

Корнев А.Н.

**ОСНОВЫ ЛОГОПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА:  
Клинические и психологические аспекты.**

Речь

Санкт Петербург.

2005

**Рецензент:**

Волкова Г. А. — кандидат педагогических наук, профессор кафедры логопедии Института специальной педагогики и психологии Международного университета семьи и ребенка имени Рауля Валленберга

Корнев А. Н.

**Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты.** — СПб.: Речь, 2006. — 380 с: ил. ISBN 5-9268-0412-4

Книга является первым в России изданием, посвященным клинко-психологическому описанию разных форм недоразвития речи у детей. Дается детальное описание симптомов и синдромов, встречающихся у детей с патологией речи. Анализируются медицинские, психологические и логопедические проявления недоразвития речи. В книге систематизированы данные не только отечественных авторов, но и ведущих зарубежных специалистов. Подробно изложены принципы и методы диагностики недоразвития речи, методы логопедической и психологической помощи детям. Данное издание содержит информацию о новых достижениях в психолингвистике, нейропсихологии, нейролингвистике, логопедии, логопатологии и детской психиатрии. Оно адресовано как логопедам, психологам, так и неврологам и психиатрам, работающим с детьми. Книга представляет собой наиболее современное учебное пособие, которое может быть рекомендовано студентам педагогических, психологических факультетов и педиатрических медицинских вузов.

ББК 88.56

© А. Н. Корнев, 2005

© Издательство «Речь», 2005

© П. В. Борозенец, оформление, 2005

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	8
Глава 1	
<b>ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЯЗЫКА И РЕЧИ.....</b>	<b>13</b>
1.1. Общая характеристика функциональной системы языка и речи.....	13
1.2 Общие принципы и механизмы формирования функциональных подсистем ФСЯР в онтогенезе.....	20
1.2.1. Формирование семиотической подсистемы ФСЯР .....	20
1.2.2. Формирование подсистемы программирования высказываний и речевых актов.....	49
1.2.3. Формирование регуляционной подсистемы ФСЯР.....	69
1.3. Возрастные этапы формирования коммуникативно-речевой деятельности .....	73
1.3.1. Инициальный период (10—18 мес.).....	77
1.3.2. Ранний период онтогенеза (18—30 мес.).....	79
1.3.3. Средний период развития речи (30 мес.—6 лет).....	80
1.3.4. Поздний период развития речи (7—12 лет).....	86
Глава 2	
<b>ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ .....</b>	<b>88</b>
2.1. Клиническое направление исследований.....	89
2.2. Психо-лингвистическое направление исследований.....	96
2.2.1. Концепции «фонетико-фонематического недоразвития речи» и «общего недоразвития речи».....	97
2.2.2. Концепция «нарушения языкового развития» (developmental language disorder), «специфического нарушения языка» (specific language impairment).....	98

2.3. Систематика нарушений речевого развития.....	101
2.4. Механизмы первичного недоразвития речи.....	105
2.5. Семиотика первичного недоразвития речи.....	111

### Глава 3

<b>ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ .....</b>	<b>112</b>
------------------------------------------------------	------------

### Глава 4

<b>СЕМИОТИКА НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (ОБЩАЯ ЛОГОПАТОЛОГИЯ).....</b>	<b>130</b>
4.1. Лингвопатологические симптомы и синдромы.....	132
4.1.1. Общие онтогенетические закономерности симптоматики недоразвития речи.....	132
4.1.2. Лингвопатологические симптомы.....	136
4.1.3. Лингвопатологические синдромы.....	160
4.2. Неспецифические симптомы и синдромы.....	195
4.2.1. Неврологическая симптоматика.....	195
4.2.2. Соматотипическая характеристика детей с НР.....	199
4.2.3. Психопатологические синдромы.....	200

### Глава 5

<b>СИСТЕМАТИКА НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ.....</b>	<b>227</b>
Классификация недоразвития речи у детей.....	238
Клинико-патогенетическая ось.....	243
Нейропсихологическая ось.....	245
Психопатологическая ось.....	247
Этиологическая ось.....	247
Функциональная ось.....	248

## Глава 6

### **КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ**

<b>(ЧАСТНАЯ ЛОГОПАТОЛОГИЯ)</b> .....	249
6.1. Парциальные формы ПНР.....	249
6.1.1. Функциональная дислалия.....	250
6.1.2. Артикуляционная диспраксия.....	258
6.1.3. Дизартрия развития.....	270
6.1.4. Ринолалия.....	282
6.1.5. Дисграмматизм.....	286
6.2. Тотальные формы недоразвития речи.....	288
6.2.1. Моторная алалия.....	289
6.2.2. Параалалическая форма ПНР.....	317

## Глава 7

### **ДИНАМИКА ПСИХОРЕЧЕВЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ**

<b>С НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ</b> .....	339
7.1. Модели взаимодействия субъекта и среды при дизонтогенезе.....	399
7.2. Концепции психического дизонтогенеза при недоразвитии речи.....	342
7.3. Системно-динамический анализ дизонтогенеза.....	349

## Глава 8

### **МЕХАНИЗМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ**..... 369 |

8.1. Когнитивные механизмы недоразвития речи.....	369
8.1.1. Механизмы нарушений звуковой стороны речи.....	372
8.1.2. Механизмы нарушения лексико-грамматической и прагматической стороны речи.....	393
8.2. Нейропсихологические механизмы недоразвития речи.....	404

## Глава 9

### **ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕДОРАЗВИТИЯ**

<b>РЕЧИ</b> .....	421
9.1. Общие методологические принципы диагностики.....	421
9.2. Этапы и содержание диагностического процесса.....	428
9.3. Принципы исследования речевой, языковой и метаязыковой сфер.....	435
9.4. Исследование импрессивного уровня речевых и языковых способностей.....	440
9.4.1. Исследование фонематического восприятия.....	440
9.4.2. Исследование фонематических (фонетических) представлений.....	442
9.4.3. Оценка состояния импрессивного словаря.....	444
9.4.4. Понимание фраз.....	445
9.4.5. Понимание логико-грамматических конструкций.....	447
9.5. Исследование экспрессивного уровня речевых и языковых способностей.....	449
9.5.1. Исследование звуковой стороны речи.....	449
9.5.2. Исследование грамматического строя речи.....	456
9.6. Исследование коммуникативных способностей и диалогической речи.....	463
9.7. Исследование навыков чтения.....	464

## Глава 10

### **ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

### **С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РЕЧЕВОМ**

<b>РАЗВИИИ</b> .....	467
10.1. Основные модели оказания логопедической помощи использующиеся в мировой практике.....	469
10.2. Основные принципы и стратегии оказания помощи детям с отклонениями в речевом развитии.....	473

10.3. Особенности оказания помощи детям раннего возраста.....	479
10.4. Психологическая помощь.....	486
10.4.1. Психологическое консультирование родителей.....	487
10.4.2. Психологическая помощь ребенку.....	491
10.4.3. Психологическое консультирование педагогов.....	496
10.5. Медицинская помощь.....	497
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	503
Приложение 1. Характеристика экспериментальных групп, прошедших углубленное исследование по клиническому составу и полу.....	512
Приложение 2. Основные показатели психической зрелости в раннем возрасте и признаки риска.....	514
Показатели психической зрелости на первом году жизни.....	515
Показатели психической зрелости на втором году жизни.....	517
Показатели психической зрелости на третьем году жизни.....	520
Приложение 3. Стандартизованная методика исследования навыка чтения (СМИНЧ).....	524
Приложение 4. Методика раннего выявления дислексии (МРВД).....	528
ЛИТЕРАТУРА.....	533

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема отклонений в развитии речи у детей имеет много граней, относящихся к разным научным дисциплинам: медицине, психологии, психолингвистике, логопедии. В литературе, адресованной специалистам, оказывающим помощь таким детям, в большей степени представлен логопедический аспект проблемы. Значительно меньше медико-психологической и психолингвистической информации. Данное учебное пособие имеет целью восполнить пробел в этих вопросах.

В научной литературе, посвященной как проблемам психологии развития, так и вопросам отклоняющегося развития, изучение когнитивных функций детей занимает одно из центральных мест. Среди этого весьма обширного круга вопросов наиболее часто предметами исследования становятся развитие мышления и формирование интеллектуальных способностей (Выготский Л. С., 1982, Запорожец А. В., 1986, Гальперин П. Я., 1998, Венгер Л. А., 1976, 1996, Лебединский В. В., 1985, Чуприкова Н. И., 1997, Холодная М. А., 1997, Piaget J., 1932, 1967, 1994, Catell R. В., 1971, Gardner H., 1983). Значительно менее изучены психологические закономерности формирования другого рода когнитивных функций — речи и языка. Существует относительно небольшое число исследований по онтопсихолингвистике, особенно на материале русского языка (Шахнарович А. М., 1976, 1990, Лепская Н. И., 1997, Цейтлин С. Н., 2000, Леонтьев А. А., 1997). Еще менее изучены в психологическом аспекте виды психического дизонтогенеза, при которых избирательно нарушено формирование речевых и языковых функций (Белова-Давид Р. А., 1969, 1972, Собонович Е. Ф., 1985, Переслени Л. И., Фотекова Т. А., 1993). Недостаток знаний в этой сфере ощущается довольно остро, так как среди разных форм психического дизонтогенеза нарушения речевого развития занимают по частоте первое место и их распространенность на протяжении последних лет растет. Большинство работ по этой проблематике относятся к педагогическим (логопедическим) исследованиям.



Традиционно расстройства речи считаются прерогативой логопеда (то есть педагога), сферой интересов специальной педагогики. Это связано с тем, что главную роль в оказании коррекционной помощи играет логопед. Однако от внимания логопедов, не обладающих достаточной клинической и патопсихологической подготовкой, ускользают разнообразные психопатологические и патопсихологические симптомы и синдромы, часто имеющиеся у детей с недоразвитием речи. Еще меньше в логопедии известны патопсихологические особенности детей-логопатов со сложными формами нарушений. В связи с этим многие годы в логопедии бытовали представления о моносимптомности и моносиндромности речевых нарушений. Поэтому прерогативой логопеда считались только чистые, неосложненные формы первичного недоразвития речи, которые на самом деле встречаются весьма редко и являются скорее исключением, чем правилом.

Из всех разновидностей психических дизонтогенезов наиболее изученными с патопсихологических позиций являются умственная отсталость и задержки психического развития. В многочисленных публикациях подробно описаны особенности эмоционально-волевой и мотивационной сферы, поведения, личностные характеристики, познавательные способности, обучаемость при этих состояниях (Сухарева Г. Е., 1965, Певзнер М. С., 1966, Ковалев В. В., 1985, Лебединская К. С., 1982, Исаев Д. Н., 1982). В ряде монографий и руководств представлен обширный материал, посвященный патопсихологической характеристике этих дизонтогенезов (Рубинштейн С. Я., 1979, ШифЖ. И., 1965, Лебединский В. В., 1985, Марковская И. Ф., 1993). Описаны недостатки речи, которые встречаются при умственной отсталости и задержке психического развития (ШифЖ. И., 1965, Парамонова Л. Г., 1973, Петрова В. Г., 1977, Соботович Е. Ф., Гопиченко Е. М., 1979, Рубинштейн С. Я., 1979, Ковшиков В. А., 1970). Значительно меньше психологических данных о состояниях недоразвития речи, не связанных по происхождению с психическим недоразвитием. Еще в 1968 г. в коллективной монографии под редакцией Р. Е. Левиной была предпринята попытка очертить круг состояний так называемого

первичного недоразвития речи, названного автором «общим недоразвитием речи». Однако глубокого психологического и психолингвистического исследования этой группы детей проведено не было.

По причинам, изложенным выше, в научной литературе весьма односторонне и фрагментарно освещены симптомы и синдромы, составляющие клинико-психологическую картину состояний недоразвития речи. Отсутствуют данные о соотношении психопатологических, патопсихологических и лингвопатологических синдромов. Имеются существенные пробелы в семиотике и терминологии для обозначения ряда лингвопатологических феноменов. По причинам, указанным выше, недостаточно и односторонне разработаны вопросы систематики состояний первичного недоразвития речи. Существующие классификации не позволяют связать психопатологические, лингвопатологические и патопсихологические проявления первичного недоразвития речи (ПНР). Есть основания предполагать, что природа и механизмы ПНР имеют сложный, мультифакторный характер. Это требует междисциплинарного и мультиаксиального подхода к систематике подобных состояний. Такой подход положен в основу настоящего исследования.

Разработка данной проблематики в клинико-психологическом русле исследований представляется весьма актуальной еще и потому, что у значительной части детей с осложненными формами ПНР формируются довольно серьезные психические нарушения, требующие вмешательства клинического психолога, психотерапевта. При отсутствии помощи специалиста указанного профиля современем психологические проблемы таких детей утяжеляются, трансформируются в стойкие психопатологические нарушения, что вызывает необходимость вмешательства уже психиатра. Оптимальный подход к абилитации мог бы предотвратить подобные исходы. Практика показывает, что в среднем и у психиатра осведомленность в вопросах речевой патологии крайне низка. Одна из причин этого — отсутствие в психиатрической литературе такого клинического раздела, как логопатология. Поэтому попытка восполнить этот пробел представляется актуальной.

Необходимо ввести первичное недоразвитие речи в круг пограничных психических расстройств и определить там его место.

Как справедливо отмечал еще в 1985 г. В. И. Лубовский, дефицит экспериментальных данных и серьезных теоретических разработок в этой сфере создает много сложностей в практической диагностике состояний первичного недоразвития речи. Следует признать, что и в настоящее время дифференциальная диагностика речевого и интеллектуального развития детей с первичным недоразвитием речи остается слабо разработанной областью. Это, в свою очередь, не способствует продвижению вперед в создании образовательных и коррекционных программ (как школьных, так и дошкольных) для детей с первичным недоразвитием речи.

Одна из причин отсутствия масштабных, мультидисциплинарных исследований речевых расстройств у детей — сложившаяся традиция рассматривать эту проблематику только как прерогативу логопедии. Последняя ограничена в своей исследовательской направленности. Поскольку она является прикладной наукоемкой дисциплиной, основные работы, выполненные в этом русле, отличаются прагматизмом и некоторой односторонностью научного мышления. Существует острая необходимость в создании самостоятельного научного направления, ориентированного на изучение состояний недоразвития речи с позиций разных научных дисциплин: психологии, психолингвистики, медицины, нейропсихологии. Эта необходимость обусловлена тем, что сам предмет изучения междисциплинарен по своим проявлениям и научной проблематике, с ним связанной. Образование новой научной дисциплины — логопатологии детского возраста — позволило бы интегрировать методологию, концептуальный аппарат, теоретические построения и экспериментальные данные, полученные в рамках вышеперечисленных научных дисциплин, для изучения аномалий речевого и языкового развития на качественно новом уровне. С другой стороны подобный подход к изучению данной проблематики, безусловно, будет продуктивен для психолингвистики, психологии развития, психиатрии, нейропсихологии. Логопатология как научная дисциплина стала

бы теоретико-методологической основой для логопедии как практической отрасли коррекционной педагогики. Первый шаг в этом направлении был сделан в Ленинграде в 1991 г. Здесь при активном участии автора этих строк была создана Ленинградская Ассоциация логопатов. Позднее она была переименована в Ассоциацию логопатов Санкт-Петербурга.

Настоящая книга является первой попыткой обобщить многочисленные материалы исследований, теории, модели развития и недоразвития речи у детей, созданные в рамках разных научных направлений и научных дисциплин, соединив это с собственным опытом многолетних междисциплинарных изысканий.

## **Глава 1**

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛИНГВИСТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ И ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЯЗЫКА И РЕЧИ**

Специфика логопатологии детского возраста такова, что понимание природы и механизмов патологических феноменов возможно лишь при рассмотрении их сквозь призму основных закономерностей нормы когнитивного и речевого развития. В этой главе дан краткий очерк сведений о закономерностях формирования языка и речи, существующих в психологии, психолингвистике, онтолингвистике, нейропсихологии. Более подробные сведения можно найти в публикациях по каждой из перечисленных дисциплин. Главной задачей было постараться интегрировать данные представителей разных научных дисциплин. Определенная часть проводимых ниже параллелей между фактами, полученными разными исследователями, носит гипотетический характер. Однако при попытке создать подобие цельной картины развития языка и речи в контексте психического и психофизиологического развития этого трудно избежать. Начать книгу, посвященную патологии развития речи, с очерка нормы представляется не только уместным, но и необходимым.

## **1.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЯЗЫКА И РЕЧИ**

Существует много определений понятия «язык». Их содержание зависит от того, в рамках какой научной дисциплины они созданы. С позиций психологического и психолингвистического подхода язык — это система знаков и набор правил их использования для построения высказываний. А. А. Залевская приводит два определения языка:

«...индивидуальная система концептов и стратегий пользования ими в процессах говорения и понимания речи...»;

«...система функциональных ориентиров и опор, необходимых для успешности производства и понимания речи...» (Залевская А. А., 1999, с. 30-31).

Развитие языка и речи является неотъемлемой частью психического онтогенеза. Сама структура языка тесным образом связана со структурой базовых психических процессов и поведения. По мнению Дж. Брунера, «...структура языка достаточно точно соответствует психическим явлениям и процессам, которые он должен кодировать» (Брунер Дж., 1984, с. 24). Именно это, как он полагает, придает сходство грамматическим системам разных языков, является основой ряда универсальных принципов, лежащих в основе разных грамматик. «Факты усвоения языка не могли бы быть таковыми, если бы детям не были доступны фундаментальные схемы действия и внимания на начальном этапе процесса усвоения» (Брунер Дж., 1984, с. 29).

Речь — форма (точнее, одна из форм) реализации вышеуказанных правил посредством порождения высказываний в звуковой форме. С психологической точки зрения речь, речевое поведение можно рассматривать как совокупность навыков, необходимых для осуществления коммуникативного поведения (Выготский Л. С, 1984, Сахарный Л. В., 1989, Леонтьев А. А., 1997). Процесс организации коммуникативного и речевого поведения, построения высказываний в звуковой форме требует использования ряда когнитивных механизмов, создающих операциональное обеспечение процесса порождения речи. Данные когнитивные операции необходимы для перевода целостного замысла в сегментированную форму, для отбора необходимых языковых единиц и их организации в целостную программу высказывания, для линейной, сукцессивной организации этой программы, для моторного программирования и последовательной реализации этой программы (Жинкин Н. И., 1958, Горелов И. Н., 1974, Ахутина Т. В., 1989). Совокупность языковых единиц, правил их комбинирования для построения высказывания, психофизиологические

механизмы реализации высказываний в речевой форме образуют функциональную самоорганизующуюся систему (Анохин П. К., 1975, Залевская А. А., 1999). С учетом перечисленных ее компонентов и решаемых ею задач данную систему правомерно именовать функциональной системой языка и речи (ФСЯР). Она создает базовое психофизиологическое обеспечение для коммуникативно-речевой деятельности. Ее системообразующим фактором является общая задача и результат — порождение высказываний в процессе речевой коммуникации. Как и многие другие функциональные системы, ФСЯР включает ряд подсистем, которые, в свою очередь, могут иметь собственные подсистемы (второго порядка). Каждая из подсистем имеет определенную специализацию и некоторую автономию как в процессе функционирования, так и в ходе развития (Залевская А. А., 1999, Волкова А.М. с соавт., 1987, Levelt W.J., 1993).

Концепция функциональной системы языка и речи предложена в качестве модели, позволяющей интегрировать весь массив экспериментальных данных, теорий, накопленных в рамках разных научных дисциплин. На основе данных физиологии ВНД (теории функциональных систем Л. К. Анохина), психолингвистики (теории речевой деятельности Л. А. Леонтьева, модели порождения речи А. А. Леонтьева и Т. В. Ахутиной), нейропсихологии (теории и модели А. Р. Лурия структурно-функциональной организации мозга как субстрата психической деятельности) модель ФСЯР можно представить как включающую три основных подсистемы: семиотическую, программирования и интерпретации речевых актов и регуляционную (рис. 1).

Семиотическая языковая подсистема в рамках ФСЯР является высшим, знаковым уровнем комплекса коммуникативно-речевых навыков (по Я. А. Бернштейну) к обеспечивает формирование языковых единиц, усвоение и использование конвенционального набора правил их использования в процессе порождения высказывания. В лингвистике выделяют следующие уровни этой подсистемы (они же называются уровнями системы языка): фонематический (фонологический), лексический, синтаксический, морфологический.

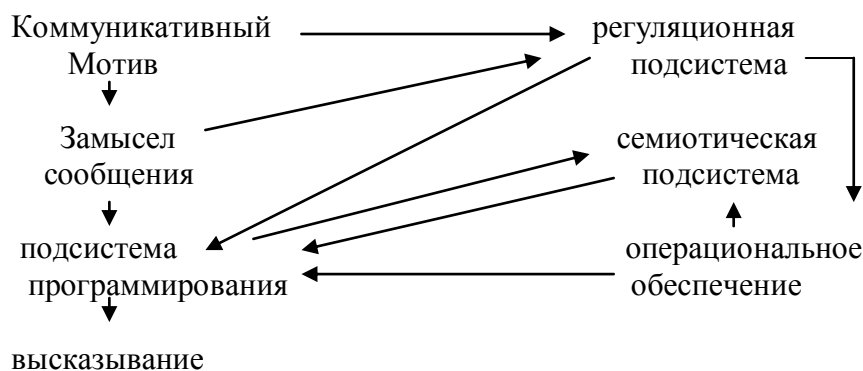


рис.1 Блок – схема ФСЯР

Подсистема программирования высказываний, интерпретации речевых актов и контроля над процессом их реализации и декодирования. Данная подсистема обеспечивает переход от одной системы кодов к другой (Жинкин Н. И., 1958, 1982). У пациентов с моторной афазией особенно наглядно представлены последствия ее распада при сохранности семиотической подсистемы, эффективно использующейся на импрессивном уровне. По существу процесс функционирования этой подсистемы и является основным содержанием многочисленных моделей порождения и понимания речи, представленных в литературе.

