети их запоминали. Во-первых, название вызывает у ребенка интерес к упражнению, во-вторых, экономит время, так как логопеду не нужно всякий раз объяснять способы выполнения, а достаточно бывает лишь сказать «Поиграем в барабан» или «Поиграем в лошадки».

### Статические подготовительные упражнения

1. «Лопаточка». Широкий язык высунуть, расслабить, положить на нижнюю губу. Следить, чтобы язык не дрожал. Держать 10 — 15 с (рис. 9).
2. «Чашечка». Рот широко раскрыть. Широкий язык поднять вверх. Потянуться к верхним зубам, но не касаться их. Удерживать язык в таком положении 10 — 15 с (рис. 10).
3. «Иголочка». Рот открыть. Язык высунуть далеко вперед, напрячь его, сделать узким. Удерживать в таком положении 15 с (рис. 11).
4. «Горка». Рот приоткрыть. Боковые края языка прижать к верхним коренным зубам. Кончик языка упереть в нижние передние зубы. Удерживать в таком положении 15 с (рис. 12).
5. «Трубочка». Высунуть широкий язык. Боковые края языка загнуть вверх. Подуть в получившуюся трубочку. Выполнять в медленном темпе 10 — 15 раз (рис. 13).

Каждое из перечисленных упражнений выполняется четко, медленно по 8 — 10 раз.

### Динамические подготовительные упражнения

1. «Часики». Высунуть узкий язык. Тянуться языком попеременно то к правому уху, то к левому. Двигать языком из угла рта в медленном темпе под счет логопеда. Прodelать 15 — 20 раз (рис. 14).
2. «Лошадка». Присосать язык к нёбу, щелкнуть языком.

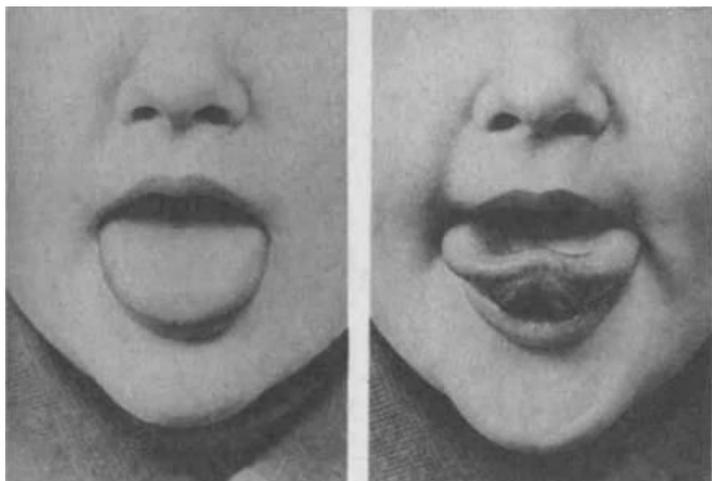


Рис. 9. Артикуляционное упражнение "Лопаточка". Рис. 10. Артикуляционное упражнение "Чашечка"

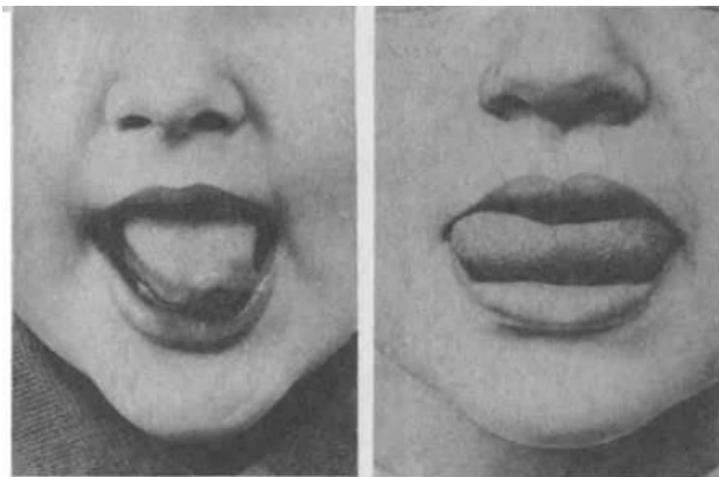


Рис. 11. Артикуляционное упражнение «Иголочка» Рис. 12. Артикуляционное упражнение «Горка»

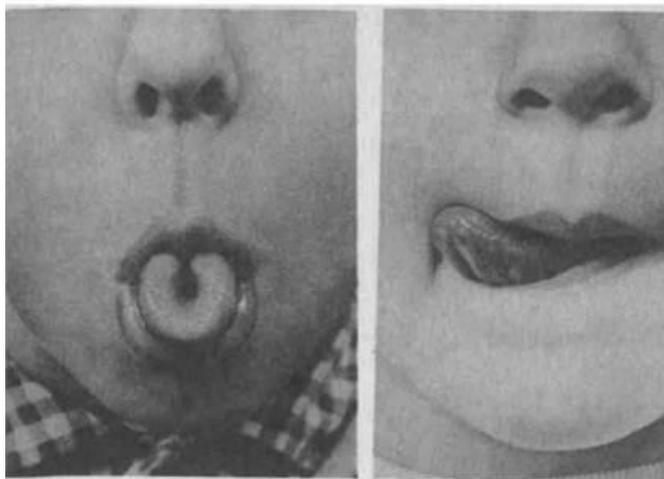


Рис. 13. Артикуляционное упражнение «Трубочка» Рис. 14. Артикуляционное упражнение «Часики»

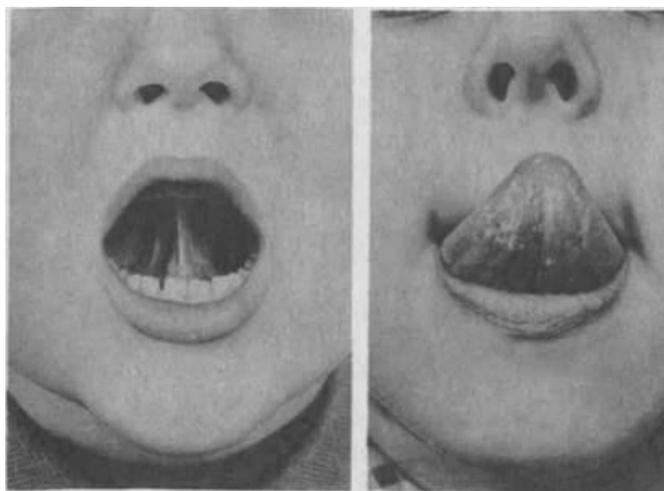


Рис. 15. Артикуляционное упражнение «Лошадка» Рис. 16. Артикуляционное упражнение «Качели»

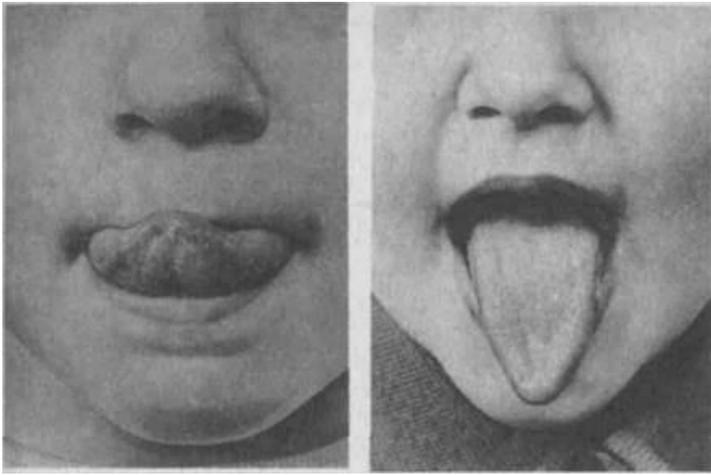


Рис. 17. Артикуляционное упражнение «Вкусное варенье» Рис. 18. Артикуляционное упражнение «Змейка»

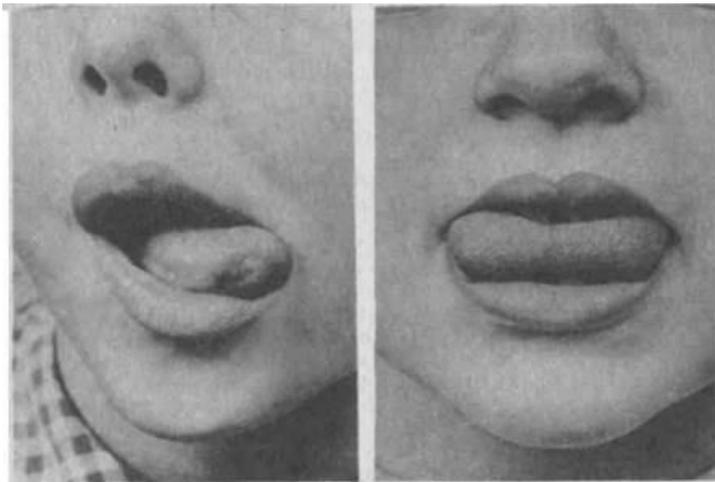


Рис. 19. Артикуляционное упражнение «Маляр» Рис. 20. Артикуляционное упражнение «Катушка»

Щелкать медленно, сильно. Тянуть подъязычную связку. Прodelать 10 — 15 раз (рис. 15).

3. «Грибок». Раскрыть рот. Присосать язык к нёбу. Не отрывая язык от нёба, сильно оттягивать вниз нижнюю челюсть. Прodelать 15 раз. В отличие от упражнения «Лошадка» язык не должен отрываться от нёба (рис. 15).
4. «Качели». Высунуть узкий язык. Тянуться языком попеременно к носу, то к подбородку. Рот при этом не закрывать. Упражнение проводится под счет логопеда 10 — 15 раз (рис. 16).
5. «Вкусное варенье». Высунуть широкий язык, облизать верхнюю губу и убрать язык в глубь рта. Повторить 15 раз (рис. 17).
6. «Змейка». Рот широко открыть. Язык сильно высунуть вперед, напрячь, сделать узким. Узкий язык максимально выдвигать вперед и убирать в глубь рта. Двигать языком в медленном темпе 15 раз (рис. 18).
7. «Маляр». Высунуть язык, рот приоткрыть. Облизать сначала верхнюю, затем нижнюю губу по кругу. Прodelать 10 раз, меняя направление (рис. 19).
8. «Катушка». Кончик языка упереть в нижние передние зубы. Боковые края языка прижать к верхним коренным зубам. Широкий язык «выкатывать» вперед и убирать в глубь рта. Прodelать 15 раз. В отличие от упражнения «Горка» язык в форме валика перемещается вперед-назад (рис. 20).

При подготовке к постановке каждого очередного звука логопед должен выбирать из всех перечисленных упражнений только те, которые он считает необходимыми, соотносясь с артикуляцией фонемы, которую будет ставить, и с особенностями органов артикуляционного аппарата ребенка.

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

Логопедическая работа по устранению дислалии строится на основе выработки новых артикуляционных навыков путем использования компенсаторных возможностей организма (зрительных и слуховых восприятий, тактильных и кинестетических ощущений).

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

- 1) постановка звука;

- 2) автоматизация навыка произношения звука в слогах (прямых, обратных, открытых, закрытых со стечением согласных);
- 3) автоматизация навыка произношения звука в словах;
- 4) автоматизация навыка произношения звука в предложениях;
- 5) дифференциация сходных по звучанию или артикуляции звуков;
- 6) автоматизация звука в разговорной речи.

Для ведения логопедических занятий нужны зеркало, набор зондов, шпатель, вата, спирт, набор дидактического и иллюстративного материала, индивидуальные тетради для записи домашних заданий, словари, специальная литература, протоколы речевого обследования логопатов.

При постановке правильного произношения звуков пользуются тремя основными способами.

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

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

В тех случаях, когда не удается получить нужную артикуляцию по подражанию целиком, приходится сначала довольствоваться воспроизведением отдельных ее элементов. Иногда малоподвижность или недостаточная управляемость речевых органов вынуждает прибегать к целой системе подготовительных артикуляционных упражнений к своеобразной артикуляционной гимнастике (см. с. 48).

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

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

### Сигматизм и его исправление

#### Звуки *с-с'*, *з-з'*

Звуки *с-с'* и *з-з'* (свистящие) относятся к группе зубных звуков.

Исправление недостатков произношения этих звуков, как отмечалось выше, начинается с развития у ребенка умения различать их на слух. Далее проводится артикуляционная гимнастика. Затем отрабатывается правильная артикуляция.



Рис. 21. Профиль артикуляции звуков *с, з*

Рис. 22. Профиль артикуляции звука *ц*

При произнесении звука *с* части артикуляционного аппарата располагаются следующим образом (рис. 21):

- губы принимают положение следующего гласного
- зубы сближены на расстояние около 1 мм;
- кончик языка упирается в нижние резцы
- спинка языка выгнута, и по середине ее образуется желобок, по которому выдыхаемая струя воздуха направляется к резцам
- боковые края языка прилегают к внутренней стороне верхних коренных зубов;
- нёбная занавеска поднята и прижата к задней стенке глотки, так что образует препятствие для выхода воздуха через нос;
- голосовые связки разомкнуты

При произнесении мягкого *с* спинка языка более выгнута по направлению к твердому нёбу и весь язык напряжён, кончик языка сильнее упирается в резцы

При произнесении звуков *з* и *з'* артикуляционный уклад тот же, что и при произнесении *с* и *с'*, только спинка языка поднята несколько выше, голосовые связки сомкнуты и вибрируют, выдох менее напряжён, чем при звуке *с* (рис. 21).

### Звук *ц*

Звук *ц* относится к группе аффрикат (смычно-щелевых) и образуется в результате быстрого слияния звуков *тис* (*тс*). При его произнесении в первый момент кончик языка упирается в нижние резцы, как при звуке *с*; спинка языка круто выгнута и передней своей частью образует смычку у шеек верхних резцов; во второй момент кончик языка остается в том же положении, а передняя часть спинки после разрыва смычки отскакивает в положение *и* и в середине ее образуется узкий канал для прохода воздуха. Мягкое нёбо поднято, связки разомкнуты, выдох умеренный (рис. 22).



Рис. 23. Профиль артикуляции звуков *ш*, *ж*

Рис. 24. Профиль артикуляции звуков *ч*, *ц*

### Звуки *ш* и *ж*

Звуки *ш* и *ж* (шипящие) относятся к группе средненёбных. При произнесении звука *ш* части артикуляционного аппарата занимают следующее положение (рис. 23):

- губы несколько выдвинуты вперед
- кончик языка поднят к нёбу (за альвеоль), но не касается его, образуя щель;
- боковые края языка прижимаются изнутри к верхним коренным зубам, не пропуская по бокам струю выдыхаемого воздуха
- нёбная занавеска поднята;
- голосовые связки разомкнуты

При произнесении звука *ж* положение частей артикуляционного аппарата то же, что при *ш*, только голосовые связки сомкнуты и вибрируют, язык более высоко поднят по направлению к твердому нёбу, выдыхаемая струя воздуха слабее.

Вибрацию голосовых связок ребенок может ощутить, приложив руку к гортани логопеда, а затем к своей собственной. Сначала логопед должен сам произносить поочередно звуки *ш-ж*, держа при этом руку ребенка на своей гортани.

## Звук ч

Звук *ч* относится к группе аффрикат (смычно-щелевых). Этот звук возникает в результате быстрого соединения смычного звука *т'* с последующим щелевым *ш'*.

При произнесении звука *ч*, так же как при произнесении звука *ц*, наблюдаются два момента в первый момент кончик языка производит смычок с корнями верхних резцов, во второй — кончик языка после взрыва отходит назад к альвеолам образуя здесь сужение, весь язык напряжён, приближен к нёбу, губы слегка выдвинуты вперед, нёбная занавеска поднята, голосовые связки разомкнуты (рис. 24).

## Звук ц

Звук *ц* звучит как длительный звук [ш'].  


При его произнесении части артикуляционного аппарата занимают следующее положение (рис. 24):

— губы выдвинуты вперед

— кончик языка поднят, как при ш, но не к передней части твердого нёба, а к альвеолам образуя в этом месте щель;

— боковые края языка примыкают к внутренней стороне коренных зубов, образуя посередине языка продольный канал, по которому проходит струя выдыхаемого воздуха, вся масса языка напряжена, корневая часть приподнята

— нёбная занавеска поднята.

## Виды сигматизма

Недостатки произношения свистящих и шипящих звуков называются сигматизмом, замена свистящих звуков шипящими или другими звуками русского языка называется парасигматизмом.

Сигматизм бывает следующих видов:

### 1. Межзубный сигматизм

Этот недостаток выражается в том, что при произнесении свистящих или шипящих звуков (а иногда и тех и других) кончик языка просовывается между нижними и верхними резцами, отчего получается шепелявый звук.

### 2. Губно-зубной сигматизм

При этом недостатке произношения свистящие или шипящие звуки (а иногда и те и другие) произносятся подобно звукам *ф* и *в*, т. е. при таком положении частей артикуляционного аппарата, когда нижняя губа поднята к верхним резцам, образуя сужение, через которое проходит выдыхаемая струя воздуха, а язык находится в положении звука *с*. При такой комбинированной артикуляции образуется звук, который содержит элементы звуков *ф* и *с* (*в* и *з*), вследствие чего произношение становится нечетким, непонятным, неприятным на слух.

### 3. Призубный сигматизм

Этот недостаток произношения отличается тем, что при произнесении свистящих звуков кончик языка упирается в края верхних и нижних резцов, образуя затвор и мешая проходу воздуха через зубную щель, вследствие чего отсутствует характерный для этих звуков свист и вместо звуков *с*, *з* слышатся звуки *т* и *д*, например *суп* — «туп», *самолёт* — «тамолёт», *зима* — «дима», *зонтик* — «донтик», *цапля* — «тапля». Этот недостаток можно назвать парасигматизмом, так как в данном случае один согласный звук заменяется другим.

### 4. Шипящий сигматизм

При этом виде сигматизма звуки произносятся при следующем положении языка: кончик его оттянут от нижних резцов в глубь ротовой полости, спинка резко выгнута по направлению к твердому нёбу, вследствие чего вместо свиста слышится смягченное *ш* или *ж* (*собака* — «шябака», *замок* — «жямою»).

### 5. Боковой сигматизм

При этом недостатке свистящие или шипящие звуки (иногда и те и другие) могут произноситься двумя способами:

а) кончик языка упирается в альвеолы, а весь язык ложится ребром; один из его краев поднимается к внутренней стороне коренных зубов, пропуская выдыхаемый воздух по боковым краям языка, вследствие чего образуется «хлопающий» звук;

б) кончик языка упирается в верхние альвеолы, пропуская воздух по бокам, как при звуке *л*. Боковой сигматизм может быть односторонним и двусторонним.

### 6. Носовой сигматизм

При этом недостатке свистящие или шипящие звуки (иногда и те и другие) произносятся при следующем положении языка: корень его поднимается и примыкает к мягкому нёбу, которое опускается и образует проход для выдыхаемого воздуха через нос, отчего слышится звук, похожий на *х*, но с гнусавым оттенком.

## Исправление сигматизма различных видов

Для исправления сигматизма могут применяться различные методы в зависимости от характера недостатка

1. При межзубном сигматизме логопед предлагает логопату сблизить зубы и в этом положении попытаться произнести длительный звук *с*. Если звук *с* произносится недостаточно четко, логопед может прибегнуть к механическому способу, т. е. специальным зондом или концом шпателя нажать на кончик языка логопата, несколько опустив его за нижние резцы. Придерживая язык в таком положении, логопед предлагает логопату произносить звук *с* вначале изолированно, а затем в сочетании с гласными *а, о, у, ы* в прямых и обратных слогах.

Если логопат правильно произносит звук *с*, ему уже нетрудно овладеть и правильным произношением звуков *з* и *ц*.

Для произнесения звука *з* логопед предлагает логопату во время произнесения звука *с* включить голос. Для произнесения звука *ц* он предлагает произносить подряд звуки *г* и *с* сначала медленно, а затем постепенно ускоряя темп, добиваясь тем самым слитного перехода от звука *т* к *с* (*тс*).

Четкое представление о том, что звук *ц* является составным при этом единым, спаянным, логопат получит при произнесении обратных слогов *ац, оц, уц*, где ясно слышится, что звуку *с* предшествует взрыв (*т*).

Многочисленным сопоставлением слогов *ац* и *ас* достигается четкая дифференциация простого *с* и составного *ц*.

2. При устранении губно-зубного сигматизма логопед предлагает логопату произносить звук *с* при раздвинутых губах и обнаженных краях резцов (показ в зеркале). Если логопат не воспроизводит этого движения сам, логопед придерживает его нижнюю губу и обнажая таким образом резцы, предлагает произносить звук *с* в этом положении. Затем, когда изолированно звук *с* звучит уже правильно, логопед приучает логопата произносить этот звук в сочетании с гласными сначала с механической помощью (придерживая пальцами нижнюю губу), а затем без нее.

3. При призубном сигматизме логопед может применять два приема:

а) легким нажимом шпателя или кончиком зонда на передний край языка опустить его за нижние резцы, чтобы дать таким образом выход воздуху через зубную щель;

б) предложить логопату держать передний край языка между нижними и верхними резцами, широко распластать его; при таком положении языка логопат, выдыхая воздух и ощущая его струю на кончике языка, воспроизводит звук, похожий на шепелявое (межзубное) *с*. Затем логопед слегка нажимая шпателем на распластанный передний край языка, постепенно отодвигает его за нижние резцы. После того как установится правильное произношение звука *с* и логопат сможет удерживать правильное положение языка без механической помощи (без поддержки зондом или шпателем), поставленный звук *с* можно включать в слоги, слова и дифференцировать его со звуками *з* и *ц*.

4. Исправление шипящего сигматизма осуществляется с помощью приема, указанного в пункте «б» при описании исправления призубного сигматизма. В данном случае логопата необходимо отучить от привычки напрягать язык и оттягивать его в глубь рта. С этой целью рекомендуется как можно дольше задерживать на стадии межзубного произношения звука *с* в слогах, словах и фразах. Когда язык окончательно укрепится в этом положении, можно постепенно переводить кончик языка за нижние резцы, что обычно происходит автоматически.

5. При исправлении бокового сигматизма вначале рекомендуется приучать логопата дуть *с* просунутым между губами широко распластанным передним краем языка; это первоначальное упражнение заменяется дутьем при межзубном положении переднего края языка, после чего можно вводить слоговые упражнения, слова и даже фразы, включающие звук. Постепенно передний край языка по показу логопеда (в зеркале) или при помощи зонда или шпателя переводится за нижние резцы, правильное произношение звука *с* закрепляется в кинестетическом ощущении логопата и в его слуховом представлении и становится привычным.

6. При устранении носового сигматизма также необходимо предварительно поработать над формированием правильного выдоха воздушной струи через середину ротовой полости. С этой целью требуется проводить такие упражнения, как задувание свечи, спички, поддувание ватки, дутье на бумажку и пр. Упражнения должны проводиться при межзубном, а затем межзубном положении переднего края языка (см. п. 5). Достигнув шепелявого произношения звука *с*, логопед может дать логопату упражнения на этот звук в слогах, словах и фразах. Таким образом, у логопата будет закрепляться навык произнесения звука *с* на правильном выдохе — воздушную струю он может ощущать на кончике своего языка, просунутого между зубами.

Когда язык окончательно укрепится в этом положении, можно постепенно переводить его кончик за нижние резцы, и временное шепелявое произношение заменится правильно артикулируемым *с*.

Применяемый некоторыми логопедами прием — зажим крыльев носа в процессе исправления носового сигматизма — чаще всего не дает необходимого эффекта.

Так как все перечисленные выше недостатки произношения звука *с* почти всегда распространяются на произношение звуков *з* и *ц*, к исправлению этих звуков следует приступать только после постановки звука *с*.

Если логопат не озвончает звук *з*, логопед может использовать прием осзания вибрации гортани, а в дальнейшем с появлением правильного звучания *з*, следует больше внимания уделять устным и письменным упражнениям на дифференциацию звонкого *з* и глухого *с*.

## Постановка шипящих звуков

Перечисленные виды сигматизма кроме шипящего (межзубный, губно-зубный, призубный, боковой и носовой), могут встречаться в группе шипящих звуков (*ш, ж, ч, ц*).

Кроме того, часто шипящие звуки заменяются свистящими: например звук *ш* — звуком *с*, звук *ж* — звуком *з*, звук *ч* — звуком *ц*, звук *щ* — звуком *с'*. Такая замена называется свистящим сигматизмом.

Недостатки произнесения шипящих звуков *ш* и *ж* можно устранять следующим образом. Логопед предлагает логопату произносить звук *с* в это время, подводя шпатель или зонд под кончик языка, поднимает его за верхние альвеолы; при таком положении вместо *с* слышится звук *ш*, вместо *з* — *ж*. Логопед постепенно приучает логопата удерживать язык в таком положении. При этом, чтобы обеспечить необходимое выдвигание губ, логопед слегка нажимает на углы его рта (рис. 25). В дальнейшем логопат закрепляет правильное произношение звуков *ш* и *ж* в словах, фразах и предложениях, контролируя при помощи зеркала положение своих губ и языка. Кроме того, он выполняет устные и письменные упражнения на дифференциацию этих звуков и свистящих *с* и *з*.

При постановке аффрикаты *ч* логопед предлагает логопату произносить слог *ать* и в это время, подложив шпатель или зонд под передний край языка, поднимает его к альвеолам верхних резцов. Одновременно логопед слегка нажимает пальцами на углы рта, выдвигая губы вперед. При таком положении языка и губ вместо слога *ать* слышится *ач*, вместо *оть* — *оч*, вместо *уть* — *уч* и т.д. По мере того как логопат закрепляет этот звук в своем кинестетическом и слуховом представлении, он начинает произносить его самостоятельно (без механической помощи) в обратных и прямых слогах, а затем в словах и фразах. Кроме того, необходимы устные и письменные упражнения на дифференциацию этого звука и звуков *с* и *ц*.



Рис. 25. Постановка звука *ш*

При постановке звука *ш* логопед предлагает логопату произносить длительно смягченный *ш* (*шьшь*) или слог *ась* и в это время, так же как при постановке звука *ч*, поднимает шпатель или зонд кончик его языка к верхним альвеолам, отчего получается *шьшь* или звук *ш*. Вначале этот звук закрепляют в прямых слогах, затем в обратных, далее в словах и фразах. Кроме того, проводятся устные и письменные упражнения на дифференциацию звуков *ш*, *с* и *щ*.

Как уже было сказано ранее, при исправлении различных видов сигматизма особое внимание необходимо уделять дифференциации свистящих и шипящих звуков.

Дифференциация свистящих и шипящих звуков рекомендуется проводить примерно в такой последовательности: *с-з, с-ц, с-з-ц, ш-ж, с-ш, з-ж, с-ч, ц-ч, с-щ*.

### Ротацизм и его исправление

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

**Артикуляция звука *р*** состоит в следующем. Положение губ зависит от смежных фонем. Между верхними и нижними резцами сохраняется некоторое расстояние. Язык принимает форму ложечки. Его боковые края прилегают к верхним коренным зубам, а передний край (кончик языка) поднят к альвеолам, соприкасается с ними и вибрирует под напором выдыхаемого воздуха. Мягкое небо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые связки сомкнуты и вибрируют (рис. 26).

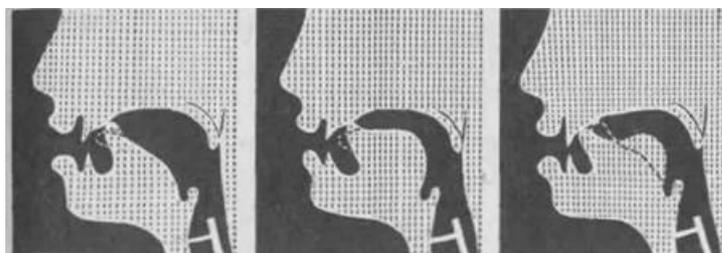


Рис. 26. Профиль артикуляции звука *p*

Рис. 27. Профиль артикуляции звука *p'*

Рис. 28. Профиль артикуляции звуков *л, л'*

Мягкий звук *p* (*p'*) отличается по артикуляции от твердого дополнительным подъемом спинки языка к нёбу и некоторым его перемещением вперед (рис. 27).

Рассмотрим разновидности ротацизма и параротацизма

Часто звук *p* выступает в виде горлового дрожащего звука

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

Второй тип — увулярное *p* (от греч. *uvula* — язычок), при котором вибрирует только язычок. При этом слышится отчетливый рокот.

Встречается так называемое одноударное *p*, при котором передний край языка лишь один раз прикасается к альвеолам, вибрация отсутствует. Попытки произнести длительный рокочущий звук не удаются.

Нередко встречается боковое *p*, при котором вместо вибрации переднего края языка взрывается смычка между его боковым краем и коренными зубами.

Наконец следует упомянуть о редком виде ротацизма, при котором резкое искажение звука обусловлено тем, что струя выдыхаемого воздуха проходит через щель, образуемую между боковым краем языка и верхними коренными зубами, приводя в колебание щечку. Это так называемое щечное *p*.

Кроме того, имеется несколько видов параротацизма (замена *p* звуками *p'*, *л*, *л'*, *и* (*й*), *з*, *д*).

В большинстве случаев тот или иной вид ротацизма охватывает как твердый *p*, так и мягкий *p'*. Нередко однако при дефектном *p* отмечается нормальный *p'*. Иногда бывает и обратное явление.

Предрасполагающим к ротацизму анатомическими аномалиями могут служить короткая подъязычная связка, узкое и высокое нёбо, чрезмерно узкий, или массивный или недостаточно пластичный язык.

Исправление ротацизма. В большинстве случаев для получения правильной артикуляции звука *p* необходимы подготовительные упражнения, которые условно можно распределить на два вида. Один вид упражнений направлен на то, чтобы, добившись правильного положения языка, получить так называемый фрикативный *p*, артикулируемый при том же положении языка, что и нормальный, но пока без вибрации.

Другой вид упражнений направлен на выработку вибрации языка. Если ребенок правильно произносит верхние *ш* и *ж*, получить фрикативный *p* нетрудно. Достаточно предложить ему произнести протяжно фонему *ж* при несколько открытом рте без округления губ и переместить передний край языка немного вперед к деснам верхних резцов. Добившись щели, следует закреплять фрикативный *p* на материалах слогов, слов, а затем и фраз, не дожидаясь усвоения вибрации. Важно при этом, чтобы полученный звук произносился с достаточным напором выдыхаемого воздуха, при минимальной щели между передним краем языка и деснами. Должен быть ясно слышен не только голос, но и шум воздуха, проходящего через щель.

Для выработки вибрации следует исходить из быстрого повторения на одном выдохе звука *д*, артикулируемого особым образом — при несколько открытом рте и при смыкании переднего края языка не с резцами, а с деснами верхних резцов или даже с альвеолами.

Упражнение может состоять вначале из двух трехкратного равномерного повторения звука *д* (*дд, дд, дд... ддд, ддд, ддд...*), затем из тех же повторений, но с усилением последнего звука (*дд, дд, дд, ддд, ддд, ддд...*) и далее из многократного повторения звука *д* как равномерного (*дддддд...*), так и с ритмическим выделением, допустим, каждого третьего звука серии (*ддд, ддд, ддд, ддд*). Работать должен только язык при неподвижном положении нижней челюсти.

В дальнейшем двух-, трехкратное повторение звука *д* завершается произношением гласного *а* или *ы* (*дда, дда, дда... дды, дды, дды... ддда, ддда, ддды... ддды...*).

Другой прием выработки вибрации состоит в том, что во время длительного произнесения фрикативного *p* под язык подкладывают зонд с шариком на конце. Шарик приводит в соприкосновение с нижней поверхностью языка, после чего быстрыми движениями зонда вправо и влево вызывает механическое колебание языка, попеременное смыкание и размыкание его переднего края с альвеолами (рис. 29). Вместо зонда может быть с успехом использован палец самого ребенка, предварительно чисто вымытый или обтертый ваткой, смоченной в спирте. Вначале движение пальца осуществляется пассивно с помощью логопеда, который держит кисть ребенка. В дальнейшем ребенок действует самостоятельно.

Рис. 29. Постановка звука *р*

После того как будет достигнута вибрация необходимо путем разнообразных упражнений на материал слогов, слов и фраз, произносимых постепенно убыстряющемся темпе, добиться автоматизации усвоенной артикуляции и избавиться от излишней раскатистости произношения *р*, неизбежной на ранних этапах работы. Если вначале получится только твердый *р*, то одновременно его закреплению необходимо начать работу над мягким *р'*. Если же вначале получится мягкий *р'*, то параллельно его закреплению следует начать работу над твердым *р*.

### Ламбдацизм его исправление

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

**Артикуляция звука *л*** состоит в следующем. Положение губ зависит от последующего произносимого гласного. Верхние и нижние резцы находятся на незначительном расстоянии друг от друга. Язык упирается своим кончиком в верхние резцы или их десны. Боковые края языка не смыкаются с коренными зубами, в результате чего по бокам остаются проходы для выдыхаемого воздуха. Корневая часть языка поднята, благодаря чему при наличии боковых проходов с обеих сторон язык принимает форму седла. Мягкое нёбо поднято, закрывает проход в нос. Голосовые связки сомкнуты и вибрируют.

Мягкий звук *л* (*л'*) отличается по артикуляции от твердого тем, что поднимается не корневая часть языка, а передне-средняя часть его спинки; смыкается не только кончик языка с деснами, но и значительная поверхность передней части спинки с альвеолами. Нередко *л'* вообще произносится при опущенном кончике языка путем смыкания передней части спинки с альвеолами (рис. 28).

Нарушение твердого, и мягкого *л* встречается очень редко. Обычно неправильно произносится лишь твердый звук. Это объясняется тем, что он более сложен по артикуляции.

Недостатки произношения фонемы *л* имеют ряд разновидностей. Сюда относятся удлинение смежных гласных («аампа», «паака», «стоо») вместо *лампа, палка, стол*); произнесение *л* в виде краткого гласного звука типа *ы* («ыампа», «паяка», «стой»); замена *л* фонемой *и* (*й*) («йампа», «пайка», «стой»), фонемой *л'* («лямпа», «палька», «стой»), фонемой *к* («нампа», «панка», «стон»); произнесение *л* в виде заднеязычного носового звука *нг* («нгампа», «нгапа») вместо *лампа, лана*).

Наиболее распространенным видом ламбдацизма является произнесение в качестве *л* звука в или краткого *у*. Язык при этом оттянут в глубь рта, как при гласном *у*.

Из аномалий анатомического строения речевого аппарата, предрасполагающих ламбдацизму, следует назвать короткую подъязычную уздечку.

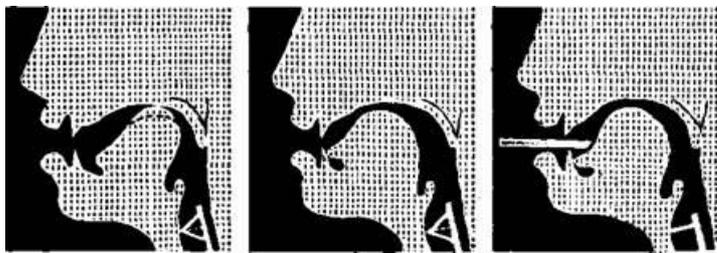
Для исправления ламбдацизма используются следующие приемы.

Сначала ребенку дают задание по предлагаемому образцу, пользуясь зеркалом, свободно высунуть язык и зажать его между зубами. Затем он должен, не меняя положения языка, произнести протяжно *а* или *ы*. Теперь логопед только формулирует инструкцию, а сам артикулирует перед зеркалом без голоса. Уже при этом положении речевых органов может получиться протяжный *л*, на что, однако, не следует обращать внимание ребенка, чтобы он не сбился на привычное произношение.

Первые упражнения направлены на закрепление полученной артикуляции и сводятся к произнесению полученного звука в слогах с гласным *а*: сначала в закрытом слоге (*ал*), затем между гласными (*ала*) и, наконец, в открытом слоге (*ла*). Далее вводятся слоги с гласными *ы*, *о*, *у* (*ала*, *алы*, *ало*, *алу*, *ла*, *лы*, *лу* и т.д.).

В тех случаях, когда ламбдацизм затрагивает не только *л*, но и его мягкую пару — *л'*, исправление первого звука служит надежной базой для усвоения второго. Последнее обычно легко достигается в открытых слогах с гласными переднего ряда (*ли*, *ле*), а затем и с другими гласными при сопоставлении слогов, включающих *л* и *л'* (*ла-ля*, *ло-лё*, *лу-лю*).

После того как будет достигнута правильная артикуляция звука *л*

Рис. 30. Профиль артикуляции звуков *к, з, х*Рис. 31. Профиль артикуляции звуков *к', и (j)*Рис. 32. Постановка звука *ы (j)*

и проделаны упражнения по его закреплению на материалах слогов, слов и фраз в случаях параламбдацизма необходимо провести ряд упражнений направленных на выработку дифференциативной усвоенного звука и того, которым он ранее заменялся

### Дефекты нёбных звуков (*к, к'; з, з'; х, х'; и (j)*) и их исправление

Недостатки произношения звуков *к* и *к'* носят название каппацизма *з* и *з'* — гаммацизма *х* и *х'* — хитизма. Те разновидности дефекта, которые связаны с заменой этих звуков какими-либо другими, называются паракаппацизмом, парагаммацизмом, паракхитизмом. Недостаток произношения звука *и (j)* называется йотацизмом.

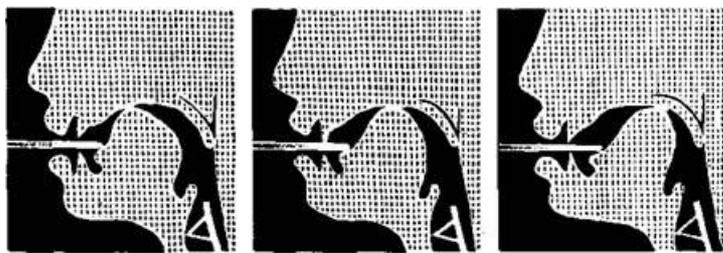
**Артикуляция звука *к*** состоит в следующем. Положение губ зависит от последующих гласных. Между верхними и нижними резцами сохраняется некоторое расстояние. Кончик языка опущен и значительно отдален от нижних зубов, а задняя часть спинки языка смыкается с нёбом. В момент произнесения звука смычка между языком и нёбом взрывается, освобождая путь проходящему позади под давлением воздуха, который с характерным шумом вырывается наружу. Мягкое нёбо поднято и закрывает проход в нос. Голосовые складки разомкнуты (рис. 30).

**Звук *к*** по механизму своего образования отличается от звука *к* лишь смыканием и последующей вибрацией голосовых связок уже в момент, предшествующий взрыву (рис. 30).

**Особенность артикуляции звука *х***, отличающая его от звука *к*, состоит в том, что спинка языка не полностью смыкается с нёбом, оставляя по средней линии щель, проходя через которую струя выдыхаемого воздуха вызывает шум, присущий фонеме *х* (рис. 30).

Мягкие звуки *к', з', х'* (рис. 31) отличаются от парных твердых перемещением смычки или щели, образуемой языком и нёбом, вперед к средней части твердого нёба.

Встречаются три основных вида каппацизма. Особенность первого вида состоит в том, что вместо звука *к* слышится характерный негромкий гортанный щелчок. Он возникает в результате того, что голосовые связки плотно смыкаются, действием дыхательных мышц под ними создается повышенное давление воздуха, после чего смычка взрывается и воздух с шумом прорывается через голосовую щель.

Рис. 33. Профиль артикуляции при постановке звука *к*

Ко второму виду относится паракаппацизм в виде замены звука *к* на звук *т* («тапуста», «рета», «паут»).

В третьем случае взрывной звук *к* заменяется фрикативным (*«хапуста», «реха», «пау»*), что опять-таки характеризует дефект как паракаппацизм.

Аномалией в строении речевого аппарата, предрасполагающей к возникновению каппацизма является неправильная форма твердого нёба, когда оно оказывается слишком узким и высоким, затрудняющим образование плотной язычно-нёбной смычки.

### Исправление каппацизма

Если не удастся исправить *к* на основе подражания с показом артикуляции перед зеркалом, прибегают к механическому способу постановки *к* от *т* с помощью шпателя. Ребенка побуждают произнести слоги та-та-та. Повторному произнесению тех же слогов предшествует нажим шпателем на переднюю часть спинки языка и удержание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *та* получается *тя*. Далее упражнение проделывается при несколько более глубоком нажиме на язык, в результате чего вместо *та* должно получиться *кя*. Наконец шпатель продвигается еще глубже и получается чистый *к* (рис. 33).

Проводя упражнения на закрепление звука *к* в слогах и словах, логопед должен следить за тем, чтобы перед гласными переднего ряда (*ке, ки*) смычка языка с нёбом перемещалась вперед. В противном случае не будет получено правильное звучание этих слогов, в которых твердый *к* переходит в мягкий *к*.

Добившись правильного произношения звука *к*, можно затем без затраты каких-либо дополнительных усилий получить его мягкую пару — *к'*. В тех случаях, когда исправляют параконпацизм выражающийся в замене звука *к* на *г* или *х*, упражнения на материал слогов, слов и фраз должны быть направлены на закрепление звука *к*, и на дифференциацию этого звука с его прежним заместителем.

**Недостатки произношения звука *к*** могут проявляться либо в нарушении нормального его звучания (хитизм), либо в замене его звуком *к* (парахитизм). В первом случае обычно слышится ослабленный гортанный шум, который возникает вследствие того, что выдыхаемый воздух встречает на своем пути щель, образуемую языком и нёбом, а сближенными голосовыми складками. Вместо *халва, муха, мох* слышится тогда «Налва», «мула», «моп». Такое образование, вполне нормальное для многих языков (в том числе украинского), несвойственно русскому языку. Во втором случае язык активно участвует в артикуляции, однако вместо щели образует с нёбом смычку.