Первоначальный замысел высказывания представляет собой слабоструктурированное, аморфное образование. Он должен преобразоваться в нечто расчлененное, более четко оформленное в смысловом отношении и сегментированное посредством смыслового или глубинного синтаксирования (Ахутина Т. В., 1989, Леонтьев А. А., 1997). Полученный «продукт», в свою очередь, должен быть преобразован в знаковую форму с использованием языковых единиц разных уровней (фонологического, лексического, морфологического). Поскольку речевые высказывания реализуются только в линейном виде, в сукцессивной форме, важным компонентом программирования высказывания является операция поверхностного синтаксирования. Синтаксирование или процесс линейной организации фраз включает операции трансформации симультанно представленного материала в сукцессивно организованный ряд. Все перечисленные преобразования



происходят практически параллельно (Зимняя И. А., 1985, Касевич В. Б., 1988, Ахутина Т. В., 1989, Залевская А. А., 1999, Bierwisch M., 1988). Это требует эффективного управления когнитивными ресурсами одновременно на разных уровнях, в разных подсистемах, что возможно лишь благодаря работе регуляционной подсистемы. Она должна обеспечивать их координацию, соподчинение, ресурсное обеспечение.

Финальный акт порождения высказываний состоит в построении моторной программы высказывания, содержащей сегментарный и супрасегментарный уровни. Это включает как использование целостных моторных паттернов, соответствующих синтагме или фразе, так и реализацию более дискретных моторных подпрограмм, соответствующих фонетическому слову, морфу, слогу. Сенсомоторное и когнитивное обеспечение этой подсистемы включает слуховую перцепцию и слухоречевой гнозис, кинестетическую перцепцию и кинестетический и динамический (или кинетический) праксис, моторную регуляцию ларинго-фарингеальных тонических модуляций, кратковременную и оперативную память (слухоречевую и моторную) (Лурия А. Р., 1973, 1975, Carroll D., 1986, Thelen E., 1991).

Все перечисленные преобразования при порождении высказываний происходят практически параллельно (Зимняя И. А., 1985, Касевич В. Б., 1988, Ахутина Т. В., 1989, Залевская А. А., 1999, Bierwisch M., 1988). Это требует эффективного управления когнитивными ресурсами одновременно на разных уровнях, в разных подсистемах, что возможно лишь благодаря работе регуляционной подсистемы. Она должна обеспечивать их координацию, соподчинение, ресурсообеспечение. Регуляционная подсистема делает возможной координацию работы всех звеньев ФСЯР, участвующих в процессе порождения речи или декодирования текстов, оптимизацию их операционального и энергетического (активационного) обеспечения, адаптивно выбирает стратегию языковых и речевых процессов, некоторые их формальные характеристики соответственно внешнему и внутреннему (ментальному)

контекстам На обоснованность выделения подобной подсистемы как самостоятельной указывает ряд авторов (Леонтьев А. А., 1971, Волков А. М. с соавт., 1987, Залевская А. А., 1999). Нечто похожее описывают Т. А. van Dijk и W. Kintsch (1988) в рамках модели обработки связных текстов. Этот аналог описывается в данной работе как «управляющая система». На наш взгляд, это заслуживает подробного цитирования: «При необходимости обработки какого-либо текста управляющая система насыщается определенной информацией о типах ситуации и текста, целях читающего, слушающего или пишущего/говорящего, схематической суперструктурой и макроструктурами (основное содержание, суть темы) текста или планами его порождения. Управляющая система контролирует обработку в кратковременной памяти, активизирует и актуализирует необходимое эпизодическое и более общее семантическое знание, обеспечивает взаимодействие информации высших и низших уровней в долговременной памяти и т. д. Управляющая система гарантирует приведение в действие всех стратегий, направленных на производство информации, то есть создание семантических (а также прагматических и прочих интерактивных и контекстуальных) представлений, согласованных с основными целями понимания» (van Dijk Т. А., Kintsch W., 1988, с. 165). Реальность существования регуляционной подсистемы подтверждается и данными, полученными при изучении речевых ошибок (Ейгер Г В., 1990. Залевская А. А., 1999). Как отмечает А. А. Залевская, «стратегии преодоления коммуникативных затруднений функционируют на разных этапах реализации замысла высказывания» (Залевская А. А., 1999, с. 228), включая этапы как смыслового синтаксирования, так и собственно языкового программирования высказываний. Следовательно, эти стратегии принадлежат какому-то функциональному образованию, стоящему над другими подсистемами, участвующими в программировании высказываний. Весьма вероятно, что это образование и есть описываемая нами регуляционная подсистема ФСЯР. Анализ функциональных задач, решаемых регуляционной подсистемой, позволяет выделить в ней два иерархически связанных уровня:

- коммуникативно-речевой (прагматический);
- операционно-динамический.

Коммуникативно-речевой (прагматический) уровень согласует прагматическое использование речевой деятельности в ходе коммуникации с ведущими мотивами, предшествующим опытом, характером коммуникативной ситуации, речевым и неречевым контекстом. Мотив, коммуникативная интенция является побуждающим началом к порождению высказывания. Регуляционная подсистема ответственна за организацию, выбор речевого «жанра» (в терминологии В. В. Бахтина) и стилистику высказывания в соответствии с целым рядом обстоятельств: конечной практической целью высказывания (побуждение к действию, информирование, запрос информации, модификация поведения собеседника и т. п.), характером текста (повествование, описание, реплика и т. п.), формой высказывания (устная, письменная), событийным и коммуникативным компонентами ситуации (окружающая обстановка, социальные и психологические отношения собеседников, информированность собеседника). При декодировании текстов на этом уровне, по-видимому, происходит выбор стратегии обработки сообщений, поступающих в процессе дискурса, интерпретация паралингвистических компонентов высказывания, учет ситуативного контекста и использование всего этого при извлечении смысла текстов. Как следует из описания задач, решаемых данным уровнем регуляционной подсистемы, они весьма близки тому, что в лингвистике обозначается как «прагматика речи» — «...область исследований в семиотике и языкознании, в которой изучается функционирование языковых знаков в речи» (Лингвистический энциклопедический словарь. 1990, с. 389). Однако эта сфера является в то же время и предметом исследований в психологии общения. Иначе говоря, регуляция коммуникативных актов имеет немало аспектов, лежащих за пределами языка и речи. Имеется в виду внутренняя сторона общения как психологического процесса: система мотивов общения, познание участниками общения друг друга, межличностные отношения и система привязанностей,

знания о социальных и содержательных аспектах коммуникативной ситуации (Ананьев Б. Г., 1980, Бодалев А. А., 1983). Поэтому данный уровень регуляции коммуникативно-речевой деятельности выходит за рамки чисто семиотических задач и правомерно выделяется как самостоятельный компонент регуляционной подсистемы.

Операционно-динамический уровень регуляции ответственен за организацию и регуляцию операционального обеспечения процессов порождения речевых актов, распределение ресурсов системы в динамике развертывания этой деятельности. В частности, степень произвольности или автоматизированности определенных компонентов процесса порождения речи значительно меняет ресурсопотребность данного звена. Теория «ресурсного дефицита» помогает понять необходимость существования такого регулирующего механизма, позволяющего в условиях ограниченных ресурсов сделать возможным порождение и декодирование высказывания (Sergeant J. A., Scholten C. A., 1985, Haarmann H. J., Just M. A., Carpenter P. A., 1997). В ряде ситуаций данное звено регуляционной системы по необходимости меняет саму структурную организацию высказывания, упрощая ее.

## **1.2. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОДСИСТЕМ ФСЯР В ОНТОГЕНЕЗЕ**

### **1.2.1. Формирование семиотической подсистемы ФСЯР**

#### **Модели усвоения языка**

Все теории, объясняющие переход от предречевого к речевому этапу развития, то есть процесс отпадения детьми языком, можно объединить в две группы, а) нативистские теории; б) теории когнитивного научения, конструктивистские теории (мы опускаем описание бихевиористских теорий

оперантного научения как способа освоения языка, которые в настоящее время представляют лишь исторический интерес).

Нативистские теории в некотором смысле возникли как возражение бихевиоризму. Следует признать, что до настоящего времени остается невыясненным вопрос, встававший перед всеми исследователями детской речи. Каким образом ребенок в поразительно короткий срок, без специального, организованного обучения усваивает всю сложную систему правил, заложенных в языке? Сторонник нативизма N. Chomsky и его последователи полагали, что человек имеет врожденные способности к языку. Ребенок рождается уже оснащенным набором операций, способов переработки языковой информации (language processing device). Эта врожденная программа универсальных базовых принципов языка лишь уточняется и дополняется правилами конкретного языка, которые ребенок усваивает в онтогенезе (Chomsky N., 1962, 1980, Greene J., 1976). Сторонники этого направления описывают язык как обособленную, генетически детерминированную систему. Ее структура и некоторые базовые принципы функционирования тоже преддетерминированы. Однако экспериментальные исследования последних десятилетий не подтвердили основные положения этой теории (Леонтьев А. А., 1969, 1997, Шахнарович А. М., 1990, Slobin D., 1976, Bruner J., 1984). В частности, получено много фактов, свидетельствующих, что усвоение языка — активный познавательный процесс, в котором обнаруживаются типовые межиндивидуальные различия. Иначе говоря, индивидуальные стратегии познания проявляются в существовании разных путей освоения языка, используемых детьми. Тем не менее некоторые закономерности, обнаруженные в исследованиях этого направления, нашли применение и в других моделях усвоения языка. Например, это относится к «гипотезе модулярности» в организации функциональной системы языка, которая подтверждается во многих клинических наблюдениях и экспериментальных данных. Отправной точкой разработки этой гипотезы были положения, сформулированные в теории усвоения языка N. Chomsky. Дальнейшее развитие эта гипотеза

получила в работах (Gardner H., 1985, Grodzinsky Y., 1986). Согласно этой гипотезе, отдельные подсистемы языка (фонологическая, лексическая, синтаксическая, морфологическая) автономны в своем развитии и имеют различное церебральное обеспечение. Каждая из таких подсистем представляет собой как бы самостоятельный модуль. Это позволяет объяснить многочисленные примеры диссоциации между уровнем развития или степенью дисфункции в патологии разных уровней языковой системы (фонологическим, синтаксическим, морфологическим).

Общей чертой когнитивных, конструктивистских теорий является представление, что природа языковых способностей — прямое продолжение когнитивных способностей и построена на тех же закономерностях (Piaget J., 1967, 1994, Slobin D., 1976, Bruner J., 1984, Bates E., Bretherton I., Snyder L, 1988, Bates E., Thal D., Marchman V, 1991). Согласно этой позиции, ребенок, накапливая опыт взаимодействия и речевой коммуникации со взрослыми, устанавливает связи между предметной и социальной ситуацией, с одной стороны, и речевыми текстами, регулярно сопровождающими ее — с другой. Впоследствии эти глобальные связи структурируются, дифференцируются. Соотнося меняющиеся тексты с меняющейся ситуацией, ребенок вычленяет элементы высказывания сначала по семантическому принципу (топик—коммент), а затем по семиотическому, грамматическому принципу (субъект-предикат-объект). На основании этого опыта ребенок строит гипотезы о структуре языка, его закономерностях; формируя собственные высказывания, проверяет эти гипотезы. Есть много оснований полагать, что «детский язык» — это не вторичное явление по отношению к взрослому языку. У ребенка в процессе речевого развития формируется в сознании последовательно несколько «языковых систем», каждая из которых обладает собственными правилами и строением. Детская речь — это вполне самостоятельная деятельность, характеризующаяся собственными целями, мотивами, собственным иерархическим строением. Средства этой деятельности внешне те же, что и у взрослых, однако они резко различаются за счет различного

функционального использования языковых элементов» (Ахутина Г. В., Горелов И. Н., Залевская А. А., 1985, с. 179). В силу ограниченности своих семиотических способностей ребенок на ранних этапах речевого онтогенеза строит свой, упрощенный вариант языковой системы, от которого через серию промежуточных стадий переходит к нормативному языку (Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988).

### **Теории развития фонологической системы языка**

Существует несколько теорий или моделей, описывающих процесс фонологического развития. Наиболее ранней является бихевиористская модель О. Моврера (1960), Дж. Мураи (1963) и Д. Олмстеда (1971). Согласно этой теории, существует прямая связь между лепетом и ранней фонологией. Звуки, присутствующие в лепете и получающие так называемое вторичное подкрепление вокализациями матери, закрепляются и входят в состав первичных речевых вокализаций. Звуки, не получающие такого подкрепления, вытормаживаются и выходят из употребления в детской речи. Частично с этой моделью согласуются наблюдения фонологического развития детей, у которых происходит плавный переход лепета в речевые вокализации. Некоторое время у них сосуществуют вокализации того и другого типа. Однако есть и другая категория детей, у которых между лепетом и речевыми вокализациями нет переходного периода. После затухания лепета наступает короткий период отсутствия каких-либо вокализаций, а затем появляются речевые вокализации. При этом ребенок как бы заново осваивает звуки, которые уже присутствовали в лепете ранее (Ferguson C. A., 1978, Vihman M., 1988).

Следующая модель — структуралистская. Ее автором является Р. Якобсон (1968). Позднее эта теория получила развитие в работах А. Москowitz (1973). Согласно этой теории, существует универсальная для всех языков, врожденная программа усвоения базовых фонологических оппозиций. Предречевые вокализации (гуление и лепет), согласно Р. Якобсону, не имеют

никакого значения для фонологического развития. Первым усваивается противопоставление наиболее контрастных звуков р/и/а.

наиболее контрастных звуков /р/ и /а/. За ним следует оппозиция /р / и /m/. В модели А. Moskowitz ранними единицами оппозиции являются не фонемы, а слоги. Начальной формой речевых вокализаций является слог типа СГ, который посредством редупликации (или, в другой терминологии, итерации) образует первые слова (папа, мама, дядя). Далее редупликация становится частичной; повторяются слоги с одинаковым согласным (принцип «гармонии» согласных) или с одинаковым гласным (принцип «гармонии» гласных): /t'ot'a/ — тётя, /s'os'a/ — соска, /t'is'i/ — часы. Отчасти эта теория находит подтверждение в наличии большого сходства между разными языками в порядке освоения детьми звуков речи. Однако в этой модели совершенно не остается места для физиологических и психологических предпосылок. Кроме того, как отмечают Р. Кирагску и L. Менн (1977), на начальном этапе речевого развития ребенок произносит еще так мало слов, что трудно подтвердить или опровергнуть наличие у него определенной системы фонологических оппозиций.

Модель *естественной фонологии* (natural phonology) (Stemp D., 1972, Donegan P., Stemp D., 1979). Согласно этой модели ребенок владеет врожденным набором фонологических операций-преобразований, которые приводят фонологические единицы в соответствие с природными особенностями вокализационного аппарата человека. Именно поэтому мы обнаруживаем много сходства в фонологии разных языков. Задача ребенка — подавить те операции-преобразования, которые не свойственны его родному языку. Например, во многих языках выявляется такая естественная фонологическая закономерность, как оглушение конечных звонких согласных (например, в русском, немецком языках). Англоговорящий ребенок поэтому сначала произносит слово /bad/ как /bat/, а позже — как /bad/. Ему необходимо подавить фонологический процесс оглушения конечной согласной. У русскоговорящих и говорящих по-немецки детей такой необходимости нет.



Близка к предыдущей модель *генеративной фонологии*, предложенная N. Smith (1973). По мнению автора, ребенок на ранней стадии речевого онтогенеза как бы переписывает для себя образцы речи взрослых в упрощенном варианте (например, нейтрализуя некоторые фонологические противопоставления). Этот адаптированный материал и становится собственной языковой системой ребенка. Отличие от предыдущей модели заключается в том, что здесь не предполагается, что ребенок самостоятельно строит языковую систему. Авторы этой модели описали универсальные стратегии упрощения, которые реально наблюдаются и совпадают даже у детей, принадлежащих к разным языковым сообществам. В качестве примера можно привести такие процессы, как гармонизация (уподобление) гласных и согласных в пределах слова или синтагмы, редукция согласного в кластере и др.

Сторонники последних двух моделей полагают, что ребенок даже на ранних стадиях онтогенеза воспринимает речь взрослых без искажений. Предполагается, что вышеупомянутые стратегии упрощения относятся лишь к порождению речи и являются общими как для здоровых детей, так и для тех, у кого речь развивается аномально (Ingram D., 1976, Grunwell P., 1981, Edwards M., Shriberg L., 1983).

*Просодическая модель* (Waterson N., 1981). В этой модели в качестве базовой единицы восприятия и порождения речи рассматривается слово, а не фонема. Она (модель) опирается на экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что на начальных этапах речевого онтогенеза дети воспринимают, репрезентируют слово глобально, как ритмически организованный гештальт. Постепенно ребенок начинает выделять в этом нерасчлененном целом некоторые дифференциальные признаки (например, назализованность, фрикативность, звонкость) без точной их локализации внутри слова. Подобная модель адекватна для раннего этапа речевого онтогенеза и удачно дополняет модели, рассматривающие лишь сегментарный уровень фонологии. Она позволяет объяснить феномен так называемых «канонических форм» слов или фонологических «идиом». Он состоит в том,

что иногда дети сначала употребляют почти идеально взрослые формы слов, а позже как бы регрессируют и упрощают структуру этих же слов до уровня уже сформировавшейся собственной фонологической системы (Гвоздев А. Н., 1948). Эта модель согласуется с данными нейропсихологии о более раннем созревании правого полушария, которое в раннем возрасте играет доминирующую роль (Annet M., 1973, Geschwind N., Galaburda A., 1985). А оно, как известно, специализировано на целостном восприятии и распознавании мелодических контуров.

*Когнитивная модель* (Kiparsky P., Menn L., 1977, Menn L., 1981, Ferguson C. A., 1986). Описание этой модели встречается еще под другим названием: «модель решения проблем». Развитие звуковой системы языковых средств и их артикуляционной базы рассматривается как процесс разрешения серии проблем, связанных с усвоением фонологии взрослых. Этот процесс включает выдвижение гипотез, их проверку и принятие или замену другой гипотезой. Ребенок, согласно этой модели, формирует собственную фонологическую систему, позволяющую достичь адекватного коммуникативного эффекта в условиях ограниченных семиотических и артикуляционных возможностей. Целый ряд экспериментальных данных вписывается в эту модель. Известно, что дети демонстрируют индивидуальную избирательность при отборе фонологических конструкций, которые используют в своей речи. Например, одни начинают со слов двусложной конструкции типа СГСГ с одинаковыми слогами (следуя принципу гармонии) и смычными или назализованными согласными /рара/, /тапа/. Другие предпочитают использовать слова, включающие не более одной согласной: /ака/ — собака, /ига/ — играть. Употребляя сложные по звуковой структуре слова, разные дети используют разные стратегии упрощения. Некоторые дети сначала используют слова в их «взрослой форме» как «фонологические идиомы», а позже регрессируют к более простым конструкциям, соответствующим их индивидуальной фонологической системе. Другие же сразу начинают строить слова сегментарно, упрощая их фонологическую структуру. Вводя вновь освоенный

звук в уже имеющийся лексикон, дети одновременно упрощают его фонологическую структуру тем или иным способом (посредством ассимиляции, редупликации, слоговой элизии и др.). Тем самым они снижают суммарную сложность фонологической и моторной программы слова и сохраняют ее доступность для реализации. По мере автоматизации нового звука ребенок возвращается к более совершенной фонологической структуре слова.

Эти и другие факты убеждают в том, что, овладевая фонологической системой родного языка, ребенок использует разные созидательные стратегии и строит собственную фонологическую систему. Данная модель является существенным дополнением к моделям «естественной фонологии» и «просодической». Кроме того, она хорошо согласуется с моделями когнитивного развития ребенка (Холодная М. А., 1997, Чуприкова Н. И., 1997, Пиаже Ж., 1969, Брунер Дж., 1984, Nelson К., 1996).

Таким образом, центральными факторами, определяющими алгоритм фонологического развития, являются созревание и расширение репертуара артикуляционных навыков, когнитивное развитие и развитие языковых способностей с постепенной отменой парадигматических и синтагматических ограничений. Переходя от синкретического к сегментарному уровню оперирования фонологическими конструкциями, ребенок формирует систему фонемных противопоставлений и их дифференциальных признаков, являющихся обобщениями артикуляционных или акустических образов. Новый звук он включает в свою фонологическую систему после того, как созревают артикуляционные возможности его реализации (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1979). Отсутствие такой возможности заставляет его избрать компромиссный путь: фонемные оппозиции (языка взрослых) сливаются в лице того их члена, который испытывает наименьшие артикуляторные ограничения, то есть своеобразного идиолектного звука (Stamp D., 1979). Это порождает феноменологию звуков-субститутов (Гвоздев А. Н., 1948).

## **Формирование лексикона**

Как ребенок связывает слова и смыслы, догадывается о том, что означают слова?

Этот вопрос, пожалуй, занимает центральное место в изучении того, как ребенок постигает язык. Окончательного ответа на этот вопрос не получено. Сторонники нативистского подхода полагают, что семантическая структура лексикона имеет врожденную основу. Наиболее ортодоксально такая позиция представлена в работах J. Fodor (1975). Он полагает, что существует «генетически детерминированный язык мышления», который и составляет концептуальную базу для усвоения системы лексических понятий. Эта концептуальная структура лишь запускается определенными средовыми стимулами. Комплексные понятия, по его мнению, образованы из биологически детерминированных компонентов на манер химических соединений. В рамках этого направления есть и менее радикальная точка зрения. Это гипотеза о существовании так называемых лексических компонентов, из которых конструируются значения всех слов (Bierwisch N., 1970, Katz J. J., 1972). Авторы полагают, что семантические признаки не могут быть разными в разных языках. Скорее они являются частью общих языковых способностей человека. Этот универсальный набор признаков определенным образом используется в разных языках. Приведенные теории не согласуются с большим количеством наблюдений и экспериментальных данных, свидетельствующих о влиянии социального контекста на значение слов, о существовании значительных различий в структурировании лексикона в разных (особенно неевропейских) культурах. Факты из онтолингвистики демонстрируют существенные отличия в семантике слов на разных этапах онтогенеза. Об этом же писал и Л. С. Выготский в книге «Мышление и речь».

Альтернативой нативистским теориям являются исследования, построенные на теоретической позиции, впервые сформулированной Л. С. Выготским (1983). Главное место в его теории усвоения и развития смысловой стороны слова занимают социальное взаимодействие и формирование

понятийного мышления. Согласно этой модели, процесс общения взрослого (родителей) и ребенка создает условия для понимания и уточнения значений слов и движения вперед в лексическом развитии. Вторым психологическим механизмом, благодаря которому семантика слова развивается от синкретичного, приблизительного значения к все более точному и обобщенному, является формирование способности к образованию понятий. Это движение можно кратко обозначить следующей схемой: номинация (референция, то есть указание на предмет или ситуацию) —> имя собственное (предмета) —> слово-ярлык, уравненное с признаками предмета —> денотат —> сигнификат. Как справедливо замечал сам автор, его открытием было обоснование того, что семантически слова детей отличаются от слов взрослых и претерпевают в процессе развития значительные изменения. На начальном этапе слово ребенка совпадает со словом взрослого лишь по предметной отнесенности, но не по семантическому значению. Близким по теоретическим позициям является исследование J. Bruner(1984), подробно изучившего психологическую структуру интеракции матери и ребенка, выделившего в ней когнитивную составляющую (совместная игра, феномен разделенного внимания), на основе которой ребенок усваивает словесное обозначение предметов и ситуаций. Более подробно эти исследования обсуждались выше.

По существу логическим продолжением этого направления являются исследования K. Nelson (1991,1996). Свою концепцию лексического развития она называет социально-когнитивной. В ее основу положена авторская модель формирования знаний об окружающем мире, или, как сформулировал автор, репрезентации окружающего мира. Представления ребенка об окружающем мире, опыт взаимодействия с ним организуются вокруг значимых для него событий. У ребенка формируются ментальные схемы таких событий, которые включают лицо, производящее действие (actor), действие (action) и объект действия (object). На начальном этапе событие представляется для ребенка нерасчлененным комплексом, концептуальной целостностью. Объект (предмет) еще не выделен для него как концептуальный компонент события. Поэтому на

ранних этапах формирования лексикона слово соотносится с целостным событием (например, таким, как купание, кормление, игра). Это вполне согласуется с известным феноменом голофразиса, когда первые слова (а семантически — однословные фразы) обозначают целую ситуацию. Автор подчеркивает различие между концептуальной ориентацией на объект и репрезентацией события. Первое статично и абстрактно, то есть не соответствует когнитивным возможностям ребенка первой половины второго года жизни. Второе — репрезентация событий — приобретает смысл и значение лишь в культуральном, социальном поле. Объект осмысливается ребенком лишь постольку, поскольку он включен в значимое событие. Понятие объекта, по мысли автора, вторично по отношению к концептуальной схеме события. В ментальной схеме ребенка он представлен как компонент события, в которое он включен. Например, бутылочка — это предмет, где находится молоко или сок, «возникающий» после кормления или перед сном. Для ребенка событие определяет функциональную роль объекта. Поскольку это так, «концепция объекта» первоначально включена для ребенка в представление о событии. Поэтому, когда ребенок употребляет слова, соотнося их с отдельными объектами, он делает это сначала только в контексте знакомых событий. Данная концепция весьма близка теории фреймов в лексической семантике (Fillmore C. J., 1988), хотя автор не пользуется этим термином. По существу, речь идет о формировании у детей элементарных фреймов знакомых и значимых событий. В каждом из них имеются слоты (slots) для отдельных концептов предметов или действий. На этом этапе развития еще нет иерархических категориальных отношений между лексемами. Существуют субординационные отношения между категорией определенного объекта или действия и схемой события, в которую он включен. Категория объекта (и семантика соответствующего слова) является slot-filler-категорией, то есть компонентом, вставленным в предназначенную ему ячейку определенного фрейма. Например, «схема» завтрака имеет слоты (ячейки) актов приема пищи и дополняющие их слоты определенных видов пищи, традиционно

предназначенных для завтрака. Соответственно, семантика слова «еда» будет у ребенка разной в контексте завтрака и обеда. На этом этапе, по мнению автора, противопоставлены слова, включенные в разные событийные фреймы (еда для завтрака/еда для обеда). Например, ребенок называет свою кошку, живущую дома, словом «киса», а других кошек словом «мяу». Такой тип лексических отношений (связаны слова, включенные в один и тот же фрейм) является скорее синтагматическим.

Позже формируются контекстуально независимые понятия предметов, их классов и действий, и тогда складывается конвенциональная иерархия семантических противопоставлений. Это соответствует парадигматическому типу отношений. Семантическое поле слова при этом существенно сужается до границ отдельного понятия об объекте или классе и приближается к своему конвенциональному значению. По мнению автора, этому этапу соответствует момент «лексического взрыва».

В качестве основных стратегий, которые ребенок использует для овладения лексиконом, описываются имитация и когнитивный эвристический анализ (Выготский Л. С., 1984, Цейтлин С. Н., 2000, Bates E., Bretherton I., Snyder L, 1988, Bates E., Thai D., Marchman V., 1991, Butterworth G., Harris M., 2000).

Имитация как механизм усвоения детьми многих форм деятельности описывалась многими психологами (Дж. Болдуин, А. Валлон, Ж. Пиаже, Г. Тард). Уже на первом году жизни можно наблюдать подражание ребенком движениям губ, мимике, некоторым жестам (Исенина Е. И., 1986, Обухова Л. Ф., 1995, Butterworth G., Harris M., 2000). Нельзя не отметить, что на первом году имитация наблюдается и в поведении матери: она подражает мимике ребенка, его вокализациям, и это играет очень важную роль в формировании у ребенка коммуникативного поведения, налаживании контакта. На втором-третьем годах имитация особенно ярко проявляется в символической игре и в речевом поведении (Запорожец А. В., 1986, Лисина М. И., 1985, 1986, Эльконин Д. Б., 1989, Casby M. W., 1991).

С. Н. Цейтлин (2000) полагает, что следует различать следующие виды имитации:

- имитация жестов и ситуаций;
- имитация фрагментов речи;
- имитация звукоподражаний (точнее, звукоподражание, как форма имитации).

Автор справедливо отмечает, что целесообразно различать спонтанные имитации и имитации, точнее, повторения по просьбе взрослых, носящие более произвольный характер. К этому стоит добавить различие между немедленными и отставленными имитациями. Первые возникают по механизму «эхо», а вторые требуют опоры на долговременную память. В ряде случаев ребенок в точности повторяет услышанное спустя несколько часов или дней.

Известно, что у разных детей склонность к имитации слов (или словосочетаний в форме «замороженных конструкций») выражена в разной степени. По данным L. Bloom (1973), у одних детей имитации составляют 5% речевой продукции, а у других — 35%. Однако, как справедливо отмечают E. Bates, D. Thai и V. Marchman (1991), одной способности к имитации недостаточно, чтобы объяснить сложный процесс овладения речью. Имитация наблюдается и у многих животных (у попугаев — имитация человеческой речи), не владеющих тем не менее речью.

Когнитивный, эвристический механизм состоит в анализе слышимой речи взрослых, вычленении в ней повторяющихся фрагментов, сопоставлении ее со смысловым, экстравербальным контекстом. Последний тоже подвергается определенному анализу: вычленяются наиболее значимые для ребенка компоненты, повторяющиеся, относительно константные и вариативные характеристики. Константные компоненты слышимых высказываний соотносятся с константными компонентами события. Когнитивный анализ подобного рода предполагает наличие определенного минимально необходимого уровня зрелости интеллектуальных способностей. В литературе представлено довольно много наблюдений, демонстрирующих связь



определенных показателей когнитивного развития с достижениями в лексическом развитии. Многочисленные клинические наблюдения детей с дефицитом интеллектуальных способностей доказывают существование тесной связи между лексическим развитием и интеллектуальной зрелостью (Каше Г. А., 1957, Исаев Д. Н., 1982, Выготский Л.С, 1983,1986, Лалаева Р. И., 1988, Фотекова Г. А., 1994, Rondal J.A.,1995). При том, что эта связь представляется очевидной, нуждаются в уточнении и конкретизации проявления, содержательная характеристика интеллектуальных способностей, от которых непосредственно зависит формирование лексики. Весьма вероятно, что эти способности могут оказаться разными, например, в случае глагольного и номинативного словаря (Maratsos M. P., 1991). E. Bates, D. Thai и V. Marchman (1991) сгруппировали данные разных авторов соответственно разным показателям речевого развития и представили это в виде таблицы, приведенной ниже (табл. 1). Импрессивный и экспрессивный словари на начальном этапе своего формирования в значительной степени автономны друг от друга (Bates E., Thal D., Marchman V., 1991). По наблюдениям авторов, у определенной категории детей показатели роста объема пассивного и активного словаря заметно диссоциируют. Например, при объеме экспрессивного словаря, соответствующем нижней границе нормы (10-й перцентиль), объем импрессивного словаря может быть на уровне 90-го перцентилля. И наоборот, дети с высокими показателями экспрессивного словаря имеют средний уровень импрессивного словаря. Еще один пример диссоциации, который приводит С. Н. Цейтлин (2000): так называемый «лексический взрыв» затрагивает только экспрессивный словарь. Импрессивный же словарь растет плавно. Иначе говоря, суть «лексического взрыва», по-видимому, заключается в быстром переходе значительного количества слов из пассивного словаря в активный. Наблюдения как случаев нормы лексического развития, так и патологии, показывают более выраженную зависимость от невербальных интеллектуальных способностей объема импрессивного словаря.

**Таблица 1**

Данные исследований языкового и когнитивного развития у здоровых детей  
(Bates E., Thai D., Marchman V., 1991, с. 41)

<b>Средний возраст</b>	<b>Показатели языкового развития</b>	<b>Показатели когнитивного развития</b>	<b>Ссылки</b>
9-10 мес.	Понимание слов (импрессивный словарь)	Дейктические жесты («дай», указательный жест, жест, привлекающий внимание к чему-либо (разновидность указательного))	Bates, Benigni, Bretherton, Camaioni & Volterra, 1979; Snaider, 1975
		Жестовые ритуализованные игры (типа «Ладушки», «Сорока-белобока»)	Bates, Camaioni & Volterra, 1975; Bates et al., 1979
		Использование некоторых инструментов	Bates et al., 1979; Curcio, 1977; Snyder, 1975; Sugarman-Bell, 1978
		Понимание некоторых причинных связей между явлениями	Harding & Golincoff, 1979
		Скачок в категоризации — появление способности к элементарным формам категоризации (по данным экспериментов с угасанием ориентировочной реакции,	Cohen & Yonger, 1983

		или, иначе — с «парадигмой привыкания»)	
12-13 мес.	Порождение слов (экспрессивны й словарь)	Узнаваемые жесты в символической игре	Acredolo & Goodwin, 1985, 1985; Bates et al., 1975, 1979; Bates, Bretherton, Snyder, Shor & Volterra, 1980; Bretherton, Bates, NcNew, Shore, Williamson & Beegley-Smith, 1981; Escalona, 1973; Verner & Kaplan, 1963; McCune-Nicolich & Bruskin, 1981; Snyder etal., 1981; Volterra & Gaselli, 1983
		Отсроченные имитации	Meltzoff, 1985, 1988
18-20 мес.	«Лексический взрыв»	Использование жестовых комбинаций в символической игре	Brownell, 1988; Fenson &, Ramsay, 1980; Nicolich, 1977; Shore, 1986
		Второй скачок в категоризации —	Brownell, 1988; Gopnic & Meltzoff,

		выполнение действий группировки	1986; Shore, 1986; Sugarman, 1979
		Прирост конструктивных способностей	Shore, 1986; Brownell, 1988
		Жестовые комбинации в подвижных и социальных играх	Brownell, 1988
24-36 мес.	«Грамматический взрыв»	Активное создание последовательных серий действий в символической игре	Genson & Ramsay, 1980; Nicolich, 1977; O'Connell & Gerard, 1985; Shore, O'Connell & Bates, 1984

Об этом же свидетельствуют и наши экспериментальные данные (см. главу 8). Приведенные факты, на наш взгляд, подтверждают гипотезу о том, что процессы понимания и продуцирования речи базируются на разных, относительно автономных речевых подсистемах (Касевич В. Б., 1988).

Как известно, между людьми существуют типологические различия в когнитивной организации, которые называют «когнитивными стилями» (Холодная М. А., 1997, Дружинин В. Н., 2001). Эти особенности проявляют себя очень рано, что не может не сказаться на выборе стратегий овладения языком. Анализ индивидуальных различий в формировании лексикона позволил выявить несколько типологических вариантов (Nelson K., 1973, Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988, Bates E., Thal D., Msrchman V., 1991). Выделяют детей с тенденцией к преобладанию аналитической стратегии в усвоении языка и тех, у кого доминирует холистическая стратегия. Различия между этими типами прослеживаются на всех уровнях языка и в лексике в том числе.

«Аналитики», накапливая речевой опыт (на уровне восприятия), расчленяют воспринимаемую речь на мелкие единицы и затем на основе выявленных закономерностей (более или менее верных) строят из этих элементов свои высказывания. В лексике для них характерно преобладание наименований предметов. Дети-«холисты», наоборот, воспроизводят в знакомом контексте крупные блоки услышанных высказываний. На начальном этапе их речь выглядит более правильной, чем у аналитиков. Они часто используют «замороженные» словосочетания, их словарь весьма разнообразен по составу. По мнению E. Valez, O. Tpa'1 и V. МагсНтап, данная оппозиция имеет определенную связь с другой оппозицией: экспрессивная/импрессивная речь. «Аналитики» обычно лучше понимают речь и вообще опережают других детей в речевом развитии.

Другой вид типологической оппозиции — разделение детей на «экспрессивных» и «референциальных» (Nelson K., 1973, Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988,). Лексикон референциальных детей на ранней стадии развития состоит преимущественно из предметных слов. Они относительно редко имитируют речь взрослых, употребляют слова, которые имеют смысл. Они опережают других детей по росту словаря. Долго используют неизменяемые слова. «Экспрессивные» дети больше склонны к имитации, часто используют «замороженные словосочетания», нередко употребляют бессмысленные слова. В их лексиконе представлены разные категории слов. Словарь у них растет относительно медленно. Перечисленные признаки этих двух типов весьма схожи с приведенным выше делением на «аналитиков» и «холистов». Референциальные дети соотносятся с аналитическим типом, а экспрессивные — с холистическим.

Началом развития словаря правомерно считать возраст, когда ребенок относительно регулярно соотносит услышанные слова и высказывания с соответствующими предметами или ситуациями. У основной массы детей это происходит примерно с 8—10 месяцев. Объем пассивного словаря у разных детей варьирует в значительных пределах: от 5—6 до нескольких сотен (Bates

Е., Bretherton I., Snyder L., 1988, Bates E., Thai D., Marchman V., 1991). По имеющимся наблюдениям, активность развития пассивного словаря на этом этапе прямо не коррелирует с объемом и активностью развития активного словаря, который у большинства детей начинает формироваться в период от 10 до 14 месяцев, а поданным англоязычных авторов, до 15—18 месяцев. Лексическое развитие ребенка, начинаясь с 9—10 месяцев (возраст начала формирования пассивного словаря), проходит ряд этапов. Разграничивать эти этапы можно по разным признакам, характеризующим объем лексикона, частеречный состав лексикона (представленность в нем разных частей речи), качественные особенности значения слов, морфологическую структуру слов и др.

Качественное различие между этапами формирования значения слов заключается в смысловой референции (то есть отнесенности к определенной объективной реальности) и языковом качестве. С. Н. Цейтлин выделяет следующие ступени формирования значения слов:

- «ситуативная закреплённость»;
- предметная соотнесенность (денотативное значение);
- понятийная соотнесенность (сигнификативное значение);
- формирование системы сигнификативных значений слова (если оно многозначно), то есть возникает собственно значение слова, понимаемое как совокупность его лексико-семантических вариантов» (Цейтлин С. Н., 2000, с. 62).

Первые слова, которые произносит ребенок, имеют настолько широкое поле смысловой отнесенности, что могут рассматриваться как эквивалент фраз, и поэтому получили название однословных фраз или «голофраз» (Гвоздев А. Н., 1961, Лепская Н. И., 1997, Цейтлин С. Н., 2000, Nelson K., 1973, 1996, Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988). Среди них резко преобладают предметные слова. Несмотря на внешнее сходство, их было бы неверно идентифицировать как существительные. На этом этапе они еще не имеют того грамматического значения, которое свойственно речи взрослых. Кроме того, их смысловая

отнесенность очень широка. Ребенок 1 г. Змес, произнося слово «МАМА», может иметь в виду «МАМА, ИДИ КО МНЕ» или «ВОТ И МАМА ПРИШЛА», или «МАМА, ПОСМОТРИ, КАКАЯ У МЕНЯ ИГРУШКА» и т. п. Некоторые из первых слов употребляются только в определенной ситуации, то есть смысловая отнесенность слова ограничивается ситуативной зависимостью. Например, ребенок словом «бака» обозначает только собак, которых видит на улице. Игрушечную собаку или живых собак, находящихся в помещении, он называет «аф». Одновременно можно наблюдать сверхгенерализацию смысловой отнесенности слов. Например, ребенок может словом «собака» на начальном этапе речевого развития называть всех животных. Как отмечает С. Н. Цейтлин, дети на раннем этапе речевого онтогенеза довольно часто одним и тем же звукокомплексом обозначают разные явления. «Все эти случаи объединяются в несколько групп.

Случай первый (самый простой и очевидный) — совпадение в одной звуковой оболочке двух и более слов из-за артикуляторных трудностей, которые не смог преодолеть ребенок. Это так называемая детская омофония... Такое совпадение имеет место только в активном, но не в пассивном словаре...

Случай второй — лексико-семантическая сверхгенерализация.

Случай третий — когда одно из слов употребляется для обозначения ситуации в целом.

Случай четвертый можно назвать детской паронимией... Скорее всего, мы имеем дело со смешением звуковых оболочек двух близкозвучащих слов, что связано с особенностями вербальной памяти. Подобным образом трехлетняя Ира путала травинку с тропинкой, а Дима С. — комариков с фонариками».

В начальном словаре обычно значительно преобладают существительные, позже усваиваются и меньше представлены глаголы, на последнем месте по темпам и срокам освоения находятся прилагательные. На начальном этапе усвоения лексикон ребенка состоит преимущественно из первообразных слов. По-видимому, это происходит посредством прямого установления связей между услышанным фонетическим словом и предметом, его обозначающим.

Индивидуальный состав словаря зависит от частотных характеристик словаря наиболее постоянных коммуникативных партнеров. Обычно в этом качестве выступают родители. Кроме того, большое значение имеет прагматическая актуальность для ребенка тех ситуаций, предметов, действий, признаков, наименования которых он слышит. Не менее важно коммуникативное поведение родителей: называние того, на что обращено внимание ребенка.

Примерно в 2—2,5 года в лексике ребенка появляются производные слова, что свидетельствует о начале усвоения им языковых правил словообразования. Обычно сначала ребенок выявляет некоторые правила использования суффиксального способа словообразования. При этом значительно позже приходит понимание границ использования этих правил. В результате дети часто применяют формально верные правила в тех языковых ситуациях, где такой тип словообразования не используется. Подобные словообразовательные инновации получили название детских неологизмов (Гвоздев А. Н., 1948, Цейтлин С. Н., 2000).

Темпы прироста словаря на протяжении первых лет жизни варьируют в широких пределах. Периоды почти платообразной динамики сменяются скачками, называемыми «лексическими взрывами» (Гвоздев А. Н., 1949, Nelson К., 1973,). Один из таких лексических взрывов по времени обычно совпадает с моментом появления первых двусловных высказываний (18-22 мес). Есть основания полагать, что это совпадение носит неслучайный характер. У ребенка расширяются возможности синтагматической комбинаторики и благодаря этому расширяется словарь производных слов. Примерно в этот же период резко снижаются ассимиляторные взаимовлияния звуков, входящих в одно и то же слово или синтагму (Nettelbladt U., 1983). По-видимому, при этом на высшем топологическом уровне формируются и автоматизируются типовые фонологические конструкции, соответствующие словам или словосочетаниям. Благодаря этому звуковая структура слов становится относительно константной, а фонотактические ограничения ослабевают. Все это существенно облегчает оперирование этими фонологическими структурами в оперативной



памяти Ъ процессе порождения высказываний. Это создает дополнительные возможности расширить активный лексикон, в том числе за счет многосложных и многоморфемных слов.

### **Формирование навыков грамматического оформления высказываний**

Грамматическое оформление высказываний включает синтаксический и морфологический компоненты. Они различаются не только по функциям, которые выполняют, но и по своей когнитивной организации. Синтаксис языка базируется на синтагматических языковых и сукцессивных когнитивных операциях. Основой же морфологического оформления фразы являются парадигматические языковые и симультанные когнитивные операции (Jacobson R., 1971, Лурия А. Р., 1975, Ахутина Т. В., 1989, Леонтьев А. А., 1997).

### **Модели усвоения грамматики языка**

Нативистская модель формирования грамматического строя речи положила начало целому направлению в изучении языкового онтогенеза (Chomsky N., 1980, Pinker S., 1984, Roeper T., Williams E., 1987). Данная модель построена на теоретической позиции, согласно которой существуют универсальные языковые правила синтаксического построения высказываний, закодированные генетически. Ребенок рождается, имея этот набор правил в готовом виде, то есть владеет так называемой «врожденной универсальной грамматикой». В соответствии с генетической программой в определенном возрасте с заданной последовательностью эти правила лишь эксплицируются. Языковая среда только вносит некоторые коррективы, отражающие специфику конкретного языка. Система правил, на основе которых строится предложение, логика самой процедуры перехода от глубинного к поверхностному синтаксису были описаны Н. Хомским в теории порождающей трансформационной грамматики. Эта модель, по существу, является не объясняющей, а

описывающей возможные способы перехода от смысла к грамматической структуре высказывания. Иначе говоря, она не касается реальных механизмов порождения высказывания (Green J., 1976).