### Исправление хитизма и парахитизма

В обоих случаях следует прежде всего попытаться получить правильное произношение *к* исходя из звука *к* и сопровождая артикуляцию придыханием. Результатом должна быть своеобразная язычно-задненёбная ффриката нечто вроде *кх*. В дальнейшем остается лишь отделить ффрикативную часть такого сочетания от взрывной и закрепить полученную артикуляцию упражнением.

Если такой прием не приведет к цели, следует воспользоваться другим. Он заключается в постановке от *с* механическим способом, аналогичным тому, с помощью которого ставится *к* от *т* (см. выше). Ребенка побуждают произнести слог *са*, протягивая согласный звук — *ссса*. Повторному воспроизведению этого же слога предшествует нажатием шпателя на переднюю часть спинки языка и удерживание ее за нижними резцами. При таких условиях вместо *са* получается нечто среднее между *ся* и *ща*. Дальнейшее продвижение шпателя в глубь рта приводит к превращению слога *са* в *хя*, а при еще более глубоком нажатии получается *хя*.

**Недостатки произношения звука *г*** в общем аналогичны рассмотренным выше разновидностям конпацизма и хитизма. В одних случаях вместо *г* слышится гортанный щелчок, в других — южнорусский *г*, представляющий собой как бы озвонченный *х*, в третьих — гортанный звонкий ффрикативный звук, образуемый сближением и вибрацией голосовых связок (украинский звук *г*).

Встречается также — чаще у детей дошкольного возраста — параконпацизм в виде замены *г* звуком *д* («дуси», «рода» вместо *гуси, рога*).

Если ребенок правильно произносит звук *к* (изначально или в результате исправления конпацизма), то первая попытка устранения гаммацизма должна состоять в показе и объяснении отличия звука *г* от его глухой пары. При этом полезно приложить руку ребенка к шее (выше гортани) и дать ему возможность ощутить вибрацию гортани и движение передней стенки глотки, которое возникает под давлением воздуха скапливающегося в ней до взрыва воздуха.

Можно взять в качестве аналогов такие пары слогов, как *афа-ава, аса-аза, аша-аша, апа-апа, ата-ада*, и на этой основе получить пару *ака-ага*. Ребенок должен произнести эти слоги вслед за логопедом, контролируя у себя и у него звонкость парных фонем с помощью руки, приложенной к шее.

Если описанные приемы не приведут к цели, следует воспользоваться механическим способом постановки звука *г* от *д*, аналогичным тому, который был указан выше для постановки *к* от *т*. На этот раз слог *да* последовательно преобразуется в слог *дя* (первый этап), затем в *гя* (второй этап) и, наконец, в *га* (третий этап).

За первичной постановкой звука *г* следуют упражнения на материал слогов, слов и фраз, которые в случае параконпацизма выражающегося в замене звука *г* на *д*, должны быть направлены как на закрепление звука, так и на его дифференциацию с прежним заместителем.

Недостатки произношения звука *й* встречаются преимущественно у дошкольников и состоят обычно в его замене звуком *л'* («яблоко», «обезьяна», «трамвай» вместо яблоко, обезьяна, трамвай; «лэжию», «ружлэ» вместо ёжики, ружьё; «любка», «игралю» вместо юбка, играю).

Исправление недостатка в простейших случаях может быть достигнуто путем временной замены звука *й* гласными *и*. Ребенку предлагают произнести сочетания гласных типа *иа, аиа, ио, ай, ой* и др., несколько протягивая фонему *и*. Так же произносятся простейшие слова с восходящими и нисходящими дифтонгами *иа* — *иаблока; ио* — *иожик; ай* — *играй; ой* — *стой* и т. п. Далее вводят более трудные слова *маиак смеются играют*. Наконец следуют самые трудные *обезьяна пиот, шут* и др.

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

Если указанный прием не приведет к цели, можно воспользоваться механическим способом постановки *й* от *з*, аналогичным тому, как *х* ставится от *с* (см. выше), но с той разницей, что завершающим является в данном случае не третий, а второй этап работы. Ребенка побуждают произнести слог *за* (протягивая согласный звук) и нажимают шпатель на самую переднюю часть языка, в результате чего получается нечто среднее между *з'а* и *ж'а*. Затем шпатель продвигают несколько глубже, пока не послышится четкое *жо* (рис. 32).

Подобным же образом из сочетания *яз* \_\_\_\_\_ *а* получается *яа*.

Далее из сочетаний *йо, зу, зе, азо, азу, азе* получают слоги *йо(е), жу(ю), жэ(е), аё, аю, ае* и т. п.

### Дефекты звончения и их исправление

Специфическим недостатком характерным для произношения всех звонких звуков независимо от способа и места образования твердости и мягкости, является воспроизведение их в виде соответствующих парных глухих звуков («самою», «щук») вместо *замок жук*; «терев», «куси», «пулка» вместо *дерева, гуся, булка*). Нередко этот недостаток сопутствует тугоухости.

Исправление данного недостатка следует начинать с фрикативных звуков *з* и *ж* как более легких для усвоения. В качестве исходной надо брать фонему *в*, обычно произносимую правильно звонко.

Логопед протяжно произносит звук *ф*, а затем, не прерывая выдоха включает голос и переходит на звук *в* (*ф \_\_\_\_\_ в \_\_\_\_\_*).

При этом он обращает внимание ребенка не только на различие звучания звуков, но и на то, что в момент произнесения твердого звука *в* можно, прикоснувшись рукой к гортани, ощущать ее вибрацию.

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

Затем таким же образом произносится звук, который при включении голоса преобразуется в фонему *з* (*с \_\_\_\_\_ з \_\_\_\_\_*).

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

За первичной постановкой звуков *з* и *ж* следуют упражнения на материал слогов, слов и фраз, направленные на их закрепление и на дифференциацию с парными глухими (*з-с, ж-ш*).

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

Начинать целесообразно фонемы *б*. Ребенку предлагается трехкратно произнести слог *ба* (*ба-ба-ба*). При этом полезно несколько удлинить тот момент произнесения фонемы *б*, когда голос звучит еще при сомкнутых губах, до взрыва. При переходе от слога к слогу голос должен звучать непрерывно. Следует дать ребенку возможность воспринимать этот слоговой ряд не только на слух, но и с помощью осязания: вибрации гортани, щеки.

Добившись изолированного воспроизведения звонких согласных, необходимо в процессе упражнений на материал разнообразных слогов, слов и фраз закрепить их в речи и выработать у ребенка навык дифференциации этих звуков с парными глухими (*п-б, т-д, к-г* и др.).

### Дефекты смягчения и их исправление

Специфический дефект произношения мягких согласных заключается в замене их парными твердыми («дада», «тота», «утуя», «фонар» вместо *дядя, тетя, уютя, фонарь*). Прием исправления данного дефекта основан на подражании: предполагается слуховое восприятие мягких звуков и зрительное восприятие артикуляции этих фонем при сопоставлении их с парными твердыми фонемами (*па-ня, ма-мя, фа-фя, апа-аня, ама-амя, афа-афя* и т.п.). Следует пояснить ребенку, что при произнесении твердых губных звуков язык имеет плоскую форму, тогда как при произнесении мягких звуков кончик языка упирается в нижние резцы, а спинка выгибается как твердому *нёбу*. Приоткрыв рот, надо показать ребенку перед зеркалом различие в положении языка и побудить его воспроизвести увиденное.

Далее следует подробное повторение иза логопедом слогов с губными и язычно-зубными парными мягкими согласными *па-ня, апа-аня, ап-ань, та-тя, ата-атя, ат-ать, ма-мя, ама-амя, фа-фя, афа-афя, аф-афь* и др. В случае успешного воспроизведения ребенком мягких согласных звуков целесообразно сразу же использовать слова с мягкими согласными (*пять, Катя, мяч* и т.п.).

Если прямое подражание окажется неэффективным, можно попробовать обходной путь. Ребенку предлагают произнести гласный *и*, а затем слог *ти*. При наличии смягчения фонемы *и* в позиции перед гласными надо предложить ребенку несколько раз повторить тот же слог шепотом, постепенно укорачивая, в результате чего может получиться отчетливое *и'*, с некоторым придыханием. Тогда следует перейти к звуко сочетанию *ати*, которое следует произносить вначале громко, затем шепотом и, наконец, так, чтобы первый гласный проговаривался громко, а второй — шепотом и кратко. Так можно получить сочетание *ань*. Закрепив полученный таким образом мягкий звук *и-и'*, можно переходить к открытому слогу *ня*, сначала отделяя согласную фонему от гласной (*и' \_\_\_\_\_ а*), а потом сливая их.

Затем можно вводить слоги с другими гласными и слова. Далее проводится аналогичная работа над другими губными мягкими согласными (*м', ф', в'*).

В более трудных случаях, когда попытки вызвать мягкие согласные по подражанию оказываются безуспешными или малоэффективными, рекомендуется применять механический способ, который состоит в следующем. В качестве исходного используется звук *т*, от которого с помощью механического воздействия на язык ставится звук *т'*. Предложив ребенку произнести несколько раз звук *т* или слог *та* и удерживая при этом кончик языка шпателем за нижними резцами (прижимая передний край языка), можно автоматически получить звук *т'*, в изолированном виде (*т' т' т'*) или в открытом слоге (*тя, тя, тя*). Такой эффект достигается тем, что механическое удерживание языка внизу приводит к образованию смычки с помощью его спинки, что в свою очередь неизбежно вызывает подъем спинки языка к *нёбу*.

Аналогичным путем из слога *ат* получают слог *ат'*. Такой способ постановки *и'* представляет собой не что иное, как выполнение первого этапа механической постановки от *г* (см. выше). После того как в результате упражнений с помощью шпателя, а затем и собственного пальца ребенка артикуляция будет закреплена, следует отказаться от механических средств и проделывать дальнейшие упражнения на основе самостоятельного воспроизведения звука *и'* в разных слогах и словах.

Тот же механический способ применяется при постановке звуков *д'* от *д* и *н'* от *и*.

Усвоив на примерезычно-зубныхсмычныхзвуков принципобразованиямягких согласныхот парных твердых путем подъема спинки языка к нёбу, ребенок легче овладеваетпроизношениемдругих мягких звуков, которыецелесообразноставить в следующемпорядке: *ф', в', н', б', м', с', з', р', л'.*

Что касается звуков *к', г' и х'*, то специальной работы над ними обычно не требуется, так как в русском языке они, как правило, встречаются лишь перед гласными *и, э* (*кирич гиря, хитрый на руке, на ноге, о петухе* и т.п.) и усваиваются в этой позиции (особенно перед звуком *и*) без труда

Закрепляя мягкие согласные на материале слов, слогов и фраз, необходимо уделить специальное внимание упражнениям направленным на дифференциацию (не только в произношении но и на слух) этих звуков и их твердых вариантов

Следует подчеркнуть, что логопедическая работа проводится в единстве с работой по развитию речи и мышления. Содержание речевого материала должно быть доступным понятным детям. На протяжении всех занятий необходимо использовать приемы, вызывающие у детей положительные эмоции: одобрение, похвалу, поощрение

В результате описанной выше коррекционной работы дислалия у детей исчезает полностью и навсегда

## **Общие требования к работе по исправлению недостатков звукопроизношения**

При формировании правильного звукопроизношения детей независимо от причин и характера дислалии должен соблюдаться ряд общих требований

Так, при устранении недостатков в произношении того или иного звука необходимо придерживаться строгой последовательности этапов логопедической работы

1. Развитие слухового внимания и фонематического восприятия формируемого звука
2. Артикуляционная гимнастика
3. Постановка звука
4. Автоматизация звука
5. Дифференциация формируемого и смешиваемого звука в произношении

Если ребенок четко воспринимает формируемую фонему на слух, можно исключить первый этап работы

Иногда оказывается, что ребенок без предварительной артикуляционной гимнастики воспроизводит все необходимое для данного звука дифференцированные движения языка, губ. В этом случае можно исключить второй этап работы. Однако необходимо подчеркнуть, что последовательность всех остальных этапов должна строго соблюдаться

При постановке звуков следует широко использовать опору на различные анализаторы (слуховой, зрительный, кожный и двигательный), облегчающую воспроизведение требуемой артикуляции по образцу и контроль над ней.

По мере автоматизации навыков правильного произношения звука необходимость в зрительном контроле отпадает. Дальнейшая работа ведется с опорой на слуховой и кинестетический самоконтроль

С самого начала работы над звуком необходимо развивать у ребенка слуховой самоконтроль. Для этой цели логопед привлекает внимание ребенка к неправильному произношению звука и предлагает сравнить его с правильным. Целесообразно чтобы сам логопед имитировал искаженное произношение чередуя его с нормальным, а ребенок сравнивал оба варианта и воспроизводил нужный. Следует постоянно напоминать детям о необходимости вслушиваться то, как они произносят. На первых порах полезно утрированно произнести ребенку звука. Так ему будет легче приобрести навыки слухового самоконтроля

К автоматизации поставленного звука можно переходить лишь тогда, когда ребенок произносит его изолированно совершенно правильно и четко при продолжительном или многократном повторении. Ни в коем случае не следует вводить в слоги и слова звук, который произносится еще недостаточно отчетливо, так как это приведет лишь к закреплению неправильных навыков и не даст улучшения в произношении

Автоматизация поставленного звука должна проводиться в строгой последовательности

- 1) автоматизация звука в слогах (прямых, обратных со стечением согласных);
- 2) автоматизация звука в словах (в начале слова, середине, конце);
- 3) автоматизация звука в предложениях
- 4) автоматизация звука в чистоговорках и стихах
- 5) автоматизация звука в коротких, а затем длинных рассказах
- 6) автоматизация звука в разговорной речи.

Лексический материал подбираемый логопедом для автоматизации звуков (равно как и для дифференциации), должен отвечать специальным фонетическим требованиям. Прежде всего в нем должно содержаться максимальное количество закрепляемых звуков. В то же время не должно быть неправильно произносимых ребенком звуков, т. е. тех, которыми он еще не овладел. Иначе у него будет закрепляться неправильно произношение.

Кроме того, необходимо учитывать и смысловую доступность лексического материала.

Логопед должен стремиться также к тому, чтобы в процессе работы над автоматизацией любого звука смысловой речевой материал преобладал над чисто слоговыми упражнениями.

Необходимым условием быстрой автоматизации звука является постепенное и систематическое повышение темпа речевых упражнений. От неторопливого утрированного произнесения слогов ребенок должен постепенно переходить к более быстрому проговариванию слов, затем к еще более ускоренному произнесению предложений, наконец, скороговорок. Только в таком случае осуществляется быстрое и прочное закрепление правильного произношения поставленного звука.

Требование соблюдения строгой последовательности в работе над автоматизацией звука предусматривает постепенное усложнение лексического материала: переход от простых видов речевой деятельности к более сложным — от элементарного повторения слов за логопедом к называнию предметов, действию, описанию простейших ситуаций, изображенным на картинке, воспроизведению по памяти стихов, чистоговорок, скороговорок и далее к пересказу коротких рассказов, составлению рассказов по серии картинок, наконец, к свободному речевому общению.

Особого внимания заслуживает вопрос о порядке исправления неправильно произносимых звуков. Понятно, что, когда ребенок не владеет правильным произношением одного — трех звуков, не может быть речи о специальной системе. Но, как известно, чаще встречается сложная дислалия, при которой оказывается нарушенным большое число фонем, принадлежащих разным фонетическим группам.

Этот порядок должен прежде всего отвечать дидактическому принципу последовательного перехода от более легкого к более трудному. Установлено, что исправлять недостатки произношения свистящих согласных значительно легче, чем шипящих. Поэтому, если у ребенка имеются дефекты в произношении тех и других согласных, начинать надо с работы над звуками *с, с', з, з', ц*. Исходя из того же принципа сначала работают над постановкой звука *л, а* уж потом *р*.

Следует пояснить, что не только возможна, но и необходима параллельная работа над двумя звуками. Однако при этом соблюдаются следующие требования. Прежде всего нельзя брать для одновременной работы те звуки, артикуляция которых характеризуется прямо противоположным кладом речевых органов. Так, например, нецелесообразно одновременно работать над исправлением бокового произнесения звука *с* и постановкой звука *л*. В данном случае для правильной артикуляции фонемы *с* нужно добиваться широкого уклада языка с желобком посередине, а для *л* — совершенно противоположного (язык узкий — «жалом», желобок отсутствует, а воздух проходит по боковым щелям между языком и коренными зубами). Параллельная работа над этими звуками может привести к взаимному торможению движений, необходимых для их произнесения.

Следующее требование состоит в том, что нельзя одновременно работать над так называемыми «трудными» звуками, т. е. теми, произнесение которых вызывает у ребенка наибольшую затрату энергии. Так, например, одновременная работа над звуками *р* и *ш*, требующими большого напряжения дыхательных органов, может привести к быстрому утомлению вплоть до головокружения.

Если у ребенка нарушено произношение парных согласных звуков, то в первую очередь работают над глухими звуками, например над *ш*, затем усложняют артикуляцию прибавляя к ней голос, и получают звук *ж*.

Определяя порядок работы над дефектным произношением ребенка, логопед должен обязательно учитывать индивидуальные особенности логопата, в первую очередь податливость тех или иных дефектов к устранению. Поэтому в процессе обследования ребенка он должен точно установить, какие звуки легче поддаются исправлению и при составлении плана работы включить их в первую очередь.

Занятия по формированию правильного произношения детей должны отличаться строгой систематичностью. Их следует проводить не реже трех раз в неделю. Постановка звуков осуществляется на индивидуальных занятиях, а дальнейшую работу над ними можно проводить на групповых занятиях. Для этой цели объединяют детей, у которых в данное время исправляют один и тот же звук. Обычно таким образом составляются группы из трех-четырёх человек. Состав групп подвижен и меняется с каждым новым звуком.

Продолжительность индивидуальных и групповых занятий не должна превышать 15 мин, поскольку дети дошкольного возраста не выдерживают большей активной речевой нагрузки и у них наступает переутомление.

С первых занятий по автоматизации звука и до полного завершения работы над каждой фонемой необходимо широко использовать для проговаривания наглядный материал: отдельные картинки и серии картинок, всевозможные лото, картинное домино. Он помогает поддерживать у детей интерес к занятиям, концентрировать их внимание, вызывает положительные эмоции, а значит, способствует достижению наибольшего эффекта.

## Контрольные вопросы

1. По каким признакам классифицируются гласные фонемы?
2. По каким признакам подразделяются согласные фонемы? Почему один и тот же согласный звук (фонема) может быть отнесен одновременно к нескольким группам?
3. Почему звукопроизношение ребенка в период от рождения до четырех лет всегда отличается определенными недостатками?

4. По каким признакам можно подразделять дислалию на различные виды?
5. Какой из видов дислалии (органическая или функциональная) является наиболее тяжелым дефектом? Обоснуйте вывод.
6. В чем заключается связь между звукопроизношением и фонематическим восприятием?
7. Какие способы постановки звуков вы знаете? В каких случаях применяется каждый из них?
8. Какой из видов дифференциации звуков нужно использовать раньше: дифференциация на слух или в произношении? Обоснуйте вывод.
9. В каких случаях при исправлении недостатков звукопроизношения нужно проводить артикуляционную гимнастику, а в каких — нет?
10. Какие особенности звукопроизношения могут встречаться при нарушении у ребенка фонематического слуха?

### Контрольные задания

1. Используя материалы данного пособия и рекомендуемую литературу составьте перечень педагогических приемов и мероприятий необходимых для развития у детей правильного звукопроизношения в период от трех до четырех лет.
2. Укажите недостатки воспитания речи ребенка в семье и дошкольном учреждении, которые могут явиться причинами речевой патологии.
3. Найдите ребенка, который не замечает собственного неправильного звукопроизношения. Обследуйте его фонематический слух. Составьте логопедическое заключение в котором были бы отражены (в обобщенном виде) все недостатки произношения звуков и восприятия фонем.
4. Составьте план логопедической работы по устранению полиморфной сложной, механической дислалии, осложненной нарушением фонематического слуха.
5. Составьте план-схему последовательного подробного обследования звукопроизношения ребенка 5 — 6 лет, страдающего дислалией.
6. Нарисуйте два профиля искаженной артикуляции бокового и одноударного ротацизма. Сравните их. Какой вид ротацизма может быть быстрее устранен и почему? В каком случае необходима артикуляционная гимнастика и почему? Составьте план логопедической работы по преодолению бокового ротацизма.
7. Найдите в рекомендуемой литературе упражнения артикуляционной гимнастики для развития подвижности языка. Распределите их на две группы: статические и динамические. Выпишите отдельно те, которые способствуют выработке вибрации кончика языка.
8. Составьте из картинок альбом (или разложите их в отдельные конверты) для обследования звукопроизношения у детей.
9. Подберите наглядный материал (предметные и сюжетные картинки) для дифференциации в произношении свистящих шипящих звуков.
10. Составьте план логопедической работы с ребенком, у которого нарушено произношение звуков *с, ш, р, л*. Определите последовательность постановки каждого из звуков. Наметьте другие виды работы.

### Литература

- Генинг Г. М., Герман Н. А. Обучение дошкольников правильной речи. — Чебоксары 1980.
- Каше Г. А. Исправление недостатков речи у дошкольников — М., 1972.
- Каше Г. А., Филичева Т. Б. Дидактический материал по исправлению недостатков произношения у детей дошкольного возраста - М, 1971.
- Правдина О. В. Логопедия - М.. 1969.- С. 80-130.
- Рау Ф. Ф. Приемы исправления недостатков произношения фонем // Основы теории и практики логопедии/ Под ред. Р. Е. Левиной — М., 1968.- С. 271 — 337.
- Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения — М., 1981.

## Глава III. Дизартрия

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

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

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

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

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

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

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

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

## Формы дизартрии

### Бульбарная дизартрия

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

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

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

### Подкорковая дизартрия

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

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

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

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

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

### Мозжечковая дизартрия

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

### Корковая дизартрия

Представляет большие трудности для выделения и распознавания. При этой форме нарушается произвольная моторика артикуляционного аппарата. По своим проявлениям в сфере звукопроизношения корковая дизартрия напоминает моторную алалию (СНОСКА: См. гл. V настоящего пособия), так как прежде всего нарушается произношение сложных по звуко-слоговой структуре слов. У детей затрудняется динамика переключения от одного звука к другому, от одной артикуляционной позы к другой. Дети способны четко произносить

изолированные звуки, но в речевом потоке звуки искажаются, возникают замены. Особенно трудны сочетания согласных звуков. При убыстренном темпе появляются запинки, напоминающие заикание.

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

### Псевдобульбарная дизартрия

Наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии. Псевдобульбарная дизартрия является следствием перенесенного в раннем детстве, во время родов или во внутриутробном периоде органического поражения мозга в результате энцефалита, родовых травм, опухолей, интоксикации и др. У ребенка возникает псевдобульбарный паралич или парез, обусловленный поражением проводящих путей, идущих от коры головного мозга к ядрам языкоглоточного блуждающего и подъязычного нервов. По клиническому проявлению нарушений в области мимической и артикуляционной мускулатуры он близок к бульбарному. Однако возможности коррекции и полноценного овладения звукопроизводительной стороной речи при псевдобульбарной дизартрии значительно выше.

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

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

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

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

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

2. Дети со средней степенью дизартрии составляют наиболее многочисленную группу. Для них характерна мимичность, отсутствие движений лицевых мышц. Ребенок не может надуть щеки, вытянуть губы, плотно сомкнуть их. Движения языка ограничены. Ребенок не может поднять кончик языка вверх, повернуть его вправо, влево, удерживать в данном положении. Значительную трудность представляет переключение от одного движения к другому. Мягкое небо бывает часто малоподвижным, голос имеет назальный оттенок. Характерно обильное слюнотечение. Затруднены акты жевания и глотания.

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

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

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

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

Характерным для всех детей с псевдобульбарной дизартрией является то, что при искаженном произнесении звуков, входящих в состав слова, они обычно сохраняют ритмический контур слова, т. е. число слогов и ударность. Как правило, они владеют произношением двусложных трехсложных слов; четырехсложные слова нередко воспроизводятся отраженно.

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

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

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

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

Детям, страдающим анатрией, такие формы звукового анализа недоступны.

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

Другой мальчик после года пребывания в массовой школе пишет вместо *Дима идет гулять* — «Дима да пет гул ц»; *В лесу осы* — «Лусуось»; *Мальчик кормит кошку молоком* — «Малкин лали кашко малоко».

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Характерным для детей-дизартиков является довольно хорошая ориентировка в окружающей обстановке, запас обиходных сведений и представлений. Например, дети знают и могут найти на картинке такие предметы, как качели, колодец, буфет, вагон, определить профессию (летчик, учитель, шофер и др.); понять действия лиц, изображенных на картинке, показать предметы, окрашенные в тот или иной цвет. Однако отсутствие речи или ограниченное пользование ею приводят к расхождению между активными и пассивными словарем.

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

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

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

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

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

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

## Обследование детей

Обучению детей, страдающих дизартрией должно предшествовать подробное и тщательное обследование речевой моторики, звукопроизношения общего речевого развития

Логопед должен ясно представлять себе степень пареза мимической и артикуляционной мускулатуры учащихся, так как этим определяется нарушение артикулирования соответствующих звуков речи.

Обследование начинают с наблюдения за состоянием мимической мускулатуры в покое. При этом отмечают выраженность носогубных складок и их симметричность, характер линии губ и плотность их смыкания. Устанавливается есть ли насильственные движения (гиперкинез) мимической мускулатуры. У ребенка проверяют умения держать рот закрытым, закрывать глаза (оба и каждый глаз изолированно), нахмуривать брови; отмечают появление содружественных движений (синкинезий).

Обследование двигательных функций необходимо производить при различных нагрузках и многократном повторении. При этом отмечается качественная сторона каждого движения, его полноценность или неполноценность. В последнем случае фиксируют время включения движения, истощаемость движения, изменения его темпа и плавности, объем, а также появление содружественных движений. При многократных движениях могут быть выявлены стертые формы пареза. При такой нагрузке может появиться слюнотечение которое сопутствует дизартрии

Логопед должен определить, как ребенок жует и глотает твердую и жидкую пищу, часто ли поперхивается, расспросить родителей о раннем периоде кормления малыша

Перед тем как перейти к обследованию моторики артикуляционного аппарата, необходимо отметить особенности его строения и дефекты анатомического характера

1. Губы: расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы
2. Зубы: неправильный прикус и посадка зубов.
3. Язык: наличие массивной и короткой подъязычной связки, язык большой, узкий.
4. Твердое нёбо: узкое, куполообразное расщепление твердого нёба, субмукозная щель.
5. Мягкое нёбо: короткое мягкое нёбо, раздвоенный маленький язычок (*uvula*), отсутствие его.

Затем логопед переходит к обследованию артикуляционной моторики.

1. Движения губ: смычка, оскал, вытягивание вперед
2. Движения нижней челюсти: открывание и закрывание рта
3. Движения языка: вперед-назад, вверх-вниз, вправо-влево, распластывание языка, высовывание «жалом».
4. Состояние мягкого нёба: поднимание нёбной занавески при энергичном произнесении звука *a*, наличие или отсутствие утечки воздуха через нос при произнесении гласных звуков, равномерность утечки, наличие или отсутствие глоточного рефлекса (появление рвотных движений при легком прикосновении шпателем к мягкому нёбу).

При очень тяжелом случае псевдобульбарного паралича могут отсутствовать произвольные движения губ, языка и других органов артикуляции и тогда необходимо обнаружить некоторые рефлекторные движения. Например раздвигание губ при улыбке, вытягивание губ на подносимую ко рту пищу, отдергивание языка при прикосновении шпателем, движение мягкого нёба при покашливании и зевании и некоторые другие.

Паретическое состояние голосовых складок мягкого нёба отражается на дыхании и голосообразовании. Могут наблюдаться носовой оттенок голоса, сипота, истощаемость, изменения модуляции голоса. Дыхание обычно поверхностное, неровное, вдох и выдох короткие.

Затем обследуют произношение звуков по общепринятой методике. При этом отмечают особенности артикуляции, четкость движений входящих в артикуляционную установку звуков, плавность перехода от одного звука к другому в стечении согласных, появление призвуков.

Помимо дефектов произношения важно обратить внимание на уровень владения слоговой структурой слова.

Затем выявляют особенности различения речевых звуков. Ребенку предлагают повторить за логопедом слоговые ряды с оппозиционными звуками, например *та-да-та, ша-са-ша, ра-ла-ра* и др. Поскольку часто дети не произносят эти звуки, ребенку даются задания, исключающие собственно проговаривание и рассчитанные на узнавание и выделение исследуемых звуков. Так, он должен поднять руку, услышав заранее обусловленный звук или слог среди других звуков или слогов, например слог *-с* среди слогов *-ша-, -ча-, -ца-, -ца-*. Проверяют также различение слов, отличающихся одним звуком (*коса — коза, дрова — трава* и др.).

У детей школьного возраста выявляют навыки звукового анализа. Учащимся предлагаются следующие виды заданий:

1. Выделение ударного гласного из начала слова.
2. Узнавание слов, имеющих исследуемый звук.
3. Подбор слов, начинающихся исследуемым звуком.
4. Отбор картинок названия которых начинаются исследуемым звуком. В набор картинок включены картинки, названия которых начинаются с определенного звука и со звуков, наиболее часто смешиваемых исследуемым.
5. Распределение картинок названия которых начинаются наиболее часто смешиваемых звуков (глухих и звонких, шипящих и свистящих *р* и *л* и др.).
6. Определение порядка следования звуков в слове и места каждого из них.

При обследовании детей, страдающих дизартрией, необходимо выявлять особенности различения не только часто смешиваемых звуков, но и гласных (они обычно плохо дифференцируются в артикуляции).

У детей, уже обучавшихся грамоте, обследуют навыки письма и чтения. Учащимся дают буквенный словарный диктант, диктант из отдельных предложений или предлагают называть буквы по разрезной азбуке («Это какая буква?»; «Покажи букву *а, с...*»).

Кроме того, могут быть предложены более сложные задания: написать слова по картинкам, составить по картинкам и записать отдельные предложения, описать содержание сюжетных картинок.

Выявленные ошибки анализируют и затем классифицируют в определенные группы специфические ошибки (замены букв, пропуски, перестановки букв, слогов); ошибки, отражающие общее речевое недоразвитие учащихся (неправильные падежные окончания, пропуск или замена предлогов, ошибки в согласовании управлении слов и т. п.).

Далее проверяется умение читать отдельные буквы, слова различного слогового состава, специально подобранные тексты и осмысливать прочитанное.

Уровень развития лексико-грамматической стороны речи обследуют с помощью приемов, разработанных для детей с общим недоразвитием речи. При обследовании лексики необходимо учитывать значительные трудности, которые представляет для детей, страдающих дизартрией, само название предметов. Поэтому, если ребенок отказывается назвать какой-либо предмет, необходимо проверить, есть ли это слово в его пассивном словаре.

В результате проведенного обследования логопед получает представление не только о нарушениях артикуляции и звукопроизношения, но и об уровне общего речевого развития.

## Основные направления коррекционной работы

Логопедическая работа с детьми-дизартиками базируется на знании структуры речевого дефекта при разных формах дизартрии, механизмов нарушения общей и речевой моторики, учете личностных особенностей детей.

Особое внимание уделяется состоянию речевого развития детей в сфере лексики и грамматического строя, а также особенностям коммуникативной функции речи. У детей школьного возраста учитывается состояние письменной речи.

Положительные результаты логопедической работы достигаются при условии соблюдения следующих принципов поэтапного взаимосвязанного формирования всех компонентов речи: системного подхода к анализу речевого дефекта, регуляции психической деятельности детей посредством развития коммуникативной и обобщающей функций речи.

В процессе систематических в большинстве случаев длительных занятий осуществляются постепенная нормализация моторики артикуляционного аппарата, развитие артикуляционных движений, формирование способностей произвольно переключению подвижных органов артикуляции с одного движения на другое в заданном темпе, преодоление монотонии и нарушений темпа речи; полноценное развитие фонематического восприятия.

Этим подготавливается основа для развития и коррекции звуковой стороны речи и формируются предпосылки для овладения навыками устной и письменной речи.

Логопедическую работу необходимо начинать в младшем дошкольном возрасте, создавая тем самым условия для полноценного развития более сложных сторон речевой деятельности и оптимальной социальной адаптации. Большое значение имеет также сочетание логопедических мероприятий с лечебными, преодоление отклонений в общей моторике.

Дети дошкольного возраста с дизартрией не имеющие грубых отклонений в развитии опорно-двигательного аппарата владеющие навыками самообслуживания имеющие нормальный слух и полноценный интеллект, обучаются в специальных детских садах для детей с нарушениями речи. В школьном возрасте дети с тяжелой степенью дизартрии обучаются в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи, где получают образование в объеме девятилетней школы с одновременной коррекцией речевого дефекта. Для детей с дизартрией имеющих выраженные нарушения опорно-двигательного аппарата, в стране имеются специализированные детские сады и школы, где большое внимание уделяется лечебными физиотерапевтическими мероприятиям.

Вопросы методики логопедической работы с детьми-дизартриками разработаны А. Г. Ипполитовой, О. В. Правдиной, М. В. Ипполитовой, Е. М. Мастюковой, Г. В. Чиркиной, И. И. Панченко и др.

Основные задачи логопедической работы с детьми, страдающими дизартрией

1. Обучение звукопроизношению т.е. развитие артикуляционной моторики, речевого дыхания, постановки и закрепление звуков в речи.
- 2. Развитие фонематического восприятия, формирования навыков звукового анализа.
3. Нормализация просодической стороны речи, т.е. преодоление расстройств ритма, мелодики и интонационной стороны речи.
4. Коррекция проявлений общего недоразвития речи. Преодоление ОНР у детей с дизартрией осуществляется в процессе обучения и воспитания в специальном детском саду (СНОСКА См. гл. VII настоящего пособия.)

Первоначальная задача коррекции произношения детей-дизартриков — добиться дифференцированного произношения. Поскольку главной причиной недостатков произношения является полная или частичная неподвижность органов речевого аппарата, основное внимание логопеда должно быть направлено на развитие подвижности артикуляционного аппарата.

Для возбуждения иннервации лицевой мускулатуры, преодоления амимичности лица и малоподвижности артикуляционного аппарата проводится массаж всей лицевой мускулатуры: легкое похлопывание ладонью по щекам, легкие пощипывающие движения пальцами по краю нижней челюсти снаружи по подъязычной мышце и глоточно-нёбной мышце. Применяют также поглаживающие движения кожного покрова лица (щечочные движения).

Кроме того, проводят систематический массаж губ, поглаживающие движения по губам, легкое пощипывание сомкнутых губ, механическое сближение губ в горизонтальном и вертикальном направлении, круговые поглаживающие движения в углах рта.

Массируется мягкое нёбо ладонной стороной большого или указательного пальца, спереди назад. Продолжительность массажа не более 2 мин.

Имеющиеся у ребенка произвольные движения необходимо закреплять путем систематического повторения. Ребенок наблюдает движения органов артикуляции у себя (в зеркале) и у логопеда, слушает звук стопа (для звука м), звук кашля (для звука к). Движения производятся сначала совместно с логопедом, затем после показа отраженно. Этим обеспечивается постепенный переход к самостоятельному выполнению. Метод пассивной гимнастики наиболее эффективен для детей с подкорковой и псевдобульбарной дизартрией. Ребенок с помощью взрослого или с механической помощью воспроизводит нужный уклад органов артикуляции, тем самым более четко ощущает движения языка, губ и пр. Постепенно создается возможность для выполнения активных самостоятельных движений.

Применяется механическая помощь (рука логопеда, специальные зонды и шпатели) при пассивной гимнастике органов артикуляции. Можно производить упражнения рукой ребенка (с контролем перед зеркалом). Движения следует выполнять медленно, плавно, ритмично с постепенным увеличением амплитуды. Например, ребенок шире открывает рот, для этого большой палец правой руки, тщательно вымытый, кладется на нижние зубы, а четыре пальца — под подбородок. Или дальше высовывается язык, для этого кончик языка охватывается марлевой салфеткой, и ребенок рукой выдвигает его вперед.

По мере того как пассивные движения делаются менее затрудненными, можно уменьшать механическую помощь и переходить к удержанию достигнутого положения.

В этот период начинают устранять слюнотечение. Ребенка просят производить жевательные движения со слегка откинутой назад головой.

Следующий этап — активная гимнастика артикуляционного аппарата. Примерные виды упражнений

1. Для нижней челюсти — открывание и закрывание рта (с прищелкиванием губами). Удержание рта открытым (под счет). В процессе этих упражнений необходимо следить за тем, чтобы закрывание рта происходило по средней линии. Можно применять механическую помощь — легкое надавливание рукой на темя и под челюсть. Прибегают также к выдергиванию рукой прикушенной губы марлевой салфетки или резинового жгута. Кроме контроля с помощью зеркала, ребенок должен ощупывать руками движение головки нижней челюсти в суставе.

2. Для выработки движений губ:

- а) оскал зубов, вытягивание губ хоботком (поочередно). Для вытягивания губ хоботком используют прищипывание. Вводится палец или леденец, затем выдергивается. При наличии достаточно плотного охвата губами и всасывающих движений щек возникает щелкающий звук. Уменьшением размера леденца создается большее напряжение мышц губ. Подобные упражнения повторяют многократно.

- б) после этих упражнений можно переходить к удерживанию губами трубочек различного диаметра или зонда (логопед пытается выдернуть трубочку, а ребенок удерживает ее). Для выработки этого движения применяют надавливание пальцами уголков губ;
- в) вытягивание сомкнутых губ — возвращение в нормальное положение
- г) вытягивание губ — растягивание улыбки при раскрытых челюстях
- д) вытягивание верхней губы вместе с языком (язык толкает верхнюю губу);
- е) втягивание губ внутрь рта, с плотным прижатием к зубам;
- ж) прикусывание нижней губы верхними зубами;
- з) втягивание нижней губы под верхнюю
- и) вращательные движения губ, вытянутых хоботком

3. Упражнения направлены на развитие подвижности языка, в сложных случаях начинают с произвольного рефлекторного уровня.

Для того чтобы вызвать движение языка вперед к губам, ко рту ребенка подносят конфету, или намазывают нижнюю губу вареньем или же к ней прикрепляют кусочек липкой бумаги. Чтобы вызвать сокращения языка, нужно положить кусочек сладкого на кончик языка или дотронуться до него шпателем.

Для выработки движений языка в сторону кладут кусочек сахара между щекой и зубами или намазывают сладким уголок рта. Для поднятия кончика языка полезно дотрагиваться карамелькой до верхней губы.

Эти упражнения постепенно подготавливают активные движения языка:

- а) движения вперед-назад. Если язык напряжен, выдвигается комом, рекомендуется слегка похлопать его шпателем, предложить ребенку подуть на него. К последнему прибегают только после того, как будет выработана правильно направленная струя воздуха;
- б) легкое покусывание высуного языка, при этом нужно следить за тем, чтобы язык выдвигался по средней линии;
- в) движение вправо-влево, кончик языка должен дотянуться до уголков рта. При одностороннем парезе больше упражняют паретичную сторону языка. Это движение вырабатывается трудно, поэтому целесообразно прибегать к механической помощи;
- г) поднятие языка за верхние зубы. Это движение вырабатывают постепенно. При смыкании губ комбинируется с выдвижением языка вперед. Таким образом можно получить прищелкивание языком, если оно отсутствует. Затем язык продвигается между губами (межгубное положение), ребенок прищелкивает им. Губы при помощи руки логопеда отодвигаются (межзубное положение языка), производится прищелкивание спинки языка о края верхних зубов. Когда подобное движение будет достигнуто, логопед, ставя шпатель горизонтально на ребро под язык, отодвигает приподнятый кверху кончик языка в глубь рта. Так вырабатывается прищелкивание языка у альвеол верхних зубов. Усвоение этого навыка требует времени и упорства. Для усиления тактильного (осознательного) восприятия при проведении артикуляционной гимнастики используют упражнения с сопротивлением.

4. Одновременно с этими упражнениями осуществляют развитие речевого дыхания и голоса. Цель дыхательных упражнений — увеличить жизненную емкость легких, улучшить подвижность грудной клетки, научить ребенка рационально использовать выдох во время речи.

Логопед должен показать на себе правильный короткий и глубокий вдох и длительный постепенный выдох. Для контроля диафрагмального вдоха нужно положить руку на живот в области диафрагмы. Для выработки удлиненного выдоха используют упражнения типа задувание свечи, надувание резиновых игрушки и т. п., обычно применяемые в работе с детьми-ринолаликами.

Когда будет сформирован правильный ровный выдох, приступают к голосовым упражнениям. Сначала их проводят на гласных звуках, затем по мере появления в речи согласных звуков вводят и слоговые упражнения. Отрабатывают длительное и короткое звучание, повышение и понижение голоса. Большая роль в развитии голоса и речевого дыхания принадлежит музыкальным занятиям.

Первая группа звуков, которые необходимо поставить и закрепить в речи, включает в себя фонемы, наиболее легкие в артикуляционном отношении и далекие друг от друга акустически. Это звуки *а, н, у, м, к, ы, н, х, в, о, т, с, л*. Данные звуки как наиболее простые часто можно отрабатывать до нормы. Попутно на этих фонемах ведется работа по развитию фонематического восприятия и навыков звукового анализа (выделение звука из ряда других, из слогов, в простых словах и т. д.).