Н. Хомский полагал, что функциональная система языка является автономной, не зависящей в своем развитии от других психических функций. Это положение известно как «гипотеза модулярности», которая нашла применение не только в лингвистике, но и в психологии. Языковая система рассматривается как особый, автономный модуль, функционирующий и развивающийся независимо от других когнитивных способностей. Фактически эта модель не подразумевает наличия у ребенка способности научиться чему-либо в сфере языка, что не было бы генетически предопределено. В ней не находят объяснения многочисленные факты, свидетельствующие о том, что дети используют разные стратегии усвоения языка (Nelson K., 1973, Bloom L., 1973), многие ее положения не получили экспериментального подтверждения. Тем не менее и сейчас это направление достаточно активно развивается.

В когнитивной модели процесс усвоения грамматики ребенком представляется составной частью его когнитивного развития. Логика грамматических связей мыслится как отражение логики познания мира и связей явлений, причин и следствий событий. Грамматика языка соотносится с «грамматикой» поведения. «Порядок элементов в языке параллелен порядку в практической деятельности или в процессе познания» (Greenberg J., 1963, с. 150). Именно это является причиной существования грамматических универсалий, общих для большинства языков. Дж. Брунер подробно проанализировал структуру взаимодействия матери и ребенка в процессе совместных игр-коммуникаций. На основании этих экспериментов он делает следующий вывод: «По-видимому, можно утверждать, что ребенок узнает грамматические правила, необходимые для построения и понимания предложений, через их соответствие концептуальной структуре, создаваемой для регуляции совместного действия и совместной направленности внимания. Это было бы равносильно утверждению о том, что грамматика возникает, как

набор правил, извлеченный из совместно регулируемой деятельности, которая стала кодифицироваться в культуре языкового сообщества» (Брунер Дж., 1984, с. 45). Из вышеприведенной модели логически следует вывод, что в основе процесса усвоения ребенком грамматики лежит ряд когнитивных механизмов, общих как для вербальных, так и невербальных процессов. На основе данных, полученных в серии собственных экспериментов, и обобщая материалы других авторов, Е. Bates с соавторами описали следующие невербальные когнитивные механизмы, участвующие в процессах порождения речи и формировании этих способностей.

Аналитический механизм, который сегментирует поступающую извне информацию, вычленяет инвариантные ее характеристики и устанавливает тип корреляций между звукокомплексами и значением. Этот механизм участвует в обеспечении понимания речи. Он же тесно связан со многими аспектами невербальных познавательных процессов.

Механизм, связанный с тонкой моторной координацией, частично ответственен за продуцирование экспрессивных языковых программ на основе использования результатов анализа и понимания воспринятых речевых сообщений. Этот же фактор тесно коррелирует с использованием детьми коммуникативных жестов на ранних этапах онтогенеза. По мнению автора, он модально неспецифичен.

Ресурсы памяти, которые позволяют хранить и извлекать в большом объеме паттерны поступающей извне информации (как речевой, так и неречевой).

Индивидуальные типы стратегий усвоения языка и стили речевого поведения детей отражают сформированность, зрелость каждого из перечисленных механизмов в соотношении друг с другом (Bates E., Thai D., March-man V., 1991).

Вышеперечисленные психолингвистические и нейропсихологические различия синтаксической и морфологической подсистем проявляются и в ходе их онтогенеза. Во всех языках дети сначала овладевают элементарным

синтаксисом, а позже осваивают систему морфологических противопоставлений (Слобин Д., 1976). Несмотря на то, что уже первые слова — это голофразы, началом развития собственно грамматических навыков считается момент появления двусловных словосочетаний (Леонтьев А. А., 1997).

С 1,5—2 лет начинается развитие так называемой «синтагматической грамматики» (Леонтьев А. А., 1997). Ребенок использует простые двух-трехсловные конструкции с единообразным порядком слов, отражающим глубинное смысловое синтаксирование. Словесное обозначение субъекта обычно предшествует предикату. Психологически это соответствует схеме «известное —> новое» или «агенса —> действие или объект» (Слобин Д., 1976, Брунер Дж., 1984, Ахутина Г. В., 1989). По мнению Дж. Гринберга (1970), порядок элементов в языке параллелен порядку в практической деятельности. Дж. Брунер проводит параллель между порядком слов в ранних высказываниях и процессом выделения «фигуры» из «фона» («фон» — уже известное, «фигура» — новое). Д. Слобин отмечает: «Уже на этой стадии — и, безусловно, на более поздних этапах — многие высказывания ребенка... не совсем совпадают по форме с высказываниями взрослого и не являются редуциями или отсроченными имитациями предложений взрослых» (Слобин Д., 1976, с. 89). «Гораздо более вероятно предположить, что ребенок использует имеющиеся в его распоряжении скудные языковые средства для создания новых предложений в рамках своей несложной, но уже структурированной системы» (там же, с. 93).

Примерно годом позже начинается развитие «парадигматической грамматики» (Леонтьев А. А., 1997). Интересно отметить, что аналогичная последовательность в освоении детьми синтагматических и парадигматических операций прослеживается и в фонологии. Это наглядно подтверждает связь языкового и когнитивного развития. По мнению Д. Слобина, можно сформулировать универсальный принцип, которому подчиняется языковое развитие: «Скорость и последовательность развития семантических отношений,

выражаемых средствами языка, является постоянной, не зависимой от специфики языка...» (Слобин Д., 1984, с. 160). «Отрезок времени между первой попыткой выразить какое-либо значение и овладением релевантной языковой формой может варьировать от языка к языку, в зависимости от психолингвистической сложности формальных средств, используемых в данном языке для выражения упомянутого значения» (там же, с. 161). На этом этапе ребенок осваивает систему морфологических средств организации высказывания. Наиболее показательным для развития морфологических операций в русском языке является освоение системы падежных окончаний. Каждый падеж является средством выражения определенного психологического содержания и семантического значения. Поэтому ребенок сначала в смысловом плане выделяет определенные отношения между явлениями. Позже они будут выражены грамматическими средствами. Таким образом, в онтогенезе план содержания все время несколько опережает план выражения. Д. Слобин на материале нескольких языков (включая русский) провел анализ функционального содержания ранних двусловных высказываний. Они оказались следующими:

- место, наименование;
- просьба, приказание;
- отрицание;
- описание события или ситуации;
- указание принадлежности;
- определение, качество (Слобин Д., 1976).

При всем разнообразии в стратегиях и конкретных показателях освоения морфологии, которое наблюдается у разных детей, существует определенная этапность в последовательности освоения разных падежей. Первым обычно усваивается именительный падеж, за ним винительный, родительный и дательный, позже творительный и последним — предложный (Гвоздев А. Н., 1961, Слобин Д., 1984, Цейтлин С. Н., 2000). Прежде чем усвоить систему противопоставлений, многие дети некоторое время используют так называемые

«замороженные» грамматические конструкции, то есть те, что усвоены из речи взрослых целостно, нерасчлененно. Позже, при усвоении системы правил согласования, ребенок в тех же конструкциях, что прежде воспроизводил как «замороженные», начинает допускать ошибки, от которых постепенно избавляется. Это согласуется с данными экспериментов, проведенных Т. В. Ахутиной (1989) с детьми 3, 4 и 5 лет по распознаванию фраз прямым и обратным порядком слов, пассивных и активных конструкций. По ее мнению, дети младшего возраста сначала используют холистическую стратегию при усвоении синтаксических конструкций, а позже переходят к аналитической (сначала несовершенной, потом — гибкой и эффективной). В связи с этим в некоторых заданиях дети 4 лет демонстрировали лучшие результаты, чем пятилетние.

С позиций когнитивной модели Д. Слобин, проанализировав обширный языковой материал, вывел гипотетические когнитивные универсальные принципы, которые вырабатывает ребенок в процессе познания системы языка и которыми руководствуется в освоения навыков обработки речевых сообщений. Ниже приводятся некоторые из них (Слобин Д., 1984).

Оперативный принцип А: «Обращай внимание на конец слова».

Универсалия А1: Для каждого семантического понятия его грамматическая реализация в форме суффикса или послелого усваивается ребенком раньше, чем реализация того же понятия в форме префикса или предлога. Например, падежные окончания в предложных конструкциях появляются раньше, чем соответствующие предлоги.

Оперативный принцип Б: «Фонологические формы слов могут систематически меняться». Дети раньше начинают видоизменять звуковые формы слов, использовать суффиксальные словообразования, и позже — словоизменение с помощью флексий.

Оперативный принцип В: «Обращай внимание на порядок слов и морфем».

Универсалия В1: Стандартный порядок функциональных морфем «языкового входа» сохраняется в речи ребенка. Например, стандартной

синтаксической конструкцией, которой предпочитают пользоваться дети в начале освоения фраз, — «субъект—предикат» или «субъект—предикат—объект».

Универсалия В2: Порядок слов в детской речи отражает порядок слов «языкового входа».

Универсалия В3: Предложения с нетипичным порядком слов интерпретируются на ранних стадиях развития речи так, как будто они являются примерами стандартного порядка слов. Любая последовательность существительное — глагол — существительное в потенциальной глубинной структуре соответствует последовательности агент — действие — объект. Например, на ранних стадиях развития предложение «Девочку толкает мальчик» соотносится с картинкой, где «девочка толкает мальчика».

Оперативный принцип Д: «Глубинные семантические отношения четко маркируются при помощи внешних средств».

Универсалия Д1. Ребенок тогда начинает раньше маркировать в своей речи семантическое отношение, когда морфологическая реализация этого отношения перцептивно «выпукла» (при прочих равных условиях). Об этом же свидетельствуют данные Т. В. Ахутиной (1989): синтаксические конструкции правильно распознаются тем лучше, чем больше фонетически маркированных членов.

Универсалия Д2: Имеется тенденция избегать маркировки семантической категории при помощи «нулевой морфемы» (например, окончание винительного падежа единственного числа для неодушевленных существительных мужского и среднего рода). Если некоторая категория иногда маркируется «нулевой морфемой», а иногда — другой, выраженной фонологической формой, последняя на определенной стадии заменяет нулевую морфему. Например: «Я кину мячику», «Я возьму стакану».

Оперативный принцип Е: «Избегай исключений (сверхрегуляризация)».

Универсалия Е1: Можно выделить следующие типичные стадии овладения языковой формой выражения некоторого семантического понятия:

- 1) маркировка отсутствует;
- 2) правильная маркировка в ограниченном числе случаев;
- 3) сверхрегуляризация маркировки (часто сопровождаемая избыточной маркировкой);
- 4) полное овладение маркировкой, принятой в системе взрослых носителей языка.

Универсалия E2: Правила, предназначенные для более широких классов языковых явлений, формируются раньше, чем правила, относящиеся к подклассам; общие правила усваиваются раньше, чем частные правила. Например, ребенок сначала усваивает одно, главенствующее падежное окончание (не учитывая род существительных) и использует только его. Позже усваиваются разные окончания одного и того же падежа в зависимости от склонения. С этим полностью согласуются данные А. Н. Гвоздева (1949).

Оперативный принцип Ж: «Использование грамматических маркеров должно быть семантически осмысленно».

Универсалия Ж2: Ошибочный выбор функционального элемента всегда происходит внутри требуемого функционального класса и подкатегории. Так, по наблюдениям А. Н. Гвоздева (1949), здоровые дети допускают много ошибок в выборе падежных окончаний. При этом они смешивают разные варианты окончаний нужного падежа, зависящие от рода существительного, но не окончания разных падежей. Данная закономерность позволяет объяснить различия в качестве и тяжести ошибок выбора падежных окончаний при разных формах тотального недоразвития речи, которые будут обсуждаться в других главах. Вышеприведенные краткие сведения о закономерностях формирования грамматической компетенции детей свидетельствуют о том, что этот процесс объединяет два качественно различающихся ряда явлений. Один из них относится к синтагматическим когнитивным операциям (овладение синтаксическим структурированием высказываний). Другой — к парадигматическим, включающим выбор семантически и семиотически адекватных морфов и лексический выбор. В других главах будут приведены



свидетельства того, что в патологии эти два ряда показателей часто диссоциируют. Это означает, что они представляют собой относительно независимые подсистемы. Наши наблюдения показали, что, например, формирование синтагматических операций у детей с психоречевым дизонтогенезом весьма серьезно зависит от уровня интеллектуального развития (то есть от общемозговых факторов). Способность к выполнению парадигматических операций прямо зависит от сформированности иерархических, то есть категориальных систем противопоставления, классификационных группировок (Лурия А. Р., 1979), что также страдает при интеллектуальной недостаточности.

### **1.2.2. Формирование подсистемы программирования высказываний и речевых актов**

Формирование подсистемы программирования высказываний и семиотической подсистемы в онтогенезе тесно связаны. Ниже будут приведены конкретные свидетельства того, что ребенок, осваивающий язык, на каждом этапе онтогенеза речи фактически строит свой упрощенный вариант языковой системы, соответствующий возможностям его подсистемы программирования высказываний (Цейтлин С. Н., 2000, Bloom L., 1973, Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988). В связи с этим формирование первого, по-видимому, в значительной степени зависит от второго. Известно, например, что как в норме, так и в большинстве случаев патологии развитие импрессивной речи несколько опережает экспрессивную. Вероятно, это связано с тем, что по когнитивной, операциональной организации процесс порождения речи сложнее понимания. Это вообще является общей закономерностью психики. В частности, например, из психологии восприятия известно, что узнавание всегда осваивается раньше и выполняется легче, чем воспроизведение (Венгер Л. А., 1969, 1974, Поддъяков Н. Н., 1977). Тоже свойственно мнестическим процессам: отсроченное воспроизведение является более трудной задачей, чем отсроченный выбор (Solso R. L., 1996).

В литературе приводится много разных моделей программирования высказываний (традиционно они называются «моделями порождения речи»). Часть из них носят сугубо лингвистический характер (Кубрякова Е. С., 1988). Другие основаны на психолингвистическом подходе (Лурия А. Р., 1975, Ахутина Т. В., 1989, Леонтьев А. А., 1997, Зимняя И. А., 2001, Залевская А. А., 1999).

А. Р. Лурия (1975) выделяет следующие этапы формирования связного высказывания:

- мотив, общее программирование поведения и его контроль;
- внутренняя речь;
- предикативная, поверхностно-синтаксическая организация высказывания;
- моторная кинетическая организация речи.

Т. В. Ахутина (1989) предлагает модель порождения речи, являющуюся продуктом развития идей А. Р. Лурия, которая включает следующие этапы:

- смысловое синтаксирование;
- семантическое синтаксирование;
- грамматическое структурирование;
- моторное программирование.

Все вышеперечисленные модели порождения речи приложимы к зрелым формам речевой деятельности у взрослых. К сожалению, отсутствуют модели, учитывающие специфику детской речи на разных этапах ее онтогенеза.

В большинстве моделей порождения речи выделяются следующие этапы или уровни порождения речи. Подробнее обзор существующих моделей порождения речи представлен в работах уже названных авторов (Ахутина Т. В., 1989, Залевская А. А., 1999).

- 1) Возникновение мотива совершения коммуникативного акта, коммуникативно-речевой интенции.
- 2) Формирование замысла высказывания, который представлен сначала аморфно в форме смутного намерения сообщить нечто актуальное для данного индивида, в данной ситуации, данному коммуниканту.

3) Смысловое структурирование замысла или смысловое синтаксирование. Как предполагается, оно происходит с образованием простой бинарной структуры «топик—коммент», то есть «данное (известное)—новое» (Ахутина Т. В., 1989, Брунер Ж., 1984). Как отмечает Т. В. Ахутина, «Кроме глобальной стратегической задачи —отбора наиболее существенной информации, —смысловый синтаксис решает и вторую, не менее важную задачу — организацию отобранного содержания с позиции слушающего. Включение слушающего в поле внимания делает наиболее важным нахождение общей точки отсчета — «данного», которое уточняется «новым» (Ахутина Т. В., 1989, с. 192). При этом должны быть учтены особенности коммуникативной ситуации: степень осведомленности партнера в теме сообщения, специфика ситуации, в которой происходит общение (например, лимит времени, место, где происходит общение и многие другие детали) (Бодалев А. А., 1983, Сахарный Л. В., 1989, Meng K., 1984).

Усматриваются параллели между такой структурой (фрейм и два слота) и закономерностями организации поля внимания с выделением его фокуса и периферии (Брунер Ж., 1984).

4) Семантическое синтаксирование является наименее изученным уровнем сточки зрения конкретных операций и механизмов, присущих ему. Вероятно, это обусловлено тем, что данный уровень выполняет как бы посредническую функцию между смысловым и поверхностным синтаксированием. Поэтому его феноменология и симптоматика в случаях патологии с трудом выделяется в продукции, свойственной этим уровням. Основу изучения того, что в настоящее время называется семантическим синтаксированием, положили работы Л. С. Выготского (1984) и А. Р. Лурия (1975). Серьезный вклад в конкретизацию механизмов семантического синтаксирования был сделан в исследованиях Т. В. Ахутиной (1989, 2002). Согласно концепции порождения высказываний Л. С. Выготского — А. А. Леонтьева — Т. В.

Ахутиной, семантико-синтаксическое развертывание преобразует продукт смыслового синтаксирования в форму, подчиненную правилам семантического синтаксиса или так называемой глубинной грамматики. Это «уровень пропозиционирования, выделения деятеля и объекта, этап перевода «индивидуальных смыслов» в общезначимые понятия» (Ахутина Т. В., 1989, с. 77). Основными единицами программирования на этом уровне являются уже не смыслы, а значения, которые наиболее удовлетворяют требованиям последующего поверхностно-грамматического структурирования. Согласно концепции Т. В. Ахутиной, основные правила этого уровня следующие: «1) Синкретичное, внутреннеречевое имя ситуации (синкретичное имя деятеля + синкретичное имя действия (им может быть название объекта или орудия действия); 2) Синкретичное имя деятеля (имя деятеля (S) и его качество (At); 3) Синкретичное имя действия (имя орудия или объекта (O) и имя собственно действия» (Ахутина Т. В., 2002, с. 131). Окончательная схема предложения на этом уровне может выглядеть следующим образом: S -P, S - O или S-P-O.

Нельзя не отметить, что, хотя концептуально данный уровень порождения высказывания обозначен, в описаниях реальных или предполагаемых процессов, происходящих на этом уровне, авторы часто смешивают его с предыдущим уровнем — смыслового синтаксирования. Граница между ними пока представляется весьма условной и относительной. В целом уровни смыслового и семантического синтаксирования объединяются в интегральный психологический уровень порождения высказывания (Ахутина Т. В., 1989).

5) Поверхностное синтаксирование представляет собой процедуру преобразования высказывания в структуру, организованную по правилам конкретного языка. Основными единицами оперирования на этом уровне являются лексемы и морфемы. Компоненты предложения при этом становятся согласованными по формальным правилам грамматики, а само предложение приобретает вид определенной синтаксической

конструкции. В этом процессе используются языковые операции как синтагматического (линейная организация слов), так и парадигматического типа (выбор морфем и служебных слов) (Лурия А. Р., 1975, Ахутина Т.В., 1989, Леонтьев А. А., 1997).

- б) Фонологическое и моторное программирование высказывания позволяет лексико-морфологическую программу высказывания перевести в звуковую форму. Это происходит на основе правил фонологии (парадигматических — выбор фонем и аллофонов, и синтагматических — фонотаксиса) с использованием фонологических структур, содержащихся в ментальном инвентаре фонетических слов. На основе фонологической программы формируется моторная программа высказывания, предусматривающая как сегментарный (произнесение звуков речи, звуконаполнение), так и супraseгментарный уровни (интонационно-мелодическая окраска речи, ритмико-акцентная ее организация).

Приведенные выше уровни программирования высказываний по содержанию выполняемых преобразований и операциональному обеспечению достаточно различаются. Материалы, полученные на больных афазией и у детей с недоразвитием речи, свидетельствуют о возможности избирательного поражения, то есть недоразвития механизмов одного из уровней (Ахутина Т. В., 1989, 2002). Следовательно, механизмы этих уровней различны и имеют определенную степень автономии, в том числе и в онтогенетическом аспекте. Более того, есть основания полагать, что некоторые уровни созревают и начинают функционировать раньше, а другие — позже. Поэтому, обсуждая процессы формирования подсистемы программирования высказываний, имеет смысл дифференцированно рассмотреть созревание каждого из уровней.

### **Формирование мотивационного или мотивационно-побуждающего уровня программирования высказывания (по Зимней И. А.)**

Как будет подробно аргументировано ниже, у детей коммуникативная потребность и коммуникативное намерение особенно сильно влияют как на

процесс порождения конкретных высказываний, так и на онтогенез речевой деятельности. Чем младше ребенок, тем отчетливее проявляется эта зависимость. В раннем возрасте от качества коммуникативной ситуации, ее эмоциональной составляющей зависят степень речевой активности, наличие инициативных высказываний и даже темп овладения основными языковыми средствами (Лисина М. И., 1985, Брунер Ж., 1984, Trevarthen С, 1979, Mussen Р., Conger J. J., Kagan J., Huston А. С, 1987, Van der Stelt J. М., 1993). Возникновение коммуникативного намерения, в свою очередь, чрезвычайно сильно зависит от комфортности общения с конкретным взрослым, позитивной эмоциональной окрашенности контакта. Этот фактор настолько сильно влияет на эффективность и продуктивность порождения высказывания, что при неблагоприятных обстоятельствах может чрезвычайно редуцировать высказывание: до уровня элементарных вокализаций или блокировать речевую активность.

На втором-третьем году жизни типология высказываний в общении ребенок—взрослый по ведущему мотиву уже весьма близка к той, что описывается у взрослых: а) вопрос, б) ответ, в) побуждение к действию, г) выдача информации (повествование) и д) выражение эмоционального отношения — восклицание. В паре ребенок—ребенок в этом возрасте коммуникативного намерения обычно не возникает (Юрьева Н. М., 1997, 2001). Оно появляется в возрасте старше 3 лет, когда у ребенка появляются элементарные формы сначала коактивного, а позже интерактивного взаимодействия. На 4-м году в ситуации ребенок—ребенок мотив высказывания носит еще в значительной степени эгоцентрический характер: а) сообщение (информирование или выражение эмоционального отношения), б) весьма редко — побуждение к действию. На 5-8-м годах структура мотивов высказываний приближается к взрослой: а) сообщение, б) отношение к сообщению, в) вопрос, г) побуждение к действию.