В выраженных случаях артикуляционных расстройств постановка этих звуков требует специальной помощи. Используя зрение, тактильно-вибрационную чувствительность, логопед объясняет и помогает ребенку произвести движения, необходимые для произнесения того или иного звука, и кинестетически ощутить их. Например, при анатриии логопед для создания артикуляции звука *у* сближает рукой губы ребенка.

Существенную помощь оказывает четкое произношение данного звука логопедом в момент артикулирования ребенком, так как при этом недостаточные кинестетические впечатления от собственного неполноценного произношения восполняются у малыша за счет восприятия чужой речи.

Работая над постановкой звуков, логопед должен добиться хотя бы приближенного их произношения. На первых порах даже владение ребенком аналогом звука чрезвычайно важно для его различения, поскольку таким образом формируется соотношение между

артикуляционными слуховыми образами звука. Качество аналога и степень его близости к нормальному звуку определяются степенью поражения артикуляционного аппарата.

В зависимости от индивидуальных особенностей ребенка аналог включает в себя разное количество элементов артикуляции. Отрабатывая каждый новый звук, необходимо изучить его артикуляционные особенности, выделить основной характерный признак артикуляции, отличающий его от других звуков, сравнить с другими артикуляциями. Путем систематических упражнений происходит приближение к нужному артикуляционному укладу и переход аналога к полноценному звуку. Логопед постепенно увеличивает требования к четкости и правильности артикуляции изучаемого звука.

Помимо работы над артикуляционной моторикой и постановкой звуков, ведется систематическая работа по развитию фонематического восприятия. Дети учат узнавать гласные звуки в ряду гласных, анализировать звуковой ряд из двух-трех согласных фонем. По мере изучения звуков дети учатся повторять различные сочетания из двух-трех слогов, называть звуки, составляющие слог, слово, определять их последовательность.

Через короткий промежуток времени дети, произносящие изучаемый звук с разной степенью приближения к нормальному, одинаково свободно узнают его на слух в слоговых сочетаниях и словах.

На занятиях по звукопроизношению проводится фронтальная работа, направленная на развитие органов артикуляционного аппарата. Упражнения, которые при этом используются, должны быть доступны всей группе. Кроме того, обязательны дыхательные упражнения. Часть каждого занятия по звукопроизношению составляет произнесение детьми уже освоенных гласных и согласных звуков, изолированных в звукосочетаниях. Для проверки усвоения пройденного логопед предлагает детям описать (или показать) положение органов артикуляции, характерное для того или иного звука, а затем произнести его изолированно в словах. Упражнения на звуки проводятся под контролем зрительного и тактильного восприятия. В качестве речевой зарядки дети произносят хором и индивидуально доступные им слова, состоящие из нужных звуков, и предложения с этими словами.

За первоначальный период дети значительно выравниваются в фонематическом развитии, слуховое восприятие улучшается и значительно опережает сдвиг в артикуляции.

На данном этапе проводятся также упражнения по дифференциации звуков, наиболее резко противопоставленных друг другу по артикуляционным признакам.

- 1) дифференциация готовых и носовых звуков (*п-м*);
- 2) внутри группы носовых звуков дифференциация звуков *м* и *н*,
- 3) в группе взрывных звуков дифференциация звуков *к* и *х*,
- 4) дифференциация гласных *а, у, о, ы*,
- 5) дифференциация взрывных и фрикативных звуков (*т-с*).

В процессе этих упражнений создается база для усвоения остальных звуков.

Следующую группу звуков, которые предстоит изучать, составляют фонемы, сложные по артикуляции. Это звонкие шипящие согласные аффрикаты и звук *р*. Существенную ведущую роль в этот период играют уже довольно развитое фонематическое восприятие и некоторые навыки звукового анализа. Дети способны легко выделять звуки, которые еще не научились произносить, например звук *р*. Значительно повышается речевая активность детей, навыки звукового анализа. Вторичные отклонения в слуховом восприятии преодолеваются успешнее, чем недостатки произношения.

Во втором периоде (т.е. при изучении остальных звуков) упражнения по различению звуков имеют меньшую артикуляционную опору. Произношение таких звуков, как *р, ш, ж*, аффриката *у* большинству детей очень неточное, но различение их представляет значительно меньшие трудности. Тем не менее на упражнения по различению и дифференциации звуков отводится специальное время. Таким образом, у детей формируются звуковые представления на основе дифференцированного произношения звуков, отражающего определенный период их усвоения. В это время проводится работа по дифференциации звуков *с-з, ш-ж, ц-ч, ч-щ, ч-т'* и по дифференциации внутри группы йотированных.

После того как логопед убедится, что все дети безошибочно различают звук, могут определять его место в слове, слове и т. п., он предъявляет им соответствующую букву (в подготовительной школе группе).

С этого момента коррекция произношения имеет своей целью уточнение аналога звука до нормального. Эта задача решается с помощью упражнений в четком произношении звуков, которые проводятся на групповых и индивидуальных занятиях. Особенности артикуляции, качество аналога, его близость к нормально произносимому звуку регистрируются в индивидуальных хланах, исходя из которых логопед планирует содержание индивидуальных занятий. Необходимо неоднократно возвращаться к одним и тем же звукам с целью их наибольшего уточнения.

В результате сочетания интенсивной работы над развитием произносительной стороны речи с работой по воспитанию фонематического восприятия звуков на базе приближенного произношения у детей с дизартрией создается фонематическая готовность к полноценному усвоению письма. Это предупредительно направлено на преодоление логопедического воздействия крайне важно в общей системе адаптации детей, страдающих столь тяжелым речевым дефектом. Ранняя и правильно организованная логопедическая помощь в сочетании с соответствующими

воспитательными мероприятиями (преодоление речевого негативизма, активизация компенсаторных возможностей ребенка, его познавательных интересов и т.д.) дает возможность значительной части детей с дизартрией усваивать программу общеобразовательной школы.

Родители детей с дизартрией должны учитывать, что интенсивность речевого развития ребенка зависит от характера его отношений со взрослыми от особенностей его общения с ними. Влияние семейного окружения, активное вмешательство в развитие ребенка создают необходимые предпосылки для формирования правильной речи. Участие родителей в ежедневных занятиях значительно сокращает сроки логопедической работы.

Поскольку развитие артикуляционной моторики находится в тесной связи с развитием тонких движений пальцев рук, определенное место в общей системе коррекционных мероприятий отводится совершенствованию ручной умелости.

У детей с дизартрией часто наблюдается значительное нарушение движений пальцев кистей рук. Ребенок не может самостоятельно одеться, причесаться, действовать с мелкими предметами. Поэтому необходимо систематически проводить упражнения, способствующие формированию разнообразных движений пальцев кистей рук.

Упражнения должны быть связаны с игровой деятельностью ребенка и с его повседневной жизнью. Сначала развивают координированные движения с крупными предметами, затем с мелкими.

В первую очередь нужно обучить ребенка правильно захватывать предметы, удерживать и отпускать их. Для таких упражнений специально подбирают игрушки, предметы обихода, различные по размеру, форме, весу. Полезно научить ребенка перекладывать предметы с одного определенного места на другое. Эффективно, например, такое упражнение: ребенок по заданию взрослого раскладывает предметы на плотном листе бумаги, ориентируясь на их контуры (воспитатель заранее наносит на бумагу контуры предметов). Можно попросить ребенка разложить игрушки или предметы по размеру (или цвету); определить их вес и выбрать одинаковые по тяжести.

Для развития более тонких движений пальцев очень полезно раскладывание мелких предметов: пуговиц, палочек, зерен и др. по небольшим коробочкам или мешочкам. С удовольствием дети нанизывают бусы, колечки, пуговицы на нитку; передвигают косточки на счетах, вырезают из бумаги картинки по контуру и раскрашивают их. Хорошо укрепляет мышцы руки сжимание резиновой губки или теннисного мячика. Упражнения такого рода надо всячески разнообразить.

Целесообразно использовать лепку из пластилина, работу с мозаикой. Эти виды деятельности следует постепенно усложнять. Игры со строительным материалом начинаются с самых простых конструкций и постепенно усложняются за счет увеличения количества деталей и видов построек.

Воспитатели и родители должны с вниманием относиться к самым незначительным успехам ребенка, положительно оценивать его усидчивость, старание.

Своевременная начатая систематическая работа по развитию движений пальцев подготавливает успешное овладение техникой письма.

Проводятся следующие упражнения:

1. На плотном картоне рисуют контур кисти ребенка с равномерно разведенными пальцами. Ребенок фиксирует свою руку соответственно контуру.
2. Ребенок кладет кисть руки на стол и по просьбе родителей поочередно приподнимает нужные пальцы. Если ребенку сразу не удастся выполнить упражнение, взрослый придерживает рукой те пальцы, которые должны остаться неподвижными.
3. Ребенок плотно складывает обе ладони вместе и постукивает пальцами друг о друга (мизинец о мизинец, безымянный о безымянный и т.д.). Для увеличения мышечной нагрузки на каждую пару можно надевать тонкую резинку небольшого диаметра.
4. По заданию взрослого ребенок показывает поочередно пальцы по одному, по два, по три; выдвигает вперед вторую и пятый пальцы (остальные сжаты в кулак).
5. Отбивание такта каждым пальцем, имитация игры на пианино.
6. «Отстреливание» ватного шарика (шашки и др.) одним, двумя, четырьмя пальцами.

Дети с дизартрией могут испытывать на первых порах трудности в еде и самообслуживании. Им нужно терпеливо помогать, но соблюдать разумную меру помощи, иначе может пострадать развитие самостоятельности ребенка. Полезно с помощью бинта изменить ручку ложки, кружки, сделать ее более толстой. Посуду можно закрепить на подносе.

При обучении питью сначала используют резиновую трубку для втягивания жидкости. Ребенок захватывает трубку ртом, затем нужно слегка потянуть ее к себе, чтобы она удерживалась с помощью губ.

Для укрепления и развития челюстных мышц очень полезно во время еды надевать на голову ребенка (под челюсть) эластичный резиновый жгут. С помощью этого жгута во время жевания происходит усиленная гимнастика мышц, что также благотворно сказывается на выработке правильного звукопроизношения.

Необходимо помочь ребенку овладеть навыками самообслуживания в особенности научиться застегивать пуговицы, кнопки, пряжки, зашнуровывать ботинки и пр.

Полезны следующие упражнения:

1) захват сначала тремя, а потом двумя пальцами пуговиц разной величины, формы. Пуговицы можно прикрепить с помощью резинки к щитку или рамке, расположив их в несколько рядов. По указанию взрослого ребенок захватывает нужную пуговицу и тянет на себя, затем отпускает. Так можно упражняться многократно, начиная с более крупных пуговиц;

2) застегивание-расстегивание пуговиц на специально образцовой ткани с пуговицами и петлями разной величины, который укреплен на рамке. Затем эти действия отрабатываются на одежде куклы, а потом на одежде самого ребенка.

Домашние занятия с ребенком, страдающим дизартрией, должны предусматривать постепенное развитие точности и плавности движений, нужных для письма. Этому способствуют следующие упражнения:

- 1) раскрашивание картинок;
- 2) точное обведение контуров предметов;
- 3) рисование простых предметов по проставленным точкам;
- 4) соединение данных точек линиями разного направления;
- 5) штриховка.

Очень важно суметь убедить ребенка в значимости подобных упражнений, стимулировать его успехи, отмечать ускорение темпа выполнения упражнения, повышение точности движений.

Можно прикреплять бумагу кнопками к столу, использовать на первых порах мягкие карандаши увеличенного диаметра.

## Глава IV Ринолалия

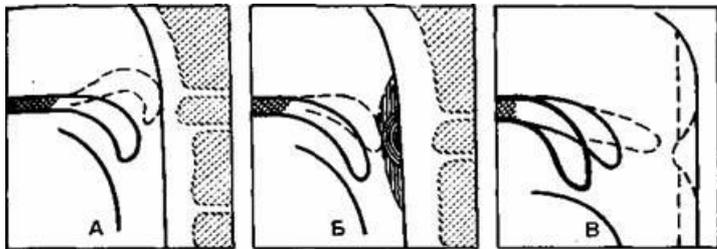


Рис. 34. Движения мягкого нёба: А — мягкое нёбо поднято и плотно прижато к задней стенке глотки. Тембр голоса при произношении всех звуков речи, кроме носовых, нормальный. Б — мягкое нёбо поднято и прижато к утолщенной задней стенке глотки. Тембр голоса нормальный. В — мягкое нёбо поднято недостаточно. Контакт между мягким нёбом и стенками глотки отсутствует. Выдыхаемый воздух свободно проникает в носовую полость. Тембр голоса назальный.

### Формы ринолалии

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

#### Закрывающаяся ринолалия

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Открытая ринолалия

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

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

Открытая ринолалия может быть органической и функциональной.

Органическая открытая ринолалия бывает врожденной или приобретенной.

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

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

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

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

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

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

Ринолалия, обусловленная врожденным несращением губы и нёба, представляет серьезную проблему для логопедии и целого ряда наук медицинского цикла (хирургической стоматологии, ортодонтии, отоларингологии, медицинской генетики и др.). Расщелины губы и нёба являются наиболее распространенными тяжелыми врожденными пороками развития.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Рис. 35. Левосторонняя расщелина верхней губы и альвеолярного отростка



Рис. 36. Левосторонняя расщелина твердого неба

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

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

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

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

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

Встречаются следующие виды расщелин:

1) расщелина верхней губы, верхней губы и альвеолярного отростка (рис. 35);

- 2) расщелины твердого и мягкого нёба (рис. 36);
- 3) расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба — одной двусторонние;
- 4) подслизистые (субмукозные) расщелины нёба.

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

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

Возникает специфическое нарушение тембра голоса и звукопроизношения.

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

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

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

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

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

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

С возрастом ребенка показатели речевого развития ухудшаются (по сравнению с показателями нормально говорящих детей), структура дефекта осложняется за счет нарушения различных форм письменной речи (рис. 37).

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

1. На столе стоит чашка  
2. Дятел долбит в стволе дупло.

Рис. 37. Пример нарушенного письма у ребенка с ринолалией (На столе стоит чашка, Дятел долбит в стволе дупло)

Постановка коррекционных задач определяется результатами обследования речи детей.

### Обследование состояния звукопроизношения у детей

Обследование звукопроизношения должно предусматривать два аспекта. Один аспект — артикуляционный — предполагает выяснение особенностей образования звуков речи и функционирования органов артикуляции в процессе произнесения.

Второй аспект — фонологический — имеет целью выяснить, как ребенок различает систему речевых звуков (фонем) в различных фонетических условиях. Эти два аспекта тесно связаны между собой.

Обследование звуков начинается с тщательной проверки изолированного произношения звуков. Затем проверяют произношение звуков в слогах, словах и фразовой речи.

При обследовании каждой группы звуков необходимо отметить, как ребенок произносит звук изолированно, указывая характер нарушения.

Отмечается также степень назальности при произнесении гласных и согласных звуков и наличие компенсаторных «гримас».

При обследовании используются упражнения состоящие в многократном повторении одного звука, так как при этом создаются условия уменьшающие артикуляторное переключение с одного звука на другой. Это дает возможность обнаружить особенности двигательной сферы, особенно в случаях сочетания ринолалии со «стертой» формой дизартрии

Полезным для логопедического анализа является и повторение ребенком вразбивку двух звуков или слогов, предполагающее четкое артикуляционное переключение (например *кап-пак*). Сначала даются звуки, артикуляция которых резко отличающиеся друг от друга, затем более близкие. При этом логопед фиксирует случаи, когда ребенку не удается моторное переключение с одного звука на другой, и он, вместо того чтобы повторить конечный звук первого слога, произносит предыдущий. Отмечается также появление «усредненной» артикуляции (например вместо *т* и *д* произносятся полувзвонкий звук, вместо *т* и *т'* — полумягкий).

Затем логопед выясняет, как ребенок пользуется звуками в речи. При проверке обращается внимание на замены, искажения, смешения, пропуски звуков. С этой целью обследуется произношение слов. Ребенку предъявляются наборы картинок, включающие слова из проверяемых звуков. Нужный звук должен находиться в словах в разных позициях. Например на свистящие и шипящие звуки могут быть такие слова (картинки): *собака, колеса, нос, сосна, пастух, касса*. Особое внимание логопед уделяет тому, как ребенок произносит звуки во фразовой речи.

Ряд заданий должен быть направлен на выявление у ребенка способностей переключения артикуляционных движений. Так, ему предлагаются несколько раз повторить звуковой или слоговой ряд, а затем изменяют последовательность звуков или слогов. Логопед отмечает, легко ли происходит переключение. Например

*а-и-у у-и-а*

*ка-па-та па-та-ка*

*пла-плу-пло пло-плу-пла*

Обследуется также умение произносить слова простые и сложные по слоговой структуре. Логопед предъявляет детям предметные картинки для называния, затем произносит слова для отраженного воспроизведения. Результаты выполнения обоих заданий сравниваются. Логопед фиксирует, что ребенку удается лучше. Особо он отмечает слова, которые произносятся без искажения слогового и звукового состава.

Важно выяснить, из каких звуков состоят слова, слоговая структура которых искажается — из усвоенных или неусвоенных. Отмечается характер искажения

- 1) сокращение числа слогов («маток» вместо *молоток*);
- 2) упрощение слогов («туль» вместо *стул*);
- 3) уподобление слогов («татуетка» вместо *табуретка*);
- 4) добавление числа слогов («команамата» вместо *комната*);
- 5) перестановка слогов и звуков («деверо» вместо *дерево*). Проверяется умение произносить звуки в предложениях составленных из звуков, которые в изолированном виде ребенок произносит правильно и искаженно

Для выявления негрубых нарушений слоговой структуры слова детям предлагаются для повторения предложения типа *Петя ест горькое лекарство. На перекрестке стоит милиционер*

Выявленные дефекты звуков логопед группирует в соответствии с фонетической классификацией

В логопедии принято различать четыре категории дефектов звукопроизношения: отсутствие звука, искажение звука, замена звука и смешение звука. Отсутствие звуков, в особенности трудно артикулируемых, наблюдается у детей очень часто. Оно может проявляться в виде постоянного выпадения звука в словах различной сложности и в неумении ребенка произносить его изолированно. Этот вид нарушения является стабильным дефектом. Иногда в речи детей с хорошим фонематическим восприятием вместо полного выпадения звука появляются в некоторых позициях призвуки

Типичным является «фарингеальное» звучание задненёбных звуков из-за чрезмерно глубокой артикуляции

Появление призвуков особенно в звукосочетаниях типа ССГ, характерно также для детей с чрезмерной, утрированной артикуляцией, когда в качестве самостоятельных звуков выступают кратковременные переходные фазы артикуляции, в обычной речи не воспринимаемые слушателем. У тех же детей наряду со вставками звуков обнаруживаются частые пропуски звуков или их редукция, упрощающая артикуляцию трудных стечений согласных

Нередки случаи, когда отсутствующие звуки со временем заменяются искаженными. Искажение звука также характеризуется его стабильностью в различных формах речи. Этот дефект не затрагивает фонологическую систему языка.

Такие категории дефектов, как смешение и замена звуков, составляют особую группу, поскольку в этих отклонениях от нормативного произношения проявляется нестабильность всей звуковой системы языка. Звуки могут правильно произноситься в одной позиции в слове и смешиваться в других. Один звук может иметь несколько разных заменителей. Замены звуков могут носить постоянный и временный характер — в разных формах речи по-разному. В этих двух категориях дефектов, имеющих фонологический характер, проявляется нарушение системы звуковых противопоставлений. В зависимости от количества смешиваемых звуков оно затрагивает или всю звуковую систему языка, или часть системы.

Такое состояние звукопроизношения должно насторожить логопеда, так как оно является диагностичным для выявления фонематического недоразвития

Нарушения звукопроизношения сопоставляются с особенностями ритмико-слоговой структуры

Замена и смешение звуков, недостаточно различение звуков и нарушения ритмико-слоговой структуры — признаки, типичные для общего недоразвития речи. Окончательный вывод можно сделать после обследования лексико-грамматической стороны речи.

Тщательное детальное обследование строения артикуляционного аппарата и его моторики имеет важное значение для планирования коррекционных упражнений. При обследовании нужно оценить степень и качество нарушений двигательных функций органов артикуляции и выявить уровень доступных движений.

В первую очередь следует охарактеризовать особенности строения артикуляционного аппарата и дефекты анатомического характера. Логопед отмечает, имеются ли следующие особенности:

*губы*: расщепление верхней губы, послеоперационные рубцы, укороченная верхняя губа;

*зубы*: неправильный прикус и посадка зубов;

*язык*: большой, узкий; укороченность подъязычной связки;

*твердое нёбо*: узкое, куполообразное («готическое»), расщепление твердого нёба — субмукозная расщелина. Подслизистоерасщепление нёба (субмукозная расщелина) обычно трудно диагностируется, так как оно закрыто слизистой оболочкой. Нужно обратить внимание на заднюю часть твердого нёба, которая при фонации вытягивается в форме небольшого треугольника, обращенного углом вперед. Слизистый покров в этом месте истончен и имеет более бледную окраску. В неясных случаях отоларинголог должен выяснить состояние нёба путем тщательной пальпации.

*мягкое нёбо*: короткое мягкое нёбо, расщепление его, раздвоенный маленький язычок или отсутствие язычка.

С нёбными расщелинами обычно сочетаются деформация челюстей, неправильное развитие и расположение зубов, несросшаяся верхняя губа, деформированные носдри и др. Движения мышц лица, языка и губ вялые, рудименты мягкого нёба и язычка малоподвижны, пассивно висают. Слаборазвиты мышцы задней стенки глотки. Чрезмерно развит корень языка, а кончик остается слабым и не движется в полном объеме.

При обследовании строения артикуляционного аппарата логопед также отмечает наличие деформации: отвисание одного угла рта, уклонение в одну сторону языка, свисание одной половины мягкого нёба и др.

Недостаточно выявить способность органа артикуляционного аппарата производить движение, следует отметить силу движения, его точность, быстроту, фиксированность. Паретичность языка и губ проявляется в малом объеме движений, в их неточности, истощаемости, неплавности. Движения языка должны быть такой силы, чтобы удерживать его в нужном положении столько времени, сколько требуется для произнесения той или иной фонемы. Быстрота и точность артикуляционных движений влияют на внятность произношения.

Важно отметить повышенность тонуса языка, которая выражается в его напряженности, резком выдвигании кончика языка, подергивании при произвольных движениях, что указывает на тонические расстройства.

Паралич язычка мягкого нёба всегда отражается на функциональном состоянии языка и вторично нарушает артикуляцию язычных звуков, делая весь процесс артикуляции напряженным и замедленным.

Язычок, свисающий неподвижно по средней линии, указывает на двусторонний парез. В случаях одностороннего пареза он отклоняется в «здоровую» сторону.

Важно также выявить состояние мягкого нёба: поднимается ли нёбная занавеска при энергичном произнесении звука *а*; наличие или отсутствие утечки воздуха через нос при произнесении гласных звуков, равномерность утечки; наличие или отсутствие глоточного рефлекса (появление рвотных движений при легком прикосновении шпательком к мягкому нёбу).

Нужно учитывать, что артикуляционные трудности в спонтанной речи могут усиливать такие факторы, как возбуждение, утомление, усложнение содержания речи в интеллектуально или лингвистическом отношении.

У детей с нормальным физическим слухом нередко наблюдаются специфические трудности в различении тонких дифференциальных признаков фонем, оказывающие влияние на весь процесс дальнейшего развития звуковой стороны речи.

Фонематическое восприятие у детей с выраженными дефектами артикуляционного аппарата развивается в неполноценных условиях и может иметь отклонения. В целях выявления его состояния обычно используют приемы, направленные на: узнавание, различение и сравнение простых фраз, выделение и запоминание определенных слов в ряду других (сходных по звуковому составу, различных по звуковому составу); различение отдельных звуков в ряду звуков, затем в слогах и словах (различных по звуковому составу, сходных по звуковому составу); запоминание слоговых рядов, состоящих из двух — четырех элементов (с изменением гласного звука — *ма-ме-му*, с изменением согласного звука — *ка-ва-та*); запоминание звуковых рядов.

С целью выявления у ребенка способности восприятия ритмических структур различной сложности используются такие задания: отсчитать количество слогов в словах разной слоговой сложности, угадать, какой именно из предъявленных картинок соответствует заданный логопедом ритмический рисунок.

Обследование различения звуков речи можно начать с заданий на повторение изолированных звуков или пар звуков. Отклонения в фонематическом восприятии инаиболее отчетливо проявляются при повторении ребенком близких по звучанию фонем (*б-п, с-ш, р-л* и др.). В этом случае ребенку предлагают повторять слоговые сочетания, состоящие из таких звуков. Например *са-ша, ша-са, са-ша-са, ша-са-ша, га-за, за-са, са-за-са* и т. п.

Особое внимание должно быть обращено на различение свистящих шипящих, аффрикат, сонорных, а также глухих и звонких звуков. При выполнении заданий такого типа часть детей испытывает явные затруднения при повторении звуков, отличающихся акустическими признаками (звонкость-глухость), в то время как другая категория детей затрудняется при повторении звуков, отличающихся артикуляционным укладом.

Могут быть выявлены случаи, когда задание воспроизвести серию из трех слогов оказывается недоступным ребенку или вызывает определенные трудности.

Особо должны быть отмечены явления персеверации, когда ребенок не может переключиться с произнесения одного звука на произнесение другого.

При обследовании фонематического восприятия целесообразно использовать задания, исключая артикулирование, чтобы трудности проговаривания не влияли на качество дифференциации. Так, логопед произносит нужный звук в ряду других звуков, как резко отличающихся, так и близких по акустическим артикуляционным признакам. Услышав заданный звук, ребенок поднимает руку. Например, можно предложить ребенку выделить звук *у* из звукового ряда *о, а, у, о, у, ы, о* или слог *ша* из слогового ряда *са, ша, ца, ча, ша, ца*.

Хорошо выявляет недостатки фонематического восприятия задание на подбор предметных картинок, названия которых начинаются заданным звуком («Подбери картинки на звук *р* и звук *л*; на звук *с* и звук *ш*, на звук *с* и звук *з*» и др.) Комплекты картинок логопед подбирает заранее, а затем перемешивает произвольно.

Менее явные затруднения в различении звуков речи могут быть обнаружены при обследовании навыков звукового анализа.

В итоге обследования звуковой стороны речи и сопоставления данными обследования других сторон речи у логопеда должно сложиться четкое представление о том, являются ли выявленные нарушения самостоятельным дефектом или входят в структуру общего недоразвития речи в качестве одного из его компонентов. От этого зависит постановка конкретных коррекционных задач.

Существенное значение для эффективности коррекции речевого дефекта имеет умело построенная беседа с родителями, которым в доступной форме необходимо объяснить механизм правильного речевого дыхания и необходимость повседневного контроля за звукопроизношением и голосом.

Для ребенка, который родился с расщеплением нёбного свода и мягкого нёба, период лепета и начальный период речи протекает в особых условиях. Малыш хорошо слышит, радуется обращенной к нему речи и постепенно начинает понимать ее. Но из-за отсутствия затвора между ротовой и носовой полостями он не имеет возможности произносить звуки. Вся голосовая продукция имеет носовой резонанс, а артикуляция большинства согласных абсолютно не реализуется. Малыш не может усваивать речь путем подражания, как это происходит в норме. В таких анатомических условиях ребенок остается до операции.

Повседневная обязанность родителей — поощрять любые попытки ребенка произнести какой-то звук, слово, стараться понять даже едва слышимую речь. Важно обратить их внимание на значимость медицинской помощи.

Родители должны отдавать себе полный отчет в том, что оперативное лечение не обеспечивает нормальной речи, а только создает полноценные анатомо-физиологические условия для воспитания правильного произношения. Необходимо также настраивать родителей на каждодневное закрепление всех достигнутых результатов.

Нередко бывает так, что соматическая ослабленность ребенка с ринолалией, наличие речевого дефекта вызывает у родителей постоянную тревогу, беспокойство по любому поводу, потребность в чрезмерной опеке, недоверие к его возможностям. Подобное отношение лишь усугубляет дефект, усиливает невротические реакции ребенка и подрывает его уверенность в своих силах.

Воспитатель должен помочь таким детям справиться с нерешительностью, неуверенностью, страхом и беспокойством за качество своей речи. Не менее важно обеспечить им контакт и полноценные взаимоотношения со сверстниками.

## Задачи и содержание коррекционной работы

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

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

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

При коррекции звуковой стороны речи усвоение правильных навыков звукопроизношения проходит несколько этапов. Первый этап — этап «предречевых» упражнений — включает следующие виды работы . 1) дыхательные упражнения

2) артикуляционная гимнастика

3) артикуляция изолированных звуков или квазиартикуляция (так как изолированное произнесение звуков нетипично для речевой деятельности);

4) слоговые упражнения

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

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

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

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

Все этапы усвоения звуковой системы обеспечиваются двумя категориями факторов

1) бессознательными (через вслушивание и воспроизведение);

2) сознательными (через усвоение артикуляционныхкладов и фонологических признаков звуков).

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

У детей дошкольного возраста значительная роль принадлежит подражанию но элементы сознательного усвоения должны присутствовать обязательно Это связано с тем, что перестройка прочного патологического навыка назального произнесения невозможна без активизации всех личностных качеств ребенка, направленности на коррекцию дефекта и без сознательного усвоения новых акустических и двигательных стереотипов речевых звуков.

Коррекционные задачи имеют определенно различие в зависимости от того, произведена ли пластическая операция по закрытию расщелины или нет, хотя основные виды упражнений используются как в дооперационный так и в послеоперационный период

Для детей с ринолалией находящихся в специальном саду для детей с нарушениями речи, разделена на группы дооперационного и послеоперационного периода нецелесообразно так как их обучение организуется в соответствии с основными требованиями программы и осуществляется вне зависимости от срока операции Различен лишь характер специфических коррекционных задач для индивидуальных занятий

До операции решаются следующие задачи

1) освобождение лицевых мышц от компенсаторных движений

2) подготовка правильного произношения гласных звуков;

3) подготовка правильной артикуляции доступных ребенку согласных звуков.

После операции коррекционные задачи намного усложняются

1) развитие подвижности мягкого нёба;

2) устранение неправильного уклада органов артикуляции при произнесении звуков;

3) подготовка произношения всех звуков речи без назального оттенка (за исключением носовых звуков).

Специфическими для послеоперационного периода являются следующие виды работы

а) массаж мягкого нёба;

б) гимнастика мягкого нёба и задней стенки глотки;

в) артикуляционная гимнастика

г) голосовые упражнения

Основная цель данных упражнений состоит в том, чтобы

— увеличить силу и длительность выдыхаемой через рот воздушной струи

— улучшить деятельность артикуляционной мускулатуры

— выработать контроль за функционированием небно-глоточного затвора

Основная цель массажа мягкого нёба — разминание рубцовой ткани. Проводить массаж нужно до еды, с соблюдением гигиенических требований. Осуществляется следующим образом. Производятся поглаживающие движения по линии шва вперед-назад до границы твердого и мягкого нёба, а также вправо-влево вдоль границы твердого и мягкого нёба. Можно чередовать поглаживающие движения с прерывистым надавливающим. Полезно также легкое надавливание на мягкое нёбо при произнесении звука *а*. Рот при этом должен быть широко открыт.

Гимнастика мягкого нёба включает целый ряд упражнений

1. Глотание воды или имитация глотательных движений. Детям предлагают попить из маленького стаканчика или пузырька. Можно капать воду из пипетки — по несколько капель. Глотание воды маленькими порциями вызывает наиболее высокий подъем мягкого нёба. Большое количество следующих друг за другом глотательных движений удлиняет время, в течение которого мягкое нёбо находится в положении подъема.
  2. Позывание при открытом рте.
  3. Полоскание горла теплой водой маленькими порциями.
  4. Покашливание. Это очень полезное упражнение, так как покашливание вызывает энергичное сокращение мышц задней стенки глотки. При покашливании происходит полный затвор между носовой и ротовой полостями. Прикоснувшись рукой к гортани под подбородком, ребенок может ощутить подъем нёба.
- Ребенка тренируют в произвольном покашливании на одном выдохе от 2 — 3-кратных повторений до большого количества. В процессе выполнения упражнения должна сохраняться смычка нёба с задней стенкой глотки, а воздух должен направляться через ротовую полость. Целесообразно, чтобы первое время ребенок покашливал с высунутым языком. Затем вводится покашливание с произвольными паузами, во время которых от ребенка требуется сохранение смычки нёба с задней стенкой глотки. Выполняя данное упражнение, дети овладевают умением активно поднимать мягкое нёбо и направлять воздушную струю через рот.
5. Четкое, энергичное, утрированное произнесение гласных звуков высоким тоном голоса. При этом увеличивается резонанс в ротовой полости и уменьшается носовой оттенок. Сначала тренируется отрывистое произнесение гласных звуков *а, э*, затем — *о, у* с утрированной артикуляцией.

Далее постепенно переходят к четкому произнесению звуков *а, э, у, о* в разных чередованиях. При этом изменяется артикуляционный уклад, но сохраняется утрированный ротовой выдох. Когда этот навык упрочится, переходят к плавному произнесению звуков. Например *а, э, о, у* \_\_\_\_\_, *а, у, о, э* \_\_\_\_\_.

Паузы между звуками увеличиваются до 1 — 3 с, но подъем мягкого нёба, при котором проход в носовую полость оказывается закрытым, необходимо сохранять.

Описанные выше упражнения дают положительные результаты в дооперационном периоде и после операции. Их следует проводить постоянно в течение длительного времени. Систематические упражнения в дооперационном периоде подготавливают ребенка к операции и сокращают сроки последующей коррекционной работы.

Для воспитания правильной звуковой речи необходима работа над правильным дыханием. Известно, что у ринолаликов очень короткий неэкономный выдох, при котором воздух выходит через рот и носовые ходы. Для выработки правильной ротовой воздушной струи проводят специальные упражнения, в которых вдох и выдох носом чередуются с вдохом и выдохом ртом, например вдох носом — выдох ртом; вдох — выдох носом; вдох — выдох ртом.

При систематическом применении этих упражнений ребенок начинает ощущать разницу в направлении воздушной струи и учится правильно направлять ее. Это способствует также воспитанию правильных кинестетических ощущений движений мягкого нёба.

Очень важно постоянно контролировать ребенка при выполнении этих упражнений, так как на первых порах ему бывает трудно ощущать утечку воздуха через носовые ходы. Приемы контроля различны: к носовым ходам приставляют зеркало, ватку, полоски тонкой бумаги.

Выработке правильной воздушной струи способствуют также упражнения, связанные с дутьем. Их нужно проводить в форме игры, внося элементы соревнования. Часть игрушек дети изготавливают сами с помощью родителей. Это бабочки, вертушки, цветки, метелочки, выполненные из бумаги или ткани. Можно использовать полоски бумаги, прикрепленные к деревянным палочкам, ватные шарики на ниточках, легкие бумажные фигурки акробатиков и т. п. Такие игрушки должны иметь целевое назначение и использоваться только на занятиях по воспитанию правильной речи.

Многие родители совершают ошибку, когда под впечатлением советов логопеда покупают шары, гармошки и дают их ребенку в постоянное пользование. Дети далеко не всегда могут надуть шар без подготовительных упражнений и часто не могут играть на губной гармошке, так как не имеют ротовой выдох достаточной силы. Потерпев неудачу, ребенок разочаровывается в игрушке и уже больше не возвращается к ней. Поэтому начинать нужно с легких, доступных упражнений, дающих наглядный эффект. Например, дети могут задувать свечку сначала с расстояния 15 — 20 см, затем с более дальнего расстояния. Ребенок со слабым ротовым выдохом может сдувать ватку с ладони. Если это не удается, можно закрыть ему ноздри, чтобы он ощутил правильное направление воздушной струи. Затем носовые ходы постепенно освобождают. Часто бывает полезен и такой прием: в носовые ходы вставляют легкие комочки ваты (неспрессованные). Если воздух ошибочно направляется в нос, то они выскакивают и ребенок убеждается в неправильности своих действий.

Дуть можно также на легкие пластмассовые игрушки плавающие в воде. Хорошее упражнение — дуть через трубочку в бутылку с водой. В начале занятия диаметр трубочки должен составлять 5 — 6 мм, в конце 2 — 3 мм. От дутья вода начинает бурлить, это увлекает маленьких детей. По «буре» в воде можно легко оценить силу выдоха и его длительность. Нужно показать ребенку, что выдох должен быть ровным и длительным. Время «бурления» хорошо отмечать на песочных часах (рис. 38).

Можно предложить детям дуть на шарики или карандаши, лежащие на гладкой поверхности, так, чтобы они перекатывались. Можно организовать игру в «мыльные пузыри». Подобных упражнений очень много. Более трудным из них является игра на духовых инструментах (рис. 39). Воспитателю (логопеду) необходимо иметь в виду, что дыхательные упражнения быстро утомляют ребенка (могут вызывать головокружение), поэтому их обязательно надо чередовать с другими.



Рис. 38. Упражнение для выработки длительного ротового выдоха



Рис. 39. Упражнение для выработки сильного ротового выдоха



Рис. 40. Артикуляционная гимнастика

Одновременнос детьми проводят цикл упражнений основная цель которых — нормализация речевой моторики. Известно, что у детей с ринолалией формируются патологические особенности артикуляции, обусловленные анатомо-физиологическими условиями

Особенности артикуляции заключаются в следующем

- 1) высокий подъем языка и смещение его в глубь ротовой полости;
- 2) недостаточная губная артикуляция
- 3) чрезмерное участие корня языка и гортани в произнесении звуков.

Устранение названных особенностей артикуляции — важное звено в коррекции дефекта. Этому служат упражнения так называемой артикуляционной гимнастики, развивающие губы, щеки, язык. Перечислим наиболее эффективные из них:

- 1) надувание обеих щек одновременно
- 2) надувание щек попеременно
- 3) втягивание щек в ротовую полость между зубами
- 4) сосательные движения — сомкнутые губы вытягиваются вперед хоботком, затем возвращаются в нормальное положение. Челюсти сомкнуты
- 5) оскал. губы сильно растягиваются в стороны, вверх-вниз обнажая оба ряда зубов;
- 6) «хоботок» с последующим оскалом при сжатых челюстях
- 7) оскал с раскрыванием и закрыванием рта, смыканием губ;
- 8) вытягивание губ широкой воронкой при раскрытых челюстях
- 9) вытягивание губ узкой воронкой (имитация свиста) (рис. 40);
- 10) втягивание губ внутрь рта с плотным прижиманием к зубам при широко раскрытых челюстях
- 11) имитация полоскания зубов (воздух сильно давит на губы);
- 12) вибрация губ;
- 13) движение губ хоботком влево-вправо
- 14) вращательные движения губ хоботком
- 15) сильное надувание щек (воздух губами удерживается в ротовой полости).

*Упражнения для языка:*

- 1) высовывание языка лопатой;
- 2) высовывание языка жалом;
- 3) высовывание распластанного и заостренного языка поочередно
- 4) поворачивание сильно высунутого языка вправо-влево
- 5) поднятие и опускание задней части языка — кончик языка упирается в нижнюю десну, а корень то поднимается вверх, то опускается вниз
- 6) присасывание спинки языка к нёбу, сначала при закрытых челюстях, а затем при открытых
- 7) высунутый широкий язык смыкается с верхней губой, а затем втягивается в рот, касаясь спинкой верхних зубов и нёба и загибаясь кончиком вверх у мягкого нёба;
- 8) присасывание языка между зубами, так что верхние резцы «скоблят» спинку языка;
- 9) круговое облизывание кончиком языка губ;
- 10) поднятие и опускание широкого высунутого языка к верхней и нижней губам при раскрытом рту;
- 11) поочередное загибание языка жалом к носу и подбородку к верхней и нижней губам, к верхним и нижним зубам, к твердому нёбу и дну ротовой полости;
- 12) касание кончиком языка верхних и нижних резцов при широко раскрытом рту;

13) высунутый язык удерживать желобком или лодочкой

14) высунутый язык удерживать чашечкой

15) закусывание зубами боковых краев языка;

16) упираясь боковыми краями языка в боковые верхние резцы, при оскале поднимать и опускать кончик языка, касаясь им верхних и нижних десен

17) при том же положении языка многократно барабанить кончиком языка по верхним альвеолам (*m-m-m-m*);

18) проделать движения одно за другим язык жалом, чашечкой вверх и т. д.

Перечисленные упражнения не следует давать все подряд. Каждое небольшое занятие должно состоять из нескольких элементов дыхательных упражнений, артикуляционной гимнастики и тренировок произнесения звуков.

Большого внимания и напряжения требует работа над звуками. Обычно постановка звуков начинается со звука *а*. Язык находится в состоянии покоя, рот широко открыт. При звуке *о* язык несколько оттянут, губы выдвинуты вперед, при звуке *у* губы вытягиваются, напряжением в трубочку, а язык еще больше оттянут назад. При звуке *э* язык несколько приподнимается в средней части, рот полуоткрыт, губы растянуты. Эти звуки легко произносятся по подражанию, основная задача при их постановке — устранение назального оттенка. В начале звуки отработывают в отрывистом изолированном произнесении с постепенным увеличением чистоты повторений на один выдох, например

*а о у э аа оо уу ээ ааа ооо ууу эээ*

При каждом произнесении необходим контроль за направлением воздушной струи. Для этого ребенок держит у крыльев носа зеркало или легкую ватку.

Затем ребенка упражняют в повторении гласных с паузами, во время которых он учится удерживать мягкое нёбо в поднятом положении (правильное положение мягкого нёба ему нужно показать перед зеркалом). Паузы постепенно увеличивают до 2 — 3 с. Далее можно переходить к плавному произнесению.