Параллельно с подобными переменами в структуре коммуникативных мотивов меняется и характер диалогических высказываний: от монодиалога,

через коактивный диалог к интерактивному диалогу (Юрьева Н. М., 2001). Из всех языковых средств в наибольшей степени мотив высказывания влияет на его интонационное оформление. Оно формируется у детей достаточно рано: примерно к 2 годам дети владеют основным набором типовых интоном (вопросительная, восклицательная, утвердительная). На 3-м году и позже все больше проявляется личностный компонент интонационной окраски высказываний. Коммуникативный мотив и ситуация, преломляясь через определенную личностную позицию и эмоциональное отношение, вызывают заметные индивидуальные вариации интонационной выразительности. В целом проблема онтогенеза интонационной составляющей высказывания остается малоисследованной.

### **Формирование психологического уровня программирования высказывания (смыслово-семантического синтаксирования)**

Суть смыслового синтаксирования заключается в переходе от аморфного представления о замысле сообщения к более расчлененному и структурированному образованию. Как отмечалось выше, структурирование происходит по логическому принципу «данное—новое» или «топик—коммент». В связи с тем, что данный уровень предполагает минимальные (по сравнению с последующими уровнями) преобразования того, что оказывается в поле сознания и становится предметом сообщения, он начинает функционировать в онтогенезе наиболее рано. На этапе голофразиса и первых двух-трехсловных конструкций высказывания детей по структуре подчиняются закономерностям этого уровня.

Процесс развития смыслового синтаксиса у детей изучен весьма слабо. Разрозненные наблюдения, представленные в публикациях, посвященных развитию детской речи, позволяют наметить следующие линии развития смыслового синтаксирования:

А) На протяжении дошкольного детства особенно заметно возрастает степень сегментированности, расчлененности и многокомпонентности высказы-

ваний. От простейших двучленных структур ребенок движется в направлении многочленных конструкций. Схематически (по Т. В. Ахутиной) это может выглядеть следующим образом: (топик) — коммент — >топик — коммент 1 — коммент 2 —> топик — коммент 1 — коммент 2 — коммент 3. Поставленный в скобки «топик» в первой из приведенных схем смыслового синтаксирования означает, что в незрелых формах детских высказываний он может опускаться во внешнеречевом плане (то есть подразумеваться).

Б) В течение детства постепенно снижается зависимость смыслового и семантического программирования от внешних реплик, организующих развертывание. Иначе говоря, вынесенное вовне, в интерперсональное пространство (по Л. С. Выготскому), текстообразование, диалогическое по характеру, сменяется внутреннеречевым, интраперсональным программированием.

В) Приблизительно в дошкольном возрасте (5—7-й годы жизни) в содержательной стороне детских высказываний отчетливо проявляется уход от эгоцентрической позиции. Значительно возрастает способность учитывать позицию, осведомленность и реплики слушающего. Развитие этой способности продолжается и в школьном возрасте.

Г) Постепенно возрастает сложность и иерархическая организация смыслового содержания высказываний (пространственно-понятийное и временное структурирование по И. А. Зимней). Особенно заметно это проявляется в нарративных (повествовательных) высказываниях. Детям становится доступной временная и причинно-следственная организация содержания высказываний и текстов.

Анализ детских высказываний показывает, что процессы семантического программирования формируются медленно. Поскольку оно связано как со смысловым программированием, так и с использованием грамматических и логико-грамматических правил, в ходе развития способность к семантическому программированию зависит не только от интеллектуальной зрелости, сформированности мыслительных процессов, но и от языковой компетенции. Последнее обусловлено тем обстоятельством, что система понятий, значений



складывается у детей в тесной зависимости от развития речи, сформированности языковых процессов, определяющих развитие лексики (Выготский Л. С, 1984). Поэтому, хотя семантическое программирование не имеет прямой связи с языковым уровнем порождения высказываний, генетически оно зависит от последнего. Кроме того, известно, что в процессе программирования высказываний происходит постоянное взаимодействие между уровнями, как прямое, так и обратное (Ахутина Т. В., 1989, Зимняя И. А., 2001, Залевская А. А., 1999). Если у ребенка отсутствует возможность продуцировать сложные синтаксические конструкции, имеется дефицит словаря, ограничивающий возможности вербального кодирования смыслов и значений, происходит упрощение смысловой и семантической программы. Это особенно ярко наблюдается у детей с недоразвитием речи. Аналогичные явления описаны применительно к ситуациям несовершенного владения иностранным языком (Залевская А. А., 1999). Смысловое и семантическое программирование имеет непосредственное отношение не только к порождению предложений, высказываний, но и к текстообразованию. По-видимому, квантование смысла всего высказывания, текста происходит преимущественно в процессе семантического программирования. Этот процесс тесно взаимодействует с возможностями и ограничениями языкового программирования. В раннем возрасте, например, тексты настолько свернуты, что равняются высказыванию. В ходе развития расширение возможностей смыслового и семантического программирования стимулирует прогресс в языковом программировании и отчасти является важной детерминантой его развития (Брунер Ж., 1984, Слобин Д., 1984). Пока на семантическом уровне у ребенка не сформируется способность выражать определенные логические связи и отношения (например, каузальные, атрибутивные), соответствующие формально-грамматические конструкции в экспрессивной речи не появляются.

## **Формирование уровня поверхностного синтаксирования**

Программирование линейно организованных языковых синтаксических структур, с учетом иерархии языковых единиц, их синтагматических и парадигматических правил комбинирования и отбора, согласованности морфологических компонентов (аффиксов) и их адекватности семантическому и грамматическому значению строится на основе сложного комплекса когнитивных и языковых операций. Поэтому ограничения, обусловленные незрелостью этих предпосылок, определяют темпы формирования процессов этого уровня.

Наблюдения за ходом развития детской речи показывают, что наиболее рано начинают функционировать операции линейной организации языковых структур. Как упоминалось выше, это соответствует этапу «синтагматической грамматики». Речевая продукция состоит из двух-трехсловных фраз, складывающихся из аморфных основ слова или коротких «замороженных» грамматических форм или словосочетаний. Порядок слов соответствует универсальной схеме «субъект—действие» («Ляля бух» или «Ляля па»—кукла упала), «субъект—объект» («Мати дом» — мальчик в доме), или «субъект—действие—объект» («Ляля пать авата» — кукла спит в кровати).

На третьем году языковое программирование усложняется за счет использования флексий, позже — предлогов в сочетании с флексиями. Примерно до 4 лет среди фразовых конструкций преобладают простые нераспространенные предложения. В младшем дошкольном возрасте синтаксис фраз усложняется преимущественно за счет удлинения цепочки слов. В этот период, соответствующий так называемой «парадигматической грамматике», большинство фраз грамматически согласованы. Около 5 лет появляются сложносочиненные предложения.

На этапе овладения достаточно развернутой фразовой речью подсистема программирования у детей достигает высокой степени зрелости. Появляется способность создавать многочленные программы с высокой степенью вариативности составляющих их компонентов (субъект-предикат, субъект-предикат-объект). Резко возрастают комбинаторные возможности,

позволяющие соединять константные и меняющиеся части слов, соотносить операции морфемной комбинаторики с семантическим контекстом и языковыми правилами (Цейтлин С. Н., 2000, Slobin D., 1976, 1984, Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988). Еще более возрастает способность к осуществлению нескольких параллельно протекающих операций программирования: фонологического (звуковой состав), артикуляторного (моторные программы, релевантные фонетическому слову/морфеме/фразе), просодического (интонационно-ритмическое оформление на уровне слов и фраз), которые приобретают уже «фоновый» (по Н. А. Бернштейну) характер, синтагматического (продуцирование словосочетаний) и морфологического (использование аффиксов). Этот этап соотносится с периодом «парадигматической грамматики» (Леонтьев А. А., 1997). Данный прирост программных возможностей совпадает по времени с периодом активного созревания заднелобных отделов коры головного мозга (Кононова Е. П., 1962, Новикова Л. А., Фарбер Д. А., 1971, Фарбер Д. А., Семенова Л. К., Алферова В. В. и др., 1990). Столь значительное усложнение параллельно протекающих операций программирования, вероятно, становится возможным не только за счет увеличения когнитивных ресурсов ребенка, но и благодаря автоматизации ряда операций, приобретающих фоновый характер и требующих существенно меньшего ресурсного обеспечения. Это соответствует закономерностям построения и совершенствования двигательных навыков, описанных Н. А. Бернштейном (1990).

### **Формирование уровня фонологического и моторного программирования, развитие акустико-артикуляторной базы**

На начальном этапе формирования этой подсистемы ребенку доступны лишь элементарные речевые акты, включающие одно-два артикуляторных действия, выполняемых сначала расчлененно («ма-ма»), а затем симультанно («мама»). У некоторых детей период расчлененного произнесения слов по слогам так краток, что почти неуловим, преобладает тенденция к целостному

воспроизведению симультанного просодического контура. У других — носит достаточно продолжительный характер. Ребенок как бы плавно, переходит из лепета в речь. На этом этапе весьма значительное ресурсное ограничение проявляется в виде многочисленных ассимиляций, редупликаций (итераций) или редукции звукозаполнения, что получило название «принципа гармонии», который был выше описан (Гвоздев А. Н., 1948, Леонтьев А. А., 1997, Vihman M., 1998). Он соотносится в онтолингвистике с периодом «синтагматической фонетики» (Леонтьев А. А., 1997).

Далее происходит увеличение степени комплексности и полиморфизма артикуляторных программ, которые ребенок способен продуцировать. Удлиняется цепочка артикуляторных элементов (слогов), составляющих одну целостную программу речевого акта (обычно это голофразы). К концу этого периода значительно ослабевают ограничения, связанные с «принципом гармонии», намного реже встречаются ассимиляторные феномены, явления итерации. Данный прирост программных возможностей, вероятно, связан с процессами созревания кинестетического и кинетического праксиса. Это совпадает с началом формирования «парадигматической фонетики» (Леонтьев А. А., 1997).

На следующем этапе у ребенка появляется способность создавать двучленные (двухморфемные) программы (Гвоздев А. Н., 1948, Vihman M., 1988). Наблюдения из области патологии дают основание полагать, что это становится возможным не раньше, чем ребенок осваивает артикуляторные программы, включающие два разных слога (Nettelbladt L.J., 1983). Например, пока у детей с моторной алалией экспрессивный словарь включает только так называемые «лепетные слова» (со структурой СГСГ), фразы не появляются.

С появлением первых фраз растет ассортимент двучленных программ с еще относительно низкой степенью комбинаторных возможностей, ограничивающей их вариативность. Среди них преобладают так называемые «замороженные формы» (Цейтлин С. Н., 2000, Bates E., Bretherton I., Snyder L., 1988). Уже на этом этапе в процессе программирования высказываний

приходится решать достаточно сложные задачи. Они требуют наличия способности к осуществлению нескольких параллельно протекающих операций программирования: фонологического (звуковой состав), артикуляторного (моторные программы, релевантные фонетическому слову/морфеме), просодического (интонационно-ритмическое оформление) и синтагматического (продуцирование словосочетаний). Данный скачок в программных возможностях требует значительного прироста церебрального ресурсного обеспечения. Наличие такого прироста косвенно подтверждается существенным расширением репертуара разных видов деятельности, которые в этот период (18-24 мес.) становятся доступны ребенку (Венгер Л. А., 1969, Мухина В. С., 1975, Поддъяков Н. Н., 1977, Bruner J., 1971, Mussen P., Conger J. J., Kagan J., Huston A., 1987). Обозначенный период соотносится с этапом «синтагматической грамматики» (Леонтьев А. А., 1997).

Артикуляционной базой фонологической системы языка следует считать комплекс артикуляционных навыков, используемых для реализации программы высказывания в звуковой форме. В рамках фонологической подсистемы формируется и функциональный комплекс акустического ее обеспечения — слухоречевой гнозис. В эфферентном (экспрессивном) звене подсистемы слухоречевой гнозис выполняет функцию «акцептора действия» (в терминологии П. К. Анохина). При этом звуковой образ ожидаемого конечного результата артикуляционного акта сличается с реально достигнутым звуковым эффектом. Поскольку известно, что развитие фонематического восприятия в онтогенезе существенно опережает созревание артикуляционного праксиса (Гвоздев А. Н., 1948, Ferguson C. A., 1978, Vihman M., 1988), можно полагать, что на начальном этапе речевого развития акустический анализатор в акцепторе действия играет ведущую роль. Слуховая перцепция созревает до уровня, достаточного для дифференциации основных фонологических признаков звуков речи (Швачкин Н. Х., 1948, Vihman M., 1988). Как показывают экспериментальные данные, ребенок способен различать звуки речи не только родного языка, но и те, которые не используются в нем. В возрасте около 6

месяцев круг различаемых звуков речи суживается для него до звуков только родной речи (Jusczyk P., 1989, Thelen E., 1991). В экспериментах Р. Kuhl (1989) было показано, что младенец 5-6 месяцев воспринимает гласные и слоги как идентичные, независимо от того, произносятся они мужчиной, женщиной или ребенком. Это доказывает, что ребенок этого возраста уже способен к категориальному восприятию звуков речи. Поразительным является следующее наблюдение, полученное в этих же экспериментах. Фонетически искаженно произнесенный гласный звук ребенок 6 месяцев уже отличает от правильно произнесенного.

По мере созревания артикуляционного праксиса кинестетический компонент начинает играть более активную роль в акцепторе действия акустико-артикуляторной базы и постепенно интегрируется с акустическим гностическим компонентом в целостный акустико-артикуляционный комплекс. Этот комплекс решает задачи обратной афферентации и самоконтроля в актах фонации. Кроме того, он же становится функциональной базой для формирования системы фонематических представлений (рис. 2). Как видно на схеме, гностико-праксическое обеспечение акустико-артикуляторной базы представляет собой сложный комплекс функций, дефицит каждой из которых оказывает специфическое влияние на симптоматику в фонологических нарушениях.

В комплексе артикуляционных навыков можно выделить два ряда операций:

- произнесение звуков речи, а точнее — слогов,
- серийную организацию слогов на уровне слова.

### **1) Формирование навыков артикуляции звуков речи**

Как известно, минимальной произносительной единицей является слог (Бондарко Л.В., 1981, 1998). Следовательно, онтогенез операциональных навыков первого рода есть развитие инвентаря артикуляционных действий, соответствующих слогам разного уровня сложности (СГ, ГС, СГС, ССГ, ССГС и т. д.). Артикуляционные действия одновременно и инвариантны (как единицы

топологического пространства действий по Н. А. Бернштейну), и вариативны, поскольку в составе разных слов их реализация происходит в разном артикуляционном контексте. Набор артикулем, входящих в одно слово, одновременно является и линейно организованной последовательностью, и целостным комплексом, так как они соответствуют целостной языковой единице — слову или синтагме. Одновременная моторная реализация нескольких трудных для произнесения звуков (недостаточно или недавно освоенных) суммарно нередко превышает артикуляционные ресурсы ребенка. Общая артикуляционная сложность слова (или синтагмы) тем выше, чем больше разнообразие входящих в него звуков. На каждом этапе развития у ребенка есть некий предел артикуляционных возможностей реализации артикуляционной программы слова (или синтагмы). При превышении предельных ресурсов ребенка звуки, входящие в единый комплекс, стремятся к единообразию.

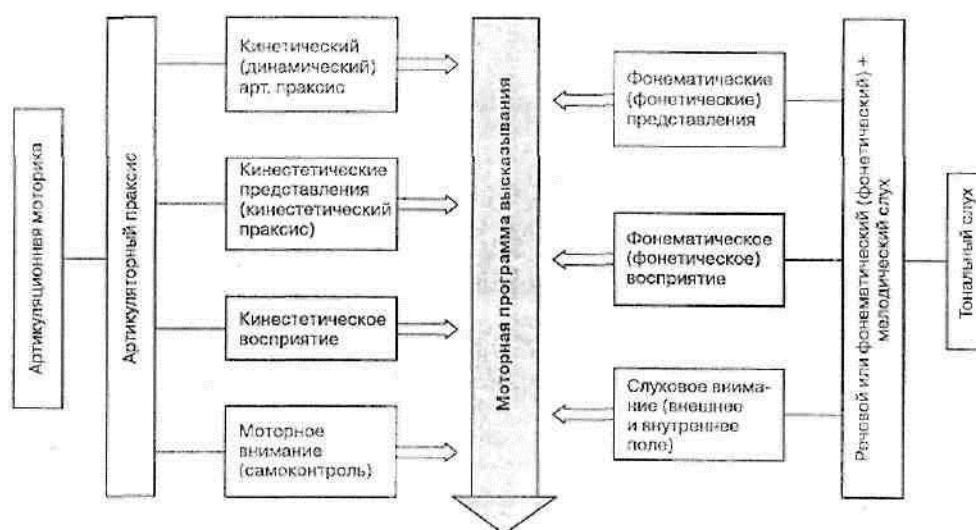


Рис. 2. Нейропсихологическая модель операционального обеспечения процесса формирования моторной программы высказывания

Ограничения подобного рода получили название «принципа гармонии» (Гвоздев А. Н., 1948, Bernthal J., Bankson N., 1988). В связи с этим отдельные

артикуляторные действия испытывают сильные взаимовлияния, приводящие к такому явлению, как ассимиляция. Ассимиляцией называют уподобление звуков друг другу при условии, что оба звука артикуляторно уже освоены ребенком. Ассимиляция соседних звуков называется еще коартикуляцией. В случае дистантной ассимиляции уподоблению подвергаются звуки, отделенные друг от друга одним или несколькими другими звуками. Ассимиляция бывает полная или частичная. При полной ассимиляции один звук полностью уподобляется другому.

### *Примеры*

*Саша К., 1 год 5 мес., произносит /banaban/ — барабан, но /rak/ — рак.*

*Юра С, 1 год 7 мес., произносит /agatka/ — лошадка (замена фрикатива на смычный звук), /chus'l/ — чулки (замена смычного звука на фрикатив).*

Обычно более сильными по влиянию оказываются звуки, по времени раньше освоенные ребенком и поэтому более упроченные. При частичной ассимиляции уподоблению подвергается лишь один из дифференциальных признаков артикулемы — место или способ образования.

По направлению уподобляющего влияния различают прогрессивную и регрессивную ассимиляцию. В первом случае предшествующий звук уподобляет себе последующий. Во втором случае — наоборот.

Церебральным обеспечением данных операций и навыков у взрослых являются нижние отделы прецентральной извилины и центры кинестетического праксиса, то есть постцентральная извилина коры головного мозга (Лурия А. Р., 1975, Винарская Е. Н., 1971). У детей, возможно, в этом принимают участие и подкорковые структуры (неостриатума), и структуры коры мозжечка (Бернштейн Н. А., 1990).

Нами была разработана трехуровневая модель речевого праксиса и его созревания в онтогенезе (Корнев А. Н., 1991, Kornev A., 2000). Ее теоретическим основанием является концепция Н. А. Бернштейна уровневой организации движений и их развития в онтогенезе. В соответствии с этой теорией



двигательный анализатор имеет многоуровневую организацию. Каждый «этаж» в вертикальной иерархии структурной организации головного мозга (ствол, средний мозг, корковые первичные, вторичные и третичные центры) выполняет определенные задачи и обеспечивает осуществление двигательных регуляций того или иного класса, что соответствует определенному уровню в схеме Н. А. Бернштейна. Согласно этой теории, любой двигательный навык, орудийное или символическое действие в процессе становления имеет определенный ведущий уровень, обеспечивающий сознательный контроль выполняемых операций и низшие уровни, ответственные за операции, достигшие автоматизма {фоновые уровни).

Для произвольных, навыковых действий ведущими являются уровни С, D и E. Уровень С отвечает за пространственную организацию действий, D — за смысловую, топологическую организацию предметных навыков («уровень топологических схем предметных действий»), уровень E обеспечивает регуляцию топологических схем символических действий и навыков. Все три высших уровня логично соотносятся стремя видами праксиса: кинестетическим (постцентральная извилина), кинетическим или динамическим (премоторная зона) и т. н. «идеаторным», связанным с высшими формами программирования поведения (префронтальные отделы лобных долей) (Лурия А. Р., 1973). Соответственно в нашей модели выделены три уровня артикуляционного праксиса, которые, созревая, создают психофизиологические предпосылки для формирования звуковой стороны речи (рис. 3).

Уровень I (соответствует уровню С по Н. А. Бернштейну), созревая, расширяет возможность произвольной регуляции артикуляционных движений и оптимизации их пространственной организации для достижения нормативного звукового эффекта. II уровень находится пока в незрелом состоянии, артикуляционные характеристики остаются еще неустойчивыми, лабильными. Это обеспечивает возможность подгонки компонентов артикулемы к нормативным показателям до окончательной ее консолидации на топологическом уровне.

На начальном этапе фонологического развития этот уровень обеспечивает поиск координации движений артикуляционных органов для достижения приблизительно сходного с нормативным звукового эффекта. На завершающем этапе фонологического развития регуляции этого уровня интегрируются со слуховыми гностическими подсистемами ФСЯР для уточнения артикуляционных характеристик наиболее сложных звуков позднего онтогенеза.

Уровень II (соответствует уровню D) обеспечивает консолидацию всех артикуляционных операций, их динамическую организацию и формирование инварианта то есть артикулем. Он включает два компонента: кинестетический и динамический. Это обеспечивает моторное программирование как на сегментарном, так и на супрасегментарном уровнях. Созревание этого уровня расширяет диапазон доступных ребенку артикуляционных координации и их серийных паттернов.

Уровень III	Уровень топологических схем (фонологический)
Уровень II	Уровень артикуляторных программ
Уровень I	Кинестетический праксис
	Динамический праксис
	Пространственные координации
	Артикуляторных движений

Уровень III (соответствует уровню E) является высшим, и его роль заключается в практическом обеспечении языковых единиц, соответствующих слову или синтагме, формировании соответствующих инвариантных схем. Вероятно, функционирование именно этого уровня создает возможности для осуществления парадигматической и синтагматической регуляции фонологического программирования, создает предпосылку для формирования фонологической системы. Тем самым III уровень обеспечивает интеграцию языкового и моторного уровней в процессе порождения высказывания.

Как отмечалось выше, в процессе овладения инвентарем артикуляционных навыков и формирования фонологической системы ребенок сталкивается с психофизиологическими ограничениями, связанными с незрелостью артикуляционного праксиса. Это не позволяет ему воспроизвести фонетические слова в их нормативном варианте. Выход из данной ситуации дети находят посредством своеобразного компромисса: вместо ряда нормативных артикуляторно недоступных звуков в речи используют временные звуки-заместители (Гвоздев А. Н., 1948). Это значительно упрощает и структуру фонологической системы, так как один звук-заместитель заменяет сразу несколько нормативных звуков. Тем самым уменьшается количество противопоставленных друг другу звуков, образующих языковую систему. По мере созревания артикуляторного праксиса более универсальные звуки-заместители сменяются менее универсальными. На основании анализа данных А. Н. Гвоздева (1948) и А. Д. Салаховой (1973) В. И. Бельтюков построил модель программы освоения звуков речи в онтогенезе (рис. 4).

Общий алгоритм овладения ребенком артикуляционными действиями в норме можно представить следующим образом: отсутствие действия —► упрощенный аналог действия (что на фонологическом уровне соответствует временным звукам-заместителям) -► неточное действие, приближенное к нормативному —► нормативное действие.

На предпоследнем этапе активность артикуляционного поиска, кинестетического и акустического контроля обычно максимальны (Бельтюков В. И., 1977). Ребенок активно «нащупывает» оптимальный вариант артикуляционного действия, производящего нормативный звукокомплекс. При этом особенно большое значение имеет качество интеграции акустического и кинестетического анализаторов. Санкционирующую функцию по отношению к праксическому и кинестетическому компонентам выполняет акустический самоконтроль. Он формируется на основе слухового образа, усвоенного из речи взрослых, который становится образом конечного результата в работе функциональной системы артикуляционных действий (то есть акцептором

действия по П. К. Анохину). От состояния этого вида межанализаторной интеграции, эффективности функционирования акцептора действия зависят быстрота и качество овладения нормативным звукопроизношением. Однако справедливости ради следует отметить, что вышеуказанный порядок следования этапов встречается не у всех детей. Мы наблюдали случаи, когда за искаженным произношением звука следовала субституция временным звуком-заменителем, а после этого — освоение нормативного варианта.

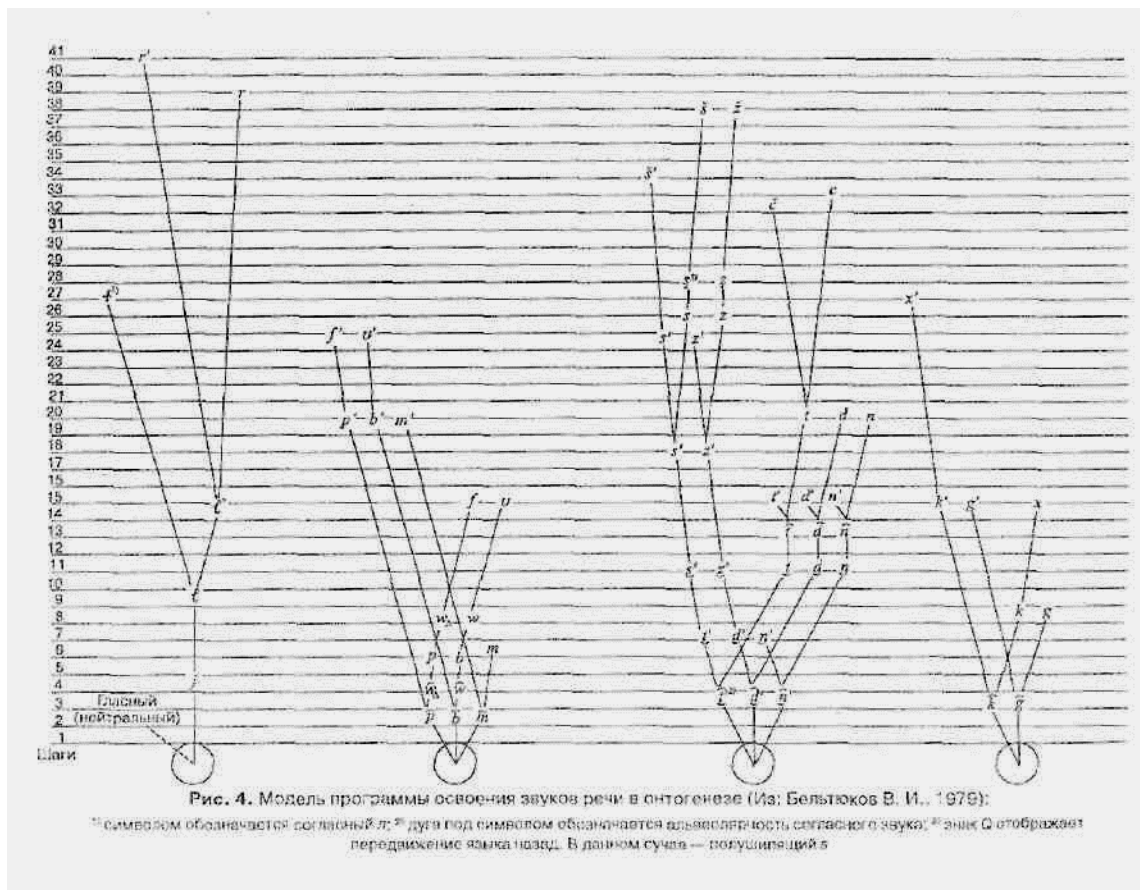


Рис. 4 модель программы освоения речи в онтогенезе (из: Бельтюков В.И., 1979):

## 2) Развитие операций серийной организации слогов на уровне слова

Развитие способности к серийной организации слогов в слове, то есть овладение слоговой структурой слов, начинается одновременно с формированием навыков произнесения звуков и слогов. С когнитивной точки зрения ребенок на этом пути решает два ряда проблем:

а) программирование и воспроизведение цепочки слогов в определенной временной последовательности,

б) плавное, автоматизированное переключение с одной слоговой артикулемы на другую с акцентированной артикуляцией одного из слогов (ударного), то есть воспроизведение «кинетической мелодии» (по А. Р. Лурия).

В рамках моторной программы фонетического слова операции моторной реализации основных дифференциальных признаков фонем находятся в некоторой степени в антагонистических, конкурентных отношениях с операциями линейной организации серии слогов в слове (Vihman M., 1988). Поэтому ребенку приходится делать выбор: сохранить фонетические признаки звуков или слоговую структуру слова. Еще И. А. Сикорский (1889) описал две категории детей, по-разному решающих эту дилемму. Одни отдают приоритет ритмико-интонационной структуре слова, упрощая дифференциальные признаки фонем посредством ассимиляции, редупликации (соблюдая «принцип гармонии»), пропуская согласные, и воспроизводят просодическую огибающую, контур слова. Например: /парака/, /abati/ или /аака/ — собака. Другие упрощают слоговую структуру слова, звуконаполнение, контролируя правильность артикуляции звуков: /toki/ — цветочки, /gat'/ — гулять. Наблюдения фактов слоговой элизии приводились в работах многих исследователей (Ки-терман Б., 1913, Гвоздев А. Н., 1948, Жукова Н. С, 1994, Ferguson C. A., 1978, Bernthal J., Bankson N., 1988). Наиболее часто при слоговой элизии сохраняется ударный слог. Следовательно, акцентная структура слова является особенно устойчивой. Поскольку акцентированность мыслима лишь при существовании образа целого, логично предположить, что внутренняя, ментальная репрезентация слова уже в раннем периоде речевого онтогенеза носит целостный, синкретичный характер. Это согласуется с «просодической моделью», описанной выше.

### **1.2.3. Формирование регуляционной подсистемы ФСЯР**

С момента произнесения ребенком первых слов и на протяжении всего периода речевого онтогенеза регуляционная подсистема совершенствуется, ее

стратегии усложняются. Это проявляется не только в прогрессе способностей к порождению высказываний, но и в оптимизации, росте дифференцированное стратегий коммуникативно-речевой деятельности. Изменения степеней функциональной зрелости обоих вышеперечисленных уровней регуляционной подсистемы происходят в онтогенезе гетерохронно.

Операционально-динамический уровень регуляции обнаруживает себя довольно рано: уже на втором году жизни. Проявляется это в использовании детьми разных стратегий упрощения речевых задач для достижения коммуникативных целей в условиях ограниченных психофизиологических возможностей. Более подробно эти стратегии будут обсуждены ниже. По существу это отражает базовый принцип «минимального обеспечения» в развитии функциональных систем головного мозга, сформулированный и экспериментально обоснованный в работах П. К. Анохина (1975). На начальных этапах онтогенеза жизненно важные функции в упрощенном виде реализуются на основе ограниченного, минимально необходимого нейрофизиологического обеспечения. На ранних этапах речевого развития иллюстрацией действия этого принципа могут являться характеристики звуков раннего онтогенеза и особенности звукослоговой структуры ранних слов. Звуки раннего онтогенеза характеризуются максимальной операциональной простотой регуляции движения и минимальной комплексностью артикуляторного акта. Примером тому являются итерационные комплексы (би-би, ко-ко). Принцип «гармонии» в звуковом составе ранних слов сохраняет свое влияние до момента появления первых фраз. Он приводит к максимальной близости и единообразию звуков, входящих в одно слово или синтагму, что значительно упрощает задачи фонологического программирования и моторной реализации. Как отмечалось выше, это вызывает феномены ассимиляции и итерации в ранних словах ребенка.

Следующий этап прироста регуляционных и ресурсных возможностей состоит в появлении двухсловных сочетаний и раннего синтаксиса. По существу это предполагает способность осуществления в параллельном режиме

двух категорий операций: синтаксических и артикуляторных. Следующий шаг, резко повышающий сложность и комплексность одновременно совершаемых операций, — овладение словоизменением. Это требует значительных когнитивных и энергетических ресурсов. Ресурсный дефицит в случае патологии приводит к запаздыванию этого этапа и редукции ряда операций: употреблению некоторых флексий при значительной фонологической редукции основы слова. Автоматизация операций предшествующего периода высвобождает резервы и позволяет освоить новые фонологические или грамматические операции, повышая суммарную степень комплексности выполняемых когнитивных операций в процессе порождения высказывания. Слабость, незрелость операционно-динамического уровня регуляционной системы приводит к высокой контекстуальной зависимости допускаемых ошибок: чем выше комплексность высказывания, тем больше ошибок и тем они переменнее. Другим примером слабости этого уровня могут быть особенности речевого поведения в разных ситуациях у детей с отклонением речевого развития на стадии частичной компенсации. Например, ребенок демонстрирует фонетически правильную речь в кабинете логопеда, в разговоре со взрослым, но регрессирует к дефектному произношению в общении со сверстниками.

Коммуникативно-речевой уровень регуляционной подсистемы достигает заметной функциональной зрелости позднее: в дошкольном возрасте, когда формируется способность к произвольному управлению прагматическим аспектом речевой деятельности, то есть структурой, стилистикой текстов соответственно коммуникативной ситуации. Наиболее ярко новые возможности детей проявляют себя в овладении таким речевым жанром, как «разговорная речь» (Фрумкина Р. М., 2001, Седов К. Ф., 2001). «Речь для взрослых», «речь для повседневного общения со сверстниками» и «речь для себя» (так называемая «эгоцентрическая речь», аутодиалоги, «квазидиалоги») начинают заметно различаться не только по стилистике, но и по словарному составу,

грамматическому и синтаксическому оформлению (Рузская А. Г., 1989, Арушанова А. Г. 1999, Елисеева М. Б., 2001, Юрьева Н. М., 2001).

Характер речевого общения во взаимодействии со сверстниками весьма зависит и от вида деятельности, в контексте которой происходит диалог. Наши наблюдения и исследования других авторов позволяют выделить по меньшей мере четыре типа ситуаций, которые существенно меняют как развернутость, так и связность диалога:

- ситуация совместной деятельности (коактивного или интерактивного типа), совместного выполнения какой-либо задачи (совместное рисование, конструирование и т. п.);
- сюжетно-ролевая игра и ролевые диалоги;
- режиссерская игра с игрушечными персонажами и инсценированные квазидialogи;
- бытовые, неструктурированные ситуации общения (например, информационный, фактический и исповедальный типы диалога в терминологии Н. А. Лемяскиной) (Арушанова А. Г., 1999, Юрьева Н. М., 2001, Лемяскина Н. А., 2001).

Кроме того, наблюдения показывают, что не только содержательная сторона, но и формальные показатели диалога (развернутость, связность, число реплик и др.) зависят от субъективно-личностных позиций и отношений участников диалога.

В школьном возрасте сложность задач и возможности коммуникативного уровня регуляционной подсистемы многократно возрастают в связи с ростом сложности и ролевой вариативностью дискурса.



### 1.3. ВОЗРАСТНЫЕ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНО-РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Формирование языковой компетентности и речевых навыков в онтогенезе происходит в тесной зависимости от развития коммуникативной деятельности, так как и то и другое является средством реализации этой деятельности.

Многочисленные исследования психического развития младенцев показывают, что коммуникативное поведение начинает формироваться примерно с трех месяцев. К моменту перехода от доречевой фазы развития к речевой эта форма поведения приобретает определенный устойчивый поведенческий сценарий (Лисина М. И., 1985, 1986, Исенина Е. И., Барановская Т. И., 1999, Пантина Л. С., 1993, Mussen P., Conger J. J., Kagan J., Huston A. C., 1987, Winnicott D. W., 1998). Основные параметры коммуникативной деятельности, влияющие на развитие ФСЯР: коммуникативная потребность, коммуникативная компетентность и коммуникативная среда. Как свидетельствуют многочисленные исследования, младенец уже в первые месяцы после рождения является в определенной степени коммуникативно компетентным и коммуникативно активным (Брунер Дж., 1984, Stern D., 1973). Уже в первые месяцы жизни он достаточно избирательно реагирует на определенные изменения внешней среды, используя доступные ему средства. Такой поведенческий феномен, как «комплекс оживления», является яркой иллюстрацией социальной ориентированности младенца, самооценности для него процесса общения. На протяжении почти всего первого года жизни лепетно-мимические «высказывания» несут преимущественно эмоциональную информацию об изменении его самочувствия: голоде, страхе и других проявлениях комфорта или дискомфорта. Другой род информации, которую младенец адресует близким взрослым, — сообщение об удовлетворенности их реакциями на его «высказывания» (Исенина Е. И., 1986, Clark H., Clark E., 1977, Bruner J., 1984, Butterworth G., Harris-M., 2000). В процессе этих ранних форм общения у ребенка начинают формироваться элементарные представления о

сценариях коммуникативного поведения и соответствующие навыки. Подтверждение этого — феномены реципрокности, согласованного последовательного чередования высказываний (Исенина Е. И., 1986, Исенина Е. И., Барановская Т. И., 1999, Винарская Е. Н., 1987, Лепская Н. И., 1997, Цейтлин С. Н., 2001, Bruner J., 1984, Stern D., 1973). Другим примером служит феномен разделенного совместно со взрослым внимания, являющийся основой «совместной референции» (Bruner J., 1984). По мнению последнего, важнейшую роль в формировании такой совместной деятельности диалога приобретает совместная игра.

Большое значение для развития коммуникативного и эмоционального поведения имеет степень совпадения экспрессивности младенца и сенситивности, откликаемости матери (Исенина Е. И., Попцова Е. В., Коротких Т. И., 1996, Лепская Н. И., 1997, Van derStelt, 1993, Winnicott D. W., 1998). Высокоэкспрессивный младенец чувствует себя весьма дискомфортно с низко сенситивной матерью. Он нуждается в частых и эмоционально насыщенных репликах матери в ответ на его коммуникативные вокознаки и кинезнаки. Не получая этого, он оказывается в состоянии эмоциональной депривации, переживает дефицит материнской любви. Слабоэкспрессивный младенец с высокоэкспрессивной матерью испытывает сенсорную перегрузку, что тоже является дискомфортным для него. Опыт коммуникации в системе «мать—дитя» формирует индивидуальный стиль отношений между матерью и ребенком, тип привязанности (Ainsworth M. D., 1979, Crittenden P. M., 1988). Основными носителями информации в процессе коммуникации являются интонационно-мелодические контуры. В совокупности с мимическими и пантомимическими действиями (мимеознаки и кинезнаки, по Е. И. Исениной) они являются на этом этапе основными языковыми средствами.

К концу первого полугодия жизни частично созревают такие мозговые структуры, как полосатое тело, первичные отделы моторной коры, обеспечивающие возможность произвольных движений. Это меняет как двигательное поведение младенца, так и характер его вокализаций. Медленные,

глобальные тонические сокращения мышц гортани, языка и губ дополняются быстрыми, фазическими сокращениями артикуляционных мышц. Сочетание обоих видов движений позволяет осуществить артикуляцию слогоподобных звукокомплексов. У младенца появляется лепет: сначала ранний, спонтанный, а затем — поздний, подражательный, произвольный по форме регуляции.

Переход от доречевого к речевому этапу развития начинается с формирования когнитивного и сенсомоторного обеспечения речевых актов. Благодаря этому ребенок овладевает конвенциональными формами звуковой коммуникации с использованием как супрасегментарных, просодических (интонационно-мелодических), так и сегментарных языковых средств. В этот же период начинают вырабатываться ранние формы речевого общения. Таким образом, в это время закладываются основы нового для ребенка вида деятельности — коммуникативно-речевой.

Процесс совершения коммуникативно-речевых актов имеет сложную структуру. Он включает оценку коммуникативной ситуации, построение (или выбор) сценария коммуникативно-речевого поведения с учетом ситуации, использование экстравербальных источников информации (мимическую экспрессию собеседника, социальную ситуацию общения и др.), операции доязыкового (уровень предметно-образных схем по Н. И. Жинкину) и языкового программирования высказывания, планирование и реализацию моторной программы речевых актов (Исенина Е. И., 1989, Сахарный Л. В., 1989, Базжина Т. В., 1992, Лепская Н. И., 1997, Bruner J., 1984, Clark H., Clark E., 1984). Будучи сложно-организованной и имеющей обширный комплекс вербальных и экстравербальных предпосылок и детерминант, коммуникативно-речевая деятельность в своем формировании зависит не только от их зрелости, но и от состояния общей способности к организации деятельности. Поэтому основными языковыми средствами и формальными операциями порождения речи ребенок овладевает раньше и легче, чем относительно зрелыми формами коммуникативно-речевой деятельности. Практика коррекционной работы у детей с недоразвитием речи показывает, что наблюдается значительный разрыв

во времени между овладением навыками, например, правильного грамматического оформления высказываний и включением этих навыков в обиходную речь.

Достаточно данных свидетельствует о том, что все вышеперечисленные экстравербальные компоненты коммуникативно-речевого поведения влияют не только на содержательную сторону, прагматику высказываний, но и на их стилистическое и синтаксическое оформление. Особенно заметно это проявляется у детей с интеллектуальным дефицитом. Даже при отсутствии первичных нарушений языка и речи у большинства таких детей доминируют упрощенные синтаксические конструкции, высказывания редуцированы, свернуты и стереотипны.

Период, на протяжении которого формируется речевая деятельность, достигая зрелой формы, имеет протяженность приблизительно с 10 месяцев до 14—16 лет. Половина этого срока уходит на созревание у ребенка операциональной базы и освоение им основных языковых средств, а вторая половина — на развитие деятельностной стороны речевого акта в ситуациях решения когнитивных или коммуникативных задач. Онтогенез коммуникативно-речевой деятельности можно разделить на несколько этапов.

I этап — инициальный, он охватывает период от 10 до 18 месяца жизни. Его основное содержание — овладение простейшими навыками речевого общения с помощью самых элементарных, неструктурированных форм высказываний — голофраз.

На II этапе, раннем (18—30 мес.), ребенок начинает формировать языковую систему, включая подсистемы языковых средств, и продолжает совершенствовать навыки речевого общения.

III этап — средний (30 мес. — 6 лет), характеризуется завершением формирования языковой способности и достижением достаточно высокого уровня языковой и коммуникативно-речевой компетентности, в это время начинается формирование метаязыковых навыков.

IV этап — поздний (6-12 лет), его основным содержанием является совершенствование прагматики речи в широком диапазоне коммуникативных и социальных ситуаций, овладение навыками построения сложноорганизованных связных текстов, развитие контекстной монологической речи, освоение письменной речи. Выделение первых трех этапов достаточно традиционно (Гвоздев А. Н., 1948, 1949, 1961, Жукова Н. С, Мастюкова Е. М., Филочева Т. Б., 1990, Stern W., 1924, Ingram D., 1991). Выделение четвертого этапа встречается редко. Однако именно в этот возрастной период ребенок осваивает сложные формы речевой деятельности (контекстную, монологическую речь), письменную речь и его вербально-логическое мышление начинает занимать ведущее место в интеллектуальных процессах (Эльконин Д. Б., 1940, Узнадзе Д. Н., 1966, Леонтьев А. А., 1969, Лисина М. И., 1985, Piaget J., 1932).

### **1.3.1. Инициальный период (10-18 мес.)**

Данный период правомерно считать инициальным, так как в этом возрасте происходит переход от предречевого этапа развития к речевому: ребенок начинает понимать некоторые слова и фразы взрослых. Примерно в 8—10 месяцев у него наблюдаются адекватные поведенческие реакции на некоторые речевые высказывания, обращенные к нему (Лисина М. И., 1985, Исенина Е. И., 1986, Bruner J., 1975, Vihman M., 1988). Этому способствует созревание ряда психологических предпосылок.

В когнитивной сфере происходит формирование более дифференцированных представлений о константности предметов (Piaget J., 1932, Bruner J., 1975). Складываются устойчивые представления об окружающих ребенка предметах, субъектах и некоторых явлениях. Как показывают экспериментальные данные, на этом этапе речевого развития зависимость формирования речи от интеллектуальной зрелости ребенка проявляется очень сильно (Rondal J. A., 1995).