Постановку согласных звуков начинают со звуков *ф* и *я*. При произнесении звука *ф* язык спокойно лежит на дне ротовой полости. Верхние зубы чуть прикусывают нижнюю губу. Сильный ротовой выдох разрывает эту смычку и образует отрывистый звук *ф*. Утечка воздуха проверяется с помощью зеркала или ватки.

Упражнения на постановку и закрепление звуков следует проводить в большом количестве и в самых разных сочетаниях.

Хорошим приемом, облегчающим введение правильно произносимых изолированных звуков в самостоятельную речь, является пение. Во время пения смыкание мягкого нёба и задней стенки глотки осуществляется рефлекторно и ребенку бывает легче сосредоточиться на артикуляции звуков.

## Контрольные вопросы

1. Какая из форм ринолалии (открытая или закрытая) является наиболее тяжелой и почему?
2. Какие осложнения в речевом развитии возникают у детей с открытой ринолалией и почему?
3. Какая из форм ринолалии может вызвать нарушения письма?
4. Докажите целесообразность раннего операционного вмешательства при ринолалии.
5. В чем различие между органической и функциональной ринолалией?
6. Чем объясняется то, что в некоторых случаях ринолалия приводит к общему недоразвитию речи? В каких именно случаях?
7. Можно ли предупредить возникновение вторичных отклонений речевого развития и каким образом?

## Литература

- Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков — М., 1984. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия — М., 1983.  
Нарушения речи у дошкольников / Сост. Р. А. Белова-Давид Б. М. Гриншпун — М., 1969.

## Глава V. Алалия

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

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

Дети-алалики представляют собой разнородную педагогическую группу и различаются по степени выраженности дефекта и продуктивности коррекционной работы

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

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

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

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

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

## Моторная алалия

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

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

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

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

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

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

Характерным признаком моторной алалии является преобладание расстройств экспрессивной речи (СНОСКА: Экспрессивная речь (от лат. *express*) — выражение высказывания, т. е. резкое снижение возможностей самостоятельных связанных высказываний). У детей отмечаются затруднения в овладении активным словарным запасом, грамматическим строем речи, звукопроизношением, слоговой структурой слова.

Эти проявления наблюдаются на фоне относительно полноценного понимания речи.

При моторной алалии могут наблюдаться разные уровни речевого развития, выделенные и описанные профессором Р. Е. Левиной от полного отсутствия общепонятной речи до развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития (СНОСКА: Подробную характеристику каждого уровня речевого развития см. в гл. VII настоящего пособия.)

Таким образом, состояние речи у детей-алаликов характеризуется большим разнообразием, зависит от тяжести неврологического нарушения, условий воспитания, речевой среды, времени и длительности логопедического воздействия, а так во многом от компенсаторных возможностей ребенка, психической активности, состояния интеллекта и эмоционально-волевой сферы.

Речь детей-алаликов для неспециалиста при кратковременном общении большей частью непонятна. Аморфные образования типа «тя бах»; «дека мо» (*чайка упала, девочка моет*) могут быть поняты только в непосредственной ситуации, при подкреплении речи соответствующими

жестами мимикой. Выразить действия, события или желания не связанное с наглядной ситуацией ребенок, находящийся на первом уровне развития, не может и таким образом оказывается вне речевого общения.

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

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

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

Ошибки в выполнении подобных заданий объясняются тем, что дети преимущественно ориентируются на лексическое значение слов, составляющих инструкцию и не учитывают грамматические и морфологические элементы (окончаний, предлогов, приставки пр.), уточняющих смысл.

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

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

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

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

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

## Сенсорная алалия

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

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

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

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

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

Недостаточность фонематического слуха может проявляться в том, что дети не различают слова, близкие по звучанию, но разные по смыслу (*дочка* — *бочка*; *мышка* — *миска*; *рак* — *лак*), не улавливают разницу в грамматических формах.

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

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

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

## Контрольные вопросы

1. Какие причины вызывают алалию?
2. Алалия — врожденное нарушение или приобретенное?
3. Какие существуют формы алалии? Чем они отличаются друг от друга?

## Контрольные задания

1. Определите направление коррекционного обучения детей с моторной алалией
2. Раскройте специфику работы с детьми, страдающими сенсорной алалией

## Литература

- Ефименкова Л. Н. Формирование речи у дошкольников — М., 1985.
- Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников — М., 1973.
- Кузьмина Н. И., Рождественская В. И. Воспитание речи у детей с моторной алалией — М., 1977.
- Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии — М., 1968.
- Мастюкова Е. М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии // Дефектология — 1981. — № 6.
- Нарушение речи у дошкольников / Сост. Р. А. Белова-Давид — М., 1972.
- Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1967.
- Расстройство речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1969.

## Глава VI. Афазия

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

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

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

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

Афазия является результатом

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

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

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

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

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

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

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

### Моторная афазия

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

Как правило, у человека, страдающего моторной афазией, сохраняются наиболее автоматизированные бытовые слова и очень простые предложения. Он использует без достаточного осмысления случайные слова, обрывки предложений («Вот»; «Это»; «Я сам» и т. п.). Такое явление носит название эмболофазии (от греч. *embol* — вставление, вторжение, *phasis* — речь). Употребление таких вставных слов чаще всего зависит не от того, что хочет или должен произнести афазик, а от того, насколько легкой будет его речь в плане воспроизведения фонем и их сочетаний.

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

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

Е. Н. Винарская и др. отмечают, что при моторной афазии у детей частично или полностью распадаются навыки письменной речи. Чтение нарушается больше, чем письмо. При громком чтении появляются паралексии (СНОСКА: Паралексия (от греч. *para* — возле, около, *lego* — читаю) — нарушение чтения, обусловленное речевым расстройством) («вона» — вместо *ворона*).

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

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

### Сенсорная афазия

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

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

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

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

- 1) отсутствия слухового контроля за речью;

2) нарушения понимания речи.

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

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

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

### **Афазия необходимо отличать от сходных состояний**

1. Афазия отличается от алалии тем, что при алалии речи не было вообще (она еще не успела сформироваться), а при афазии происходит распад уже сформировавшейся речи.
2. Афазия отличается от дислалии тем, что при дислалии нарушается только звуковая сторона речи, а при афазии, помимо этого, еще и смысловая.
3. Афазия отличается от дизартрии тем, что при моторной афазии проявлений грубого нарушения подвижности языка и губ (вне речи) не обнаруживается. При дизартрии резкая ограниченность активности артикуляционного аппарата наблюдается как во время речи, так и вне ее.
4. При тугоухости у детей нарушается физический слух, а при всех формах афазии дети слышат хорошо.
5. Афазия ведет к задержке психического развития, которую следует отличать от умственной отсталости, когда снижение интеллекта является не вторичным (как при афазии), а первичным.

### **Направления коррекционной работы**

Коррекционное воздействие при всех формах афазии складывается из двух направлений.

1. Медицинское направление — прямое восстановление пострадавшей функции с использованием медикаментозных средств. Курс лечения проводится по назначению и под наблюдением врачей.
2. Логопедическое направление — непосредственное восстановительное обучение на специально организованных занятиях.

Как показывают наблюдения в детском возрасте эффективность занятий выше, чем во взрослом. Как правило, у взрослых речь не удается восстановить полностью, а у детей можно достигнуть нормы, причем в достаточно короткие сроки.

Логопедические занятия рекомендуются начинать как можно раньше, чтобы предупредить возникновение вторичных нарушений и закрепление патологических проявлений.

Существуют общие положения для восстановления речи у детей с моторной и сенсорной афазией.

Восстановление речевой функции предусматривает использование различных приемов по растормаживанию сохранившихся элементов речевой системы. Одно из ведущих направлений в работе — восстановление пассивного и активного словарного запаса.

По форме проведения логопедические занятия должны носить в основном индивидуальный характер, так как дети резко отличаются друг от друга по своим речевым личностным особенностям. Кроме того, восстановление речи всегда протекает у разных детей по-разному.

На протяжении всего времени логопедической работы необходима помощь родителей, воспитателей, близких ребенка: они должны продолжать восстановительную работу, контролировать ее, вселять в ребенка веру в его собственные силы.

Поскольку полученные на занятиях речевые навыки весьма неустойчивы и быстро утрачиваются, необходимо в течение всего срока обучения неоднократно повторять и закреплять усвоенное.

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

При моторной афазии логопедическая работа включает в себя следующие направления.

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

С первых же занятий параллельно с развитием фонематического слуха следует проводить работу по формированию у детей навыков звукового анализа. Необходимо научить детей выделять названный звук в словах, где он находится в разных позициях.

Работа по развитию произносительных навыков отличается большим своеобразием. Начинать ее рекомендуется с отработки сохраненных звуков, поскольку главная задача — оживить утраченную способность речедвигательного анализатора.

Следующий этап — восстановление отсутствующих звуков. При этом внимание ребенка фиксируют не только на акустической характеристике звука, но и на артикуляторной а также графической (если ребенок школьного возраста). Большую пользу приносят упражнения в сопряженном (совместном с логопедом) и отраженном (вслед за логопедом) повторении автоматизированных речевых рядов. В дальнейшем эти ряды необходимо преобразовывать в слова и короткие предложения.

Если ребенок до появления афазии обучался в школе, в процессе восстановительной работы необходимо использовать сохраненные навыки письменной речи. Поэтому цикл занятий рекомендуется проводить в письменной форме (ребенок записывает числовые ряды, слова и предложения в тетради).

В процессе восстановления письменной речи проводятся звуко-буквенный анализ состава слов, а также различные варианты упражнений типа вставить в слове пропущенную букву, дополнить подпись под картинкой, закончить начатое слово; ответить (письменно) на вопрос и т. п.

На начальных этапах применяют неречевые формы работы, помогающие организации деятельности детей. Широко используются различные неречевые игры, рисование, лепка по образцу.

## Восстановление речи при сенсорной афазии

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

Сенсорные афазии находятся в более сложном положении, чем моторные, так как у них резко ограничено понимание речи. Ребенок плохо контактирует с окружающими, его внимание не концентрируется должным образом на речи, интеллектуальные возможности снижены (вторично). Поэтому задача первоочередной важности — вызвать ребенка на контакт, активизировать его положительные эмоции. Внимание детей привлекают к значению конкретного слова, смысловому содержанию короткой инструкции. При этом рекомендуется устное задание сопровождать демонстрацией таблички с соответствующей надписью. В процессе восстановления речи необходимо опираться на сохраненные анализаторы главным образом на зрительный, двигательный.

Коррекционная работа протекает очень трудно и требует длительного времени. Основными направлениями коррекции дефекта являются:

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

Если ребенок ранее обучался в школе, в процессе логопедических занятий рекомендуется проводить серию упражнений по письму и чтению. Сенсорные афазии трудно воспринимают на слух диктуемые слова и фразы (даже очень простые). Поэтому необходимо максимально использовать все средства, помогающие воспринимать материал. Так, диктант должен сочетать в себе все виды опоры (зрительную, графическую и др.).

Содержание логопедической работы при всех формах афазии зависит от этиологии и объема органического нарушения, а также от возраста ребенка.

Первоначальную помощь (медицинскую и педагогическую) ребенок получает в условиях стационара, где работает логопед. В дальнейшем ребенок может быть направлен для индивидуальных занятий в специальное (дошкольное или школьное) учреждение. Врач продолжает наблюдать за ним амбулаторно. Сроки коррекционной работы определить трудно, они индивидуальны для каждого ребенка и могут колебаться от полугода до нескольких лет.

## Контрольные вопросы

1. Какие причины вызывают афазии?
2. Чем афазия отличается от алалии, дизартрии, умственной отсталости?
3. Какие формы афазии чаще встречаются у детей? Чем моторная афазия отличается от сенсорной?
4. Где получают логопедическую помощь дети-афазии?

## Контрольные задания

1. Перечислите основные направления коррекционной работы по восстановлению речи у детей с моторной афазией.
2. Перечислите основные направления коррекционной работы по восстановлению речи у детей с сенсорной афазией.

## Литература

Беккер К.-П., Совак М. Логопедия — М., 1981.

Очерки по патологии речи и голоса/Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1963.

Правдина О. В. Логопедия — М., 1973.

Расстройство речи у детей и подростков/Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1969.

## Глава VII. Общее недоразвитие речи у детей дошкольного возраста

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

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

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

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

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

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

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

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

Характерным является использование однословных предложений. Как отмечает Н. С. Жукова, период однословного предложения из аморфных слов-корней, может наблюдаться при нормальном речевом развитии ребенка. Однако он является господствующим только в течение 5 — 6 мес. и включает небольшое количество слов. При тяжелом недоразвитии речи этот период задерживается надолго. Дети с нормальным речевым развитием начинают рано пользоваться грамматическими связями слов («дай хлеба» — дай хлеба), которые могут соседствовать с бесформенными конструкциями постепенно их вытесняя. У детей же с общим недоразвитием речи наблюдается расширение объема предложения до 2 — 4 слов, но при этом синтаксические конструкции остаются полностью неправильно оформленными («Матик тиде туя» — Мальчик сидит на стуле). Данные явления никогда не наблюдаются при нормальном речевом развитии.

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

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

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

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

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

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

Формы числа, рода и падежда таких детей по существу несут смысловозначительную функцию. Словоизменение носит случайный характер и потому при использовании его допускается много разнообразных ошибок («Играю мятику» — *Играю мячикою*).

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

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

- 1) замены падежных окончаний («катался гокам» — *катается на горке*);
- 2) ошибки в употреблении форм числа и рода глаголов («Коля питял» — *Коля писал*); при изменении существительных по числам («да памидка» — *две пирамидки* «де кафи» — *два шкафа*);
- 3) отсутствие согласования прилагательных существительными числительных существительными («асинь адас» — *красный карандаш* «асинь ета» — *красная лента* «асинь асо» — *красное колесо* «пат кука» — *пять кукол* «тиня пато» — *синее пальто*, «тиня кубика» — *синий кубик* «тиня кота» — *синяя кофта*).

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

Союзы и частицы в речи употребляются редко.

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

При воспроизведении слов грубо нарушается звуконаполняемость, отмечаются перестановки слогов, звуков, замена уподобления слогов, сокращения звуков при стечении согласных («рвотник» — *воротник* «тена» — *стена* «виметь» — *медведь*).

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

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

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

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

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

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

Улучшаются произносительные возможности ребенка (можно выделить правильно и неправильно произносимые звуки, характерных нарушения), воспроизведение слов разной слоговой структуры и звуконаполняемости. Дети обычно уже не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков, качества состояний, хорошо знакомых им из жизненного опыта. Они могут свободно рассказать своей семье, о себе и товарищах, событиях окружающей жизни, составить короткий рассказ («Кошка пошьа куёуке. И вот она хоует сыпятка ешь. Они бежать. Кошку погана куица. Сыпятка хомого. Шама штоит. Куица хоёша, она погана кошку» — *Кошка пошла к курице. И вот она хочет цыпляток есть. Они бежать. Кошку прогнала курица. Цыпляток много. Курица хорошая, она прогнала кошку*).

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

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

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

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

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

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

- а) замена названия части предмета названием целого предмета (*циферблат — «часы», доньшко — «чайник»*);
- б.) подмена названий профессий названиями действия (*балерина — «тетя танцует», невец — «дядя поёт»* и т. п.);
- в) замена видовых понятий родовыми и наоборот (*воробей — «птичка»; деревья — «ёлочки»*);
- г) взаимозамещение признаков (*высокий, широкий, длинный — «большой», короткий — «маленький»*).

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

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

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

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

Среди ошибок грамматического оформления речи наиболее специфичны следующие:

- а) неправильное согласование прилагательных существительных в роде, числе, падеже («Книги лежат на большими (большие) столах» — *Книги лежат на больших столах*);
- б) неправильное согласование числительных существительных («три медведем» — *три медведя*, «пять пальцем» — *пять пальцев*, «двух карандаши» — *двух карандашей* и т. п.);
- в) ошибки в использовании предлогов — пропуски, замены, недоговаривание («Ездили магазин мамой и братиком» — *Ездили в магазин с мамой и братиком*, «Мяч упал из полки» — *Мяч упал с полки*);
- г) ошибки в употреблении падежных форм множественного числа («Летом я был деревне у бабушки. Там речка, много деревьев, гуси»).

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

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

Недостаточно развит фонематический слух и восприятие приводит к тому, что у детей самостоятельно не формируется готовность к звуковому анализу и синтезу слов, что впоследствии не позволяет им успешно овладеть грамотой в школе без помощи логопеда.

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

## Обследование речи детей

Обследование речевого развития детей дошкольного возраста предусматривает выявление навыков связной речи; объема пассивного и активного словарного запаса; степени сформированности грамматического строя речи; произносительных навыков; фонематического слуха и восприятия. Обследование рекомендуется проводить в процессе игровых ситуаций.

Важно не только выявить у ребенка отклонения в формировании каждого из компонентов языковой системы, но и проанализировать характер данного нарушения в сопоставлении с нормой.

Приступая к обследованию ребенка, необходимо иметь сведения о состоянии его физического слуха, интеллекта (заключения специалистов), ознакомиться с данными раннего речевого развития (когда появились первые слова, предложения, развернутая фразовая речь).

В предварительной беседе с родителями логопед выясняет, в какой семье воспитывается ребенок, посещает ли детский сад, благополучно ли речевое окружение, как занимаются родители воспитанием ребенка, что их беспокоит в его речевом развитии (плохое понимание речи, неумение пользоваться синтаксическими конструкциями, грамматическими формами, ошибки в звукопроизношении). Важно знать, обращались ли ранее к логопеду и каков был результат логопедической работы.

Первые впечатления о речи ребенка логопед получает, беседуя с ним. Вопросы для беседы подбираются с учетом возраста и индивидуальных особенностей детей. Прежде всего они должны быть направлены на выявление навыков ориентировки в окружающей действительности (о самом ребенке, о его семье, детском саде, товарищах, игрушках и т. д.).

Вопросы должны предусматривать не только односложные ответы, но и развернутые, например: «Как тебя зовут? Как твоя фамилия? Сколько тебе лет? Где ты живешь? Как ты едешь в детский сад? Сколько членов в вашей семье? Чем занимаются твои мама и папа? Сколько у тебя сестер, братьев? Сколько им лет? Какая сегодня погода? Как ты одет? Что ты ел сегодня дома (в детском саду)? Какую одежду носят летом... зимой? В какие игры и с кем ты любишь играть летом... зимой? Какие звери живут в лесу? Почему заяц меняет зимой мех?» И т. п.

В процессе беседы выявляется, как быстро ребенок вступает в контакт, есть ли у него простая фразовая речь или он говорит лишь отдельными словами. Беседу можно построить так, чтобы выявить правильность употребления грамматических форм, объем словаря, состояние звукопроизношения. Рекомендуется использовать при этом знакомые ребенку тематические циклы («Домашние и дикие животные», «Одежда», «Мебель», «Посуда», «Транспорт» и др.). Так, при рассмотрении картинок, на которых изображены животные, ребенку задают вопросы, направленные на выявление пассивного и активного словаря, грамматических навыков. Например: «Назови, каких ты знаешь домашних диких животных. Покажи, где медведица, бельчонок, зайчата... Скажи, чем покрыто туловище медведя, где живут белка, лиса. Как называются детеныши собаки, свиньи, коровы, лошади? Кто чем питается? Кто как и чем защищается? Кто охотится за животными? Как можно сказать про лису? Она какая?»

При обследовании лексического запаса важно не только выявить количественный запас существительных, глаголов, прилагательных, но и проверить самостоятельное употребление их в речи. Для этого ребенку предлагают закончить предложение, добавив недостающее по смыслу слово. Например: «У лисы хвост длинный, а у зайца... короткий. Белка по веткам прыгает, а змея по земле... ползает. Петух кукарекает, а кошка... мяукает».

При обследовании грамматической правильности речи ребенку дают задание составить, используя необходимые грамматические формы, предложение по картинке по вопросам, описать действие, которое ему демонстрируют, дополнить предложение употребив заданное слово в нужном падеже. Например:

В лесу живет (кто?) медведь

В лесу живут (кто?) медведи

У медведицы родился (кто?) медвежонок

Около медведицы сидят (кто?) медвежата. Сколько медвежат? — Три медвежонка

Медвежата живут (где?) в берлоге

Медведица наблюдает (за кем?) за медвежатами

Медведи питаются (чем?) мясом, ягодами, медом

Проверяются умения согласовывать прилагательные числительные с существительными, образовывать притяжательные прилагательные от существительных, существительные уменьшительно-ласкательным значением.

Можно провести с детьми такие игры:

1. «Один — много». Ведущий называет один предмет, например *шашка*, а ребенок называет форму множественного числа: *много шашек*.
2. «Наоборот». Ведущий бросает ребенку мяч и называет признак предмета, например *высокое дерево*, а ребенок, возвращая мяч, называет противоположный признак: *низкое дерево*.
3. «Найди свою маму». Дети надевают маски животных с изображением животных и детенышей. По команде ведущего маленькие детеныши подбегают к своим «мамам» и называют себя: «Я (мы) — козленок (козлята)»; «Моя (наша) мама — коза»; «Я (мы) — ежонок (ежата)»; «Моя (наша) мама — ежиха». И т. п.

4. «Большой — маленький». Детям раздаются картинки с изображением предметов разного размера. По сигналу ведущего каждый разыскивает свою пару и называет «У меня гнездо»; «А у меня гнездышко»; «У меня дерево»; «А у меня деревце».

5. «Угадай чей домик». Логопед загадывает загадку типа: «В лесу большая нора, в ней живет лиса. Чей домик?» (Лисий)

В процессе наблюдения за детьми вырисовывается состояние звукопроизношения (Специальные приемы для обследования фонетики подробно описаны в гл. «Дислалия» настоящего пособия.)

Для проверки фонематического слуха ребенку предлагают следующие задания

а) запомнить и повторить ряд слогов из правильно произносимых звуков типа *па-ба-па, да-та-да*;

б) узнать слово с заданным звуком среди других слов;

в) отобрать картинки с заданным звуком;

г) самостоятельно придумать слова с определенным звуком. При обследовании связной речи можно использовать статические и динамические картины. Материал для составления рассказов по картинке серии картин, по представлению (рассказов-описаний)

подбирают с учетом возраста ребенка, программных требований данной и нижестоящих возрастных групп, а также речевых и психических особенностей малыша. Предварительно дается время на рассматривание картины, проводится беседа по ее содержанию, уточняется значение отдельных слов. Далее предлагается план рассказа. Если у ребенка возникают затруднения (он может и не понять задание), логопед дает образец рассказа. Ребенок повторяет его. Затем предлагается аналогичное задание на другом материале.

Для обследования связной речи можно рекомендовать картины из серии «Мы играем», «Домашние и дикие животные», а также картины из «Дидактического материала по исправлению недостатков произношения у детей дошкольного возраста».

Образцы детской речи записывают в речевой карте — как правильно, так и неправильно построенные.

## Основные направления коррекционной работы

Коррекционно-воспитательная работа с детьми, имеющими разный уровень речевого развития, проводится в специальных группах для детей с общим недоразвитием речи. Согласно «Типовому положению о дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи» в эти группы зачисляются

а) дети с I уровнем речевого развития начиная с 3-летнего возраста со сроком обучения 3 — 4 г.;

б) дети со II уровнем речевого развития начиная с 4-летнего возраста со сроком обучения 3 г.;

в) дети с III уровнем речевого развития начиная с 4 — 5-летнего возраста со сроком обучения 2 г.

Занятия проводятся с подгруппами индивидуально.

Задачи и содержание логопедической работы вытекают из анализа структуры речевого нарушения, а также сохранных и компенсаторных возможностей детей.

В основе формирования устной речи у детей лежит обучение составлению предложений разных типов.

Последовательность усвоения конструкций предложений, грамматических форм определяется тем, как происходит развитие речи в норме. Учебный материал, методические приемы каждого этапа работы предусматривают постепенное усложнение, но с обязательной опорой на то, что у ребенка уже сформировалось спонтанно или в результате предыдущей логопедической работы.

Учитывая возрастные, психологические особенности безречевых детей, выраженный речевой негативизм, сниженную эмоциональную активность, необходимо с первых же занятий создавать у ребенка хороший настрой, желание «играть» (заниматься) с логопедом, активно контактировать с ним. Успех первых шагов во многом определяется тем, насколько логопед сможет заинтересовать ребенка, организовать увлекательную для него ситуацию, создать стимул для подражания. В работе с детьми с I уровнем речевого развития главными задачами являются следующие

1. Развитие понимания речи.

2. Развитие активной подражательной деятельности в виде произношения любых звуковых сочетаний.

3. Развитие внимания и памяти.

С самых первых занятий используются варианты разных упражнений, направленных прежде всего на развитие у ребенка активного внимания, умения вслушиваться в обращенную к нему речь, выполнять задания на основе словесных конструкций. При этом уточняются значения ряда слов — названий предметов, действий, признаков. Важно, чтобы предметный словарь носил конкретный характер, а действия были наглядными, легко поддающимися демонстрации.

Обращения к детям следует облекать в форму побудительных и вопросительных предложений, в которых должны присутствовать и те же слова в разных грамматических формах. Такие упражнения проводят в игровой форме с широким использованием наглядной ситуации, при

этом допускается ответ действием Например «К нам в гости пришел Незнайка Он ищет своих друзей Кто поможет ему найти собаку Дружка лису Алису, Кота в сапогах? Покажите, у кого собака Дружок где лиса Алиса Кто нашел Кота в сапогах?» И т. д.

Рекомендуется включать занятия задания состоящие из 2 — 3 инструкций правильное выполнение которых определяется бытовой ситуацией Например «Карандаши убери в коробку, кошелек в сумку, платок в карман». Дети должны не только понять содержание задания но и запомнить его, а затем выполнить в соответствии со словесной инструкцией После выполнения каждого задания логопед обязательно задает вопрос всем детям, правильно ли выполнено задание Привлекая внимание всех детей к выполнению задания и оценке его результата логопед постепенно воспитывает у ребят навык коллективной работы

Различные формы обращений с привлечением кукольных персонажей интересные увлекательные ситуации разнообразные формы поощрений помогают создать у детей положительный эмоциональный настрой вызвать у них желание отвечать не только действием, но и словом (звукосочетанием), т.е. подражать речи взрослого

Поскольку у безречевых детей понимание грамматических отношений затруднено и они ориентируются лишь на лексические значения слов, логопед включает в занятия серию упражнений направленных на освоение дошкольниками категорий числа существительных глаголов времени т.д. Например «Миша, дай мне шар, а себе возьми шары»; «Положи на стол грибы, а на окно гриб». Первоначально следует подбирать слова с ударными окончаниями Например «Покажи, про кого говорят *поет — поют, бежит — бегут, плывет — плывут, кричит — кричат*». Или: «Покажи, где Женя упал (а), купил (а) книгу, пил (а) воду».

Детей учат различать обращение адресованное одному ребенку и нескольким *сядь — сядьте хлопай — хлопайте прыгай — прыгайте* т. п.

Рассматривая вместе с детьми сюжетную картинку, логопед сам проговаривает изображенные на ней действия, а затем учит дошкольников слушать, понимать, дифференцировать вопросы типа: «Покажи, кто идет в школу, Куда идут девочки? Откуда возвращаются ребята?» Ответы детей ограничиваются показом.

На первом этапе обучения ребенка может иметь место «односторонний» речевой диалог, когда логопед задает вопрос и сам на него отвечает. Например «Кто спрятался в волшебном мешочке и мяукает оттуда? Это киска. Киска мяукает — «мяу». Мы позовем к себе киску в гости: киска, кисонька, мяу-мяу. Кто знает, как мяукает киска?» При наличии хорошего эмоционального контакта с ребенком определенного уровня понимания речи, устойчивости внимания и положительной мотивации задания можно услышать первые подражания в виде звуковых комплексов (*ту-ту, би-би, му-му, ко-ко, бум-бум, ам-ам* и т. п.) и простых слов. Необходимо в процессе практической деятельности вызвать у ребенка потребность воспроизводить по подражанию доступные ему слова или хотя бы части слов.

В первый период обучения появляются

а) обращения типа *дай, на, иди*;

б) существительные — названия лиц (близких ребенку взрослых и детей) и имена собственные (*мама, папа, баба, Тата, Ната* и др.).

Рекомендуется чтобы появившиеся звуковые комплексы и слова ребенок проговаривал громко и тихо, быстро и медленно с разной интонацией (сердито и ласково). Одновременно подключаются дыхательные голосовые и артикуляционные упражнения, которые также проводят в игровой форме

Логопед поэтапно формирует у детей первичные навыки разговорной речи в такой последовательности

I этап — построение однословных предложений и предложений из аморфных слов-корней

II этап — построение двухсловных предложений с использованием простейших грамматических форм слова

III этап — расширение объема предложений Построение первых сложных предложений

Как только в речи ребенка появляются простые звуковые сочетания его надо учить постепенно соединять 2 — 3 аморфных слова в самостоятельное предложение типа: «Мати пи» — *Мальчик спит: «Тата гуя» — Тата гуляет* и т. п.

Одновременно у детей развивается подражательная способность к воспроизведению двух, а затем и трехсловных слоговых структур. Логопед обращает внимание ребенка на правильное интонационно-распределение ударных и безударных слогов: ребенок усваивает место ударения в слове. Важна правильность передачи количества слогов в слове, независимо от характера звуко-наполняемости

Необходимо подчеркнуть, что на данном этапе логопедической работы основными задачами являются не постановка звуков и заучивание слов, правильное произношение детьми, а накопление пассивного и активного словаря (независимо от произносительных возможностей ребенка), усвоение простейших грамматических форм и употребление вызванных слов в предложениях Ребенок должен усвоить форму повелительного наклонения 2-го лица единственного числа глаголов научиться выражать свои желания просьбы («Дай кубик»; «На шарик» и т.п.). Дети учатся строить предложения типа: обращение+ повеление обращение+ повеление+ существительное в винительном падеже Например *Вова иди; Тата, на мяч*

Логопед (воспитатель) использует такие, методически приемы, как просьба что-то дать, взять, положить, передать, задание закончить сказанное логопедом короткое предложение используя в качестве зрительной опоры статичную картинку, предмет, закончить слово, сохраняя его слоговую структуру Выученные слова требуют многократного повторения включения их в состав предложений в форме винительного падежа При этом вначале берутся существительные у которых форма винительного падежа совпадает с формой именительного падежа (неси — *нож, носки, гриб, суп, мак* и т.п.), а затем существительные которые в винительном падеже имеют окончание -у (на, дай, возьми — *куклу; вилку; чашку; палку; зайку* и т.п.).

Обучение осуществляется с учетом того, как усваивают эти формы дети с нормальным речевым развитием. Одним из непременных условий является опережающее развитие понимания грамматических форм.

На логопедических занятиях проводится серия упражнений, предусматривающих сопоставление различных форм одного и того же слова. Чем чаще дается в разных словосочетаниях одно и то же слово, тем быстрее дети будут усваивать грамматические категории. Но для такого сопоставления ребенок должен иметь в активном словаре определенное количество слов.

В процессе работы над простым предложением большое внимание логопед уделяет употреблению детьми глаголов в форме 3-го лица единственного числа изъявительного наклонения. Переход к этой форме от формы 2-го лица единственного числа повелительного наклонения отрабатывается постепенно (*иди — идет, мети — метет, зуди — зудит* и т.д.). При этом внимание ребенка привлекают к вопросу что делает? Можно добиваться от детей произношения в окончании глагола звука *т*.

Широко используются тренировочные упражнения по подбору однородных подлежащих, отвечающих на вопрос кто (что) это?, и однородных сказуемых. Например

кто это? (*мама, папа, бабушка, дедушка, мальчик, девочка, тетя, дядя, собака, кошка* и т. п.);

что делает? (*спит, стоит, идет, пьет, лежит, бежит* и т. п.).

В это же время продолжают обучать самостоятельно отдавать друг другу приказания, выполнять описания действий с опорой на наглядность (*Тата, стой! Тата стоит; Мама, спи! Мама спит*). Дошкольникам предлагаются простые четверостишия, где они должны договаривать знакомые им звуки подражания

Вышли гуси на луга

И кричат ... га-га, га-га!

Постепенно предложения расширяют по составу: в него вводится дополнение, выраженное существительным в винительном падеже, а также в творительном падеже в значении орудийности действия. Предложения могут быть такого типа:

а) именительный падеж + согласованный глагол + прямое дополнение

*Мама (папа, девочка, мальчик) — что делает?*

*пьет, варит, моет, пишет — что?*

*сок, компот, молоко, какао, чай, кефир*

*суп, кашу, мяса, руки, лицо, ноги, голову, пол,*

*чашку, ложку, письма*

б) именительный падеж существительного + согласованный глагол + дополнение к глаголу, выраженное существительным в винительном падеже + дополнение к глаголу, выраженное существительным в дательном падеже

*Мама дает (что?) сок (кому?) Тате. Мама шьет (что?) платье (кому?) кукле;*

в) именительный падеж существительного + согласованный глагол + два зависимых от глагола падежа (винительный падеж единственного числа + творительный падеж единственного числа):

*Мама моет чашку (чем?) водой. Папа рубит дрова (чем?) топором*

В процессе отработки той или иной конструкции к каждому слову ставятся вопросы. Необходимо следить за "правильностью" согласования слов. Детей приучают внимательно слушаться в собственную речь и речь других детей. Одно и то же слово включают в разные предложения, используя его в разных падежах (*Мама пьет воду; Тата моет чашку водой*). Сначала отрабатывают беспредложные, а затем предложные конструкции (СНОСКА: Подробное описание методики см.: Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников — М., 1989.)

Постепенно речевое общение усложняют дети, достигшие II уровня речевого развития, должны не только отвечать на вопросы, но и самостоятельно задавать их друг другу. В первую очередь это вопросы по поводу окружающих ребенка предметов и хорошо знакомых ему действий. Эффективно речевое общение на основе и по поводу ручной деятельности («Отрежь полоску»; «Согни полоску»; «Склей полоски» и т.д.). Это помогает уточнению значения слов, преодолевает привычную ситуативность понимания.

В процессе диалога закрепляются элементарные формы речи, доступные детям словосочетания. Логопед вопросами, выразительной интонацией направляет диалог в нужное русло.

Ввиду того что дети с общим недоразвитием речи испытывают большие трудности в запоминании стихов, необходимо включать логопедические занятия заучивания стихотворных текстов. Вначале это должны быть простые двустишия типа: *Ам-ам, кто там? Ко-ко-ко — не ходите далеко; Му-му, молока кому?* Нужно, чтобы дети пытались считать их с разной интонацией.

Предложения составленные детьми по вопросам, по наглядным действиям, картинкам, объединяются в короткий рассказ и заучиваются. Например *Коля копает яму. Аня моет окно. Коля и Аня помогают маме*

В это время детей обучают составлению рассказов по картине. При подборе картин руководствуются двумя условиями: на картине должно быть изображено небольшое число персонажей и она должна иметь четко выраженный сюжет, где легко прослеживаются начало и конец действия. Логопед приучает детей внимательно рассматривать картину, отвечать на вопросы по ее содержанию.

При этом организуются игровые ситуации: дети подражают тому, как пищат птенцы, лает собака, кукарекает петух.

Сначала логопед дает образец короткого рассказа. Ребенок повторяет образец. Затем ребенок с помощью логопеда составляет свой рассказ по картине.

По мере уточнения предметного и глагольного словаря дошкольников знакомят с признаками и качествами предметов и действий с их словесными обозначениями. Детей учат сравнивать предметы, различающиеся сначала одним, а затем несколькими признаками (величиной, формой, цветом, материалами т.д.):

— *Эта пирамида большая, а эта маленькая*

— *Этот шар красный, а этот синий*

— *Эта лодочка бумажная, а эта деревянная*

Рассматривание хорошо знакомых детям игрушек, обладающих яркими признаками, дает возможность перейти к их описанию. Вводится элемент соревнования: кто больше запомнит рассказ о предмете? Выделенные признаки обобщаются в небольшие по объему высказывания.

Коррекционное обучение детей с III уровнем речевого развития предусматривает

- а) дальнейшее совершенствование связной речи, практическое усвоение лексических и грамматических средств языка;
- б) формирование правильного произношения: воспитание артикуляционных навыков, фонетической стороны речи, слоговой структуры и фонематического восприятия;
- в) подготовку к обучению грамоте и овладение элементами грамоты.

Появление в речи детей прилагательных дает возможность расширить объем предложений путем введения определений. Ребенка учат вслушиваться в речь и различать окончания прилагательных мужского, женского и среднего рода: «Про какой предмет можно *сказать голубой?* (Карандаш) *Голубая?* (Лента) *Голубое?* (Пальто). Вова рисует кубик. Вова рисует какой кубик? (Голубой)»

После упражнений по составлению простых предложений переходят к обучению практическому употреблению сложных предложений с союзами «и», «а». Дети должны овладеть умением устанавливать последовательность событий, правильно выражать ее словами: *Начался дождь, и дети надели плащи. Миша рисует дом, а Таня лепит утку.*

При обучении детей построению сложных предложений рекомендуется использовать отработанные ранее вопросно-ответные формы речи. Сначала ребенок проговаривает лишь 2-ю часть сложного предложения, которая является ответом на поставленный вопрос, затем сложное предложение произносится полностью. Эффективности обучения способствует демонстрация действий, картинок. Лексический материал включает усвоенные детьми глаголы, существительные и прилагательные. Логопед следит за правильностью грамматического оформления: *(Мальчик заплакал, потому что потерял шарик. Сначала надо руки чисто вымыть, а потом вытереть. Я хочу, чтобы мама нарисовала красную утку. Вова купил большой мяч, чтобы играть в футбол).*

Дети учатся запоминать и передавать в речи последовательность выполняемых действий, используя при этом ранее отработанные лексико-грамматические формы. Например: *Алеся встал со стула, подошел к шкафу, достал четыре толстые книжки. Три книжки отдал Лене, а одну книжку убрал в письменный стол.*

Дальнейшее совершенствование повествовательной формы речи включает обучение составлению разных видов рассказов (по серии картинок, по вопросам, на заданную тему, пересказ и др.). Если уровень речевого развития у детей уже приближается к норме, можно использовать такие формы работы, как выборочный пересказ, краткий пересказ, творческое рассказывание.

Рекомендуется при обучении пересказу использовать разнообразные задания, например: рассказать от 1-го лица; подобрать эпитеты к определенным словам; пересказать текст, изменяя время совершаемых действий; образовать сравнительную степень прилагательных; образовать уменьшительную форму и др.

Работа по уточнению и обогащению словарного запаса, формированию синтаксического строя речи сочетается с упражнениями по тренировке артикуляционного аппарата: вызыванию отсутствующих звуков (см. гл. «Дислалия» настоящего пособия) общепринятыми в логопедии методами. Поэтому наряду с занятиями по формированию лексико-грамматических навыков продолжают занятия по формированию правильного звукопроизношения, фонематического слуха, навыков словообразования.

Детей учат различать на слух длинное и короткое слово (*пирамиды — мак*), запоминать и воспроизводить ряды слогов из правильно произносимых звуков типа:

*папоупапоупапоупа та ма патамапатапутымыпутымыпутымыпа пта то кто папто ктото*

Затем заучиваются слова, включающие данные сочетания и далее — предложения с этими словами

Такая работа помогает не только обеспечить детям полноценное речевое общение но и в конечном счете подготовить их к обучению в общеобразовательной или специальной школе

## Специфика работы воспитателя в детском саду для детей с нарушениями речи

Воспитатель дошкольного учреждения для детей с нарушениями речи выполняет помимо общеобразовательных задач ряд коррекционных направленных на устранение недостатков в сенсорной, аффективно-волевой, интеллектуальной сферах обусловленных особенностями речевого дефекта. При этом он направляет свое внимание не только на коррекцию имеющихся отклонений в умственном и физическом развитии детей, на обогащение представлений об окружающем но и на дальнейшее развитие и совершенствование деятельности сохранных анализаторов. Этим создается основа для благоприятного развития компенсаторных возможностей ребенка, что в итоге влияет на эффективное овладение речью.

В детском саду для детей с нарушениями речи воспитателю предоставлены все возможности для всестороннего формирования поведения и личности ребенка с речевым дефектом.

Компенсация речевого недоразвития ребенка, его социальная адаптация и подготовка к дальнейшему обучению в школе диктуют необходимость освоения тех видов деятельности, которые предусмотрены программой массового детского сада. К ним относятся трудовая, игровая, изобразительная, другие виды деятельности.

В процессе того, как ребенок овладевает этими видами деятельности, особое внимание воспитатель должен уделять развитию восприятия и мнестических процессов (процессы запоминания), мотивации, доступных форм словесно-логического мышления.

Особое значение имеет развитие у детей познавательных интересов. При этом нужно учитывать специфическое отставание в формировании познавательной активности, которое складывается у детей под влиянием речевого дефекта, сужения контактов с окружающими, неправильных приемов семейного воспитания и других причин.

В задачи воспитателя входит также создание доброжелательной обстановки в детском коллективе, укрепление у детей веры в собственные возможности, формирование интереса к занятиям, снятие отрицательных переживаний, связанных с речевой неполноценностью. Реализация указанных задач возможна на основе хороших знаний возрастных и индивидуальных психофизиологических особенностей детей.

Воспитатель должен уметь разбираться в различных негативных проявлениях ребенка, вовремя замечать признаки повышенной нервозности, агрессивности или, напротив, повышенной утомляемости, пассивности и вялости. Правильно организованное психолого-педагогическое воздействие воспитателя в значительном большинстве случаев предупреждает появление стойких нежелательных отклонений в поведении ребенка, формирует социально-приемлемые коллективистские отношения в группе.

Коррекционная речевая работа осуществляется в различных направлениях в зависимости от задач поставленных логопедом.

Во многих случаях она предшествует логопедическим занятиям, обеспечивая необходимую познавательную и мотивационную основу для формирования речевых умений. В других случаях воспитатель сосредоточивает свое внимание на закреплении достигнутых на логопедических занятиях результатов.

В задачу воспитателя входит также повседневное наблюдение за состоянием речевой деятельности детей на каждом этапе коррекционного процесса.

На основе учета потенциальных возможностей детей осуществляется воспитание интереса к речи и логопедическим занятиям.

Процесс усвоения родного языка, совершенствования формируемых на логопедических занятиях речевых навыков тесным образом связан с развитием познавательных способностей, эмоциональной и волевой сфер ребенка.

Этому способствует умелое использование всех видов активной деятельности детей: игры, посильного труда, разнообразных занятий, направленных на всестороннее (физическое, нравственное, умственное и эстетическое) развитие.

Благоприятным условием воспитания ребенка в специальном детском саду являются также общество сверстников, коллективные игры и занятия. При этом у детей не только формируются и закрепляются коммуникативные умения, но и создается положительный фон для регуляции речевого поведения.

## Контрольные вопросы

1. Какие уровни речевого развития можно выявить у детей с общим недоразвитием речи?
2. Что является характерным для детей с I уровнем речевого развития?
3. Чем отличается II уровень речевого развития от III?
4. Из каких разделов состоит обследование речи дошкольников?
5. Какие методические приемы используются для обследования словарного запаса, грамматического строя речи?

## Контрольные задания

1. Определите направления коррекционного обучения без речевых детей
2. Раскройте задачи и последовательность логопедической работы с детьми II уровня речевого развития
3. Перечислите виды работы по развитию связной речи у детей с III уровнем речевого развития
4. Проанализируйте образец детской речи. Выделите грамматизм нарушения слоговой структуры слов.
5. Проанализируйте образец детской речи. Выделите лексические ошибки, нарушение конструкций предложений
6. Подберите дидактический материал для обследования словарного запаса
7. Подготовьте дидактический материал для обследования грамматического строя речи.
8. Подберите речевой материал для обследования слоговой структуры слов.

## Литература

Ефименкова Л. Н. Формирование речи у дошкольников — М., 1985 Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников — М., 1989.

Кузьмина Н. И., Рождественская В. И. Воспитание речи детей с моторной алалией — М., 1977.

Мастюкова Е. М. Онтогенетический подход к структуре дефекта при моторной алалии // Дефектология — 1981. — № 6.

Нарушение речи у дошкольников / Сост. Р. А. Белова-Давид — М., 1972. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной — М., 1968 Очерки по патологии речи и голоса / Под ред С. С. Ляпидевского — М. 1967 Расстройство речи у детей и подростков / Под ред С С Ляпидевского — М, 1969.

## Глава VIII. Заикание

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

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

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

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

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

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

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

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

2. В редких случаях заикание может быть вызвано органическими поражениями центральной нервной системы (при черепно-мозговых травмах, нейроинфекциях и т. п.). Такое органическое заикание может возникнуть в любом возрасте.

Причины функционального заикания могут быть различными.

Одной из распространенных причин появления заикания у детей является непосильная для них речевая нагрузка (повторение непонятных и трудных слов; декламация сложных по содержанию и больших по объему стихотворений; запоминание сказок, рассказов, не соответствующих возрасту и развитию ребенка). В таких случаях перегрузка нервной системы ребенка в сочетании с произносительными трудностями вначале приводит к случайным остановкам в речи, повторениям отдельных звуков или слов. В дальнейшем ребенка появляется уверенность, что так будет всегда. Создается патологический раздражитель (фиксация, самовнушение). Возникает заикание.

У некоторых детей подобное происходит вследствие неправильного звукопроизношения (если учесть, что заикание появляется с 2 лет, становится понятным, что это закономерное физиологическое явление).

Возникновение заикания возможно и вследствие чрезвычайно быстрой речи: ребенок торопится, подражая кому-то из окружающих или стремясь быстрее высказать свою мысль, спотыкается на некоторых звуках — и начинает заикаться

Часто заикание появляется у детей на фоне общего недоразвития речи, когда у них не хватает элементарного запаса слов и грамматических средств для выражения мыслей

Возникновение заикания способствуют также неправильные условия воспитания ребенка, физически наказания, сильный испуг.

Заикание может возникнуть и в результате подражания

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

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

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

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

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

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

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

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

**Степени заикания** Различают три степени заикания: слабую (умеренную), среднюю и сильную (тяжелую). Четких критериев определения степеней заикания нет. В практике обычно считают слабой степенью такую, при которой заикание проявляется едва заметно и не мешает речевому общению. Сильной считается такая степень, при которой в результате длительных судорог речевое общение становится невозможным. Кроме того, при сильной степени проявляются также сопутствующие движения и эмболофразия (см. ниже).

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

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

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

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

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

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

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

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

## Обследование заикающихся детей

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

## Медицинское обследование

Проводит врач-психоневролог или невропатолог. При этом тщательно изучаются особенности развития ребенка с момента его рождения. Часто выявляются неблагоприятные факторы внутриутробного развития ребенка, которые оказывают косвенное влияние на его последующее речевое развитие. Врач устанавливает также природу заикания: функциональное или органическое.

В случае необходимости врач назначает лечебное укрепление нервной системы.

## Логопедическое обследование

Предполагает ряд направлений:

1. Установление причины и характера заикания (вид, степень, наличие или отсутствие сопутствующих движений, логофобии, течение заикания).
2. Определение темпа речи ребенка (замедленный, ускоренный, скачкообразный). Особое внимание логопед обращает на ускоренный темп речи, так как всего труднее в дальнейшем нормализовать его. Часто в таких случаях в семье ребенка и взрослые говорят слишком быстро. Логопед должен сделать специальную запись о том, что с родителями нужно провести соответствующую беседу.
3. Выявление скрытого левшества. Из беседы с родителями можно установить, не отучали ли раньше ребенка все делать левой рукой, не развивали ли у него специально умение владеть правой. При обнаружении скрытого левшества необходимо начать переучивать ребенка пользоваться левой рукой (это даст дополнительный эффект в устранении заикания).
4. Выявление нарушения внимания.
5. Изучение истории общего и речевого развития ребенка: когда у него появились первые слова, когда он стал говорить фразами, как шло дальнейшее речевое развитие (бурно, медленно, форсировалось ли взрослыми, была ли перегрузка речи, много ли с ним разучивали стихов и сказок, каково было их содержание, не превышало ли оно возрастные возможности ребенка).
6. Изучение речевого окружения ребенка: нет ли у кого из близких недостатков речи, нет ли двуязычия в семье (не пытались ли обучать ребенка другому языку), каков темп речи у людей, окружающих ребенка, *заикался* ли кто-нибудь из взрослых или детей и был ли с ним контакт у ребенка.
7. Выявление отношения к ребенку в семье (не слишком ли его балуют или, наоборот, не излишне ли строги; нет ли неровности в обращении, когда его то заласкивают, то постоянно наказывают, то все разрешают, то запрещают, то обращаются равно и спокойно, то начинают кричать и ругать за все подряд). Если логопед обнаруживает недочеты в воспитании, он делает для себя вывод, что в дальнейшем ему придется регулировать отношение взрослых к ребенку.
8. Знакомство с обстановкой в семье (нет ли конфликтов, ссор, как реагирует на них ребенок).
9. Установление времени возникновения заикания (в каком возрасте появились первые запинки), развития и хода его; выяснение, с чем родители связывают появление заикания, его усиление.
10. Выяснение реакции самого ребенка на заикание (угнетает ли его заикание или малыш не замечает, пугают ли его запинки в речи или он не обращает на них внимания).
11. Выявление недостатков звукопроизношения. Если таковые обнаружатся, необходимо дополнительно обследовать строение и подвижность органов артикуляционного аппарата, а также точно определить все дефектные фонемы и состояние фонематического восприятия.
12. Установление уровня общего речевого развития заикающегося ребенка (соответствует ли возрастной норме его словарный запас и сформированы ли в достаточной степени грамматический строй).

## Основные принципы коррекционной работы

Необходимость преодоления заикания в дошкольном возрасте

В настоящее время считается общепризнанным, что устранять заикание нужно сразу же, как только оно возникнет. В начальной стадии этот дефект имеет обычно легкую форму. Но легкое, едва заметное вначале заикание может со временем усилиться. Чем больше времени проходит с момента начала заикания, тем чаще оно переходит в тяжелый, стойкий дефект и влечет за собой изменения в психике ребенка. Кроме того, заикание лишает ребенка нормальных условий общения и часто препятствует его успешной учебе. Поэтому данный речевой дефект важно устранять еще до поступления ребенка в школу.

Но такой взгляд сложился сравнительно недавно. До 1930 г. в СССР логопедическая помощь оказывалась только заикающимся подростками и взрослым. Детские психиатры и педиатры утверждали, что в раннем возрасте не следует фиксировать внимание маленького ребенка на заикании и лечение должно сводиться лишь к профилактическим мерам (медленная речь и изоляция ребенка от коллектива детей).

Этот взгляд впервые был опровергнут в 1930 г. В. А. Гиляровским, который выдвинул обоснованное положение о том, что устранять заикание нужно «у его истоков», т. е. в дошкольном возрасте. Он утверждал, что наиболее подходящей формой детского учреждения, где должна проводиться работа по ликвидации заикания, является детская площадка или полустационар.

В 1931 г. в Москве были открыты ясли для заикающихся детей, где логопедическую работу проводила Е. Ф. Рау, и полустационар где работала Н. А. Власова. В 1932 г. в Ленинграде были организованы группы с продленным днем, где устранением заикания у дошкольников занималась М. Ф. Брунс.

**Современный комплексный метод преодоления заикания** Теоретически и практически доказано, что полного эффекта в борьбе с заиканием можно достичь только при условии применения комплексного метода

Комплексное воздействие на заикающегося складывается из следующих направлений

1. Медицинское воздействие (медикаментозное укрепление нервной системы и различные виды физиотерапии), способствующее нормализации функций нервной системы ребенка и создающее благоприятный фон для психотерапии для активной логопедической работы
2. Психотерапевтическое воздействие (проводится на протяжении всей логопедической работы), которое состоит в том, что ребенка постоянно убеждают, что он может и должен говорить без заикания, фиксирующего внимание на успехах в этом направлении обязательно в присутствии сверстников, воспитателей или родителей
3. Логопедическое воздействие, осуществляемое на протяжении длительного (8 — 9 мес.), регулярного систематического курса занятий. Основной целью занятий является воспитание навыков правильной свободной от заикания речи, начиная с самых легких ее форм, не вызывающих заминок и кончая сложными в любых жизненных условиях
4. Логопедическая ритмика. Состоит из системы разнообразных упражнений и игр с движениями под музыку или в сочетании с речью детей. Такие упражнения и игры способствуют развитию общей и речевой моторики, развивают координацию движений, умение управлять собой, включаться в деятельность по сигналу, воспитывают чувство ритма. Они призваны также снимать общую скованность, напряжение. Большое внимание при этом уделяется развитию внимания у детей.
5. Воздействие окружающей на личность заикающегося ребенка, на его взаимоотношения со средой и на его эмоционально-волевую сферу. Осуществляется на протяжении всего периода коррекционно-воспитательной работы. Педагоги, воспитатели, родители должны воспитывать ребенка уверенность в себе, сознание своей полноценности, здоровый взгляд на дефект речи, желание избавиться от него; постоянно поддерживать сознание успеха на каждом этапе занятий и убеждение, что в конце концов успех будет полным.

Большое значение для успешного преодоления заикания имеет также речь окружающих (всего персонала детского учреждения и близких в семье ребенка). Дети должны слышать только негромкую, спокойную, неторопливую речь. Тогда они начинают подражать этой манере говорить.

Отношение к детям должно быть ровным, ласковым, без порицаний. Малейшие успехи должны тут же поощряться.

Важную роль играют также правильное соблюдение общего и речевого режима, рациональное питание, обязательный дневной сон, продолжительные прогулки на воздухе, закаливание.

## Последовательность логопедических занятий

В настоящее время существует несколько методов логопедического воздействия для устранения заикания у детей. Но все они так или иначе подчиняются одной цели: воспитать у детей умение говорить нормальной, свободной от заикания речью.

Для реализации этой задачи необходимо наличие системы последовательных упражнений, при которой дети могли бы говорить с самых первых занятий и до конца обучения свободно, без заикания. Только благодаря очень постепенному усложнению детской речи от занятия к занятию можно воспитать навыки здоровой речи. Малейшее усложнение детских высказываний без учета возможностей ребенка приведет к проявлению заикания. И тогда не будет условий для выработки рефлексной правильной речи.

Итак, для успешного преодоления заикания прежде всего необходимо, чтобы все занятия подчинялись основному дидактическому принципу систематичности и последовательности.

В чем же должна состоять последовательность занятий, которые обеспечивали бы заикающимся детям возможность с самого начала говорить без запинок? Как должна осуществляться систематичность, создающая детям условия, при которых они говорили бы изо дня в день, от занятия к занятию свободной от заикания речью?

В 1958 г. Р. Е. Левина выдвинула идею развития коммуникативной функции речи у заикающихся детей и обосновала непродуктивность использования заученной речи.

Н. А. Чевелева разработала систему занятий, которая позволяет воспитать у детей на протяжении 8 — 9 мес. самостоятельную речь, лишенную запинок, начиная с самой легкой, доступной ситуационной речи и кончая контекстной речью. Таким образом, развитие речи заикающихся детей должно протекать в указанной выше последовательности. Почему же именно ситуационная речь, т. е. речь по поводу наглядных предметов или действий, оказывается сразу же доступной для заикающегося ребенка? Это происходит потому, что все, что видят, осмысливают, делают дети, они без труда и называют так как все предметы или совершаемые действия находятся перед их глазами, как бы сами подсказывают свои названия. В случае же затруднений в подыскании нужного слова наглядная ситуация позволяет ребенку заменить его местоимением (*эта, тот, такое* и др.) или просто жестом, указывающим на тот или иной предмет («Я взял вот это»; «Я положил сюда»; «Вот здесь»). И при этом заикание, как правило, не проявляется.

Постепенно уменьшая наглядную опору, можно усложнять речь детей. Упражняя ребенка в ответах, когда наглядная опора речи все больше уменьшается, можно развивать у него способность пользоваться контекстной речью, вовсе лишенной наглядной опоры.

Последовательность развития самостоятельной связной речи заикающихся детей должна состоять в том, что с первых занятий они отвечают на вопросы логопеда простыми, короткими фразами, называя игрушки, геометрические формы различных предметов, их величину, цвет, разнообразные действия с предметами («Это машина»; «Это листок»; «Листок синий»; «Я приклеиваю»; «Я раскрашиваю» и т. п.).

Затем в условиях такой же полной наглядности предметов и выполняемых действий дети отвечают уже простыми распространенными предложениями («Я взял свой кружочек»; «Я загибаю уголок»; «Сейчас я разрезаю свою полоску»; «Я катаю шарик из пластилина»). Постепенно предложения становятся все более развернутыми и, наконец, дети отвечают сложными предложениями («Это треугольник потому что у него три угла»; «У меня получился грязный флажок потому что когда я клеил, то взял много клея на кисточку»; «Я долго мял пластилин руками, чтобы он стал мягкий и легче было бы лепить из него»). И наконец, дети овладевают умением говорить без заикания, отвечая на самые сложные вопросы логопеда, задавая вопросы товарищам в самостоятельных рассказах (как изготавливали поделку, как будут играть с ней, кому подарят, как готовятся к предстоящему утреннику и т. д.).

Такое систематическое последовательное развитие связной речи дошкольников приводит к тому, что ребенок приобретает умение легко и быстро подбирать нужные слова, точно формулировать мысль, говорить без пауз и остановок. Кроме того, постоянные упражнения в плавной, свободной от заикания речи закрепляют рефлекс на нормальную здоровую речь.

## **Связь логопедических занятий с «программой воспитания и обучения в детском саду» и общережимными процессами**

Как уже говорилось выше, для развития у детей связной самостоятельной свободной от заикания речи необходимо создать такую обстановку, которая вначале обеспечивала бы максимальную наглядность (как опору для речи), а затем позволяла бы постепенно уменьшать наглядную опору и подводить дошкольников к отвлеченным обобщенным развернутым высказываниям лишенным конкретной наглядности. Такую благоприятную обстановку можно создать при реализации всех основных разделов программы для массового детского сада («Развитие речи» и «Ознакомление с окружающим», «Развитие элементарных математических представлений», «Изобразительная деятельность» и др.).

В процессе изобразительной деятельности (конструирование из бумаги, картона и других материалов, составление аппликаций из готовых и самостоятельно вырезанных форм, лепка из глины и пластилина, рисование карандашами и красками) дети видят предметы, о которых им приходится говорить, сразу осмысливают те действия, которые называют непосредственно участвуя в изготовлении поделки, о которой затем рассказывают той же последовательности. Поэтому программа по изобразительной деятельности может использоваться на логопедических занятиях с первых этапов и полностью, без каких-либо изменений в порядке прохождения.

Иная картина должна быть при освоении программы по развитию элементарных математических представлений. На первых этапах используются лишь те разделы, где можно применять демонстрационный раздаточный материал (знакомство с количеством предметов, с плоскими и объемными геометрическими формами с делением целого на части, порядковым счетом, знакомство с независимостью количества предметов от их расположения, формы, цвета и расстояния между ними). Остальные разделы программы по развитию элементарных математических представлений следует проходить на более поздних этапах. При этом необходимо учитывать возможность оснащения занятий наглядным материалом.

При прохождении программы по развитию речи и ознакомлению с окружающим логопед должен так изменить последовательность занятий, чтобы на первые этапы приходились следующие их виды: рассматривание предметов и объектов, сравнение предметов и объектов, рассматривание картин и серий картинок, экскурсии и наблюдения в природе.

Кроме специальных логопедических занятий для устранения заикания нужно использовать многие режимные процессы: подготовку к занятиям, сборы на прогулку, дежурство по группе, передевание музыкальным занятиям, приготовление обеда (завтраку, ужину) и т. п. Конкретным наглядным материалом для разговора с детьми могут служить их одежда, пособия для занятий, посуда, игрушки и др. Логопед спрашивает: чья это вещь, какого она цвета, что надел на себя ребенок, что наденет после, что он ставит на стол, что делал в группе сегодня утром, вчера вечером и т. д. При этом логопед должен помнить, что на первых порах его вопросы (а следовательно и ответы детей) должны относиться только к конкретным предметам или действиям.

На основе данной методики (разработанной Н. А. Чевелевой) и «Программы воспитания и обучения в детском саду» С. А. Миронова составлена специальная программа «Обучение и воспитание заикающихся дошкольников» (М., 1983).

Помимо описанного существует метод устранения заикания у дошкольников в процессе игровой деятельности (разработан Г. А. Волковой).

## **Роль семьи и детского сада в преодолении заикания у детей**

Успех в преодолении заикания у детей в большой степени зависит от помощи родителей и воспитателей, которые под руководством логопеда должны организовывать проводить общий и речевой режим ребенка, закаливающие и общеукрепляющие процедуры, а также выполнять все его советы и назначения.

Заикающиеся дети очень подвижны и возбудимы, поэтому родители часто не могут организовать дневной сон. Следует помнить, что продолжительный сон — 10 — 11 ч ночью и не менее 2 ч днем для заикающихся дошкольников должен быть обязательным, так как он укрепляет нервную систему детей и подготавливает их для активной работы на занятиях.

На занятиях под руководством логопеда дети говорят без пауз и запинок. Необходимо, чтобы в остальное время эти навыки сохранялись и поддерживались. Поэтому воспитатели и родители должны следить за речью детей. Они должны стараться ограничивать все разговоры детей, не задавать им вопросов, не заставлять повторять плохо (с заиканием) сказанные слова. Если ребенок (вне занятий) начинает говорить с заиканием, следует тут же прийти ему на помощь, договорив за него слово или фразу.

Особенно ответственными сложным является проведение первого месяца занятий «режима молчания» в детском саду и дома. Это общепринятое название является условным, так как по существу полного молчания вне занятий от любознательных подвижных эмоциональных детей добиться не удастся. Но стремиться к этому необходимо. Речь детей вне логопедических занятий допускается в самых крайних случаях и то шепотная.

Такое ограничение речи необходимо прежде всего для того, чтобы «погасить» патологический рефлекс на *заикание*. Кроме того, молчание детей, если его правильно организовать, успокаивает их нервную систему, дает возможность отдохнуть после напряженных речевых занятий.

И наконец, поскольку дети на логопедических занятиях всегда говорят без запинок, а в процессе «режима молчания» речевой акт не совершается у них вырабатывается стойкий рефлекс на нормальную речь.

Молчание детей должно достигаться не запретом, а педагогическими уловками, находками, изобретательностью воспитателей и родителей.

Нельзя допускать, чтобы при ребенке говорили о его заикании, демонстрировали его дефект другим лицам.

Своим личным примером воспитатели и родители должны приучать ребенка говорить не торопясь, не громко, выразительно.

Дома для ребенка необходимо создать спокойную обстановку. На протяжении года не следует принимать в присутствии ребенка гостей и его водить в гости. Это возбуждает малыша, провоцирует его плохую речь.

После устранения заикания хорошо увезти ребенка на несколько месяцев из города в какое-нибудь тихое место. Большую часть времени он должен проводить с кем-то одним из взрослых, наиболее спокойным, ласковым, выдержанным. Лучше, чтобы в это время ребенок дружил с одним товарищем, уравновешенным по характеру, желательномладшим по возрасту. Не следует перегревать ребенка на солнце, допускать перевозбуждения в играх.

Соблюдение этих условий закрепит полученные навыки нормальной речи и не даст возможности возникнуть рецидиву при каких-либо неблагоприятных условиях.

## Предупреждение заикания у детей

Для того чтобы уберечь ребенка от заикания, необходима большая профилактическая работа со стороны взрослых, окружающих его в семье, яслях, детском саду.

Уже с самого раннего возраста развития речи малыша на первый план выступает активное подражание речи взрослых. Но, являясь могучим фактором развития речи, подражание в то же время представляет известные опасности.

Прежде всего необходимо, чтобы речь окружающих была неторопливой, плавной, правильной и отчетливой. Правильная речь взрослых вызовет такую же правильную неторопливую речь и у ребенка. Ребенок должен говорить, достаточно широко открывая рот, не очень громко, не крикливо, не спеша. Вредно говорить на вдохе, захлебываясь, задыхаясь.

Нельзя допускать у детей ускоренной речи. Ранняя, слишком торопливая речь ребенка часто свидетельствует о повышенной возбудимости, ослабленности его нервной системы. Впоследствии она может привести к заиканию.

Заикание может возникнуть и по подражанию. Постоянно общаясь со взрослыми или сверстниками, страдающими заиканием, ребенок начинает воспроизводить те же запинки в собственной речи. Поэтому следует ограждать малыша от контактов с заикающимися.

Для нормального развития речи очень важно здоровое состояние нервной системы. У детей нервная система находится еще в стадии развития, она очень хрупка и не выдерживает сильных перегрузок. Поэтому с первых дней жизни ребенка необходимо проявлять о ней особую заботу: оберегать малыша от психических и физических травм, бурных проявлений гнева или радости, от пребывания среди нервных, беспокойных детей.

Отрицательно сказывается на состоянии речи детей и неблагоприятная обстановка в семье. Скандалы и конфликты между взрослыми, запугивание ребенка, побои, чрезмерно строгие наказания, частые одергивания у нервных и впечатлительных детей могут вызывать заикание.

Нельзя слишком перегружать речь ребенка, форсировать ее без учета возрастных возможностей, стремясь к преждевременному развитию. Необходимо помнить, что в младшем дошкольном возрасте речевые возможности ребенка ограничены, у него не развито еще в достаточной степени произношение беден словарный запас, он недостаточно владеет грамматическими средствами языка. А взрослые порой требуют от малыша слишком многого, заставляя его произносить сложные фразы, незнакомые и непонятные слова, заучивать слишком много стихотворений сложной по содержанию формы.

Следует учитывать, что правильно выговаривать все звуки речи ребенок сможет только после четырех лет, когда разовьется и окрепнет его артикуляционный аппарат. А до тех пор нельзя заставлять его произносить отдельные слова и фразы, трудные и в звуковом, и в смысловом отношении. В противном случае возникает несоответствие между недостаточно развитым речевым аппаратом и чрезмерной речевой нагрузкой. Кроме того, это перегружает нервную систему малыша, истощает его речевые возможности, утомляет речевые механизмы, нередко приводит к заиканию.

Не менее вредно для ребенка и другая крайность, когда взрослые в семье не читают ему, не просят пересказать прочитанное, не разучивают с ним стихотворений, очень мало разговаривают и не поправляют, когда он говорит неверно. В таких случаях ребенок заметно отстает в своем речевом развитии. При этом его мыслительные способности превышают речевые возможности. У малыша не хватает элементарного запаса

слов и грамматических средств для выражения собственных мыслей. В результате в момент высказывания в речи ребенка появляются продолжительные паузы, остановки, запинки, которые в дальнейшем могут перейти в стойкое заикание.

Не следует перегружать малышей избыточными впечатлениями, которые вызывают у них эмоциональное перенапряжение. К сожалению, некоторые родители, бабушки и дедушки часто водят детей в кино, театр, цирк, разрешают подолгу смотреть телевизор. Между тем посещение кинотеатров ребенком дошкольного возраста не рекомендуется вообще. Во-первых, потому что специальных художественных фильмов для детей такого возраста почти нет, во-вторых, сеанс в полчаса очень утомителен для малышей.

Возбужденный и утомленный перегруженный впечатлениями после посещения кинотеатра, театра, цирка, ребенок не может удержаться от расспросов, высказываний. При этом он глотает звуки, слоги, запинаясь, повторяет звуки или слова, перескакивает с одной мысли на другую, говорит торопливо. В его речи появляются запинки, которые могут закрепиться и перейти в заикание.

Выше сказанное отнюдь не означает, что нужно полностью исключить посещения театра, цирка. Но делать это нужно очень осторожно, заранее знакомясь с содержанием пьесы, постоянно помня о возрастных возможностях ребенка, о впечатлительности малыша, о ранимости его нервной системы.

Иногда заикание появляется у детей в результате чувства страха. Однако взрослому не всегда удается вовремя заметить скрытую тревогу, беспокойство малыша и тем более разгадать их причину. Помочь этому может наблюдение за поведением ребенка. Нельзя оставлять без внимания случаи, когда малыш боится один спать в комнате, пугается темноты, не остается один в помещении. Выяснив причину страха, надо постараться или устранить ее (например, оставлять в спальне ночник, пока ребенок не заснет, не рассказывать на ночь страшных сказок, волнующих историй), или показать ребенку, что в том, что он считает таинственным и страшным, на самом деле ничего таинственного и страшного нет. Ирония, насмешка равно как и выговоры и наказание в таком случае не помогут, а, наоборот, еще больше усилят чувство страха. Осторожно и тактично бережно нужно приучать ребенка преодолевать свой страх. Малыш боится оставаться один в комнате — обойдите вместе с ним все углы, загляните под диван, другую мебель, покажите, что никого там нет и бояться некого. Если ребенок боится собаки или кошки — подойдите с ним к животным, предложите покормить их из рук и т. д.

Особого внимания требуют дети, которые лучше владеют левой рукой, чем правой. Нередки случаи, когда от того, что этих детей насильственно заставляют делать правой рукой, у них возникает заикание. Если у ребенка левши существует предрасположенность к заиканию, нервная возбудимость, ускоренная речь, неоправданные повторения звуков в момент речи, речь на вдохе — переучивать его вообще нельзя. Если же с речью все благополучно у ребенка не отмечается ослабленности нервной системы, переучивание допустимо и приступать к нему следует как можно раньше. Делать это надо очень постепенно, осторожно, мягко, любовно, без принуждений, тем более без угроз и наказаний. Но при этом необходимо очень внимательно следить за речью ребенка и при малейшем проявлении заикания немедленно предлагать ему снова действовать левой рукой. Наибольший успех достигается тогда, когда ребенок переучивается без постороннего вмешательства добровольно, чтобы быть «как все».

## Контрольные вопросы

1. Какова распространенность заикания?
2. Как подразделяется заикание по этиологическому признаку? Какой из этих видов заикания является наиболее тяжелым дефектом?
3. Почему прогноз органического заикания всегда хуже, чем функционального?
4. Почему для устранения заикания необходимо комплексное воздействие?
5. Почему заикание необходимо устранять в дошкольном возрасте?
6. Можно ли предупредить заикание? Обоснуйте вывод.
7. Почему заикание, как правило, значительно ослабевает или совсем исчезает в момент произнесения заученного текста?
8. Что такое логофобия? Как это явление сказывается на эффективности устранения заикания?
9. Каким образом можно использовать режимные процессы в детском саду для устранения заикания у детей?
10. Когда, с какой целью и кем организуется и проводится «режим молчания» с заикающимися детьми?

## Контрольные задания

1. Используя материалы данного пособия и специальную литературу, составьте подробный план логопедического обследования заикающегося дошкольника.
2. Проведите самостоятельно логопедическое обследование заикающегося ребенка. Составьте на него речевую карту.
3. Проанализировав рекомендуемую литературу, составьте перечень мероприятий, которые должны проводить родители заикающегося ребенка по организации его общего и речевого режима в условиях семьи.
4. Напишите тезисы доклада для родителей на тему «Как предупредить заикание у детей».

5. Ориентируясь на схему логопедической помощи детям, составьте отдельную схему специальных учреждений по линиям двух ведомств — просвещения и здравоохранения где устраняют заикание у детей раннего, дошкольного и школьного возраста
6. Используя специальную литературу составьте конспект логопедического занятия по устранению заикания у дошкольников
7. Составьте план проведения собрания с родителями заикающихся детей
8. Составьте план музыкального занятия с заикающимися дошкольниками
9. Посетите на дому заикающегося ребенка. Выясните, как относятся в семье к дефекту малыша к самому ребенку, какова обстановка в семье, соблюдают ли родители необходимые требования для успешного преодоления заикания. Проведите соответствующую беседу.
10. Понаблюдайте за речью заикающегося дошкольника за его поведением, манерой говорить, вести себя во время разговора со взрослыми со сверстниками. Сделайте подробные записи. Потом проведите аналогичное наблюдение за взрослым заикающимся. Полученные результаты сравните. Сделайте выводы.

## Литература

1. Волкова Г. А. Коррекционная работа с заикающимися детьми дошкольного возраста по системе игр // Педагогические пути устранения речевых нарушений в детей. — Л., 1976. — С. 26 — 58.
2. Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников — М., 1983.
3. Обучение и воспитание заикающихся дошкольников Программа — М. 1983.
4. Правдина О. В. Логопедия- М., 1969. — С. 53 — 54, 151 — 172.
5. Селиверстов В. И. Современный комплексный метод преодоления заикания // Расстройство речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1969.
6. Чевелева Н. А. Исправление речи у заикающихся дошкольников — М., 1965;
7. Чевелева Н. А. Заикание у детей // Основы теории и практики логопедии М., 1968. — С. 229 — 271.

## Глава IX. Нарушения темпа речи характеристика темпа речи и его нарушений у детей

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

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

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

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

### Тахилалия

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

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

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

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

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

Доказана наследственная природа тахилалии.

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

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

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

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

При *заикании*

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

При спотыкании

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

## Коррекционная работа

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

1. Медицинское воздействие (медикаментозное физиотерапевтическое укрепление нервной системы).
2. Логопедические занятия (упорядочение темпа речи, воспитание логического мышления, внимания, нормализация просодической стороны речи: ритма, мелодики, пауз).
3. Специальные виды лечебной физкультуры.
4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, общей и речевой моторики).

Продолжительность занятий 9 — 10 мес.

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

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

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

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

При тахилалиичасто бываетнарушенапоследовательностьлогичностьмышления. Этомутакже следует уделять большое внимание. В таких случаях полезно учить детей составлять рассказ по плану, подсказываяим последовательностьизложения. Эффективентакой вид рассказывания когда логопедначинаеткаждую фразу, а все дети по очереди договаривают. При этом все фразыдолжны быть объединены одной темой. Подобныеупражненияразвиваюту детейлогичностьмышленияи одновременнопозволяютим тренироватьсяв неторопливом темпе речи.

После окончания курса занятийнеобходимо в течение года очень внимательноследить за речью ребенка, так как тахилалияимеет тенденцию к возвращению. Нужно беречь приобретенныеребенкомнавыки и не позволятьему ускорять темп речи. Если в течение года сохранится нормальныйтемп речи, значит, тахилалияисчезлапрочно.

## Физиологические итерации

Термин «физиологическиетерации» произошелот латинского*iteratio*— повторение. У детей дошкольноговозрастав результате несовершенствадействительностислухового и речедвигательногоанализаторовв период формированияречи отмечаетсяследующаяее особенность: дети повторяютнекоторыезвук или слоги. Причем сами они не замечаютподобныхявлений, и, следовательно, такие итерации не препятствуютнормальному речевомуобщению.

Чешский ученый М. Зеeman считал, что итерацииначинают проявлятьсяеще в стадии «агукания», а затем в стадии появления первых самостоятельныхслов. Однако преобладаетточка зрения, что у большинствадетей (в 80% случаев) итерациинаиболееярко проявляютсяв период формированияфразовойречи, т. е. с 2 лет (СНОСКА См.: Зеeman М. Расстройство речи в детском возрасте М.. 1962 - С. 212.)

Ф. А. Рау также говорил о подобных явлениях детской речи, отмечая их как персеверации(застревания). Причину этих явлений он видит в том, что у дошкольниковслуховыеи кинестетическиеобразымногих слов еще недостаточночетки. А нечеткостьсловесныхобразов приводит к ошибочномуих воспроизведению. Вот почему речь детей содержитмного повторений, неточностей, перестановок.

Постепенно благодаря постоянному речевому общению ребенка с окружающими их воспитательному воздействию в результате систематической речевой практики к 4 — 5 г. у детей полностью исчезают такие переходные явления, как итерации и другие несовершенства фонетики. А это означает, что в коре головного мозга ребенка образовались четкие, прочные слуховые и кинестетические образы слов и словосочетаний. И в дальнейшем ребенок оказывается в состоянии не только управлять работой своих речевых органов, но и контролировать ее, а в случаях необходимости исправлять допущенные фонетические ошибки.

Таким образом, итерации в детской речи вполне закономерное естественное явление. Они и называются физиологическими потому, что ничего общего не имеют с патологией, а свойственны раннему периоду развития речи дошкольников.

## Брадилалия

Брадилалия (от греч. *bradus* — медленный, *lalia* — речь) — патологически замедленный темп речи. Некоторые исследователи употребляют термин «брадифразия».

При брадилалии речь чрезмерно замедленная с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Большинство детей с такой патологией свойственна общая вялость, заторможенность, медлительность. Часто отмечается замедленный темп не только внешней, но и внутренней речи. У детей с брадилалией обычно бывают нарушения общей моторики, внимания, памяти, мышления.

М. Е. Хватцев отмечал, что патологически замедленный темп речи нередко встречается у умственно отсталых детей.

Излишне медлительная речь вызывает нетерпение и раздражение со стороны окружающих. Поэтому дети с такой речью вообще стараются не говорить. А это еще больше задерживает их речевое, а следовательно и умственное развитие.

Брадилалию детей часто сопутствует монотонность голоса, недостаточно модулированная речь.

Причины брадилалии разнообразны. М. Е. Хватцев считал одной из главных причин патологическое усиление тормозного процесса, который начинает доминировать над процессом возбуждения.

Брадилалия может передаваться по наследству вместе с нарушением внутренней речи.

Так же как и тахилалия, брадилалия может возникать в результате подражания или неправильного воспитания.

## Коррекционная работа

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

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

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

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

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

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

## Предупреждение нарушений темпа речи у детей дошкольного возраста

Родители и воспитатели несут большую ответственность не только за правильное речевое развитие детей, но и за предупреждение речевых дефектов.

Часто, не обладая необходимыми знаниями, родители или воспитатели, не подозревая этого, бывают повинны в возникновении у детей патологического нарушения темпа речи.

Прежде всего и родители и воспитатели должны заботиться о здоровом развитии нервной системы ребенка. Необходимо охранять ее от таких чрезвычайных раздражителей как шум, запугивание, излишняя суровость, неожиданные окрики, резкие переходы в обращении с детьми от суровости к чрезмерной ласковости, испуг, страх, пребывание среди нервных, возбудимых, очень беспокойных детей.

Вместе с тем не следует излишне баловать детей, потакать всем их желаниям. Старшие должны стремиться к соблюдению ровного, спокойного отношения к ребенку на фоне разумной требовательности. Сознательная дисциплина постоянно хорошего настроения, желание быть во всем образцовым, выдержанность, собранность ребенка обеспечивают устойчивость его нервной системы против неблагоприятных раздражений извне и поэтому предохраняют от нервной, очень торопливой речи, т. е. от появления тахилалии.

Особое внимание следует уделять нервным, впечатлительным, ранимым детям. К ним нужно проявлять повышенную чуткость. Очень важно всячески укреплять здоровье этих детей, нервную систему в соответствии с рекомендациями врачей.

С самого раннего возраста ребенок активно подражает речи окружающих. Но подражание является могучим средством развития детской речи, в то же время представляет известную опасность. Выше уже отмечалось, что и тахилалия и брадилалия могут возникать в результате подражания. Поэтому нужно исключать всякие контакты ребенка с людьми, которые говорят чрезмерно быстро или слишком замедленно.

Речь родителей и воспитателей должна быть всегда правильной, отчетливой, плавной, четкой по артикуляции, простой по структуре, выразительной, неторопливой, но и не излишне растянутой. Нельзя допускать, чтобы дети говорили на вдохе, захлебываясь, задыхаясь. Если ребенок будет постоянно слышать правильную речь и в семье, и в детском саду, он и сам в конце концов будет говорить правильно.

Так же внимательно нужно следить за явлениями итерации (повторениями звуков, слогов, слов). Выше уже отмечалось, что она естественна для детского возраста, но при нервной ослабленности ребенка может перейти в заикание.

## Контрольные вопросы

1. Какой темп речи принято считать нормальным?
2. Каковы возрастные особенности темпа речи маленьких детей?
3. Как называется патологически ускоренный темп речи? Сколько звуков речи произносится в секунду при такой стремительной речи?
4. Каковы причины тахилалии?
5. Что такое спотыкание?
6. Назовите признаки, по которым можно отличить истинное заикание от внешне сходных с ним запинок при спотыкании.
7. Почему логопедические занятия по устранению нарушений темпа речи проводятся в коллективной форме?
8. Почему логопедические занятия по устранению тахилалии и брадилалии проводятся комплексным методом?
9. Из каких направлений складывается комплексное воздействие на нормализацию темпа речи?
10. В чем состоит предупреждение нарушений темпа речи у детей?

## Контрольные задания

1. Проведите логопедическое обследование ребенка с патологическим нарушением темпа речи. Составьте заключение
2. Составьте план логопедической работы с детьми, имеющими тахилалию
3. Составьте конспект логопедического занятия с детьми, имеющими брадилалию
4. Напишите тезисы доклада для родителей на тему «Как предупредить нарушения темпа речи у детей».
5. Используя рекомендованную литературу составьте тезисы доклада для воспитателей на тему «Как воспитывать у детей нормальный темп речи».
6. Проведите логопедическое обследование сначала ребенка с тахилалией при которой проявляется спотыкание а затем — заикающегося ребенка Проведите сопоставительный анализ полученных результатов

## Литература

Кочергина В. С. Расстройство темпа, ритма и плавности речи // Расстройство речи у детей и подростков/ Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1969. — С. 213- 225.

Правдина О. В. Логопедия М., 1969, — С. 150-152.

Селиверстов В. И. Нарушения темпа речи // Заикание — М., 1979.- С. 8 — 26.

Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения - Д., 1981.

## Глава X. Нарушения письма и чтения у детей

Наряду с патологией устной речи существуют нарушения письменной речи. Это нарушения письма и чтения.

Понятно, что ни один ребенок не может научиться сразу, вдруг, абсолютно правильно читать и писать. Все дети проходят стадию первоначального обучения, на которой у них бывает большее или меньшее количество ошибок. Но не о таких ошибках — закономерных естественных — идет речь, когда имеют в виду патологию.

Как известно, дети с нормальной речью на протяжении всего дошкольного возраста усваивают необходимый словарный запас, овладевают грамматическими формами, приобретают готовность к овладению звуковыми морфемным анализом слов. Однако у детей с различными формами речевой патологии происходит отставание в развитии этих процессов.

*Составить предложения  
по картинкам.*

1. С ветки свистит в вазе.
2. В вазе ваза цветкай  
милый ману.
3. Маленький синий кро-  
воте.
4. Тамара Александров-  
на разговаривает сучь-  
ницей сучай сучрой.

*Записать на звание  
картинок.  
цветода, цветальчик,  
цветок, петчик.*

Рис. 41. Пример нарушенного письма у ребенка с общим недоразвитием речи

Как показывают исследования Р. Е. Левиной Н. А. Никашиной Л. Ф. Спировой и др., готовность к звуковому анализу у логопатов дошкольников почти в два раза хуже, чем у нормально говорящих детей. Поэтому дети с различными нарушениями речи обычно оказываются не в состоянии полностью овладеть письмом и чтением в условиях массовой школы.

Дети с недостатками письма часто пишут так, что, не зная, что им было продиктовано невозможно прочитать написанное. Например «чипсь» (*щипцы*), «сукли» (*чулки*), «девакана дя» (*девочка Надя*), «лука» (*рука*) (рис. 41).