В коммуникативной сфере созревает основной поведенческий сценарий установления контакта (взгляд в глаза), реципрокного согласования

коммуникативных актов (Newcombe N., 2002). В коммуникативном поведении преобладает ситуативно-деловая форма общения (Лисина М. И., 1985). Суть ситуативно-делового общения заключается в сочетании, тесном переплетении общения и совместного со взрослым выполнения предметно-практических или игровых действий с предметами. Как показали исследования J. Bruner (1984), именно совместная со взрослым деятельность становится основой базовой структуры речевых высказываний «топик—коммент». Феномен совместно разделенного внимания взрослого и младенца объясняет выделение топика или темы сообщения, того, что известно обоим. Словесные комментарии взрослого маркируют для ребенка то новое, что выделяется в уже известном (коммент). Таким образом ребенок не только накапливает словарь, но и усваивает правила структурирования высказываний, то есть элементарный смысловой синтаксис.

В этот же период ребенок осваивает просодику родной речи и начинает понимать ее содержательную сторону значительно раньше, чем сегментарный уровень языка. Это, по-видимому, обусловлено более ранним созреванием правополушарных структур, ответственных за обработку мелодической стороны речи (Geschwind N., Galaburda A., 1985). С адаптационной точки зрения это предоставляет ребенку значительный выигрыш: еще не понимая речь, значительно раньше появления первых слов он способен понимать ее эмоциональный подтекст. Это создает условия для формирования элементарных форм коммуникативного поведения еще на доречевом этапе.

Постепенно у ребенка расширяется импрессивный «словарь», а точнее, набор коротких высказываний и фонетических слов (так называемых «речевых клише»), наиболее часто употребляемых в речи окружающих (Лисина М. И., 1985). Ребенок воспринимает их синкретически и понимает лишь в знакомом и значимом ситуативном контексте. Понятно поэтому, что способность к пониманию экстравербального ситуативного контекста существенно влияет на прочность усвоения этих клише и на их объем. Созревание в инициальном периоде второго уровня функциональной системы артикуляционного праксиса

создает условия для появления у ребенка вокализаций — «голофраз» (Исенина Е. И., 1986, Цейтлин С. Н., 2001, Pribram K., 1975).

### **1.3.2. Ранний период онтогенеза (18-30 мес.)**

Основные новообразования, характерные для этого периода, — это накопление глагольного и номинативного экспрессивного словаря в объеме, достаточном для возникновения фразовой речи и начала формирования языковой системы. Это становится возможным благодаря прогрессу в созревании ряда когнитивных функций (начало развития сенсомоторного интеллекта, по Ж. Пиаже, созревание наглядно-действенного мышления, появление сукцессивных схем серийных действий) (Piaget J., 1932, Lashley K. S., 1951, Bruner J., 1971). Прогресс в способности к символообразованию приводит к появлению символической игры. В игровой деятельности этого типа жест, действие приобретают качество символа (Casby M., 1991, Nelson K., 1996).

Коммуникативная компетенция ребенка возрастает, продолжает развиваться ситуативно-деловая форма общения. Реализуется она преимущественно по отношению к взрослым партнерам (Лисина М. И., 1986, Рузская А. Г., 1989, Юрьева Н. М., 2001). Дети овладевают такими навыками коммуникативно-речевого поведения, как умение инициировать диалог, привлекать внимание собеседника, поддерживать речевой контакт, начать и закончить коммуникацию, как некое речевое событие, способность реагировать репликой на обращение взрослого и соблюдать очередность реплик (Казаковская В. В., 2001, Ли Н. М., 2001).

Ребенку в большем объеме становятся доступны синтагматические языковые операции, и в связи с этим развивается фонотаксис (набор правил линейной организации, комбинаторики слогов и звуков в пределах слова) и синтаксис. Длина синтагмы-высказывания увеличивается и приобретает вид двух-, а позже и трехсловной фразы. Благодаря дальнейшему созреванию кинестетического артикуляционного праксиса осваиваются звуки среднего

онтогенеза (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1979). Лишь в самом конце этого этапа ребенку становятся доступны зрелые формы парадигматических операций (противопоставление, альтернативный выбор и иерархическая организация противопоставленных признаков) как в фонологии, так и в грамматике. В это время дети заметно продвигаются вперед в способности оперировать более сложными слоговыми структурами. Однако произнесение многосложных слов еще неустойчиво, зависит от контекста и неавтоматизировано.

### **1.3.3. Средний период развития речи (30 мес. — 6 лет)**

Это завершающий период для формирования основных языковых средств.

В это время благодаря окончанию созревания артикуляторного праксиса и совершенствованию системы слухоартикуляторной интеграции дети осваивают звуки позднего онтогенеза. Этому способствует завершение миелинизации таламокортикальных проводящих путей слухового анализатора (Lecour M., 1975). Происходит уточнение произношения и автоматизация уже усвоенных звуков. Благодаря прогрессирующему созреванию заднелобных отделов головного мозга (Кононова Е. П., 1962, Фарбер Д. А., Семенова Л. К., Алферова В. В. и др., 1990) и кинетического (динамического) праксиса отмечается значительное продвижение в формировании слоговой структуры. Данный период является наиболее плодотворным для организующейся фонологической системы, которая максимально приближается к нормативной (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1977, 1983).

В данный период осваиваются большинство видов грамматического оформления высказываний, включая наиболее сложные из них (предложные и временные конструкции, все виды склонений и спряжений, префиксальные формы словообразования). Однако, как отмечает А. Н. Гвоздев, к концу этого периода ребенок «...овладевает разговорно-бытовым стилем речи. Наоборот, грамматические элементы книжного стиля остаются не усвоенными им; например, он не употребляет ряда сложных предложений и связывающих их



союзов, характерных для книжной речи, причастий (за исключением кратких причастий прошедшего времени страдательного залога), деепричастий, многих суффиксов отвлеченных понятий» (Гвоздев А. Н., 1961, с.467).

Другая линия развития речи — формирование речевой коммуникации или коммуникативно-речевой деятельности. Активное формирование внеситуативно-познавательной и внеситуативно-личностной форм общения (Лисина М. И., 1986) создает у ребенка потребность в овладении более содержательными, произвольно контролируемыми и организованными стратегиями речевой коммуникации. Во взаимодействии со сверстниками указанные формы общения появляются на несколько лет позже, чем в коммуникации со взрослыми. В этот период активно развивается диалогическая речь. Как отмечалось выше, зрелость и развернутость диалогов также различается в ситуациях общения «ребенок—взрослый» и «ребенок—ребенок». Эта разница, по-видимому, обусловлена несколькими причинами. Одна из них — выполнение взрослым коммуникативной функции организующего начала, инициирующего с помощью вопросов более развернутые высказывания (Meng K., 1984). Другая причина — вышеупомянутая разница в доминирующем типе общения. В работе А. Г. Рузской и А. Э. Рейнстейн (1985) отмечена тесная взаимосвязь типа общения и особенностей построения речевых высказываний. С изменением формы общения меняется длина фраз: при ситуативно-деловой форме общения — в среднем 3 слова, при внеситуативно-познавательной — 3,9 слова, при внеситуативно-личностной — 4,5 слова. В этом ряду форм общения уменьшается ситуативность и возрастает контекстность (Рубинштейн С. Л., 1989). Еще одна причина связана со спецификой межличностных отношений детей со взрослыми. Для ребенка взрослый является носителем речевых эталонов, имплицитно оценивающим соответствие речи ребенка этим эталонам. Взрослый — образец для подражания. Обычно взрослые явно поощряют детей, преуспевших в использовании элементов литературного языка. Поэтому ребенок, общаясь со взрослым, старается использовать правильно грамматически оформленные и развернутые высказывания. В общении со

сверстниками используется другой стиль общения: более редуцированный, ситуативный, свернутый. Эти различия сохраняются долго, практически все детство и юность. Более того, начиная со школьного возраста формируется особый эзотерический язык, понятный только сверстникам. В подростковом возрасте владение этим языком является социальным маркером принадлежности к соответствующей субкультуре (Кон И. С., 1979, Осорина М. В., 1999).

В старшем дошкольном возрасте ребенок начинает овладевать навыками создания текстов такого типа, как повествование и описание (Лепская Н. И., 1997). Это оказывается возможным в связи с тем, что в данный период детям становится доступной произвольная деятельность планирования своих высказываний, что необходимо для создания связных текстов (Выготский Л. С., 1982, Piaget J., 1932, Meng K., 1984). Наблюдение за речью детей 5—6 лет в естественных ситуациях показывает, что повествовательные тексты даются им легче и появляются раньше описательных. Однако довольно долго ребенок в своих повествованиях остается непоследовательным, а его речь характеризуется значительной степенью конситуативности. Кроме того, дети нередко вводят диалогические фрагменты, в том числе и инсценированные диалоги от первого лица. От этих диалогических, естественно мотивированных повествований, по-видимому, следует отличать повествовательные тексты (или, как это называют в методической литературе по развитию речи, повествовательную речь), вызванную в дидактических, искусственно смоделированных ситуациях (например, составление рассказа по картинке или серии картинок, пересказ прослушанных или прочитанных текстов). Это подтверждают наблюдения ряда авторов: «...когда ребенок пересказывает некоторый прослушанный языковой материал, речь его менее ситуативна по своему характеру... чем когда ребенок описывает картину того же сюжета. Описание картинки, в свою очередь, менее ситуативно, чем рассказ о лично пережитом» (Кубрякова Е. С., 1991, с. 209). Вероятно, эти различия связаны в значительной степени с влиянием «дидактических правил игры». Взрослые

регулярно используют подобные приемы в обучающих целях (как педагоги, так и родители), и ребенок пытается соответствовать их ожиданиям. То есть это речь «на заказ», продуцируемая с большей степенью произвольной саморегуляции, содержащая значительную долю речевых шаблонов.

Анализ методической литературы в сопоставлении с данными психолингвистов свидетельствует, что представления методистов дошкольного образования о сроках формирования контекстной, монологической речи у детей несколько завышены. Формирование монологической речи как основной формы связной речи относят к пятому (Ушакова О. С. с соавт., 1999) и даже к четвертому (Алексеева М. М., Яшина В. И., 1997) годам жизни. Вероятно, эти авторы базируются на данных, относящихся к вышеописанным текстам «на заказ». Поданным научных исследований, младшие школьники еще не владеют в полной мере монологом (Рождественский Н. С, 1970). В таком возрасте это скорее зона ближайшего развития связной речи. Многие дети, даже став взрослыми, в полной мере так и не осваивают монологическую речь.

В этот же период наиболее активно происходит формирование метаязыковых способностей. Последними принято считать способность выделять язык как самостоятельную реальность, как объект познания. Экспериментальные исследования показывают, что метаязыковые процессы дифференцированы в отношении разных уровней языка: фонологии, лексики, синтаксиса (Menyuk P., 1993). В процессе онтогенеза отмечается гетерохрония развития метаязыковых способностей в отношении фонологии, лексики и синтаксиса. Многочисленные наблюдения феноменологии ранних этапов речевого онтогенеза свидетельствуют о том, что первые признаки осознания системных языковых явлений связаны с лексикой, позже — с синтаксисом и в последнюю очередь — с фонологией (Эльконин Д. Б., 1960, Гвоздев А. Н., 1961, Карпова С. Н., Колобова И. Н., 1978, Цейтлин С. Н., 2000, Menyuk P., 1993). Показателями степени сформированное™ метафонологических обобщений являются способность к сегментации фонетического слова на слоги и звуки (или фонемы), к синтезу слова из ряда отдельно названных звуков,

умение производить трансформации названного слова посредством удаления первого звука или слога (например, скот (кот) (Shankweiler D., 1994, Leonard L. B., 1998).

По-видимому, формирование метаязыковых функций зависит от определенных общекогнитивных детерминант. Это согласуется с представлениями J. Piaget (1994) и A. Karmiloff-Smith (1986) о природе и этапах становления метаязыковых процессов. Согласно представлениям A. Karmiloff-Smith, способность к осознанию языковых явлений зависит от общего уровня когнитивных и метакогнитивных способностей. В когнитивной психологии метакогнитивными познавательными процессами называют те из них, объектом которых становятся сами когнитивные операции. На определенных этапах развития происходит осознание и обобщение закономерностей и особенностей собственной ментальной деятельности (Холодная М. А., 1997, Chartier D., Loarer £., 1997). Следовательно, анализируя процесс познания, необходимо различать такие этапы, как:

- формирование навыков и их регуляции на субсознательном или интуитивном уровне;
- формирование так называемых «когнитивных контролен», которые регулируют на произвольном уровне саму познавательную деятельность;
- формирование произвольного, сознательного контроля над когнитивным поведением;
- формирование рефлексивных, осознанных метакогнитивных категориальных представлений. Поскольку язык представляет собой когнитивное образование, то перечисленные этапы приложимы и к процессу языкового развития.

P. Menyuk (1993), понимая метаязыковые способности в широком смысле слова, описывает последовательный ряд этапов их формирования:

- обнаружение значимых языковых маркеров;

- накопление информации (об этих признаках и их изменениях в воспринятых высказываниях);
- формирование знаний о признаках и правилах их применения;
- сопоставление полученных знаний, способность к оценке, вынесению суждений о сфере использования, правильности или ошибках и т. п.;
- автоматизация процесса практического использования речевых навыков.

По мнению автора, этапы 3 и 4 сопровождаются сознательным контролем над освоением языка. Это согласуется с теорией Н. А. Бернштейна о формировании двигательных навыков, согласно которой операциональное обеспечение высших символических навыков действий (в том числе и речь) на определенном этапе находится под сознательным контролем (то есть является ведущим уровнем), а затем автоматизируется и выполняется на подсознательном уровне (то есть становится фоновым уровнем). К вышеописанной модели Р. Менюк, по нашему мнению, необходимо добавить еще один этап развития, когда речевая деятельность снова становится объектом осознания. В этом случае предметом осознания являются не операции порождения высказывания, а сами высказывания с точки зрения их языковой организации. Этот этап требует наличия способности к рефлексии, высокой степени произвольности в оперировании языковым материалом, к образованию понятий. Наиболее активно процесс формирования, например, метафонологических способностей происходит на пятом—седьмом годах жизни.

Таким образом, старший дошкольный возраст имеет особое значение для формирования готовности к овладению навыками чтения и письма (Выготский Л. С, 1982, Эльконин Д. Б., 1960, 1980, 1989, Карпова С. Н., Колобова И. Н., 1978, Корнев А. Н., 1995, 1997, Leong С. К., 1991, Менюк Р., 1993, Shankweiler D., 1994).

### 1.3.4. Поздний период развития речи (7-12 лет)

Важной особенностью данного возраста является прогрессирующая социализация (Выготский Л. С, 1982, Леонтьев А. Н., 1983, Менчинская Н. А., 1998. Piaget J., 1932, 1967, 1994). Жизнь ставит ребенка в разнообразные социальные ситуации, требующие гибкого использования типовых, социально маркированных типов дискурса. Это значительно обогащает языковой опыт, языковую практику, то есть выполняет обучающую функцию. Благодаря этому на качественно новый уровень поднимается коммуникативно-речевая деятельность. Путь, который должен пройти ребенок 7 лет для того, чтобы на уровне взрослых владеть речевым дискурсом, весьма велик (Седов К. Ф., 2004). К сожалению, данный этап развития речи изучен весьма слабо. В такой же мере малоизученной остается и специфика проявлений недоразвития речи в этом возрасте.

Поздний период развития речи характеризуется такими новообразованиями, как формирование контекстной речи и относительно зрелой монологической речи (Леушина А. М., 1941, Лурия А. Р., 1979, Рубинштейн С. Л., 1989). По существу, акцент в формировании речевых навыков переносится с грамматики предложения на грамматику текста, дискурса (Nelson K., 1996). Однако закономерности овладения речевым дискурсом в школьном возрасте слабо изучены. В это время ребенок овладевает литературным кодифицированным языком и свойственными ему сложными синтаксическими конструкциями. В речи появляются сложные синтаксические конструкции (сложноподчиненные предложения, причастные и деепричастные обороты), передающие каузальные, условные отношения, квазипространственные отношения и др. (Гвоздев А. Н., 1961). По данным Ж. Пиаже, причинные грамматические конструкции с союзом «потому что», противительные с союзом «хотя», «несмотря на» начинают употребляться с заметной регулярностью лишь после 8 лет. Частота их употребления непрерывно растет до 12 лет, но еще не достигает уровня взрослых (Piaget J., 1932). Автор объясняет это недостаточной способностью к совершению

формально-логических операций в этом возрасте. Однако в не меньшей степени это, по-видимому, зависит и от уровня языковой компетенции (в аспекте синтаксиса и прагматики).

На этой стадии ребенок овладевает навыками чтения и письма и начинает овладевать письменной речью, то есть способностью выражать мысли с помощью письменного языка. Данная способность непосредственно зависит от уровня владения литературным языком, контекстной, монологической речью (Лурия А. Р., 1979, Выготский Л. С., 1982). Однако наблюдения за индивидуальными особенностями владения письменной и устной связной речью дают основания полагать, что они имеют существенно различающуюся когнитивную и психофизиологическую базу. У некоторых индивидов эти две способности заметно диссоциируют. Есть люди, отлично владеющие «письменным слогом», но не способные внятно изъясниться устно. Еще больше тех, у кого имеет место обратная картина.

### ИСТОРИЯ ИЗУЧЕНИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Отправной точкой в истории изучения первичного недоразвития речи, по-видимому, нужно считать первые описания так называемого «идиопатического отсутствия речи» (*alalia idiopatica*) иначе — «слухонемоты» или конституциональной задержки развития речи» (Kusssmaul A., 1879, Coen R., 1888). Оба автора первыми описали состояние первичного недоразвития речи, не сводимого к влияниям дефектов слуха, интеллекта и других внешних для речи факторов, то есть имеющего самостоятельное происхождение. К настоящему времени опубликовано огромное число работ, посвященных данной проблематике, издается несколько научных журналов соответствующего направления. Тем не менее до сих пор отсутствуют общепринятые определения первичного недоразвития речи, разноречивы представления о его сущности и механизмах, пеструю картину представляет собой используемая терминология. Одно и то же расстройство речи обозначалось в англоязычной литературе за последние несколько десятилетий по-разному: «*developmental aphasia*» (афазия развития) и «*congenital aphasia*» (врожденная афазия) (Chase R., 1972), «*speech disorders*» (расстройство речи) (Morley M., 1972), «*developmental speech disorder*» (расстройство речевого развития) (Ingram T., 1972), «*delayed language development*» (запаздывание развития языка) (Sonninen A. & Damstre A., 1971), «*language disability*» (Cristal D. et al, 1976) и «*language disorders*» (Bloom L. & Lahey M., 1979) — языковое нарушение, «*language deficient children*» (дети с языковой недостаточностью) (Morhead D. M. & Morhead J., 1976), «*communicative disorder*» (нарушение коммуникации) (Bradford, 1978), «*developmental language disorder*» — DLD (нарушение языкового развития) (Rapin I., 1996), «*specific language impairment*» — SLI (Leonard L. B., 1981, Fey M., Leonard L. B., 1983). Последний термин в последнее десятилетие почти



полностью вытеснил в англо-американской литературе все вышеназванные обозначения.

В отечественной логопедической литературе первичное тотальное недоразвитие речи обозначается терминами «моторная алалия», «сенсорная алалия», «экспрессивная алалия» (Ковшиков В. А., 1985), «общее недоразвитие речи», «задержка речевого развития» (Левина Р. Е., 1968, Логопедия, 1999). В приведенном списке терминов представлены две категориальные системы обозначения речевых расстройств у детей и два магистральных направления в изучении проблемы: психолого-педагогическое и клиническое (которое в логопедии не совсем удачно называют клинико-педагогическим).

Первоначально изучение речевой патологии у детей проводилось преимущественно с клинических позиций. До появления серьезных лингвистических исследований детской речи в логопедии сохранялась ориентация на данные, полученные клиницистами, как в используемой номенклатуре, так и в понимании механизмов недоразвития речи у детей (Хватцев М. Е., 1959, Зе-еман М, 1962, Ляпидевский С. С, 1969). Лишь начиная с конца 60-х и в начале 70-х годов представители психолого-педагогического направления исследований начали создавать собственную терминологию, систематику, теоретические модели механизмов. Последние три десятилетия именно это направление исследований стало приоритетным и наиболее плодотворным. Клиническое же направление в последние два десятилетия переживает период определенного застоя.

## **2.1. КЛИНИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ**

Клиническое направление в изучении недоразвития речи отличает особый тип видения проблемы. В соответствии с традициями, сложившимися в медицине, НР рассматривается как аномалия развития, патологическое состояние, имеющее характерные симптомы, этиологию и патогенез. Благодаря этому и были описаны отдельные клинические формы речевых аномалий, такие как дизартрия, ринолалия, алалия и др. В медицинском подходе к диагностике

принципиальное значение имеет нозологический подход, тенденция к комплексной характеристике отдельных клинических случаев, их синдромологический анализ. Сложившиеся в середине XX столетия клинические представления о природе недоразвития речи у детей, их номенклатура не претерпели существенных изменений и до настоящего времени. Тем не менее содержание, вкладываемое в эти клинические категории, существенно изменилось.

Первые описания случаев избирательного недоразвития речи при сохранном слухе и интеллекте были сделаны врачами. L. V. Leonard (1998) в своем обзоре приводит следующие имена: F. Gall (1822), W. Wilde (1853), M. Benedikt (1865), W. Broadbent (1872), L. Waldenburg (1873). Состояние, получившее впоследствии название «моторная алалия», впервые было описано A. Kussmaul (1879) как слухонемота (*audiomutitas*) и R. Соеп (1888) как «*alaia idiopathica*»: отсутствие речи при сохранном слухе и без грубых артикуляторных нарушений, то есть как идиопатическое расстройство.

В работах Н. Н. Трауготт (1940), С. С. Мнухина (1948) были предприняты первые попытки выявить клиническое своеобразие некоторых форм алалий. Дальнейшее развитие это направление получило в исследованиях Р. А. Беловой-Давид (1969, 1972), Н. Н. Трауготт, С. И. Кайдановой (1975), Е. И. Кириченко (1977), В. В. Ковалева и Е. И. Кириченко (1970), А. Н. Корнева (1989, 1990, 1991, 1994). На основании клинических разработок были выявлены особенности психического развития детей с недоразвитием речи. Многие из перечисленных авторов склонялись к тому, чтобы рассматривать алалию как своеобразный вариант психического недоразвития. Клинические исследования позволили сопоставить алалию с другими формами психического дизонтогенеза. В Международной классификации болезней 9-го пересмотра такие случаи рассматривались как одна из форм специфических задержек психического развития. В МКБ-10 «специфические расстройства развития речи» отнесены к рубрике «Нарушения психологического развития». Согласно

«критериям исключения», приведенным в МКБ-10, наличие признаков общего психического недоразвития (при  $IQ < 70$ ) не совместимо с таким диагнозом.