Поскольку письмо и чтение тесным образом взаимосвязаны нарушения письма, как правило, сопровождаются нарушениями чтения. Чтобы контролировать свое письмо, ребенок должен читать написанное и, наоборот, при чтении он пользуется написанным или другим лицом текстом.

Патологию письма обозначают следующими терминами аграфия (от греч. *a* — частица, означающая отрицание, *grapho* — пишу) — полная неспособность к усвоению письма и дисграфия (от греч. *dis* — приставка, означающая расстройство, *grapho* — пишу) — специфическое нарушение письма.

Недостатки чтения называют алексией (от греч. *a* — частица, означающая отрицание и *lego* — читаю) — полная неспособность к усвоению чтения и дислексией — специфическое нарушение чтения.

В настоящее время установлено, что нарушения письма и чтения у детей чаще всего возникают в результате общего недоразвития всех компонентов языка: фонетико-фонематического и лексико-грамматического. Дисграфия и дислексия возникают как правило у детей с III уровнем речевого развития (СНОСКА См.: Зеeman М. Расстройство речи в детском возрасте М., 1962 - С. 212.), так как при тяжелых формах общего речевого недоразвития (I и II уровни) они вообще оказываются не в состоянии овладеть письмом и чтением. (Для подготовки таких детей к обучению письменной речи необходимы систематические в течение ряда лет, занятия по формированию устной речи.)

Это объясняется тем, что дети недостаточно различают на слух фонемы, близкие по артикуляционным или акустическим признакам. Кроме того, владея крайне ограниченным словарным запасом, ребенок не понимает значений некоторых даже самых простых слов и поэтому искажает их, пропускает, заменяет, смешивает. Недостаточная сформированность грамматического строя речи приводит к пропускам, заменам или искажениям предлогов, к ошибкам в управлении согласованиями и др.

Однако такой взгляд на причины нарушений письменной речи определен сравнительно недавно. Первоначально в конце XIX в., патологию письма и чтения рассматривали как одно из проявлений умственной отсталости (Т. Хеллер, И. Вольф).

Впоследствии немецкий ученый А. Куссмауль в 1877 г. отказался от такой трактовки и определил нарушения письменной речи как самостоятельную аномалию, не связанную со снижением интеллекта.

На рубеже XIX и XX вв. появляется новая теория, объясняющая дефекты письма неполноценностью зрительного восприятия. Сторонники этого подхода (В. Морган, П. Раншбург, Х. Баштиани др.) обозначили данный дефект термином «врожденная словесная слепота». Эта теория получила широкое распространение как в науке, так и в практике. Согласно такому подходу методика преодоления недостатков письменной речи сводилась главным образом к упражнениям в запоминании начертаний букв путем списывания, вырезывания, выпиливания, закрашивания, заштриховывания, подчеркивания, лепки из пластилина и т. д.

Подобная методика, направленная на механическую тренировку зрительного восприятия, оказалась неэффективной и нарушения письма и чтения долгое время оставались непреодолимым дефектом.

Затем, в начале XX в., была сделана попытка объяснить дефекты письменной речи нарушениями других анализаторов. В соответствии с этим дисграфию подразделяли на оптическую, акустическую, моторную, идеомоторную (К. Н. Монахов).

Однако уже в то время появились исследователи, которые возражали против такого толкования дисграфии, например английский ученый С. Ортон. Он указывал, что при неспособности к письму трудности наблюдаются иногда только в отношении отдельных букв, но главной помехой при приобретении навыков правильного письма он считал невозможность комбинировать буквы в известной последовательности составлять из букв слова.

Впоследствии в 30-х гг. XX в., появился более прогрессивный взгляд на недостатки письма, связывающий их с дефектами произношения. Эта теория принадлежит нашим советским ученым Ф. А. Рау, М. Е. Хватцеву, Н. Н. Трауготт, А. Я. Яунберзинь и др. По этой теории дисграфия определяется как «косноязычие» в письме, в результате которого возникают специфические затруднения при овладении письмом. Предполагалось, что при исправлении дефектов звукопроизношения исчезают и нарушения письма. Однако практика показала, что коррекция произношения в большинстве случаев не обеспечивает устранения нарушений письма и чтения.

Кроме того, часто нарушения письма отмечались у детей, которые правильно произносили все звуки.

В исследованиях Р. М. Боскис и Р. Е. Левиной было выдвинуто предположение, что в преобладающем большинстве нарушений письменной речи являются проявлением недоразвития фонематического восприятия — пониженной способности детей с нормальным слухом улавливать звуковые отношения, составляющие систему фонем родного языка.

Так была выдвинута и научно обоснована причина дисграфии и дислексии — фонематическое недоразвитие.

Эта точка зрения на нарушения письма и чтения в дальнейшем не только получила полное подтверждение, но и развивалась в последующих работах Р. Е. Левиной, Н. А. Никашиной, Л. Ф. Спириной, А. К. Марковой, Г. И. Жаренковой и др. В исследованиях вышеуказанных специалистов нарушения письма и чтения трактуются в соответствии с системным подходом к патологии речи как проявления речевого недоразвития.

Прежняя тенденция — рассматривать нарушения письменной речи как самостоятельную аномалию, не связанную с развитием устной речи, была признана ошибочной.

Экспериментально было доказано также и то, что у детей-дисграфиков дислексиков нет затруднений при усвоении зрительно-пространственного расположения букв в слове, так как все они правильно списывают предъявляемые тексты.

Итак, в настоящее время установлено, что нарушения письма и чтения у детей возникают в результате отклонений в развитии устной речи: несформированность в полной мере фонематического восприятия или, что бывает чаще, недоразвития всех ее компонентов (фонетико-фонематического и лексико-грамматического).

Такое объяснение причин нарушений письменной речи у детей прочно утвердилось в советской логопедии. Оно принято также большинством зарубежных исследователей (С. Борель-Мэзонни, Р. Бек-кер и др.).

## Выявление нарушений письма и чтения

Логопедическое обследование детей с дисграфией и дислексией должно установить

- 1) степень усвоения навыков звукового анализа
- 2) степень усвоения навыков письма и чтения
- 3) состояние устной речи в целом, т.е. уровень развития фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон языка.

Одним из условий развития письменной речи является наличие навыков сознательного анализа и синтеза составляющих ее звуков, без чего процессы письма и чтения оказываются невозможными. Таким образом, прежде всего необходимо выявить готовность ребенка устно производить анализ звукового состава слов. Для этой цели существует много разнообразных приемов.

### 1. Различения и выделение звуков из состава слова

Сначала проверяется умение выделять гласные звуки. Логопед произносит громко и протяжно звуки *а* и *о*. Предлагает ребенку повторять эти звуки за ним. Затем называет слова, где эти звуки стоят в начале и находятся под ударением (*осы, Аня, Аля, Оля* и др.), а ребенок определяет, какой первый звук в каждом слове. Аналогично отрабатываются все остальные гласные звуки.

После этого можно предложить ребенку выделять согласный звук, прежде находящийся в конце слова, затем — в начале.

Логопед называет слова, а ребенок поднимает руку, если услышит слово, оканчивающееся (начинающееся) на заданный звук.

### 2. Придумывание ребенком слов, начинающихся на заданный звук

Логопед вначале сам называет ряд слов, начинающихся на какой-то звук, например *мыло, мама, мальчик, муха, машина*. А затем просит ребенка придумать и назвать слова, начинающиеся на звук *ш*, далее — на звук *с* и т. д.

### 3. Подбор ребенком картинок, названия которых начинаются на заданный звук

Логопеду для этой цели следует иметь несколько наборов картинок. Каждый такой набор должен содержать картинки, названия которых начинаются

- а) с заданного звука (картинки, которые надо будет отобрать ребенку);
- б) со звуков, наиболее часто смешиваемых заданным;
- в) с других звуков.

Например, ребенок должен отобрать картинки, названия которых начинаются на звук *ш*. В таком случае ему предъявляют следующий набор картинок: чашка, каша, шар, шуба, шалац, шапка, шляпа, шарф, шкаф, цапля, зубы, собака, жук, желуди, чулки, цыпленок, цепь, сарафан, скамейка, сани, сумка, щетка, щипцы, зонт, платье, лейка, карандаш, стол, школа и т. д.

Ребенок отбирает только нужные картинки, а остальные откладывает в сторону.

### 4. Распределение ребенком картинок, названия которых начинаются наиболее часто смешиваемых детьми звуков

Этот прием требует (в отличие от предыдущего), чтобы все предложенные ребенку картинки были им распределены по соответствующим группам.

Ребенку предъявляют картинки, названия которых начинаются со смешиваемых звуков. Например, набор состоит из картинок с предметами, названия которых начинаются на звуки *с* и *ш*. Ребенок должен внимательно подумать и разложить картинки на две соответствующие группы.

### 5. Сравнение слов (паронимов) по звуковому составу

Ребенку предъявляют набор картинок, из которых он должен подобрать такие пары, названия которых различаются лишь одним звуком, например *рак — лак, жук — лук, дом — ком, мак — бак, лом — сом, коза — коса*.

### 6. Деление предложений на слова, слов на слоги, слогов на звуки

Ребенку дают для анализа предложение и слова, предлагают сосчитать количество слов в предложении и звуков в слове, определить, из каких звуков оно состоит, какова последовательность звуков, затем назвать звуки по порядку.

## Обследование письма

Обследование начинают с самых простых заданий. Наиболее доступно для ребенка задание сложить слова из разрезной азбуки.

Логопед показывает картинки с изображениями предметов и складывает соответствующие слова. В начале для облегчения задания можно давать ребенку все буквы азбуки, а лишь те, из которых состоит то или иное слово. Например, если на картинке изображен кот, нужно дать ребенку О, Т, К. Если задание будет выполнено правильно, ребенку предоставляются все буквы азбуки.

Далее приступают непосредственно к письму, также начиная с наиболее легких вариантов

### 1. Написание слов по картинкам

Ребенку предлагаются картинки с изображениями хорошо знакомых ему предметов повседневного обихода. Картинки следует подбирать так, чтобы слова были различной сложности (стечение согласных, сложная слоговая структура, сочетание смешиваемых звуков), например *сковорода, скворечник, карандаш, ножницы, телевизор, магнитофон, пирамида, баранки, лыжи, коньки, шуба, старушка, бабушка, сушки, гриб, стички, зажигалка, коробочка, щипцы, клещи, чулки, зубы*.

Логопед дает задание написать названия предметов, изображенных на картинках.

### 2. Написание предложений по картинкам

Ребенку дают сначала предметные картинки, затем сюжетные, и, наконец, серии картинок. Он должен сначала составить предложения, а затем написать их.

Помимо перечисленных выше приемов, навык письма у детей проверяют с помощью слуховых диктантов.

Диктанты для проверки подбирают и составляют таким образом, чтобы они включали в себя слова со звуками, близкими по звучанию или сходными по артикуляции.

Кроме того, диктанты, предлагаемые детям при обследовании, должны соответствовать всем требованиям школьной программы по русскому языку (и, конечно, возрасту ребенка).

Особое значение имеет проверка навыков самостоятельного письма, дающая возможность выявить такие ошибки, которые не могут быть обнаружены при письме под диктовку (например, аграмматизм, бедность словарного запаса, неточное употребление слов и предлогов и т. д.). Такое самостоятельное письмо позволяет также понять, в какой мере ребенок владеет письменной речью в целом.

Для проверки навыков самостоятельного письма детям предлагают подробно описать сюжетную картинку или составить письменный рассказ по серии картин. Можно попросить ребенка описать события прошедшего дня, прошедшего праздника, просмотренного кинофильма, прочитанной книги.

При обследовании навыков письма необходимо учитывать характер процесса письма, т. е. может ли ребенок сразу фонетически правильно записать слово или проговаривает его по нескольку раз, ищет нужный звук, вносит ли он поправки (зачеркивает, перечитывает снова, исправляет) или совсем не может и не пытается найти ошибки и т. д.

Особое внимание следует обращать на специфические ошибки.

К специфическим дисграфическим ошибкам относятся следующие:

#### 1. Специфически фонетические замены

Это ошибки, указывающие на недостаточность различения звуков, принадлежащих одной группе или к разным группам, различающимся тонкими акустико-артикуляционными признаками. Сюда относятся замена и смешение букв, обозначающих свистящие и шипящие звуки, звонкие и глухие, мягкие и твердые *p* и *л*, замена букв, обозначающих гласные звуки.

#### 2. Нарушение слоговой структуры слова

Сюда относятся ошибки, свидетельствующие о недостаточной четкости звукового анализа, о неумении не только уточнять и выделять звуки и слова, но и устанавливать последовательность. Это пропуск отдельных букв и целых слогов, перестановка букв или слогов, раздельное написание частей одного слова и слитное написание двух слов.

#### 3. Грамматически ошибки

Эти ошибки указывают на незаконченность процесса формирования грамматического оформления письменной речи. К ним относится пропуск или неверное употребление предлогов, служебных слов, падежных окончаний, неверное согласование слов, ошибки в управлении. Именно описанные выше категории специфических ошибок позволяют установить у ребенка дисграфию, поэтому они считаются диагностическими.

Помимо указанных специфических ошибок, у дисграфиков отмечаются другие, характерные для всех детей, у которых еще недостаточно сформировались навыки правильного письма.

К ошибкам, сопутствующим дисграфии, относятся следующие:

#### 1. Орфографически ошибки

Ошибки на правописаниеу дисграфиковболее многочисленны чем у детей, еще не овладевшихполностью грамотнымписьмом. Причем преобладают ошибки на буквы, обозначающиебезударныегласные, сомнительныеили непроизносимыесогласные на написаниезвонких и глухих звуков в конце слова, на обозначениеисмягчения согласных

## 2. Графическиешошибки

Это замены букв по графическому сходству (вместо И пишется Ш и наоборот, вместо Л — Ми наоборот и т. д.) и по графическому признаку (вместо Б — Д и наоборот, вместо Т — Ш и т.п.).

## Обследование чтения

Для обследования состояния чтения у детей используются специально составленные (обязательно печатными буквами) тексты. Такой материал для обследования чтения должен отвечать следующим требованиям 1) в текстах должно быть как можно больше оппозиционных букв и слогов; 2) содержание текстов должно строго соответствовать знаниям ребенка быть доступным ему; 3) тексты должны быть небольшими по объему; 4) следует исключать возможность использования знакомых ребенку текстов, т. е. таких, которые уже встречались ему в школе или дома.

Существует много разнообразных приемов обследования чтения у детей, причем их нужно использовать в порядке постепенного возрастающей сложности начиная с самых элементарных. Это позволит с наибольшей точностью установить, в чем состоят главные затруднения ребенка

### 1. Чтение отдельных букв.

Логопед показывает ребенку буквы разрезной азбуки (по одной), тот называет их. Затем логопед просит ребенка найти какую-то букву среди других. Буквы для узнавания следует называть в таком порядке, чтобы они соответствовали оппозиционным фонемам, например С-Ш-Ч-Щ-З-Ж-Ц, Р-Л, Г-К и т. д.

### 2. Чтение слогов.

Ребенку предлагаются слоги, включающие соответствующие оппозиционные фонемы (*са-ша, за-жа, ца-ча, ра-ла* и т.д.). Кроме прямых слогов, предъявляются и обратные а также слоги со стечением согласных. Если ребенок неправильно произносит некоторые звуки, их нужно обязательно включать в слоги для проверки чтения. При этом особое внимание следует обращать на наличие умения дифференцировать звуки

### 3. Чтение слов.

Вначале детям нужно предлагать для чтения самые простые слова (*мама, ток, лом, сом* и т. п.). Затем — более сложные по слоговому и морфологическому составу (*зеркала, здание, простыня, чаща, щипцы, скворечник, спички* и т.п.).

### 4. Чтение отдельных предложений специально подобранных текстов.

При использовании данного приема, помимо обследования процесса чтения, нужно также проверять, как понимает ребенок прочитанное. Для этой цели при чтении ребенком отдельных фраз можно предложить ему выбрать картинку, соответствующую содержанию прочитанного (мальчик катается на коньках, старушка вяжет чулок, девочка смотрит в зеркало и т.п.). Эффективно в вопросе к ребенку по поводу прочитанного или задания на пересказ

Необходимо также установить характер чтения: побуквенное оно или послоговое

Особое внимание следует обращать на характер специфических дислексических ошибок: замены фонем (особенно оппозиционных); пропуски, перестановки, искажения слогов, замены слов; аграмматизм при чтении — иными словами, те же ошибки, что и при дисграфии, только выражаются они не в письме, а при чтении.

Важно также установить характер угадывающего чтения, темп чтения.

Все выявленные при обследовании ошибки в письме и чтении необходимо тщательно проанализировать, особо выделив из них специфические

После этого нужно обследовать состояние общего речевого развития ребенка: звукопроизношение и фонематическое восприятие (приемы обследования см. в гл. II), а также словарный запас и уровень сформированности грамматического строя речи (см. гл. X).

Затем необходимо сопоставить данные обследования всех компонентов устной речи с ошибками, выявленными при письме и чтении. Это позволит установить, являются ли в каждом конкретном случае дисграфия и дислексия следствием нарушения фонематического восприятия или же имеет место более серьезная причина — общее недоразвитие речи.

Необходимо также уметь отделять истинную дисграфию и дислексию от неправильного письма и чтения, вызванного целым рядом причин, но не обусловленного речевым недоразвитием. К таким причинам можно отнести следующие: недостаточное усвоение школьной программы по родному языку, педагогическая запущенность, влияние двуязычия. Но в таких случаях даже при наличии большого количества разнообразных ошибок в письме и чтении ребенка не должно быть специфических ошибок.

## Основные направления коррекционной работы по устранению нарушения письма и чтения

В настоящее время является общепризнанным, что между недоразвитием устной речи и нарушениями письма и чтения у детей существует тесная взаимосвязь. Поэтому для устранения нарушений необходима единая система коррекционного воздействия. В подтверждение этого положения говорит тот факт, что дисграфия и дислексия не являются изолированными дефектами, а чаще всего сопровождают друг друга.

Н. А. Никашина, Л. Ф. Спирина, Р. И. Шуйфер в своих работах, посвященных проблеме преодоления патологии письменной речи у детей, подчеркивают, что устранение недостатков устной речи, чтения и письма должно осуществляться комплексно.

Такую работу обычно проводит логопед на школьных логопедических пунктах в свободное от уроков время (3 — 4 раза в неделю). Основные направления логопедической работы:

**1. Развитие фонематического восприятия** (О системе работы по развитию фонематического слуха см. в гл. II.) Дифференциация оппозиционных звуков и слогов проводится не только на слух, но и закрепляется в письменной речи. Формирование фонематического восприятия проводится с обязательным участием также и речедвигательного анализатора. Поэтому одновременно с развитием фонематического слуха осуществляется работа над звукопроизношением.

**2. Работа над звукопроизношением** Прежде всего необходимо устранить все недостатки в произношении фонем (искажения, замены, отсутствия звука). Иногда встречаются дети, у которых звукопроизношение оказывается сохранным. В таких случаях следует отрабатывать более четкую (почти утрированную) артикуляцию, чтобы включить речедвигательный анализатор. Кроме того, необходимо помнить, что при нарушении фонематического слуха даже сохранные звуки не могут артикулироваться абсолютно четко.

**3. Развитие навыков звукового анализа и синтеза** Работа по развитию фонематического восприятия переходит в работу по развитию навыков звукового анализа. Последняя проводится всегда на материале правильно произносимых детьми звуков. Основными видами этой работы являются:

а) выделение из предложения слов, из слов слогов, а затем и звуков. Такой анализ должен сопровождаться составлением схемы целого предложения (длинная черта — предложение, короткие черточки — слова, самые маленькие черточки — слоги, точки — звуки);

б) дописывание недостающих букв, слогов;

в) отбор слов по количеству слогов (в один столбик записываются односложные слова, в другой — двусложные и т. д.);

г) придумывание слов на заданный звук и запись их, подбор к каждому слову другого с оппозиционным звуком и т. д.

**4. Обогащение словарного запаса и развитие практического умения пользоваться им.** Обычно этот этап начинается с того, что учат детей разным способам образования новых слов, например образованию слов с помощью различных приставок от одной глагольной основы (*ушел, пришел, зашел, перешел*) с помощью одной приставки от разных глагольных основ (*пришел, принес, прилетел, прибежал* и т. д.). Другой вид словарной работы — подбор однокоренных слов. Такая работа резко улучшает правописание безударных гласных, так как облегчает ребенку подбор проверочных (однокоренных) слов.

На протяжении всех занятий расширяется и уточняется закрепляется словарный запас детей. Главная задача — сочетать упражнения по звуковому анализу каждого слова с уточнением его значения и упражнениями в письме и чтении. Большая работа проводится по активизации словарного запаса.

**5. Развитие грамматических навыков** Основными задачами этого этапа являются работа над пониманием и употреблением предлогов, составлением предложений по картинкам, сериям картинок, распространением и сокращением предложений и т. д.

## 6. Развитие связной речи, как устной, так и письменной

Занятия по устранению недостатков письма и чтения проводятся на протяжении всего учебного года. Необходимым условием их эффективности является развитие письменной и устной речи.

Коррекция недостатков письма и чтения требует постоянных систематических занятий, отнимает у детей много сил и времени, в результате чего может снизиться общая успеваемость. Поэтому значительно легче и целесообразнее предупредить нарушения письма и чтения, чем их преодолевать.

## Предупреждение нарушений письма и чтения

Одно из необходимых условий предупредительного воздействия — раннее распознаваниестораживающих признаков речевого недоразвития.

Ключевым моментом в определении возможных затруднений в письме и чтении и в организации коррекционных мероприятий является изучение фонематического развития детей с речевой патологией.

На основе всестороннего анализа и оценки роли отдельных компонентов речевой деятельности в структуре различных дефектов речи в 60-х гг. была выделена особая категория детей дошкольного возраста с недостаточными предпосылками для обучения письму и чтению.

К этой категории относятся дети с фонетико-фонематическим недоразвитием.

## Характеристика детей с фонетико-фонематическим недоразвитием

Известно, что самым распространенным дефектом у детей среднего и старшего дошкольного возраста является нарушение звукопроизношения (см. гл. «Дислалия»). К данной группе относятся дети, у которых наблюдается неправильное произношение отдельных звуков, одной или

нескольких групп звуков (например свистящих свистящих шипящих свистящих аффрика) при нормальном физическом слухе. Более тщательное изучение звуковой стороны речи этих детей показывает несформированность некоторых из них всей совокупности ее элементов — звукопроизношения ритмико-слоговой структуры слова, восприятия фонем (речевых звуков). Характер подобных отклонений является фактором риска по отношению к овладению навыками письма и чтения.

Что же представляет собой фонетико-фонематическое недоразвитие?

Фонетико-фонематическое недоразвитие — это нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

Можно выделить основные проявления, характеризующие это состояние.

**1. Недифференцированное произношение пар или групп звуков** В этих случаях один и тот же звук может служить для ребенка заменителем двух или даже трех других звуков. Например мягкий звук *т'* произносится вместо звуков *с'*, *ч*, *ш* («тюмка», «тяска», «тяпка» вместо *сумка*, *чашка*, *шапка*).

**2. Замена одних звуков другими, имеющими более простую артикуляцию представляющим поэтому меньшую произносительную трудность для ребенка** Обычно звуки, сложные для произнесения заменяются более легкими, которые характерны для раннего периода речевого развития. Например звук *л* употребляется вместо звука *р*, звук *ф* — вместо звука *ш*. У некоторых детей целая группа свистящих шипящих звуков может быть заменена звуками *т* и *д* («табак» вместо *собака* и т. п.).

**3. Смещение звуков** Это явление характеризуется неустойчивым употреблением целого ряда звуков в различных словах. Ребенок может в одних словах употреблять звуки правильно, а в других — заменять их близкими по артикуляции или акустическим признакам. Так, ребенок умея произносить звуки *р*, *л* или *с* изолированно в речевых высказываниях произносит, например «Сторял слогает дошку» вместо *Столяр строгает доску*.

Отмеченные особенности могут сочетаться с другими недостатками произношения звук *р* — горловой, звук *с* — зубной, боковой и т. д.

Подобный характер нарушений звуковой стороны речи должен насторожить воспитателя и родителей так как он свидетельствует о недоразвитии фонематического слуха (способности различения фонем). Существует система приемов, помогающих в таких случаях определить степень его несформированности. Это задания типа:

- 1) определить разницу между правильными и неправильным произношением звука в собственной и чужой речи. Нередко дети не улавливают различия между своим неправильным произношением и произношением окружающих. Это происходит из-за ослабленного слухового контроля;
- 2) воспроизвести за взрослым 3 — 4 слоговых сочетания из легких для произнесения звуков типа *па-по-пу*; *па-ба-па*. Затруднения при воспроизведении вызываются неправильным восприятием слогов с оппозиционными звуками и слабым различием последовательности звуков;
- 3) выделить определенный звук из «цепочки» звуков (например звук *с* среди звуков *т*, *ц*, *ч*, *з*, *с*, *ш*, *р* и др.);
- 4) выделить слог с определенным звуком из ряда слогов (например слог *са* из слогов *за*, *ша*, *са*, *ча*, *ца*, *са* и др.);
- 5) определить наличие звука в слове (например звука *с* в словах *санки*, *шуба*, *носки*, *зонт*, *нос*, *щука*). В подобных заданиях от ребенка требуется произнесения звука, так как это может его затруднить. Важно выяснить состояние восприятия речевых звуков, поэтому ребенок реагирует определенным действием (поднимает руку, фишку или картинку), если услышит заранее обусловленный звук.

Названные задания позволяют с большей определенностью выяснить возможности восприятия звуков, дефектных в произношении.

Важно обратить внимание на состояние восприятия тех звуков, которые ребенок произносит достаточно правильно. Нередки случаи, когда нарушаются или не развивается в должной степени восприятие так называемых «сохранных» звуков (т. е. произносимых с соблюдением необходимого артикуляционного уклада).

У детей, входящих в эту группу, при внешне благополучном произношении наблюдаются значительные затруднения в восприятии звуков, которые без внимательного изучения могут остаться незамеченными. Именно такие дети часто неожиданно для окружающих оказываются неуспевающими по письму и чтению.

Недоразвитие фонематического слуха отрицательно влияет на формирование у детей готовности к звуковому анализу слов. Так, дети затрудняются

- а) в выделении первого гласного согласного звука (называютили первый слог, или все слово);
- б) в подборе картинок, включающих заданный звук. В предлагаемый ребенку набор входят картинки, в названиях которых есть нужный звук — *шапка*, *кошка*, *душ*; нет нужного звука — *почка*, *окно*, *ракета*; есть звук, смешиваемый с заданным — *сапога*, *чайник*, *щетка*;
- в) в самостоятельном придумывании названий слов с заданным звуком.

Своевременное выявление детей с фонетико-фонематическим недоразвитием проведение специально организованного обучения в условиях детского сада позволяет не только исправить речевой дефект, но и полностью подготовить их к обучению в школе.

## Содержание коррекционного обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием

Основными задачами коррекционного обучения являются следующие

1. Формирование звукопроизношения
2. Развитие фонематического слуха
3. Подготовка к обучению грамоте

Логопедическая работа начинается с уточнения артикуляции имеющихся у детей (сохранных) звуков.

Организационные занятия проводятся как фронтально (со всей группой), так и индивидуально

Фронтальные занятия проводятся на протяжении всего года в определенной системе по единому плану с учетом индивидуальных особенностей детей. На этих занятиях прежде всего отрабатывается произношение гласных звуков: *у, а, и, э, о*, затем простых согласных *п, п', к, к', л', х, с, с', з, з'* и вновь поставленных звуков: *ц, т, б, б', д, д', г, г', ш, л, ж, р, р', ч, ц*.

В процессе развития звукопроизношения у детей воспитывается внимание к звуковой стороне речи. Исправляя произношение звуков, логопед учит детей вслушиваться в речь, различать и воспроизводить отдельные элементы речи, удерживать в памяти воспринятый на слух материал слышать звучание собственной речи и исправлять свои ошибки. Наряду с упражнениями на закрепление поставленных звуков постепенно вводятся упражнения на дифференциацию звуков по следующим признакам: глухие и звонкие (*ф-в, с-з, п-б, т-д, к-г, ш-ж*); свистящие и шипящие (*с-ш, з-ж*); фрикативные и аффрикаты (*с-ц*): плавные и вибранты (*р-л, р'-л'*), мягкие и твердые (*с-с', з-з'* и др.).

С целью воспитания внимания к звуковой стороне речи и слуховой памяти в системе обучения предусматриваются специальные упражнения, которые можно разделить на две группы. Одна группа упражнений направлена только на восприятие речи — дети отвечают на вопросы при помощи действий, показа картинок. Сюда относятся запоминание воспринятых на слух рядов слов, специально подобранных инструкций и другого речевого материала. Эти упражнения особенно необходимы в самом начале обучения, когда активный, правильно произносимый словарь детей ограничен. Вторая группа упражнений имеет те же цели, предусматривает не только правильное восприятие лексического материала, но и его воспроизведение. Сюда относятся повторение воспринятых на слух слоговых рядов, рядов слов, предложений заучивание наизусть различного речевого материала в связи с закреплением правильного звукопроизношения.

По мере овладения новыми звуками детей постепенно знакомят с изменением форм слова в зависимости от рода, числа, падежа времени действия. Так, например, при закреплении правильного произношения звуков *с, с', з, з'* дети подбирают существительные к прилагательным (*синий.. автобус синяя.. ваза, зеленая.. скамейка*).

При дифференциации звуков *р-л* логопед подбирает словосочетания, в которых дети употребляют существительные в определенных падежах (*Дрова рубят.. топором Дрова пилят.. пилой*).

В это же время вводятся разнообразные упражнения на составление и распространение предложений по вопросам, опорным словам, по демонстрации действий.

Постепенно в предложения включают предлоги, особенно те, которые не всегда правильно употребляются детьми: *над, из-за, из-под, между, через*.

Далее логопед начинает включать занятия упражнения в пересказе, заучивании текстов, составлении рассказов по картинке, серии картин.

На каждом фронтальном занятии проводятся упражнения по подготовке детей к анализу звукового состава слова. Сначала внимание дошкольников привлекают к отдельным звукам и звукам в составе слова («Хлопни в ладоши, если услышишь звук *у*, если услышишь слово со звуком *т*, слог со звуком *и*» и т. п.; «Отбери кар-Гинки, в названии которых есть звук *к*» и т. п.).

Постепенно от умения слышать отдельный звук в составе слова детей подводят к овладению навыками полного звукового анализа простейших односложных слов.

Предусматривается определенное соответствие между изучаемыми звуками и теми или иными формами анализа. Так, первоначальная подготовка к анализу включает себя следующие разделы:

- 1) выделение первого ударного гласного звука (*а, о, у, и*) в начале слова. На материале этих звуков детям дается первое представление о том, что звуки могут быть расположены в определенной последовательности. Дети определяют количество звуков и их последовательность в звуко сочетаниях;
- 2) выделение первого и последнего согласного звука в односложных словах (*кот, маю*): анализи и синтез обратного слога типа *ап, ум, ок*;
- 3) выделение в слове ударного гласного из положения после согласного (*кот, таню*);
- 4) овладение звуковым анализом и синтезом прямых слогов типа *са*, а также односложных слов типа *суя, сок, сук*.

По мере овладения детьми этими навыками во фронтальные занятия включают все большее количество упражнений, сочетающих в себе закрепление поставленных звуков с осознанным анализом и синтезом звукового состава слов. Эта работа помогает быстрее ввести в речь поставленных звуков.

Постепенно основной единицей изучения становится слово. Детей учат делить слово на слоги, используя в качестве зрительной опоры схему. Сначала обозначается все слово: —, затем слоги — и далее звуки —. Дети овладевают полным звуко-слоговым анализом односложных, двусложных и трехсложных слов без стечения согласных со стечением (*ваза, панамка, стул, кошка, стакан, капуста* и др.). Дети узнают, что в слове столько слогов, сколько гласных звуков. По мере обучения осуществляется переход к полному анализу и синтезу слов без помощи схемы. Параллельно проводятся упражнения на преобразование слов путем замены одного звука другим (*Мура — Шура, кот — рот* и т. п.). В это же время дети усваивают термины «слог», «слово», «предложение», «гласный звук», «согласный звук», «твердый», «мягкий», «звонкий», «глухой» (согласные звуки).

В результате многочисленных упражнений на правильное произношение звуков, на анализ и синтез звукового состава речи дети оказываются хорошо подготовленными к овладению чтением. Теперь перед ребенком ставятся новые задачи: освоить буквенные обозначения звуков, научиться сливать буквы в слоги, усвоить сознательное беглое, послоговое чтение.

Эффективным приемом обучения является чтение по следам анализа: слово после предварительного анализа складывается из букв разрезной азбуки, затем оно делится на слоги и звуки и далее следует обратный процесс — соединение звуков в слоги и чтение слова по слогам. Необходимо строго следить за тем, чтобы ребенок читал слитно. Сначала воспитывается навык одновременного восприятия двух букв, затем трех. Очень важно следить, чтобы дети понимали каждое прочитанное ими слово, а позднее и предложение небольшой текст. Для тренировочных упражнений рекомендуется использовать составленные из букв слоговые ряды, специально подобранные слоги и слова, оформленные в виде таблиц.

Обучение складыванию слов из разрезной азбуки сочетается с обучением письму. По следам звукового анализа и синтеза дети пишут печатными буквами, а потом читают написанное (слова, предложения, небольшие рассказы).

Большое внимание уделяется разнообразным упражнениям на преобразование слов (составить из данных букв ряд слов; путем добавления букв сложить новые слова; вставить в слово недостающие буквы и др.).

Итак, к концу обучения дети должны правильно произносить и различать все фонемы родного языка, владеть навыками осознанного звукового анализа и синтеза слов разной слоговой структуры, уметь читать и писать слова, предложения и небольшие тексты с последующим объяснением смысла прочитанного. Кроме того, в детском саду дети практически путем усваивают некоторые правила правописания: раздельное написание слов, постановка точки в конце предложения, употребление заглавной буквы в собственных именах в начале предложений. Вся система коррекционных занятий позволяет сформировать у дошкольников полноценную речь, дает возможность не только преодолеть речевые недостатки ребенка, но и подготовить его к школе.

Обучение в общеобразовательной школе после такой поэтапной подготовки не представляет специфических трудностей. Более того, наблюдения показывают, что дети, закончившие коррекционное обучение в полном объеме, нередко оказываются лучше подготовленными к усвоению грамоты, чем их сверстники.

## Контрольные вопросы

1. Что вы знаете о причинах вызывающих дисграфию и дислексию у детей?
2. Как можно установить дисграфию у ребенка?
3. Как выявляется дислексия у детей?
4. Какие категории дисграфических и дислексических ошибок вы знаете? Почему они иначе называются диагностическими?
5. Может ли дисграфия проявляться у детей изолированно (при отсутствии дислексии)? Обоснуйте вывод.
6. В чем состоит тесная взаимосвязь между недоразвитием устной речи и нарушениями письма и чтения?
7. В чем заключается единство системы работы по преодолению дефектов устной речи, письма и чтения?
8. Может ли принести пользу в устранении дисграфии упражнение детей в списывании? Обоснуйте вывод.
9. Могут ли дать положительный результат при устранении дислексии упражнения в запоминании начертаний букв путем их обводки, раскрашивания, вырезывания? Обоснуйте вывод.
10. Почему в начале занятий по устранению нарушений письменной речи рекомендуется заменять написание слов складыванием слов из разрезной азбуки?
11. Что такое фонетико-фонематическое недоразвитие речи?
12. К чему приводит сниженный фонематический слух? Каковы специфические ошибки письма?
13. Каковы задачи коррекционного обучения в группе с фонетико-фонематическим недоразвитием?
14. В какой последовательности проводится работа по подготовке к звуковому анализу и синтезу с детьми, страдающими фонетико-фонематическим недоразвитием речи?
15. Как у детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи осуществляется переход к овладению чтением и письмом?

16. Какими знаниями, умениями овладевают дети к концу обучения?

## Контрольные задания

1. Составьте план логопедического обследования детей, имеющих нарушения письма и чтения.
2. Составьте специальные тексты для обследования письма и чтения у первоклассников.
3. Познакомьтесь с любым логопедическим учреждением и протоколами обследования фонематического восприятия у детей. Проанализируйте характер и степень нарушения фонематического слуха у каждого ребенка. Выпишите звуки речи, которые ребенок не дифференцирует на слух, сгруппировав их по оппозиционности.
4. Раскройте особенности произношения восприятия звуков у детей 6-летнего возраста с фонетико-фонематическим недоразвитием.
5. Расскажите, какие требования предъявляются к построению фронтального занятия в группе детей с фонетико-фонематическим недоразвитием.
6. Используя рекомендуемую литературу, составьте примерный конспект занятия на закрепление звука *с*.
7. Используя рекомендуемую литературу, составьте примерный конспект занятия на дифференциацию звуков *с* и *ш*.
8. Используя рекомендуемую литературу, составьте примерный конспект занятия по обучению грамоте.
9. Составьте примерный конспект занятия с применением схем разбора слов (на любом звуковом материале).
10. Проанализируйте в соответствии с предъявляемыми требованиями составленный вами конспект занятия.
11. Познакомьтесь с образцами письменных работ детей, имеющих дисграфию или дислексию. Проанализируйте характер специфических ошибок в их письме. Систематизируйте эти ошибки, обозначив их специальными терминами.
12. Составьте 1 — 2 конспекта логопедических занятий по устранению нарушений письменной речи у детей, используя пособие Л. Н. Ефименковой и И. Н. Садовниковой «Исправление и предупреждение дисграфии у детей» (М., 1972 — С. 35 — 112) и другие пособия.
13. Проведите тщательное детальное логопедическое обследование устной и письменной речи ребенка, имеющего дисграфию или дислексию. Составьте подробную речевую карту. Напишите заключение.
14. Составьте конспект урока по развитию словарного запаса у детей, имеющих нарушения письменной речи.
15. Составьте конспект урока для учащихся первого класса по развитию грамматического строя речи.
16. Составьте конспект урока по развитию навыков звукового анализа и синтеза на начальных этапах обучения грамоте.
17. Составьте перспективный план работы по устранению дисграфии и дислексии, используя материал гл. «Нарушения письма и чтения у детей с недоразвитием речи» из книги «Основы теории и практики логопедии» (под ред. Р. Е. Левиной — М., 1968).

## Литература

- Ефименкова Л. Н., Садовникова И. Н. Исправление и предупреждение дисграфии у детей — М., 1972.
- Каше Г. А. Исправление недостатков речи у дошкольников — М., 1971. Каше Г. А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. — М., 1985. Колпovская И. К., Никашина Н. А., Спирина Л. Ф. Нарушения письма у детей с недоразвитием речи // Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р. Е. Левиной — М., 1968.
- Правдина О. В. Логопедия — М., 1969. Чиркина Г. В. Дети с нарушениями артикуляционного аппарата — М., 1969.

## Глава XI. Нарушения речи у детей с недостатками слуха

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

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

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

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

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

- а) в первые часы после рождения у ребенка возникает простая реакция на звук (по типу безусловных рефлексов), когда в ответ на громкий стук, удар, шумы происходят изменения в сосательных движениях, пульсации дыхания;
- б) на 3-м мес. у ребенка формируется способность различать звуки по высоте и тембру;
- в) в 10 — 11 мес. формируется способность различения слов и фраз по их интонационной и ритмической окраске;
- г) в период дальнейшего формирования речи благодаря постепенному совершенствованию слуховой функции улучшается восприятие звукового состава речи, формируется способность различения на слух всех фонем родного языка. Это является одним из необходимых условий для успешного становления детской речи.

## Классификация нарушений слуха

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

### Глухота

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

Глухота может быть врожденной и приобретенной.

Врожденная глухота встречается реже. Причины ее являются:

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

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

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

### Тугоухость

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

Причины возникновения тугоухости разнообразны. Снижение слуха наступает:

- 1) как результат острого или хронического воспаления среднего уха: происходят патологические изменения в среднем ухе — прободение барабанной перепонки, рубцы, сращения, что приводит к нарушению подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек;
- 2) как результат хронических заболеваний носа и носоглотки (например, аденоидные разрастания); при этом нарушается проходимость евстахиевой трубы;
- 3) как результат перенесенных инфекционных заболеваний (скарлатины, гриппа, кори);
- 4) как результат врожденных аномалий органов слуха в эмбриональном периоде.

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

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

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

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

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

## Обследование слуха

Наиболее простым методом обследования слуха является исследование слуха с помощью речи шепотной и обычной разговорной громкости. Слова подбираются низкой и высокой частотной характеристикой. Например

*санки бабушка*

*шуба ворона*

*спички лак*

*снегурочка ворота*

*щетка лампа*

*дедушка радуга*

В обычных условиях обследования в обстановке относительной тишины восприятие шепотной речи считается нормой на расстоянии 6 — 7 м.

Если ребенок повторяет слова неуверенно, необходимо приблизиться на 1 м. Затем отмечается расстояние, при котором ребенок повторяет слова уверенно.

Если ребенок не слышит ни одного слова, следует выявить способность к восприятию гласных и согласных звуков: *м, н, р, д, г, у, о* (низкочастотный); *ш, п, щ, ц, ф, т, к* (высокочастотный) (СНОСКА: Высокочастотные звуки слышатся лучше, чем низкочастотные).

В процессе обследования необходимо учитывать общее состояние ребенка: утомляемость, внимание, готовность к выполнению заданий.

Уставший ребенок легко отвлекается, не воспринимает смысл задания. В таких случаях неточные ответы будут результатом неблагоприятного общего состояния и не дадут объективной картины снижения слуха. Отсюда возникают диагностические ошибки.

Если ребенок не владеет устной речью и не понимает словесных поручений, рекомендуется использовать звучащие (бубен, свисток) и озвученные игрушки (птичка, лающая собачка и др.).

Во время обследования необходимо соблюдать определенное условие: надо создавать такую обстановку, при которой ребенок был бы занят делом (играл с мамой, рассматривал картинки, игрушки). В таком случае исключается угадывание звукового сигнала по манипуляции логопеда с озвученными игрушками.

Каждую реакцию ребенка на поданный звуковой сигнал необходимо тщательно фиксировать: ребенок прислушивается, поворачивает голову в сторону источника звука, совсем не обращает внимания на звук.

Предлагаемые приемы проверки слуха не являются достаточно точными и объективными в определении дозировки силы звука, в отношении конечной оценки результатов. Поэтому при выраженных нарушениях слуха необходимо направлять ребенка к специалисту отоларингологу и делать аудиограмму (исследование слуха с помощью специального прибора — аудиометра).

## Особенности речи слабослышащих детей

Состояние речи детей зависит от разных факторов. Основные из них следующие:

- 1) степень снижения слуха — чем хуже ребенок слышит, тем хуже он говорит;
- 2) время возникновения дефекта слуха: если слух был нарушен после 3 лет, у ребенка может быть фразовая речь с незначительными отклонениями в словаре, грамматическом строе, звукопроизношении. Если поражение слуха произошло в школьном возрасте, то при хорошем владении фразовой речью ошибки в основном выражаются в оглушении звонких согласных, невнятном произношении безударных слогов, смазанной артикуляции и т. п. Снижение слуха в раннем возрасте приводит к тяжелому расстройству речи;
- 3) условия, в которых развивается ребенок после поражения слуха: своевременное начало занятия дают наибольшую эффективность в работе;
- 4) физическое и психическое состояние слабослышащего ребенка — у соматически ослабленных детей, психически малоактивных формирование речи происходит менее активно.

Для слабослышащих потерявших речь в раннем возрасте в большинстве случаев характерно недоразвитие всех компонентов речевой системы: охватывающее лексику, грамматику, фонетику. Неполноценность восприятия слов на слух приводит к бедности и искаженности словарного запаса, к ограниченности значений слов, даже употребляемых в речи.

Так, наряду с многозначностью расширенностью значений ряда слов словарю ребенка присуща конкретность: почти отсутствуют обобщающие понятия (*транспорт, посуда, животные* и т. д.), смешиваются названия целого предмета и его частей, наблюдается взаимозамещение названий предметов и действий (*рисовать — карандаш, раскладушка — лежать, обложка — тетрадь* и т. п.). Затруднено усвоение служебных слов и слов с отвлеченным значением.

Грамматический строй речи у слабослышащих детей не сформирован в той степени, *какая* характерна для нормально развивающихся детей того же возраста. Неточность слухового восприятия слов, в особенности их окончаний, суффиксов и приставок препятствует вычленению грамматических форм слова, усвоению грамматических связей между словами. Грубые нарушения проявляются по-разному: от употребления только однословных предложений до развернутой фразы с ошибками в падежах, родовых, числовых, временных согласованиях в употреблении предложных конструкций («Матык мат» вместо *Мальчик бросил мяч*).

Не расслышав безударно начало или конечную часть слова, дети либо опускают их, либо употребляют в искаженном виде («купай» вместо *кушает*).

Фонетическая сторона речи изобилует многочисленными ошибками в звукопроизношении в воспроизведении слов различной слоговой структуры и звукозаполняемости. Дети со сниженным слухом часто смешивают произношение слова, фонетически сходные, но различные в смысловом отношении (*песок* — *носок*).

Затруднения в дифференциации звуков на слух порождают многочисленные нарушения звукопроизношения.

Характерными недостатками при этом являются следующие:

- а) смешение звуков, чаще звонких с глухими; шипящих со свистящими; твердых с мягкими;
- б) часто встречается замена одних звуков другими, например свистящих *с-з* взрывными *т-д* и т. п.;
- в) дефекты смягчения («тетушка» вместо *дедушка* «тота» вместо *тетя*); дефекты озвончения;
- г) отсутствие одного из составных звуков в связи с поздним формированием аффрикат;
- д) искаженное произнесение звуков.

Наряду с этим слабослышащие дети не овладевают произношением сложных по артикуляции звуков (*р, л, ч, щ, ц* и др.).

Для речи слабослышащих характерна общая смазанность, обедненность интонации. Голос у таких детей глухой и слабо модулированный. Темп речи, как правило, замедленный.

Письменная речь слабослышащих детей по мере ее формирования во многом отражает дефекты устной речи.

Трудности усвоения письма и чтения обусловлены не только неполноценностью слуха, но и недоразвитием фонематического восприятия речи.

К числу характерных ошибок на письме относятся замены букв («капутка» вместо *бабушка*). Не овладев в достаточной мере звуковым составом слов, дети нередко воспроизводят на письме только ударную часть слова («алок» вместо *потолок*), а подчас искажают слово до неузнаваемости («дрки» вместо *круги*).

Ограниченный запас слов и недостаточное овладение грамматическим строем языка влекут за собой и ограниченное понимание читаемого текста.

У слабослышащих детей можно наблюдать другие дефекты речи, не связанные с состоянием слуха: ринолалию (открытую и закрытую), нарушение темпа речи.

## Основные направления коррекционной работы

Работа по формированию правильной речи у слабослышащих детей должна носить систематический характер и начинаться сразу же с момента выявления нарушения слуха.

Определяя последовательности содержания коррекционной работы, необходимо опираться

- а) на закономерности развития речи ребенка в норме;
- б) на имеющийся запас речевых навыков.

При легкой степени снижения слуха оказывается достаточным усиление громкости разговорной речи на занятиях. Это помогает активизировать ослабленный слух ребенка.

При тяжелых степенях снижения слуха необходимо использовать сохранные анализаторы: в первую очередь зрительный. Дети приучают считывать губ, что помогает с наибольшей полнотой понимать речь окружающих. В свою очередь это способствует дальнейшему речевому развитию на основе подражания.

Коррекционно-воспитательная работа со слабослышащими детьми осуществляется по следующим направлениям: развитие понимания речи, уточнение и расширение лексического запаса, формирование грамматического строя речи, а также звукопроизношения. Одновременно проводятся занятия по обучению грамоте — чтению и письму.

На всех видах занятий обязательно используется остаточный слух детей, который усиливают помощью специальной аппаратуры.

Коррекционное обучение осуществляется в специальных классах, детских садах для детей с нарушениями слуха, где они находятся с 2 до 7 лет. С 7 лет они продолжают обучение в школе для слабослышащих детей.

## Предупреждение нарушений слуха у детей

Профилактика нарушений слуха у детей осуществляется главным образом родителями и воспитателями детских учреждений.

Профилактические мероприятия необходимо начинать с внутриутробного периода развития ребенка, оберегая мать в период беременности. После рождения ребенка важно тщательно следить за его здоровьем, держать уши в чистоте, предупреждать воспалительные процессы в органах слуха, принимать меры по избежанию бытовых травм. У маленьких детей крайне важно оберегать уши от холода, так как частые простуды могут привести к патологии речевого аппарата.

Надо помнить, что для слуха вредны очень громкие звуки, крик, шум в группе. Поэтому следует создавать детям охранительный щадящий режим, избегать сильных звуковых раздражителей общения на повышенных тонах.

В целях предупреждения нарушений слуха врач-отоларинголог должен периодически обследовать детей. Это помогает своевременно устранять малейшие патологические изменения, которые могут привести к снижению слуха.

Если у ребенка уже имеется врожденное или приобретенное поражение органа слуха, необходимо безотлагательно вмешательство врача от времени начала лечения во многом зависит, какой характер будет носить нарушение слуха и как это повлияет на формирование речевой функции.

## Контрольные вопросы

1. Какова роль слуха в формировании личности ребенка?
2. Какие причины вызывают отсутствие или снижение слуха?
3. Как можно проверить слух в условиях детского сада?
4. Как подбирать материал для обследования слуха?

## Контрольные задания

1. Расскажите о четырех степенях снижения слуха.
2. Составьте альбом для обследования слуха в домашних условиях.
3. Раскройте особенности нарушения произносительной стороны речи у слабослышащих детей.
4. Раскройте особенности нарушений грамматического строя речи у слабослышащих детей.
5. Раскройте особенности словарного запаса у слабослышащих детей.
6. Раскройте роль воспитателя детского сада, родителей в предупреждении нарушений слуха у детей.

## Литература

- Беккер К. П., Совак М. Логопедия — М., 1981. — С. 273 — 275.
- Власова Т. А., Певзнер М. С. Учителю о детях с отклонениями в развитии — М., 1967.
- Правдина О. В. Логопедия — М., 1973.
- Расстройство речи у детей и подростков // Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1969.

## Глава XII. Нарушения голоса

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

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

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

В механизме голосообразования принимают активное участие диафрагма, легкие, бронхи, трахея, гортань, глотка, носоглотка, полость носа (рис. 42). Органом голосообразования является гортань. Когда мы говорим, расположенные в гортани голосовые складки смыкаются (рис. 42,

положение I). Выдыхаемый воздух давит на них, заставляя колебаться. Мышцы гортани, сокращаясь в разных направлениях, обеспечивают движение голосовых складок.

В результате возникает колебание частиц воздуха, находящегося над складками. Эти колебания, передаваясь в окружающую среду, воспринимаются как звуки голоса. Когда мы молчим, голосовые складки расходятся, образуя голосовую щель в виде равнобедренного треугольника (рис. 42, положение II).

При шепоте голосовые складки сомкнуты не полностью и меньше трутся друг о друга (рис. 42, положение III). Поэтому при необходимости шептать голосообразующий аппарат рекомендуется говорить шепотом.

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

Голос характеризуется следующими признаками

- 1) высотой, которая зависит от частоты колебаний голосовых складок и служит основным средством для передачи эмоциональной смысловой выразительности речи;
- 2) громкостью или силой, которая зависит от степени смыкания и амплитуды колебания голосовых складок;
- 3) тембром, который определяется формой колебания голосовых складок и наличием обертонов — добавочных тонов, присоединяемых к основному тону. Определённое сочетание обертонов создаёт индивидуальную окраску голоса. Тембр голоса изменяется в зависимости от возраста человека;
- 4) диапазоном, т. е. количеством тонов. Диапазон голоса взрослого человека может изменяться в пределах 4 — 5 тонов, у детей — в пределах 2 — 3 тонов.

У детей младшего дошкольного возраста голосообразующий аппарат ещё полностью не сформирован, поэтому не должны иметь место публичные выступления, требующие форсирования голоса в несвойственном ребёнку диапазоне.

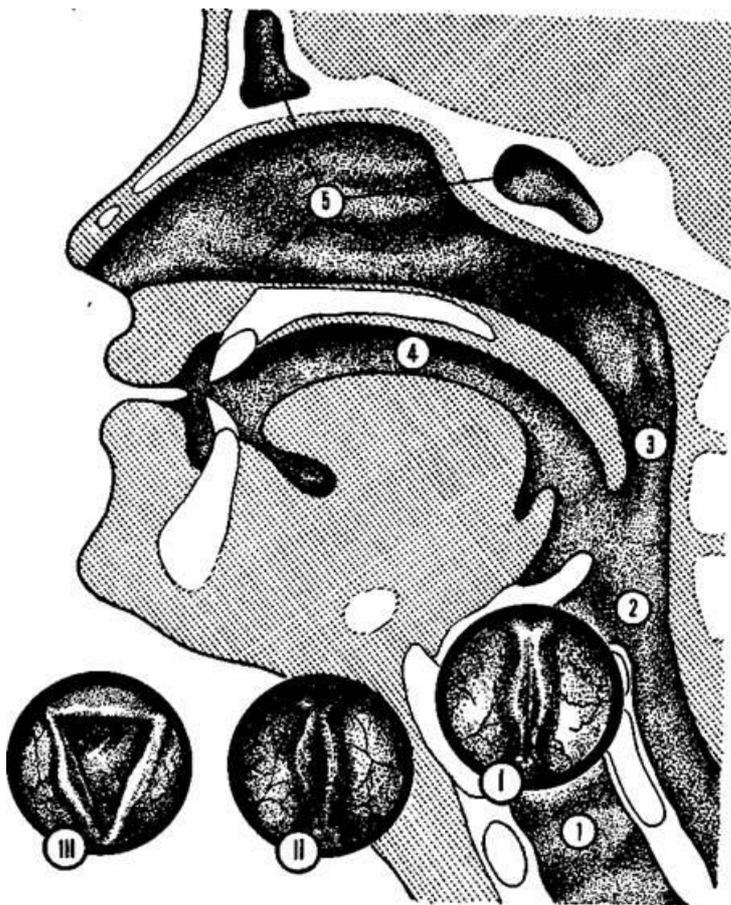


Рис. 42. Голосообразующий аппарат 1 — гортань, 2 — глотка, 3 — носоглотка, 4 — полость рта, 5 — полость носа и придаточные пазухи

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

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

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

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

## Виды нарушений голоса

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

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

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

### Функциональные нарушения

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

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

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

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

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

У детей может наблюдаться также и функциональная афония (отсутствие голоса). Характерной ее чертой является нестойкость патологических изменений в гортани и возможность появления звучного голоса при кашле. В этих случаях голос восстанавливается под воздействием лечения и специальных упражнений. К функциональным нарушениям относится также патологическая мутация голоса — физиологическое изменение голоса в переходном возрасте, сопровождающееся рядом патологических изменений в голосе и в голосообразующем аппарате.

### Органические нарушения

Органические нарушения голоса подразделяются на центральные и периферические.

К центральным нарушениям относятся афония и дисфония, наблюдаемые у детей, страдающих дизартрией (СНОСКА: См. гл. III настоящего пособия.)

К периферическим нарушениям относятся расстройства голоса из-за патологических изменений в гортани. Причиной служат ларингиты, ожоги, травмы, опухоли, парезы мягкого неба, расщелины неба (СНОСКА: См. гл. IV настоящего пособия.), рубцовый стеноз (сужение) гортани после заболевания или микрохирургической операции и ряд других причин.

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

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

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

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

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

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

## Восстановление голоса у детей

Восстановление голосовой функции у детей осуществляется комплексно совместными усилиями медицины специализированной области логопедии — фонопедии. Артикуляционные дыхательные и голосовые упражнения сочетаются с психотерапией, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением. Дети получают специальную логопедическую помощь в лоротделениях логопедических кабинетов поликлиник.

В условиях стационара логопед занимается с ребенком несколько раз в день по 8 — 10 мин. В домашних условиях родители выполняют задания логопеда ежедневно.

Вопросы методики восстановления голоса разработаны Е. В. Лавровой, С. Л. Таптаповой, О. С. Орловой и др. Коррекционная логопедическая работа строится дифференцированно в зависимости от патологических проявлений каждого типа голосового расстройства. Однако начальным звеном всегда является психотерапевтическая беседа, основная цель которой — убедить ребенка в возможности восстановления голоса, установить с ним контакт, включить его в активную работу, разъяснив цели и задачи коррекции.

Далее проводится артикуляционная и дыхательная гимнастика, лечебная физкультура.

В начальном цикле занятий используются сложные артикуляционные упражнения (гимнастика языка, губ, нижней челюсти, мягкого неба, кашлевые движения «мычание» и пр.). Одновременно тренируют длительное произнесение гласных звуков, фрикативных согласных (*ф, с, ш, х, в, з, ж*), затем глухих и звонких взрывных (*п, т, к, б, д, г*). Особое внимание логопед обращает на четкость и силу артикуляционных движений. Собственные голосовые упражнения состоят из вызывания голоса, закрепления голоса и автоматизации процесса «голосоведения». Голос рекомендуется вызывать путем произнесения звука *м* и слога *му*, затем *мум*.

Основное содержание следующего периода — автоматизация полученного голоса путем произнесения слогов, фраз и отработка высоты, силы, модуляции голоса. Большую роль при этом играют вокальные упражнения, которые начинаются с гласного звука *у*.

Заключительный этап — введение вызванного голоса в повседневное речевое общение.

Процесс восстановления голоса длится 3 — 4 мес. и более эффективен в возрасте 3 — 4 лет.

При функциональных нарушениях голоса у детей логопедическая работа определяется тем, что при данном дефекте нет видимых анатомических изменений в строении голосовых складок. Патологическая симптоматика (гиперемия, набухание слизистой оболочки гортани (чаще носит временный характер), исчезает после лечения и ортофонических (голосовых) упражнений.

Основная задача логопедической работы при восстановлении функциональных нарушений голоса — преодоление стойкого фиксированного патологического рефлекса голосообразования. Поэтому проведение психотерапевтических бесед является необходимым залогом успеха в работе. Большое значение могут иметь демонстрация магнитофонных записей голосов детей до и после лечения, личные встречи и беседы с детьми, которые уже закончили курс логопедических занятий. Вслед за беседой ребенку назначают режим молчания на 10 — 14 дней, после чего начинаются коррекционно-логопедические занятия. Они включают артикуляционную и дыхательную гимнастику и голосовые упражнения. Артикуляционная гимнастика снимает напряжение артикуляционного аппарата ребенка и способствует более активному участию органов артикуляции в процессе голосообразования. Дыхательные упражнения развивают фонационное дыхание, особенно удлиненный сильный выдох.

У детей с функциональной фонией при попытках фонации появляется звучный кашель, что значительно облегчает и ускоряет этап вызывания звука голоса. На имитации мычания гласному голосу обычно вызывается уже на первом занятии. Далее голос автоматизируется в слогах, словах, фразах со всеми гласными и согласными.

При стойком нарушении голоса требуется более длительная логопедическая работа (иногда в течение месяца). И в этом случае прогноз обычно благоприятный.

Патологическая мутация также требует своевременного вмешательства логопеда. Наиболее часто встречается затянущаяся мутация, когда голос надолго приобретает высокое фальцетное звучание. Здесь основная задача логопедической работы — скоординировать деятельность артикуляционного дыхательного и голосового аппарата, фиксировать более низкое, ненапряженное положение гортани и поставить все звуки речи — как гласные, так и согласные — в этом новом положении.

Для достижения этих целей также проводятся артикуляционная и дыхательная гимнастика, голосовые упражнения. Низкое положение гортани фиксируется при позывании с открытым ртом, покашливании, имитации мычания с несколько наклоненной головой, произнесении на низких тонах гласных звуков, а также гласных в сочетании с согласными. В дальнейшем рекомендуется закрепить полученный голос в слогах, словах, фразах самостоятельной речи, пении песен.

При восстановлении функциональных расстройств особую роль приобретают профилактика и гигиена голоса. Личная профилактика нарушений голоса складывается из создания определенных условий быта, семьи, отдыха, режима жизни ребенка.

К числу профилактических мер при дисфонии относится запрещение петь, громко декламировать, всячески перенапрягать голос. При остром начале заболевания важно дать полный покой голосу на 10 — 14 дней.

Особые условия необходимо соблюдать во время мутации. Период становления голоса требует внимательного, чуткого, тактичного отношения со стороны педагогов, родителей, так как пубертатный период протекает на фоне физических и психических изменений личности подростка. Мутация связана с быстрым ростом гортани. У мальчиков гортань увеличивается почти вдвое, у девочек — на одну треть. Соответственно изменяются голосовые складки.

При разговоре и особенно пении голос мальчика неожиданно срывается на высокие ноты, то начинает басыть. Период мутации обычно длится 1,5 — 2 г.

В этот период нужно щадить голосообразующий аппарат, не кричать, не петь громко, особенно в сырых или непроветренных накуренных помещениях. Если наблюдаются частые срывы голоса, неприятные ощущения при фонации, следует обратиться к врачу — фониатру. После периода мутации голос обретает свою индивидуальность. С 25 — 30 лет остается неизменным. С возрастом в органах голосообразования начинаются атрофические изменения, он слабеет, изменяется его тембр. Лицам, профессия которых требует длительной голосовой нагрузки, рекомендуется специальная постановка речевого голоса, которая предохраняет от переутомления.

Нарушения голоса у детей дошкольного возраста очень важно предупреждать соблюдением профилактических мероприятий, занятиями дыхательной гимнастикой.

Родители и педагоги должны знать основные правила охраны детского голоса. При возникновении нарушения голоса, особенно если оно принимает хронический характер, следует направить ребенка на консультацию к отоларингологу, а в случае необходимости — на занятия к логопеду.

## Контрольные вопросы

1. Какие нарушения голоса возникают при перегрузке голосового аппарата?
2. Чем различаются функциональные и органические нарушения голоса?
3. Как уберечь детский голос от перенапряжения и расстройств?

## Литература

Максимов И. Фониатрия — М., 1987.

Очерки по патологии речи и голоса / Под ред. С. С. Ляпидевского — М., 1963. Таптапова С. Л. Коррекционная логопедическая работа при нарушениях голоса — М., 1984.

## Глава XIII. Содержание и формы логопедической работы в детском саду

### Требования «программы воспитания и обучения в детском саду» к культуре речи детей

Программа детского сада предусматривает всестороннее развитие личности ребенка. Однако личность ребенка не может формироваться без постоянного общения его со взрослыми. Воспитатели должны научить детей выражать свои мысли чистым литературным языком, свободно пользоваться разговорной (диалогической) и монологической речью. Полноценная речь — необходимое условие успешного обучения в школе.

Развитие речи детей начиная с раннего возраста является одним из ведущих разделов образовательной работы в детском саду. Общение ребенка с окружающими формируется постепенно, оно включает понимание речи и активное пользование ею с учетом правильного грамматического и фонетического оформления. На разных возрастных этапах требования к речи детей предъявляются разные. Так, в 3 — 4 г. дети должны уметь повторять за воспитателем короткий рассказ (составленный по игрушке, картине, серии картин), употреблять предложения с однородными членами, согласовывать слова в роде, числе, падеже; в 4 — 5 лет — самостоятельно составлять небольшие рассказы, пересказывать несложные тексты, осознанно пользоваться словами с обобщающим значением; в 5 — 6 лет — свободно строить простые и сложные по структуре предложения грамматически правильно оформлять их, употреблять конструкции с прямой и косвенной речью, рассказывать о предмете, картине, используя готовый план, а также составлять самостоятельно рассказ по заданной теме.

Воспитание звуковой культуры речи является составной частью всей работы по развитию речи, которая проводится в детском саду. В «Типовой программе воспитания и обучения в детском саду» определены задачи этого важного раздела работы:

1. Формирование правильного звукопроизношения
2. Выработка дикции.
3. Работа над правильным ударением
4. Работа над грамматической правильностью речи.
5. Формирование темпа речи и качества голоса.
6. Воспитание выразительности речи.
7. Воспитание культуры речевого общения

Все вышеперечисленные задачи решаются в каждой возрастной группе. При этом объем работы зависит от значимости той или иной задачи для данного возрастного этапа.

Так, начиная со второй младшей группы (4-й г. жизни) необходимо учить детей четко произносить уже имеющиеся в их речи гласные и наиболее простые согласные звуки *а, о, у, ы, и, э, м, н, б, п, д, т, з, х, к, в*, тренировать артикуляционный аппарат и создавать предпосылки для появления шипящих звуков. Одновременно следует воспитывать умение вслушиваться в звучание слов, слышать звуки в словах, развивать слуховое восприятие. Дети должны отвечать на занятиях громко, не торопясь, пользуясь правильной интонацией. Для развития устной речи с

самого начала важна правильная постановка дыхания. Надо учить ребенка координировать воздушную струю, правильно пользоваться силой голоса, управлять силой выдоха.

В средней группе (5-й г. жизни) требования к фонетическому оформлению речи и слуховому восприятию повышаются в этот период дети усваивают произношение свистящих звуков *с, з, ц*; шипящих *ж, ш*; соноров *р, л*; аффрикаты *ч'*. У ребенка формируются умения различать на слух твердые и мягкие звуки, определять наличие звука в слове, выделять в слове первый согласный звук (*мак, рак*), обращать внимание на последовательность звуков в слове.

В старшей группе (6-й г. жизни) продолжается работа над закреплением произношения всех фонем родного языка. На слух и в произношении дети различают группы звуков: шипящие и свистящие (*ш, ж, с, с', з, з'*), аффрикаты (*ц, ч'*), соноры (*р, л*).

В процессе формирования звуковой культуры речи решаются задачи выработки дикции и правильного фонетического ударения. Для дошкольников особенно младшего возраста нередко характерны смазанность, нечеткость речи, ошибки в ударении, поэтому в соответствии с «Программой...» уже во второй младшей группе уделяется внимание отработке дикции на материале стихотворений и песен. В средней группе дети учат соблюдать нормы литературного произношения. Это особенно важно в районах, где имеется диалектное произношение. Данная работа продолжается в последующие годы. В старшей группе закрепление правильного и внятного произношения выдвигается уже как самостоятельная задача для занятий по развитию речи. Параллельно совершенствуются навыки регулирования силы голоса, темпа речи, интонационную выразительность речи. В подготовительной школе группе (7-й год жизни) автоматизируются навыки свободного использования в речи всех фонем родного языка, внятного произношения словосочетаний с выразительной и естественной интонацией.

С первых дней пребывания в дошкольном учреждении необходимо приучать детей говорить достаточно громко и тихо, не торопясь и быстро в зависимости от ситуации общения, от содержания высказывания.

В «Программе...» подчеркивается важность профилактической работы по охране голоса: воспитанию детей умения избегать крика, резких шумовых реакций, управлять силой голоса (на занятиях, в выступлениях отвечать достаточно громко, чтобы было слышно окружающим).

«Программа...» предусматривает участие детей в праздниках, развлечениях, инсценировках, играх-драматизациях. И здесь очень важна работа по выразительности речи. Детей постепенно приучают передавать с помощью интонации различные чувства (радость, грусть, тревогу и т.п.).

Важно на всех возрастных этапах воспитывать у дошкольников умение различать эмоциональную окраску речи окружающих.

Начиная с младшего возраста (и в последующих группах) на занятиях и вне учебной деятельности детей формируют культуру речевого общения: ребенка учат смотреть во время разговора собеседника, разговаривать спокойным, доброжелательным, вежливым тоном, следить во время общения за своей осанкой, избегать суетливых движений и т.д. Все это помогает выработать у детей определенные этические нормы поведения.

В свою очередь большое значение имеет правильное поведение самого воспитателя, которое является хорошим примером для подражания.

## Особенности подхода к формированию правильной речи у детей

Пребывание детей в детском саду создает благоприятные условия для проведения систематической работы по формированию правильной речи.

По форме занятия могут быть фронтальные (со всей группой) и индивидуальные (с отдельными детьми). Иногда воспитатель объединяет несколько детей с одинаковым нарушением речи и проводит упражнения с подгруппой.

Работа по формированию речи может осуществляться как на специально организованных занятиях, так и вне их (на прогулке, во время режимных процессов и т.д.). Важно создать положительный эмоциональный фон, вызвать у детей интерес к занятиям, поэтому проводить их надо в увлекательной игровой форме. Задания должны быть доступны детям и располагаться в порядке нарастающей сложности. Большое значение имеет этическое поведение воспитателя, его правильная реакция на ошибки детей. Он должен разъяснить детям, что нельзя смеяться над недостатками речи, что в исправлении дефектов успех приходит постепенной и зависит прежде всего от трудолюбия самого ребенка и помощи окружающих.

Необходимо, чтобы воспитатель в процессе работы с детьми объективно оценивал успехи каждого ребенка и привлекал к ним внимание его товарищей.

В начале учебного года воспитатель обследует речь каждого ребенка, выявляя при этом:

- а) общее речевое развитие;
- б) четкость артикуляции и темп речи;
- в) особенности нарушения звукопроизношения.

Важно, чтобы воспитатель сам владел четкой и грамотной речью и умел слышать недостатки в речи своих воспитанников.

В специальной речевой карте, которую заводят на каждого ребенка, указывается, пользуется ли ребенок развернутым предложением, каков словарный запас, грамматическое оформление речи; дается общая оценка внятности речи, ее темпа (замедленный, убыстренный). Хорошо отметить сохранность физического слуха. Далее указываются основные виды нарушений звукопроизношения (пропуск, замена, искаженное произнесение звуков), отклонения в лексико-грамматическом развитии.

В младших среднейгруппах работа по исправлению речи проводится в основном индивидуальной подгруппами в старшей помимо этого, используется фронтальная форма организации детей

Формирование правильной речи начинают уже в первой младшей группе (3-й г. жизни). Важно научить детей четко, громко (тихо), быстро (медленно) произносить гласные звуки и простые по артикуляции согласные *а, о, у, ы, и, э, м, н, т, к, в, ф* и др. Лучше при этом использовать простые слоговые сочетания. Учитывая возрастные особенности детей, с первых занятий широко используются игровые приемы и наглядность. Так, различные звуки и звуко сочетания соотносятся с определенными предметами и игрушками: *ду-ду-ду* — дудит дудочка; *ква-ква-ква* — квакает лягушка; *би-би-би* — едет автомашина

В работах М. Г. Генинг, Н. А. Германи и др. рекомендуется знакомить детей с гласными звуками с помощью «Сказки Веселомызычке» и только потом переходить к артикуляции этих звуков по «Сказкам Веселого язычка».

У детей 3-летнего возраста недостатки произношения некоторых групп звуков оправданы возрастными физиологическими особенностями несовершенства артикуляционного аппарата. Поэтому уже на данном этапе важно тренировать мышцы языка, губ, мягкого нёба, челюстей чтобы активизировать работу речевого аппарата

Большое значение для развития речи имеет хорошо поставленное речевое дыхание оно помогает лучшему звучанию голоса, установлению плавности речи, переходу от одной тональности к другой и т. д. Во второй младшей группе необходимо начинать учить детей слушать и слышать собственную речь и речь окружающих. Дети постепенно должны научиться отмечать неправильности в звуковом оформлении слов. Поэтому развитию слухового внимания в младших группах должно уделяться достаточно времени

Разработана целая серия игровых упражнений для развития артикуляционной моторики, фонематического слуха, закрепления имеющихся у ребенка звуков (М. Ф. Фомичева, В. В. Гербова, А. И. Максакова и др.), которые воспитатель может широко использовать в своей повседневной работе.

В средней группе (5-й г. жизни) речевые возможности детей значительно возрастают ребенок правильно передает структуру звуко наполняемость более сложных слов, различает многие формы на слух в чужой и собственной речи, после кратковременного обучения выделяет звук из слова, подбирает слова на заданный звук и т. д. Специально организованные логопедические занятия помогают детям к 6 г. научиться правильно произносить и различать все звуки родного языка

В средней группе работа по развитию звуковой культуры речи проводится в следующих направлениях

- а) развитие слухового внимания
- б) развитие фонематического слуха
- в) закрепление правильного произношения звуков *с, с', з, з', ц, ш, ж, ч, щ, л, л', р, р'*;
- г) выработку четкой дикции, умеренного темпа речи;
- д) обучение произношению слов с соблюдением норм литературного произношения и правильного ударения

В процессе занятий воспитатель продолжает учить детей слушать речь окружающих различать на слух слова, близкие по звучанию но разные по смыслу (*рак — лак, мишка — мышка — миска* и т. п.), выделять звук в слове, отбирать картинки, игрушка на заданный звук. Используя картинки воспитатель дает образец правильного произношения и требует от детей многократно воспроизведения слов с определенными звуками. При этом подчеркивается что слово надо произносить так, чтобы были отчетливо слышны все звуки. Слова произносятся громко и тихо, быстро и медленно с разной интонацией

Воспитатель широко пользуется различными игровыми упражнениями которые помогают закреплять у детей навыки правильного произношения развивать фонематический слух. Все это является необходимым условием для подготовки детей к звуковому анализу и синтезу.

В старшей группе (6-й г. жизни) занятия по формированию звуковой культуры речи проводятся один раз в месяц. Отдельные виды работы (выработка дикции, интонационной выразительности речевого дыхания и т. д.) включаются в общие занятия по развитию речи. На этом этапе продолжается работа по закреплению появившихся у ребенка звуков и их дифференциации со смешиваемыми звуками. Особое внимание уделяется различению на слух и в произношении шипящих свистящих и аффрикат а также соноров (твердых и мягких вариантов).

Дети не только тренируются в правильном четком произнесении слогов, слов, предложений с заданными звуками, но заучивают рассказы, стихи, насыщенные данными звуками. Развивая фонематический слух, речевое дыхание, четкую дикцию воспитатель использует различные потешки, скороговорки, речевые игры и варианты словесных упражнений. Дети учат слышать выделять в стихах (прозаических текстах) часто повторяющийся звук (например звук *р* — *тра, тра, тра* — на горе трубит труба), выбирать слова с определенным звуком (*Рая и Рома дома. Они помогают маме. Рома рубит дрова, Рая моет раму*).

В старшей группе дети усваивают термины «слово», «звук», выполняют простейший анализ слов различной звуковой структуры, учатся произносить слова с переносным ударением, находить ударение в словах, названных воспитателем

Регулярно (1 — 2 раза в неделю) воспитатель проводит утром или во второй половине дня специальные «упражнения на слова» (ребенок слушает слово и называет звуки, из которых оно состоит), рассчитанные на 5 — 7 мин. Эти упражнения воспитывают у детей умение вслушиваться в звуковую состав слова, что облегчает освоение навыков звукового анализа

## Преимущество в работе детского сада и семьи

Воспитатель сразу после проведения обследования должен поставить родителей в известность о тех недостатках речи, которые он обнаружил у детей. Родители должны получить консультацию по вопросам воспитания и обучения детей с речевыми нарушениями и искоренения неправильного отношения к дефекту и со стороны родителей и со стороны самого ребенка, предупреждения возникновения вторичных дефектов, затрудняющих формирование негативных качеств личности и приводящих нередко к трудностям социальной адаптации.

У некоторых родителей нередко создается впечатление, что речевые недостатки ребенка со временем исчезнут сами собой без специального вмешательства. С первых встреч с родителями воспитатель должен подчеркивать, что исправление речи требует систематических порой продолжающихся в течение длительного периода времени занятий и что успех коррекционной работы во многом зависит от родителей.

Он должен также научить родителей простым артикуляционным упражнениям, которые следует проводить с ребенком дома в игровой форме. Это упражнения для подготовки речевого аппарата ребенка к вызыванию звуков (пощелкать языком, «как лошадки»; сделать язык «лопаточкой», «чашечкой», «мятником»), для закрепления появившихся у малыша звуков.

Воспитатель дает родителям советы по подбору речевого и наглядного материала.

На занятиях и во внеучебное время воспитатель следит за речью детей, за правильностью ее фонетического и грамматического оформления в случае необходимости в тактичной форме исправляет замеченные ошибки. Его собственная речь должна быть четкой, предельно внятной, хорошо интонированной, выразительной. Следует избегать сложных конструкций, повторов, вводных слов, усложняющих для детей понимание речи.

Воспитатель обязан знать и учитывать в своей работе индивидуальные особенности детей с нарушениями речи (реакция ребенка на его дефект, на коммуникативные затруднения, на изменение условий общения и т. п.). В случае грубого нарушения речевого развития ребенка направляется на консультацию к логопеду.

В поле зрения воспитателя всегда должны находиться дети с поздним началом речи, имеющие отягощенный анамнез, отличающиеся психофизиологической незрелостью. Однако он должен помнить о том, что не следует фиксировать внимание ребенка на дефектах его речи: запинках, повторении первых слогов и слов и т. п. О подобных проявлениях необходимо незамедлительно сообщать логопеду. В связи с этим воспитатель должен хорошо знать способности своих воспитанников, тщательно выявлять, что ребенок умеет делать сам и в чем ему нужна помощь взрослого.

Воспитатели логопедической поликлиники должны работать в полном контакте. В дни диспансеризации логопед проверяет речь детей, начиная с младших групп, выявляет тех, кто нуждается в коррекционном обучении в условиях специального дошкольного учреждения или стационара. Логопед показывает воспитателю наиболее тяжелые случаи отклонений в речевом развитии, объясняет причины их возникновения, подсказывает, какую посильную помощь можно оказать ребенку до перевода его в логопедическую группу. Логопед дает рекомендации по использованию режимных процессов при устранении дефектов речи; раскрывает трудности, которые испытывают дети с нарушениями речи при усвоении учебного материала.

Логопед также знакомит воспитателя с игровыми приемами, направленными на развитие понимания речи, обогащение словаря, закрепление грамматических навыков.

Преимуществом работы логопеда и воспитателя, тесный контакт детского сада с семьей обеспечивают наибольший успех в своевременном исправлении речи у детей дошкольного возраста.

## Контрольные вопросы

1. Какие требования предъявляет «Программа воспитания и обучения в детском саду» к культуре речи детей разного возраста?
2. Как следует проводить работу по формированию правильной речи у детей младших, средней, старшей групп?
3. Из каких разделов состоит работа по формированию звуковой культуры речи, осуществляемая на занятиях?
4. Какие формы организации занятий по формированию правильной речи используются в детском саду?
5. Какова роль педагога и семьи в формировании полноценной речи ребенка?

## Контрольные задания

1. Используя рекомендуемую литературу, составьте карту обследования самого трудного в речевом отношении ребенка в группе.
2. Проанализируйте характер нарушений звукопроизношения у детей любой возрастной группы. Отдельно укажите, у скольких детей выявлена замена звуков, у скольких — искажение звуков и у скольких отсутствие звуков.
3. Используя рекомендуемую литературу, подберите материал для закрепления свистящих звуков.
4. Используя рекомендуемую литературу, подберите материал для закрепления шипящих звуков.
5. Используя рекомендуемую литературу, подберите материал для закрепления сонорных звуков.
6. Составьте дидактическую игру на различение свистящих и шипящих звуков.

7. Составьте дидактическую игру для дифференциации звуков *p, p', л, л'*.

## Литература

Балан С. А. Наш веселый, звонкий мяч. — Кишинев 1985.

Бородич А. М. Методика развития речи детей. — М., 1984.

Воспитание детей в старшей группе детского сада. — М., 1984.

Генинг М. Г., Герман Н. А. Обучение дошкольников правильной речи. — Чебоксары 1980.

Каше Г. А., Филичева Т. Б. Дидактический материал по исправлению недостатков произношения у детей дошкольного возраста — М., 1979.

Максаков А. И., Тумакова Г. А. Учите, играя. — М., 1985.

Методика развития речи детей дошкольного возраста — М., 1984.

Фомичева М. Ф. Воспитание детей правильного произношения — М., 1981.

## Глава XIV. Система организации дошкольной логопедической помощи в СССР

До Октябрьской революции в России не существовало организованной специализированной помощи детям с различными видами аномалий. Учебно-воспитательные учреждения были частными, оторванными от общеобразовательных дошкольных учреждений для нормальных детей и существовали обособленно, замкнуто, по преимуществу на благотворительные средства.

Октябрьская революция в корне изменила это положение. Советское государство с первых дней полностью взяло на себя заботу о глухих, слепых и умственно отсталых детях. Была поставлена задача организации развития сети специальных учреждений как особого звена в системе народного образования. Советское правительство издало ряд законодательных документов, которые определяли организационную структуру этих учреждений, требования к воспитанию и образованию детей.

В ноябре 1917 г. при Наркомпросе РСФСР был создан «Школьно-санаторный совет». Одной из его задач была организация воспитания и обучения дефективных детей.

В 1920 г. состоялся I Всероссийский съезд деятелей по борьбе с дефективностью, беспризорностью и преступностью. На съезде обсуждались важнейшие вопросы воспитания аномальных детей. Участники съезда подчеркнули необходимость учета детей с отклонениями в развитии, организации разветвленной сети специальных учреждений для них и осуществления всеобщего обучения. Съезд выдвинул задачу организации высшего дефектологического образования.

В 1927 г. Наркомпрос РСФСР издает приказ «О мерах по борьбе с речевой дефективностью у детей школьного и дошкольного возраста».

Несмотря на экономические трудности, стоявшие перед государством уже в первые годы Советской власти, стали возникать детские учреждения для умственно отсталых, слепых и глухих детей. Одновременно началась подготовка дефектологических кадров для работы с аномальными детьми.

Значительным достижением советской дефектологической службы с первых дней ее возникновения является выраженная общественная направленность, стремление всемерно приобщать детей с отклонениями в развитии к трудовой и полезной деятельности. При этом решающим фактором воспитательного воздействия служит мобилизация компенсаторных возможностей ребенка с целью полноценного развития его личности, создания предпосылок для дальнейшего обучения, социальной адаптации.

Дети с речевой патологией долгое время продолжали обучаться в условиях общеобразовательной школы, несмотря на то что уже тогда имелись сведения о значительной распространенности речевых нарушений в детском возрасте. В 1928 г. профессор Ф. А. Рау поставил вопрос о необходимости организации дошкольной помощи детям с дефектами речи в целях исправления речевых нарушений к моменту поступления ребенка в школу. Ф. А. Рау выделил легкие формы речевых недостатков, которые могут быть устранены воспитателями детских садов, прошедшими логопедическую переподготовку, и тяжелые формы речевой недостаточности, которые могут корректироваться специалистами логопедов в специальных группах.

В 1930 г. при нервно-психиатрической лечебнице им. Соловьева была открыта первая логопедическая группа для заикающихся детей дошкольного возраста.

В 1931 г. Наркомпрос издал приказ «О введении всеобщего обязательного начального обучения физически дефективных, умственно отсталых и страдающих недостатками речи (логопатов) детей и подростков».

Это дало возможность расширить логопедическую помощь детям по линии двух ведомств — здравоохранения и просвещения.

Первыми специальными дошкольными учреждениями в нашей стране стали ясли для заикающихся детей, работа в которых проводилась под методическим руководством Е. Ф. Рау (1932 г.), и логопедический полустационар для заикающихся дошкольников, организованный по инициативе известного психиатра и общественного деятеля В. А. Гиляровского (1930 г.). В нем применялся разработанный профессором Н. А. Власовой комплексный метод преодоления заикания у детей.

Длительное время (60-е гг.) логопедическая помощь детям с другими дефектами речи (дислалией, дизартрией, алалией и др.) оказывалась лишь в экспериментальных группах или амбулаторных детских поликлиниках, что не отвечало полностью потребностям населения и не обеспечивало полноценной коррекции нарушения речи к моменту поступления ребенка в школу.

Последующий период характеризуется глубоким всесторонним изучением различных форм речевой патологии у детей дошкольного и школьного возраста. Он завершился созданием педагогической классификации речевых нарушений. На основе научно разработанной типологии детей с речевыми дефектами стало возможным обосновать развитие дифференцированной сети дошкольных учреждений для лиц с различными формами нарушений речи.

В 70-е гг. началось интенсивное развитие специализированной сети дошкольных учреждений в системе Министерства просвещения. В 1975 г. выходит постановление Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению обучения трудового устройства и обслуживания лиц с дефектами умственного и физического развития», которое в законодательном порядке обеспечивало открытие как логопедических групп при детских садах общего типа, так и специализированных детских садов и яслей-садов.

В связи с этим органами народного образования и здравоохранения была широко развернута организационно-педагогическая работа, направленная на выявление и учет детей ясельного и дошкольного возраста, нуждающихся в коррекции речи.

В настоящее время потребность в таких учреждениях резко возрастает. Наиболее перспективным типом учреждения является логопедический детский сад (ясли-сад), где создаются наиболее благоприятные условия для развития ребенка с учетом особенностей его речевого дефекта. Именно в этих учреждениях обеспечивается всестороннее развитие физических и умственных способностей детей, своевременное устранение вторичных отклонений психического развития и подготовка их к школе.

Воспитание и обучение детей в условиях специальных учреждений основывается на общедидактических принципах разработанных дошкольной педагогикой. Однако выбор методических приемов определяется следующим:

- а) характером и структурой дефекта
- б) временем возникновения дефекта
- в) уровнем психического развития

Применение в тесном единстве общедидактических и специальных принципов обучения позволяет обеспечивать развитие всех сторон познавательной деятельности ребенка, его эмоционально-волевой сферы, способностей и личности в целом.

Условия специальных учреждений дают возможность применения в случае необходимости различных лечебно-коррекционных мероприятий.

Важными стимулами для активизации компенсаторных возможностей детей являются формирование положительных отношений в детском коллективе, правильная организация режима (чередование занятий и отдыха детей, предупреждение перегрузок детей) и др.

Остановимся подробнее на характеристике детских садов для детей с нарушениями речи.

В детских садах (группах) для детей с нарушениями речи оказывается массовая помощь детям с различными отклонениями в речевом развитии. Основная задача, которую должны решать работники специальных дошкольных учреждений, состоит в том, чтобы в результате коррекционного обучения устранить полностью или частично речевой дефект и подготовить ребенка к успешному обучению в общеобразовательной школе или в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

В специальных учреждениях осуществляется дифференцированное обучение и воспитание дошкольников с различными речевыми аномалиями (С. А. Миронова, Т. Б. Филичева). Согласно «Типовому положению о дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушениями речи» (приказ № 36 министра просвещения СССР от 26 мая 1970 г.) создаются следующие группы:

- 1) для детей с общим недоразвитием речи;
- 2) для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием;
- 3) для детей с нарушениями произношения отдельных звуков;
- 4) для заикающихся детей.

Разрешается также открывать группы для детей с ринолалией и дизартрией. Если таких групп нет, то дети, страдающие дизартрией и ринолалией зачисляются в группы № 1 и № 2 (см. выше) в зависимости от уровня их речевого развития.

Отбор детей с нарушениями речи в специальные дошкольные учреждения проводится медико-педагогической комиссией с учетом основных принципов принципа ограничения детей с речевой патологией от детей с другими аномалиями возрастного принципа и принципа дифференцированного обучения дошкольников с различными видами речевых нарушений.

В специализированных детских садах принимаются дети только с сохранным слухом и интеллектом. Группы организуются с учетом возраста.

Дети с заиканием зачисляются в возрасте от 2 до 6 лет; дети с общим недоразвитием речи — в возрасте от 3 до 5 лет; дети с фонетико-фонематическим недоразвитием а также дети с нарушением произношения отдельных звуков — в возрасте от 5 до 6 лет.

В состав педагогической комиссии входят представитель отдела народного образования старший логопед района, заведующая детским садом и логопеды, работающие в данном учреждении

Детей с речевыми недостатками выявляют логопед поликлиники или логопед детского сада, врач-педиатр заведующая детским садом и воспитатель

На медико-педагогическую комиссию представляются следующие документы: выписка из истории болезни, где обязательно должны быть заключения окулиста о состоянии зрения и отоларинголога о состоянии слуха, заключение психоневролога об умственном развитии ребенка, характеристика логопеда с указанием степени сформированности каждого из компонентов языковой системы. Характеристика заканчивается логопедическим заключением с указанием рекомендаций для пребывания ребенка в группе определенного профиля. Обязательной является характеристика ребенка, которую готовит воспитатель. В ней, кроме формальных данных о ребенке (имя, фамилия, возраст, адрес), указывается с какого времени ребенок посещает данное учреждение, как привыкает к новой обстановке, быстро ли вступает в контакт с окружающими детьми и взрослыми. Воспитатель отмечает, какие речевые дефекты он обнаружил, как ребенок на них реагирует (стесняется, замыкается в себе, излишне расторможен и др.). Далее в характеристике раскрывается как ребенок усваивает программный материал на занятиях по всем видам учебной деятельности, насколько он усидчив и целенаправлен. Важно охарактеризовать участие ребенка в игровой деятельности, как долго умеет играть, может ли организовать творческую игру, каковы взаимоотношения товарищами. Необходимо также указать навыки самообслуживания.

Члены медико-педагогической комиссии должны определить, в группу какого профиля направляется ребенок, с какого времени и на какой срок пребывания. Так, дети с общим недоразвитием речи зачисляются на 2 — 3 года обучения, в зависимости от возраста и уровня речевого развития; дети с фонетико-фонематическим недоразвитием заиканием — на один год; дети с нарушением произношения отдельных звуков — на полгода.

По окончании установленного срока дети, нуждающиеся в продолжении обучения, повторно обследуются членами медико-педагогической комиссии. Основаниями для продления срока обучения могут быть тяжесть дефекта, соматическая ослабленность, частые пропуски занятий (по уважительным причинам).

Не зачисляются в дошкольные учреждения для детей с нарушениями речи умственно отсталые дети, дети со снижением слуха (слабослышащие), зрения (слабовидящие), с нарушениями опорно-двигательного аппарата, психопатоподобным поведением, эпилептическими припадками и психическими нарушениями.

Эти дети получают логопедическую помощь в специальных дошкольных учреждениях по ведущему дефекту, а также в стационарах яслей, санаториях системы здравоохранения.

## **Стационары и полустационары при детских больницах и психоневрологических диспансерах**

В системе логопедических учреждений Министерства здравоохранения СССР ведущее место занимают так называемые речевые стационары или отделения при специализированных детских больницах. В них созданы необходимые условия для оказания квалифицированной помощи лечебно-оздоровительного и психолого-педагогического характера детям, имеющим помимо речевых дефектов, сопутствующие отклонения в психическом развитии. Такие дети нуждаются в коррекционном воздействии на личность и поведение в целом.

В дошкольный стационар дети принимаются с 4 — 5 лет с диагнозами «алалия», «дизартрия», «ринолалия», «заикание». Нередко туда направляются дети с неустановленным диагнозом. Это бывает в тех случаях, когда нужно отграничить речевую патологию от сходных состояний (при снижении слуха, умственной отсталости, аутизме, задержке психического развития).

В условиях стационара осуществляется комплексное обследование медицинскими специалистами (педиатром, психиатром, невропатологом, генетиком, окулистом и т. д.), логопедом, дефектологами, психологом. В случае необходимости применяются объективные методы исследования (ЭЭГ, рентген черепа, аудиометрия и т. п.). Все это помогает определить причину дефекта, структуру и степень выраженности речевой патологии, выяснить интеллектуальные возможности ребенка, особенности его характера, поведения и эмоционально-волевой сферы.

На основании полученных результатов обследования намечаются направления коррекционной работы и соответствующий комплекс лечебных мероприятий.

Детей со сходными речевыми дефектами объединяют в группы, за которыми закрепляются логопеды, воспитатели. Занятия проводятся ежедневно в течение 3 — 6 мес. в утренние часы. Для детей, имеющих выраженные отклонения в поведении, комбинированные формы дефекта и т. п., организуются индивидуальные занятия.

Большое значение придается преемственности в работе логопеда и воспитателя, который решает наряду с коррекционными и общеобразовательными задачами.

В период пребывания ребенка в стационаре осуществляется систематическое наблюдение за его развитием психическим состоянием и речевой динамикой.

По истечении 3 — 5 мес. проводится повторное обследование ребенка, устанавливается окончательный диагноз, даются рекомендации по дальнейшему лечению и обучению в соответствующем типе педагогического или лечебного учреждения. Родителям даются советы по воспитанию ребенка в домашних условиях.

## **Детские санатории**

В санаторий направляются дети соматически ослабленные, имеющие выраженную речевую патологию (заикание, алалия, дислалия, дизартрия). Группы комплектуются с учетом возраста детей и тяжести речевого дефекта.

При направлении детей в санаторий принимаются во внимание различные расстройства вегетативной нервной системы, физическая ослабленность, предрасположенность к инфекционным заболеваниям, быстрая утомляемость и т. д.

Основная задача санатория состоит в том, чтобы устранить имеющиеся у ребенка речевые дефекты, укрепить его нервную систему и оздоровить организм в целом. Одновременно проводятся общеобразовательное обучение и воспитание.

В санатории организуются отделения для детей, имеющих однородные формы речевых нарушений (например для заикающихся детей, для алаликов, для дислаликов).

Лечение в санатории предусматривает осуществление целого комплекса оздоровительных мероприятий, куда входят: вначале особый охранительный, а затем активно тренировочный режим, система рационального питания, медикаментозное физиотерапевтическое лечение, климатолечение, закаливание, лечебная физкультура, ритмика и психотерапия. Все это проводится на фоне доброжелательного и спокойного отношения к детям.

Одновременно организуются логопедические занятия и занятия, которые проводит воспитатель. Их осуществляют по подгруппам в утренние и вечерние часы. Работа воспитателя включает в себя обучение родному языку, развитие элементарных математических представлений, музыкальное трудовое, эстетическое воспитание, формирование игровой деятельности в соответствии с программными требованиями для разных возрастных групп детского сада.

Логопед ежедневно проводит подгрупповые и индивидуальные занятия по коррекции речи.

Большое внимание уделяется всестороннему обследованию каждого ребенка, фиксации результатов в виде наблюдений и дневниковых записей. Полученные результаты обследования помогают определить оптимальный план работы логопеда и воспитателя, единые требования всего персонала к детям с учетом их индивидуальных особенностей. Логопед и воспитатель предусматривают наряду с исправлением речи и решением общеобразовательных задач формирование общительности, речевой активности, а также положительных черт личности.

Для более прочного закрепления полученных навыков в домашних условиях с родителями проводятся подробные индивидуальные консультации и итоговые родительские собрания. Кроме того, им дается памятка о работе с ребенком, предлагаются рекомендации по оформлению наглядного материала. После пребывания в санатории ребенок в зависимости от возраста переводится для продолжения обучения в специальный детский сад, дошкольное учреждение общего типа или в школу (специальную общеобразовательную).

## Сурдологические кабинеты

В системе здравоохранения СССР получили широкое распространение сурдологические кабинеты, в которых обслуживаются дети с нарушениями слуха и речи. Такие специальные кабинеты могут существовать как самостоятельно, так и при поликлиниках и стационарах. В сурдологических кабинетах работают разные специалисты: врачи (отоларингологи, психоневрологи), сурдопедагоги и логопеды. Они проводят большую профилактическую консультационно-диагностическую работу, оказывают практическую помощь логопедам в детских поликлиниках, больницах в масштабе города, района, области, направленную на своевременное выявление детей раннего возраста со снижением слуха и определении их в специальные учреждения соответствующего типа. Кроме того, указанные специалисты помогают родителям этих детей при проведении лечебных мероприятий.

## Логопедические кабинеты при детских поликлиниках

Логопедические кабинеты при детских поликлиниках открываются на основании приказа № 999 Министерства здравоохранения СССР от 11.X. 1982 г. «О штатных нормативах медицинского педагогического персонала городских поликлиник» (1.4.1).

Логопедический кабинет является самым распространенным подразделением в системе логопедической помощи по линии Министерства здравоохранения СССР. Логопед обязан оказывать помощь детям в возрасте от 2 до 14 лет со всеми видами речевой патологии независимо от уровня интеллектуального развития и сохранности физического слуха. Логопед ведет первичный прием, помогает в выявлении и направлении детей с дефектами речи на медико-педагогическую комиссию для их устройства в дошкольные и школьные учреждения для детей с нарушениями речи или речевой стационар. Им проводится большая профилактическая работа: беседы с врачами-педиатрами, педагогами детских садов и школ, родителями о распространенности речевых нарушений, о необходимости раннего выявления речевой патологии и своевременной коррекционной работы. В обязанности логопеда входит проведение диспансеризации детей начиная с 3-летнего возраста (как организованных, так и неорганизованных). Он регулярно выпускает логопедические бюллетени, где в популярной форме освещает актуальные вопросы логопедии, основные направления профилактической работы.

## Ясли для детей с нарушениями речи

В специализированные ясли направляются начиная с 2—3-летнего возраста дети, имеющие заикание или грубое речевое недоразвитие.

На медико-педагогическую комиссию представляются следующие документы: выписка из истории болезни ребенка, заключение психоневролога, характеристика, составленная логопедом и воспитателем (если ребенок посещал детское учреждение), справка с места жительства, справка с места работы родителей.

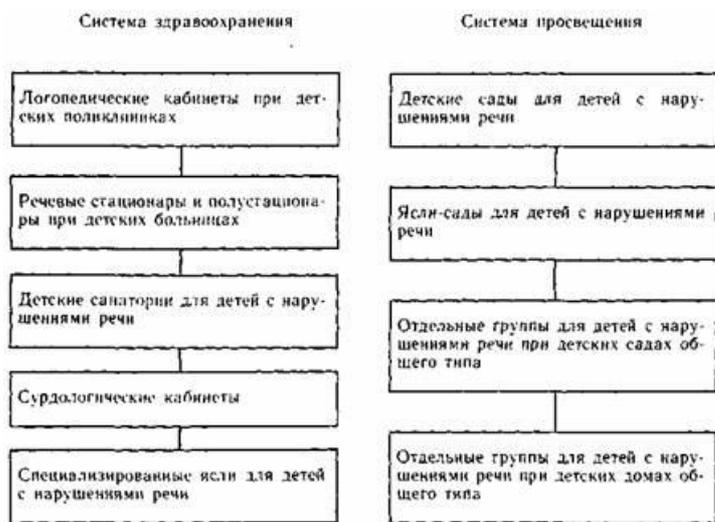
В яслях проводятся подгрупповые и индивидуальные логопедические занятия по исправлению речи, а также занятия по всем видам учебной деятельности. На протяжении всего года дети находятся под наблюдением медицинского персонала.

Противопоказаниям зачислению

- а) выраженная умственная отсталость
- б) судорожные припадки
- в) грубые нарушения двигательной сферы
- г) активные формы туберкулеза
- д) заразные кожные и инфекционные заболевания

В яслях дети находятся до 4 лет. Затем их переводят в дошкольное учреждение соответствующего профиля

Логопедическая помощь детям дошкольного возраста



Примечание Специальные детские сады, ясли-сады и группы могут быть с дневными недельным пребыванием ребенка

## Контрольные вопросы

1. Какой характер носила логопедическая помощь в дореволюционное время?
2. Какие изменения в организации специальной помощи аномальным детям произошли в первые годы Советской власти?
3. Как организованна логопедическая помощь детям в системе просвещения здравоохранения в настоящее время?
4. Как осуществляется отбор в дошкольные учреждения для детей с нарушениями речи?

## Контрольные задания

1. Перечислите противопоказаниям зачислению в детские сады для детей с нарушениями речи.
2. Раскройте задачи стационара и полустационара при детских больницах
3. Расскажите о функциях детского санатория и сурдологического кабинета при детской поликлинике
4. Составьте схему логопедической помощи дошкольникам СССР.

## Литература

Воспитание и обучение детей с расстройствами речи / Под ред. С. С. Ляпидевского и В. И. Селиверстова — М., 1968.

Методические рекомендации и инструкции по прием детей и комплектованию групп в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи. — М., 1987. Нарушения речи у дошкольников / Сост. Р. А. Белова-Давид Б. М. Гриншун — М., 1969.

Правдина О. В. Логопедия — М., 1973.

Типовое положение дошкольных учреждений и групп для детей с нарушениями речи. — М., 1970.

Филичева Т. Б., Чевелева Н. А. Логопедическая работа в специальном детском саду. — М., 1987.

## Глава XV. Основные направления коррекционного обучения детей дошкольного возраста с отклонениями в развитии

Разработка общих проблем воспитания и обучения детей с различными отклонениями в умственном и физическом развитии составляет основное содержание советской дефектологической науки.

Наиболее актуальными задачами дефектологии как отрасли педагогической науки на современном этапе ее развития являются следующие

- раннее выявление детей с различными видами аномалий
- всестороннее изучение структуры дефекта при каждой форме нарушения
- разработка принципов дифференцированного обучения и воспитания детей с учетом их компенсаторных возможностей на основе современных представлений о закономерностях развития высших психических функций
- определение наиболее эффективных педагогических средств предупреждения нарушений психического развития детей, имеющих дефекты зрения, слуха, речи, двигательной сферы

Советская дефектология рассматривает дефект ребенка в динамическом аспекте, исходя из того, что правильно организованное семейное и общественное воспитание позволяет развить познавательные возможности аномальных детей и обеспечить значительному их числу полноценную адаптацию в современном обществе

Аномальное развитие детей дошкольного возраста определяется различной структурой дефекта

Л. С. Выготским и его последователями (Т. А. Власова, А. И. Дьячков, Ж. И. Шиф, Р. М. Боскис, М. С. Певзнер, Н. Г. Морозова и др.) было установлено, что у ребенка с дефектом какого-либо анализатора или интеллектуальным дефектом в процессе развития проявляется целый ряд отклонений, создающих картину атипичного развития, отличного от нормы. В ней выделяется первичный дефект, обусловленный различными заболеваниями нарушениями зрительного и слухового восприятия, элементарных интеллектуальных операций, выраженными нарушениями двигательных функций.

Наряду с этим выявляются вторичные отклонения, возникающие под воздействием первичного дефекта. Например, ребенок, переболевший менингитом в раннем возрасте, может потерять слух. Это в свою очередь приводит к нарушению его нормального развития: самостоятельно не формируется речь (вторичный дефект), отстает в развитии словесно-логическое мышление, появляются специфические трудности в усвоении элементарных математических представлений и т. д.

Сложная структура аномального развития наблюдается у детей с поражением зрительного анализатора

### Дети с нарушениями зрения

Остановимся более подробно на характеристике детей с нарушениями зрения. В эту группу входят дошкольники с разной степенью утраты зрения: слабовидящие — дети со сниженной остротой зрения (0,05 — 0,2); слепые — дети, у которых или полностью отсутствует зрение, или имеется лишь светоощущение; дети с остаточным зрением (0,04 на лучшем видящем глазу с применением очков); ослепшие дети (потерявшие зрение после рождения).

Нарушения зрения возникают в результате различных заболеваний или пороков развития: первичной и вторичной глаукомы, незаконченной атрофии зрительных нервов, злокачественных форм высокой близорукости, отслойки сетчатки и др., астигматизма высоких степеней, катаракты и др. Причинами тяжелых нарушений зрения могут быть также заболевания центральной нервной системы (опухоль мозга, менингит, менингоэнцефалит), осложнения после инфекционных заболеваний (корь, скарлатина и др.), а также травматические повреждения мозга и глаза.

Нарушения зрения могут сочетаться с другими формами аномального развития (нарушения речи, слуха, интеллекта и др.).

Первичное нарушение остроты зрения может влиять на формирование цветовосприятия, периферического зрения, затруднять фиксацию взора.

Для детей характерны фрагментарность и замедленность зрительного восприятия, трудности пространственной ориентировки.

Вторичные отклонения возникают прежде всего в двигательной сфере и могут быть своевременно предупреждены коррекционными мероприятиями (на занятиях по ритмике, физическому воспитанию, лечебной гимнастикой).

Значительные затруднения в восприятии предметов, процессов и явлений действительности в оценке направления, расстояния, величины предметов и т. п., которые испытывают дети, снижают возможности их полноценного сенсорного и интеллектуального развития (Л. И. Солнцева, В. П. Ермаков, Л. С. Волкова, Л. И. Плаксина и др.).

В ряде случаев у детей возникают нежелательные изменения в эмоционально-волевой сфере, формируются негативные характерологические черты.

Большим своеобразием в развитии отличаются умственно отсталые дети, у которых наблюдается стойкое необратимое нарушение интеллектуального и психического развития (Н. Г. Морозова, Н. Д. Соколова, О. П. Гаврилушкина).

В основе этого нарушения лежат органические поражения центральной нервной системы, вызванные внутриутробными и родовыми послеродовыми травмами. У таких детей отмечаются низкий уровень мыслительных операций, нарушенный темп и подвижность психических

процессов ограниченность развития памяти и внимания. Большой процент умственно отсталых дошкольников имеет выраженные нарушения речевого развития. Умственно отсталые дети начинают с первых месяцев своего развития резко отличаться от нормально развивающихся сверстников.

Многие умственно отсталые дети испытывают трудности в общении. Часто причины этих трудностей кроются в патологических чертах характера. Эмоционально-волевая сфера характеризуется или повышенной возбудимостью или, наоборот, вялостью, инертностью, пассивностью. Снижение активности познавательных процессов приводит к сужению социальных мотивов деятельности.

Как уже отмечалось выше, у умственно отсталых детей часто наблюдаются дефекты речевого развития. Ребенок в возрасте 3 — 4 лет общается с окружающими с помощью звуковых комплексов и жестов. Активный и пассивный словарь таких детей весьма беден, а понимание чужой речи нередко ограничивается знакомой ситуацией.

К 5 — 6 годам при спонтанном речевом развитии несколько раньше при систематических логопедических занятиях умственно отсталые дети достигают второго уровня речевого развития. У ребенка возрастает запас слов, развивается фразовая речь, улучшается восприятие обращенной к нему речи, но остается малодоступным понимание логико-грамматических отношений, страдает смысловая сторона его собственной речи. Наряду с этим характерна определенная диссоциация между речевыми и интеллектуальными развитием с преимуществом в сторону первого. Недостаточность абстрактного мышления выявляется все более отчетливо в старшем дошкольном возрасте.

### **Дети с детским церебральным параличом**

Значительные трудности в воспитании и обучении представляют дети с детским церебральным параличом (ДЦП) (М. В. Ипполитова, Е. М. Мастжова и др.).

Детский церебральный паралич — поражение двигательных систем головного мозга. Двигательный дефект нередко сочетается с незрелостью психического развития ребенка и поражением речедвигательного анализатора. Причины, вызывающие детский церебральный паралич, могут быть внутриутробными, природными, послеродовыми (интоксикация, инфекция, травмы матери в период беременности, механические травмы мозга и нарушения мозгового кровообращения в период родов, тяжелые заболевания центральной нервной системы в первые годы жизни).

При детском церебральном параличе прежде всего задерживается развитие двигательных функций и психомоторное развитие в целом: дети поздно начинают держать головку, переворачиваться, вставать на бок, живот, спину, сидеть, стоять; иногда не могут научиться самостоятельно ходить. У отдельных детей наблюдается косоглазие, снижение слуха и другие нарушения. Наиболее часто у них возникает расстройство членораздельной речи (см. гл. «Дизартрия»). Развитие предпосылок познавательной деятельности задерживается уже на первом году жизни. Это связано с ограниченным восприятием информации фактуре, форме, величине, весе и других качествах различных предметов окружающей действительности.

Позднее освоение навыков ходьбы затрудняет формирование восприятия пространства и времени. В течение длительного времени прикованный болезнью к кровати ребенок не приобретает необходимых практических знаний об окружающем мире и опыта общения. Это в свою очередь значительно обедняет не только его активный, но и пассивный словарный запас.

Для больных детей характерна повышенная утомляемость. Они часто бывают раздражительны, плаксивы, а порою пугливы и нерешительны, быстро утрачивают интерес к занятиям. У таких детей наблюдается быстрая смена настроения, повышенная впечатлительность. Воспитателю следует быть крайне тактичными, осторожными в оценке поступков, реакций и результатов деятельности детей с церебральной недостаточностью. В то же время очень полезно для предупреждения формирования нежелательных черт характера, определив круг доступных ребенку домашних обязанностей, давать ему посильные поручения, прививать элементарные бытовые навыки. В семье необходимо создать атмосферу терпения, доброжелательности, организованности и единства требований по отношению к малышу.

Задержка формирования познавательной деятельности и речи у больного ребенка с возрастом не исчезает, а, наоборот, усугубляется и без специального обучения и лечения к самостоятельной жизни он подготовлен не будет.

### **Дети с задержкой психического развития**

В последнее десятилетие наиболее активно изучается еще одна группа аномальных дошкольников — дети с задержкой психического развития (В. И. Лубовский, Н. А. Цыпина). Для них характерен замедленный темп психического развития, обусловленный различными причинами: ослабленность нервной системы вследствие интоксикации, инфекции, травм, нарушениями эндокринной системы, хроническими соматическими заболеваниями, а также педагогической запущенностью при неблагоприятных условиях воспитания. Дети с задержкой психического развития в отличие от умственно отсталых детей имеют потенциально сохранные возможности интеллектуального развития, но испытывают при обучении значительные трудности и этим отличаются от нормально развивающихся сверстников. Трудности в обучении вызваны нарушением познавательной деятельности, являющимся следствием незрелости эмоционально-волевой сферы, пониженной работоспособности, функциональной недостаточности высших психических функций (внимания, памяти, речи и др.).

Дети с задержкой психического развития отличаются импульсивностью, аффективной возбудимостью или, напротив, вялостью и апатичностью.

Может наблюдаться плохая координация мелких движений, недостаточная переключаемость, точность.

Дети с задержкой психического развития без специального коррекционного обучения не могут быть готовы к школе. Они постоянно нуждаются в помощи взрослого, затрудняются в решении доступных возрасту мыслительных задач, в объяснении причинно-следственных связей, недостаточно контролируют свое поведение.

С целью полноценной подготовки детей данной категории к обучению в нашей стране организованы экспериментальные группы при детских садах. В этих группах помимо решения задач общего развития осуществляется коррекция специфических отклонений в сфере познавательной деятельности, мышления, речи, расширения и углубления представлений ребенка об окружающем мире. Занятия проводятся педагогом-дефектологом.

Результаты раннего коррекционного обучения являются весьма эффективными. Часть детей получает возможность продолжать обучение в общеобразовательной школе, а остальные (в более сложных случаях) — в специальных классах выравнивания.

### **Дети с ранним аутизмом**

Изучение детей с различными дефектами позволило исследователям выявить еще одну группу аномальных дошкольников — детей с ранним аутизмом (К. С. Лебединская др.).

Аутизм (от греч. *autos* — сам) характеризуется болезненным состоянием психики, при котором ребенок полностью уходит в свои переживания, отстраняясь от внешнего мира. Распространенность данного заболевания — примерно 3 — 6 случаев на 10 000 детей.

При раннем детском аутизме отмечается значительное повышение эмоциональной и сенсорной чувствительности, стойкое чувство страха перед окружающими, снижение психической активности. Этиология возникновения данного заболевания изучена еще недостаточно. Одни ученые считают детский аутизм явлением, характерным для шизофрении, другие видят причины этой болезни в недостаточном ласковом отношении к ребенку матерью, ее холодности. У таких детей не формируется уверенность в себе, чувство безопасности, а в случаях жизненных неудач они перестают эмоционально взаимодействовать с окружающими. Данное заболевание чаще возникает у детей в возрасте 1,5 — 2 лет, преимущественно у мальчиков.

Характерным для детей с ранним аутизмом является нарушение временной ориентации, фантастическое восприятие отдельных явлений действительности. Такие дети легко могут быть смешиваемы с умственно отсталыми детьми, так как отсутствие должного контакта с окружающими, пониженная физическая и игровая активность, ограниченная потребность в информации приводят к резкому отставанию психического развития ребенка. Отсутствие полноценного речевого контакта нередко вызывает аутизм (молчание). Появляются негативные характерологические особенности (замкнутость, мрачность, агрессивность).

Тяжелые формы раннего детского аутизма не дают оптимистического прогноза. Во многом это объясняется недостатком разработанной и низкоэффективной медикаментозной терапией. В настоящее время на направленную медицинскую и педагогическую помощь такие дети получают в экспериментальных группах, где в содружестве педагогов, врачей и психологов разрабатываются комплексные методы, направленные на устранение у ребенка страхов, воспитание самостоятельности и активности, потребности в общении с окружающими.

При нерезко выраженных симптомах детского аутизма большое значение имеют разумно составленный режим дня, игротерапия, упражнения с психотерапевтическим воздействием, работа с детьми по воспитанию трудовых навыков, а также навыков самообслуживания. Все это осуществляется в русле формирования организованного взаимодействия ребенка с коллективом сверстников.

Система комплексной медико-педагогической работы позволяет подготавливать определенный процент таких детей к обучению в специальной, а иногда и в общеобразовательной школе.

### **Слепoglухонемые дети**

Наиболее тяжелой категорией аномальных дошкольников являются слепоглухонемые дети. Это дети, не имеющие слуха, зрения и речи, полностью оторванные от окружающего мира. Без специальной помощи они умственно не развиваются.

Возможность социальной адаптации таких детей, включение их в организованное обучение во многом определяется тем, в каком возрасте наступила потеря зрения и слуха. В нашей стране для слепоглухонемых детей открыт специализированный детский дом в г. Загорске. Разработана система коррекционной работы, предусматривающая на первом этапе воспитание у детей навыков адекватного поведения, самообслуживания простейших трудовых операций, а также формирование образов предметов окружающего мира (В. Н. Чулков и др.). При этом широко используются жесты, тактильная речь (ручная азбука). Постепенно дети усваивают лексические значения слов, грамматические формы языка, приобретают знания и навыки, необходимые для овладения школьной программой.

В нашей стране и за рубежом широко известна О. И. Скороходова, слепоглухонемая ученица профессора И. А. Соколянского, написавшая книги «Как я воспринимаю и представляю окружающий мир», «Как я представляю окружающий мир», защитившая кандидатскую диссертацию по психологии. Некоторые выпускники Загорской школы окончили МГУ и занимаются сегодня научной работой.

В настоящее время в нашей стране широко развивается сеть дошкольных учреждений для детей с отклонениями в умственном и физическом развитии. Дети могут находиться в них начиная с младшей группы до поступления в школу.

В этих дошкольных учреждениях учебно-воспитательная работа, режим дня, сетка занятий, оздоровительные мероприятия определяются психофизиологическими особенностями детей.

Сочетание фронтальной и индивидуальной форм работы позволяет проводить коррекцию в процессе всей учебной работы на специальных занятиях (логопедические, лечебная гимнастика, ритмика и др.). Правильно организованное специальное воспитание аномальных дошкольников строится и базируется на учете общих закономерностей развития детей и специфики дефекта. Воспитатели специальных учреждений помимо общеобразовательных задач решают ряд специфических

— на занятиях по физическому воспитанию устраняют неkoordinированные скованные движения, нарушения общей моторики, отбатывают плавность и регуляцию дыхания.

— в связи со зрительными нарушениями особое внимание уделяют регулированию зрительных нагрузок, корригирующей гимнастике, коррекционным упражнениям для зрения. Воспитатель организует динамические паузы (физкультминутки) для снятия напряжения утомления мышц глаз. Одновременно проводят упражнения по развитию мелкой моторики кистей рук и пальцев. Это помогает готовить детей к письму. Для компенсации зрительного дефекта используют кожный и двигательный анализаторы

— формируют полноценную речь, устойчивое внимание, память, необходимые для развития познавательной деятельности и успешной подготовки детей к обучению в школе

— с помощью специальных приемов и на основе учета психологических трудностей аномальных дошкольников особенностей их поведения и реакций у детей воспитывают критичность к себе, терпимость к товарищам, чувство доброжелательности, ответственности, навыки взаимопомощи

Воспитание и обучение детей в специальных учреждениях осуществляется в единстве с семейным воспитанием. Важно, чтобы родители понимали, правильно оценивали характер дефектного развития своего ребенка. Нередко они допускают крайности по отношению к больному ребенку: не уделяют малышу никакого внимания и тем самым усугубляют отклонения в его развитии или же чрезмерно жалуют и полностью отстраняют от выполнения каких-либо требований, балуют, выполняя за него всю работу. Из-за неправильного воспитания в семье у детей не формируются в должной мере навыки самообслуживания, ребенок становится беспомощным, слабым, обидчивым, капризным, не всегда адекватно реагирует на замечания.

Правильное формирование личности ребенка во многом зависит от поведения окружающих и их отношения к нему. Не следует излишне фиксировать внимание аномального ребенка на его дефекте. Это будет вызывать у малыша излишнюю жалость к себе, осознание собственной неполноценности. Родители и воспитатели должны проявлять разумную ласковую твердость, сосредоточивать свое внимание на позитивных качествах ребенка, всячески поощрять его успехи, даже самые незначительные. Детей нужно психологически готовить к тому, что не все им может удаваться без ошибок и неудач, но что, правильно и тщательно выполняя советы воспитателя, можно многому научиться и наладить нормальные взаимоотношения со сверстниками.

У детей с различными видами аномалий отклонения в развитии характеризуются не только негативными проявлениями. В процессе развития у ребенка возникают различные замещения пострадавшей функции, в основе которых лежит мобилизация резервных возможностей центральной нервной системы. Последние полностью раскрываются в условиях целенаправленного специального педагогического воздействия. При этом формируются функциональные системы, находящиеся в стадии созревания и становления (в зоне ближайшего развития по Л. С. Выготскому). Одновременно корригируются обусловленные дефектом особенности ребенка и формируются положительные стороны его личности. Положение ведущей роли обучения в развитии аномального ребенка является одним из основных положений советской дефектологии.

Своеобразие вышеописанных групп аномальных дошкольников определяет особенности специального обучения. В целях успешного устранения дефектов развития оно должно быть не только воспитывающим, развивающим, но и коррекционным. Характер этого сочетания зависит от первичного дефекта и вытекающих из него последствий.

В процессе коррекционного обучения родители и воспитатели особенно тщательно должны учитывать своеобразие поведения аномальных дошкольников, характерные проявления внутри каждой категории аномальных детей. Важно знать и правильно оценивать мотивацию поступков детей, предотвращать возможные конфликты между ребенком и его сверстниками, взрослыми в семье и детском саду, формировать у малыша навыки правильного поведения, положительные черты личности. Необходимо научить его управлять собственными поступками, критично относиться к себе и товарищам, быть доброжелательным по отношению к окружающим.

Педагогами и родителям следует помнить, что первы трудности в характере и поведении аномального ребенка определяются не столько тяжестью дефекта, сколько неблагоприятным воздействием на нервную систему перенесенного заболевания, а также лечения.

Педагог должен знать особенности своих воспитанников. Например, всегда можно выделить подгруппу относительно благополучных детей, которые легко контактируют с окружающими, доброжелательны, могут быстро переключаться с одних занятий на другие. Такие дети любят выполнять поручения воспитателя. Они достаточно активны, хотя внимание ребенка может быть неустойчивым, ему будет нужна частая смена деятельности. Ограниченность речевых средств диктует необходимость широкого использования практической деятельности в воспитании этой категории детей.

Очень трудны в общении дети неуравновешенные, беспокойные, иногда агрессивные по отношению к сверстникам, окружающим. Часто они упрямы, драчливы, раздражительны, неустойчивы. Во время занятий, режимных процессов дети бегают по комнате, мешают товарищам на замечания взрослых реагируют не всегда адекватно. Многие не имеют стойкого интереса к игрушкам, быстро меняют их, ломают, отнимают у других детей, чувствуя свою безнаказанность. Сюжетной игры организовать не могут. Отдельные дети неряшливы в быту.

Ровное обращение педагога, систематический контроль за поведением ребенка, терпеливое обучение его нормам поведения, опора на положительные эмоции помогают воспитать у малыша ответственность за свои поступки, подготовить его к усвоению учебного материала.

Дети третьей категории качественно отличаются от детей двух предыдущих категорий своей пассивностью, вялостью, общей инертностью. Они могут внезапно расплакаться в ответ на даже незначительное замечание, от слез легко переходят к смеху. Будучи двигательными, не ловкими, неустойчивыми в своем поведении, дети не проявляют должного внимания к игровой и учебной деятельности. Поэтому от воспитателя и родителей требуется особенно спокойный и доброжелательный тон в общении с детьми. Необходим постоянный поиск интересных и разнообразных форм работы.

Все эти дети, безусловно, нуждаются в систематической медицинской помощи.

Совместная координированная деятельность дефектолога, воспитателя и врача, комплексное планирование всей жизни специального дошкольного учреждения, тесная связь с семьей и единство требований помогают добиться определенного эффекта в воспитании и обучении аномального ребенка.

Профилактика аномалий психического развития у детей является актуальной задачей государственного значения. Решение этой проблемы связано с дальнейшим совершенствованием системы охраны здоровья матери и ребенка в масштабе всей нашей страны. Сюда входит расширение сети хорошо оборудованных специализированных родильных домов, женских консультаций, детских стационарных амбулаторных учреждений, где оказывается своевременная помощь женщинам с патологической беременностью, а также детям раннего ясельного и дошкольного возраста, имеющим отклонения в развитии. Важным аспектом профилактики аномалий развития у детей является предупреждение рождения детей с разными формами наследственной патологии. Отсюда необходимость развития широкой сети медико-генетических консультаций. Ранняя диагностика аномального развития имеет большое значение для предупреждения последующего рождения ребенка с таким же дефектом. В Москве и ряде других городов функционируют профильные родильные дома для беременных с различными видами тяжелых заболеваний, которые впоследствии могут негативно отразиться на развитии ребенка (заболевания, связанные с нарушением обмена веществ, сердечно-сосудистой системы, туберкулезом и т. д.), для выхаживания недоношенных детей с врожденной патологией. Решение проблемы профилактики рождения детей с отклонениями в развитии предусматривает необходимость пропаганды знаний о причинах и признаках детской патологии среди педагогов, родителей широкого населения. Важно доводить до сведения каждого недопустимость употребления алкоголя будущей матерью, о тех последствиях, которые могут возникнуть в результате нарушения правильного течения беременности и раннего развития ребенка. В педагогическом плане важно расширять преддошкольное и дошкольное воспитание, так как именно этот период жизни является наиболее благоприятным для формирования всех сторон психической деятельности.

### Контрольные вопросы и задания

1. Определите наиболее актуальные задачи дефектологии как отрасли педагогической науки.
2. Охарактеризуйте особенности детей дошкольного возраста с нарушениями зрения.
3. Проанализируйте программу обучения и воспитания детей с нарушениями зрения в дошкольных учреждениях и расскажите, как осуществляются физическое воспитание, ознакомление с окружающим, развитие речи, формирование элементарных математических представлений в разных возрастных группах.
4. Какова специфика условий воспитания и обучения детей с нарушениями зрения?
5. Расскажите, как организуется режим дня в разных возрастных группах для детей с нарушениями зрения.
6. Объясните, в чем состоит своеобразие в развитии умственно отсталых дошкольников. Где осуществляется коррекционная помощь детям этой категории?
7. Раскройте причины нарушений опорно-двигательного аппарата у детей. Как происходит развитие детей этой категории?
8. Дайте характеристику детям с задержкой психического развития. Почему эти дети нуждаются в специализированной помощи?
9. Каковы особенности развития детей с ранним аутизмом? В чем своеобразие их характера и поведения?
10. Объясните, чем вызвана необходимость создания широкой дифференцированной помощи аномальным дошкольникам.
11. Объясните, какие специфические задачи решает воспитатель в дошкольных учреждениях для аномальных детей.
12. Расскажите о профилактической работе в системе здравоохранения.

### Литература

- Беккер К.-П., Совак М. Логопедия — М., 1981.
- Боскис Р. М. Учителю о детях с нарушениями слуха — М., 1988.
- Власова Т. А., Певзнер М. С. О детях с отклонениями в развитии — М., 1973.
- В помощь директору специальной школы — М., 1982.
- Гришвина А. В., Пузыревская Е. Я., Сочеванова Е. В. Игры-занятия с детьми раннего возраста с нарушениями умственной и речевого развития — М., 1988. Дефектологический словарь — М., 1970.
- Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения — М., 1973. Каган В. К. Аутизм у детей. — Л., 1981.
- Морозова Н. Г. Формирование познавательных интересов у аномальных детей с нарушениями зрения в дошкольных учреждениях — М., 1978.
- Организация содержания и методы индивидуальной коррекционно-воспитательной работы с умственно отсталыми дошкольниками. Методическое письмо. — М., 1985.
- Особенности познавательной деятельности и обучения умственно отсталых детей дошкольного возраста — М., 1978.