В англоязычной литературе формы недоразвития речи, по описанию близкие к моторной алалии, представлены под названием «афазия развития». L. Vaisse (1866) ввел термин «congenital aphasia» (врожденная афазия). Позже его сменило понятие «developmental aphasia» (Kerr J., 1917, Karlin I., 1954, Morley M., 1972), «дисфазия развития», что подчеркивало отличие этого состояния от утери речи при приобретенной афазии (Wyke M., 1978, Hall N., Aram D., 1996).

Целый ряд клинических исследований посвящен дизартрии у детей (Моргулис М. С., 1926, Панченко И. И., Щербакова Л. А., 1975, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1979, Morley M., 1972, Milloy N., Morgan-Barry R., 1990). В большинстве этих работ предметом изучения является дизартрия у детей с детским церебральным параличом. Отмечено, что в детском возрасте дизартрия имеет по клиническим характеристикам много отличий от приобретенной дизартрии у взрослых: симптоматика имеет мозаичный, комплексный характер, почти не наблюдаются классические формы дизартрии, описанные в неврологии (Мастюкова Е. М., 1979). В отличие от взрослых, у детей при этом нарушении довольно часто наблюдается несформированность лексико-грамматической сферы (Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985). Она весьма слабо изучена клинически как самостоятельная, изолированная форма нарушения психоречевого развития. Вероятно, это объясняется тем, что чаще она встречается у детей с детским церебральным параличом и исследовалась как компонент этого заболевания. Однако в последние 3 десятилетия этот диагноз стал использоваться значительно шире, выйдя далеко за рамки детских церебральных параличей. В связи с этим все отчетливее ощущается, что дизартрия у детей как самостоятельная форма дизонтогенеза еще ждет своего исследователя.

В отличие от первоначальной трактовки термина «дизартрия» как тяжелого нарушения произносительных возможностей, со временем все чаще этим термином стали обозначать и состояния меньшей тяжести, чем при

псевдобульбарном параличе у детей. Градации степеней тяжести дизартрии в российской литературе не разработаны. Поэтому возникла проблема определения границы между дизартриями легкой степени тяжести и состояний, частично сходных с ними по некоторым параметрам, но имеющих и много качественных отличий. По существу, на стыке медицинских и логопедических исследований сформировалось своеобразное диагностическое понятие «стертая дизартрия», остающееся дискуссионным до настоящего времени (Мелехова Л. В., 1964, Токарева О. А., 1969, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Сизова Э. Я., 1978, Лопатина Л. В., 1986, 1996).

В западной литературе описаны избирательные и качественно своеобразные нарушения речевого развития: «артикуляционная апраксия развития» (Morley M. E., 1972) и «речевая апраксия развития» («developmental apraxia of speech», сокращенно— DAS) (Rosenbek J., Wertz R., 1972; Yoss K., Darley F., 1974; Shriberg L. D., Aram D. M., Kwiatkowski J., 1997).

Первые работы, посвященные ринопалии и разработке методов ее хирургической коррекции, принадлежат врачам Н. И. Пирогову (1844), Н. В. Воронцовой (1875), П. Субботину (1894) и др.

Все вышеперечисленные диагностические категории сформировались на базе клинических критериев. Однако нельзя сказать, что все они соответствуют требованиям нозологической диагностики. В полной мере им до недавнего времени отвечали понятия «дизартрия» и «ринопалия». Диагностика моторной алалии долгое время строилась на критериях исключения: недоразвитие экспрессивной речи при отсутствии слабоумия и нарушений слуха. При таком подходе подобный, диагноз трактовался весьма широко и нозологически неопределенно. По существу, он охватывал все виды тяжелого первичного тотального недоразвития речи (Зеeman M., 1962, Орфинская В. К., 1963, Бодалян Л. О., 1975, Ковалев В. В., 1995, Справочник невропатолога, 1995). Сужение границ этого клинического понятия произошло благодаря переходу к использованию позитивных критериев (то есть патогномоничных симптомов). Большая часть из них носит патолингвистический характер (Ковшиков В. А.,

1985, Соботович Е. Ф., 1985). Для сенсорной алалии до сих пор не разработано достаточно четких, однозначных критериев диагностики. Более того, само существование ее как самостоятельного расстройства признается не всеми. Клинические критерии диагностики и содержание понятия «дислалии» менялись неоднократно, а ее природа недостаточно ясна, так как до сих пор эта группа детей изучена слабо.

Нельзя не отметить, что перечисленные формы патологии охватывают лишь малую часть популяции детей с недоразвитием речи. Большая часть состояний тотального недоразвития речи вообще не имеет никакого клинико-диагностического обозначения. Это «белое пятно» как в систематике, так и в семиотике логопатологии детского возраста требует специального изучения

Как отмечают N. Hall и D. M. Aram (1996), современные тенденции в терминологических предпочтениях сместились от патогенетически ориентированных обозначений к описательным типа DLD, «specific language disability» (специфическое нарушение языковой способности) и «specific language impairment» (специфическое нарушение языка). Среди критериев, на которых базируется диагностика, преобладают так называемые «критерии исключения» (exclusionary criteria), то есть указание на то, каких сопутствующих неречевых нарушений у таких детей не должно быть (умственной отсталости, грубых неврологических нарушений, нарушений слуха и др.), и критерии диссоциации (разница между умственным и речевым возрастом). Сложность в решении задачи описания первичного специфического недоразвития речи посредством клинического языка с нозологических позиций обусловлена тем, что в медицине отсутствует раздел, посвященный патологии развития речи, то есть «клиническая логопатология». Поэтому не выработан даже клинический язык описания соответствующих симптомов и синдромов. В детской психиатрии недоразвитие речи описывается среди форм интеллектуальной недостаточности (Ковалев В. В., 1995). Примерно так же обстоит дело и в патопсихологии детского возраста. Недоразвитие речи не

нашло своего места в систематике психического дизонтогенеза (Лебединский В. В., 1985).

Одно из магистральных направлений клинических исследований Н Р посвящено изучению вопросов этиологии и патогенеза. В литературе представлены подробные материалы, подтверждающие связь значительной части случаев недоразвития речи с различными экзогенными повреждающими воздействиями: патологией беременности, родов, соматическими заболеваниями и, в частности, отитами, фебрильными судорогами (Трауготт Н. Н., 1940, Хват-цев М. Е., 1959, Кочергина В. С., 1962, Ляпидевский С. С., 1969, Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1975, Гуровец Г. В., 1975, Кириченко Е. И., 1977, Алексико-ва Р. А., Бушанская Н. Б., 1980, Мастюкова Е. М., 1989, Seeman M., 1962, Moriey M., 1972, Petrie I., 1975). Во многих из приведенных исследований отмечается наличие неврологических признаков органического поражения головного мозга. Неврологическое обследование дает в таких случаях широкий спектр симптомов: от микросимптоматики до выраженной пирамидной недостаточности в виде гемисиндрома. Так, в работе Р. К. Беловой-Давид (1972) при безвыборном исследовании 100 детей с недоразвитием речи в 45 случаях была обнаружена рассеянная микросимптоматика, у 11 детей — правосторонняя, у 9 детей — левосторонняя и у 22 — двусторонняя пирамидная симптоматика.

Значительно слабее, чем неврологические показатели, изучена психопатология недоразвития речи у детей. В литературе имеются лишь единичные исследования психиатров по этому вопросу (Мнухин С. С., 1934, Мнухин С. С., Слущкина П. И., 1946, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Кириченко Е. И., 1977, Корнев А. Н., 1994).

М. Dalby (1975) с помощью рентгенологического исследования установил, что при тяжелом недоразвитии речи отчетливо преобладает повреждение левого полушария, особенно в области височных долей. N. Geschwind, A. Galaburda и M. Le Mey (1979) приводят данные об асимметрии черепа у детей с недоразвитием речи с преобладанием правой теменно-

затылочной области. М. Cohen, R. Campbell, F. Yaghai (1989) при секционном исследовании мозга 8-летней девочки с афазией развития обнаружили минимальные признаки архитектурной дисплазии в перисильвиевой зоне левого полушария. E. Plante и L. Swisher (1991), используя метод магнитно-ядерного резонанса, выявили у мальчиков с афазией развития отсутствие ассиметрии *planum temporale*. Однако имеется и целый ряд исследований, в которых компьютерная томография или метод магнитно-ядерного резонанса не выявили признаков церебрального повреждения (Hier D., Resenberger P., 1980, Jernigan et al, 1981, Harcherick D. et al, 1985, Plante E., Swisher L., Vance R., 1991). Поданным М. Dalby (1975), у 20% детей с недоразвитием речи на ЭЭГ обнаруживалась эпи-активность. Сложилось представление, что тяжелые случаи недоразвития речи связаны с органическим поражением головного мозга, а легкие — с задержкой созревания определенных церебральных систем (Linck H. A., Haberkamp H., 1976, Johnston R. B., Stark R., 1981).

В работах М. Seeman (1935), R. Chase (1972), М. Dalby (1977, 1980) в этиологии недоразвития речи у детей на первое место ставится отягощенная наследственность. Поданным М. Seeman (1935), семейные случаи речевой патологии встречались в 20% случаев. По мужской линии это происходило в 2 раза чаще, чем по женской. Близкие показатели наследственной отягощенности у детей со SL1 (Specific Language Impairment) приводит J. Tomblin (1989). Значимость наследственных факторов подчеркивают М. Crago, М. Gopnic (1994) и J. Tomblin, P. Buckwalter (1994). М. Rice с соавт. (1996) в семьях детей, имевших недоразвитие языка и речи, обнаружили 68% повторных случаев, а в контрольных группах — 22%. По данным D. Bishop, T. North и C. Donlan (1995), полученным в близнецовых исследованиях, конкордантность однойцевых близнецов по речевым расстройствам равняется 100%, а разнотцевых — 50%.

Многие специалисты указывают на неоднородность состояний недоразвития речи или языка по этиологии. Однако в большинстве таких исследований имплицитно представлена моноэтиологическая модель подобных состояний.

Обсуждается лишь вопрос о том, какая часть случаев недоразвития речи имеет генетическую природу, а какая — экзогенно-органическую (Rice M., Wexler K., 1998). Вопросы взаимодействия нескольких причин и их последствия в литературе не рассматривались.

## **2.2. ПСИХО-ЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В психолого-педагогических исследованиях недоразвитие речи освещается с других позиций. Специалистов этого направления интересует состояние языковых процессов и их формирование у детей с недоразвитием речи в сопоставлении с языковой нормой. С практической точки зрения подобный подход отвечает задачам, стоящим перед логопедом, способствует более дифференцированному построению коррекционной программы. В русле данной парадигмы получено много информации о состоянии основных языковых средств, особенностях фонологических, лексических и грамматических операций при избирательном, специфическом недоразвитии языка и речи.

Первыми серьезными попытками лингвистического анализа недоразвития речи у детей в отечественной логопедии были работы В. К. Орфинской (1962). Она предложила выделять у детей типы алалии, аналогичные формам афазии у взрослых. Дальнейшего развития данный подход не имел. Изучение моторной алалии с психолого-лингвистических позиций наиболее завершённую форму приобрело у Е. Ф. Собонович (1985) и В. А. Ковшикова (1985). В указанных исследованиях была очерчена характеристика моторной алалии как языкового по механизму нарушения развития экспрессивной речи. В качестве патогномичных ее симптомов выделены следующие: сочетание фонологических, лексических, синтаксических и морфологических нарушений, диссоциация между уровнем развития экспрессивной и импрессивной речи в пользу последней, наличие нерегулярных звуковых замен, диссоциация фонетических характеристик при повторении изолированных звуков и в спонтанной речи, и др.



### **2.2.1. Концепции «фонетико-фонематического недоразвития речи» и «общего недоразвития речи»**

В 1968 г. в коллективной монографии «Основы теории и практики логопедии» под редакцией Р. Е. Левиной были заложены основы психолого-педагогической подхода к изучению недоразвития речи у детей, создана новая номенклатура для обозначения разных его форм. В исследованиях Р. Е. Левиной, С. Н. Шаховской, Л. Ф. Спириной, Н. А. Никашиной, А. В. Ястребовой выделены такие формы недоразвития речи, как фонетическое недоразвитие (ФН), фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР), общее недоразвитие речи (ОНР). Таким образом, авторы попытались отделить речевые нарушения (ФН) от языковых (ФФНР и ОНР). Строго говоря, эта попытка оказалась удачной только в отношении разграничения ФН и ФФНР. Для «общего недоразвития речи», по существу, не было разработано четких критериев диагностики и дифференциальной диагностики. Об этом свидетельствует и определение общего недоразвития речи, сформулированное в указанной выше монографии: «Под общим недоразвитием речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом следует понимать такую форму речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся как к звуковой, так и к смысловой сторонам речи» (Левина Р. Е., 1968, с. 67). По существу это определение мало отличается от определения алалии в работах тех лет. Например: «Алалия — системное недоразвитие речевой деятельности, расстройство речевой функциональной системы вследствие непосредственного нарушения функции речедвигательного и речеслухового анализаторов» (Шаховская С. Н., 1969). По мнению Р. Е. Левиной, ОНР представляет собой сборную группу нарушений, различных по механизму. Данное обозначение столь же неопределенно, как и «моторная алалия» в те годы. На это указывает и сам автор. Выделение из этой разнородной массы подгрупп с более единообразной структурой нарушений, выяснение их механизмов должно было бы стать предметом дальнейших

исследований. Поскольку таких исследований проведено не было, сегодня представления о группе детей с ОНР мало отличаются от уровня середины 60-х гг. В учебнике «Логопедия» 1999 г. издания приводится следующее определение *«общего недоразвития речи»*: *«Общее недоразвитие речи — различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте»* (Логопедия, 1999, с. 614).

Несмотря на то, что для данного направления основной интерес представляют психолого-лингвистические характеристики состояния, малоисследованной осталась проблема разграничения языковых и речевых нарушений у детей. Нередко понятия «речь» и «язык», «недоразвитие речи» и «несформированность языковых средств» используются почти как синонимы. Часто смешиваются понятия «система языка» и «функциональная система речи», «уровни языка» и «компоненты речевой функциональной системы».

### **2.2.2. Концепция «нарушения языкового развития» (developmental language disorder), «специфического нарушения языка» (specific language impairment)**

Зарубежные публикации по этому вопросу отличаются детализированностью, формализованностью, использованием современного математико-статистического аппарата при обработке экспериментальных данных. Уже на уровне используемой терминологии («delayed language development», «language disability», «language deficient children», «language disorders», «developmental language disorder», «specific language impairment») определяется одно существенное отличие от российской логопедической школы: в большинстве случаев нарушения языка (language disorder) терминологически отграничиваются от нарушений речи (speech disorder). Правда, довольно часто такое разделение достаточно четко проводится лишь на

уровне таксономии. При классификации реальных случаев исследователи нередко подходят к этой дихотомии формально. Расстройством речи считается лишь нарушение фонационного оформления высказывания. Чаще всего к этой категории относят нарушения звукопроизношения.

Выделение типов недоразвития языка или речи строится на количественных показателях, полученных при использовании тестовых методик оценки речевых функций: Peabody Picture Vocabulary Test (PPVT), Test of Early Language Development (TELD), Illinois Test of Psycholinguistic Abilities (ITPA), Др. Ключевым диагностическим признаком (или так называемыми «критериями включения» — inclusion criteria) считается значимое отставание тестовых показателей языкового развития от нормы, превышающее 1 стандартное отклонение от средней, и наличие диссоциации между показателями языкового развития и уровнем развития невербального интеллекта (Leonard L., 1998).

В отношении признаков, обязательных для нарушения языковых функций, существуют разные точки зрения. Одни авторы считают обязательным наличие нарушений понимания речи (Fletcher P., 1991). Другие относят к языковым расстройствам и случаи недоразвития преимущественно экспрессивных языковых операций (морфологических и синтаксических), то есть порождения высказываний (Leonard L. B., 1998). Дискуссионным остается отношение к SLI фонологических нарушений (phonological disorders). Достаточно часто они сопровождаются морфосинтаксическими нарушениями. Кроме того, фонологическая система является языковым образованием и, следовательно, ее недоразвитие должно включаться в группу SLI (Leonard L. B., 1998). С другой стороны, во многих случаях главной причиной фонологических нарушений является неполноценность артикуляционных механизмов, что служит основанием для отнесения их к речевым, а не языковым расстройствам. Поскольку в англоязычной литературе почти все виды отклонений в формировании звуковой стороны речи называют фонологическими нарушениями, положение этой неоднородной группы расстройств в отношении SLI остается двойственным. В

большинстве из этих исследований проводится сопоставление физиологических, возрастных ошибок с ошибками в случае патологии речевого развития. При этом обнаруживается настолько много сходства (с поправкой на возраст, разумеется), что это порождает естественный вопрос: являются ли случаи недоразвития фонологической стороны речи примерами патологического ее развития или это проявление незрелости, запаздывания в развитии языковых операций? (Leonard L., 1982). В существующей литературе представлены диаметрально противоположные позиции по этому вопросу. Одна группа исследователей рассматривает SLI как запаздывающее, но с точки зрения логики и закономерностей формирования языковых способностей нормальное развитие (Leonard L., 1979, Miller J., 1991). Данная точка зрения основывается на экспериментах, в которых дети с SLI сравнивались с контрольной группой здоровых детей, имеющих такие же показатели MLU, то есть с тем же уровнем зрелости синтаксиса. Естественно, что при таком подборе контрольной группы дети, вошедшие в нее, всегда оказываются существенно младше детей с SLI. При сопоставлении морфологических показателей, лексики, прагматики речи, качества понимания речи не было обнаружено достоверных межгрупповых различий (Leonard L., Sabbadini L., Leonard J., Volterra V., 1987). Иначе говоря, здоровые дети меньшего возраста, имевшие такие же показатели синтаксической зрелости (MLU), что и дети с SLI, не отличались от последних и по другим языковым параметрам. Основываясь на этом, авторы делают вывод, что у детей с недоразвитием языка и речи формирование языковой компетентности происходит замедленно и синхронно на всех уровнях языка. То есть имеет место что-то наподобие «языкового инфантилизма». Если же в качестве контроля выбирались здоровые дети с невербальным интеллектуальным показателем, таким же, как у детей с SLI, обнаруживалось много достоверных различий как в синтаксисе, так и в морфологии. Основываясь на экспериментах последнего типа, оппонирующая группа исследователей настаивает на точке зрения, что SLI представляет собой патологическое развитие речи (Fletcher P., 1991).

### 2.3. СИСТЕМАТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Разработанность, логическая организация систематики в определенной степени отражает зрелость научной дисциплины, глубину познания предмета исследования. На раннем этапе развития логопедии, во второй половине XIX века, из всей массы речевых аномалий были выделены всего две группы — косноязычие и заикание (Ляпидевский С. С, Гриншпун Б. М., 1969). Чуть позже к ним была добавлена идиопатическая слухонемота, названная позже алалией (Coen R., 1988). По существу, этим был заложен прототип большинства будущих классификаций речевых нарушений. В последующих исследованиях описанные группы расстройств были трансформированы в более разветвленную систему категорий.

В истории отечественной логопедии первая, относительно дифференцированная классификация принадлежит М. Е. Хватцеву (1960). В ней выделяются следующие категории речевых расстройств: косноязычие (патологическое и непатологическое), недостатки голоса (хриплый голос, патологическая мутация, фонастения и дисфония), расстройства темпа и ритма речи (заикание, ускоренная речь и замедленная речь) и расстройства речи на почве органического нарушения коры головного мозга (афазия, алалия, дислексия и дисграфия). В этой классификации впервые производится разделение речевых расстройств на первичные и вторичные. Как видно из структуры и содержания классификации, она может быть отнесена к категории клинических систематик.

Следующей по хронологии является классификация В. К. Орфинской (1963). Она содержит группировку алалий, но в период, относящийся ко времени написания работы, это понятие трактовалось настолько широко, что вмещало большую часть вариантов первичного недоразвития речи. В этой классификации выделялись следующие категории расстройств: первичное недоразвитие языковых систем (моторная и сенсорная алалий), вторичное недоразвитие языковых систем, вызванное недоразвитием словесных и грамматических понятий (моторная синтаксическая и оптическая алалий), вторичное

недоразвитие языковых систем, связанное с неполноценностью общих речевых функций (сенсомоторная амнестическая и сенсорная амнестическая алалий).

В 1968 г. Р. Е. Левина предложила педагогическую классификацию, описательную по своему содержанию и психолого-лингвистическую по принципу построения. В ней весьма упрощенно систематизируются виды нарушений формирования языковых средств: а) несформированность звуковой стороны речи («фонетико-фонематическое недоразвитие» и б) несформированность всех языковых средств («общее недоразвитие речи»). Она положила начало принципиально новому подходу к категоризации речевых расстройств, который одновременно возник и в зарубежной логопедии, получил широкое распространение и активно развивался и совершенствовался. В России, к сожалению, на протяжении почти 30 лет данная систематика, вытеснив все другие классификации, практически не претерпела существенных изменений, то есть не развивалась. При очевидных недостатках (не учитываются данные клиники, особенности симптоматологии, механизмов и патогенеза) классификации подобного типа имеют и неоспоримое преимущество для практических логопедов: облегчают выбор магистрального направления коррекционной работы на основе системного подхода к развитию речи. Однако на современном этапе развития логопедии сохранение данной классификации в первоначальном виде тормозит, по нашему мнению, дальнейшую дифференциацию представлений о недоразвитии речи.

В 1969 г. С. С. Ляпидевский и Б. М. Гриншпун опубликовали несколько модифицированную версию классификации М. Е. Хватцева (Ляпидевский С. С., 1969), а в 1989 г. Б. М. Гриншпун существенно переработал и обновил ее (Логопедия, 1989, 1999). В этой ее версии выделены следующие категории расстройств: 1) расстройства фонационного оформления высказывания (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринопалия, дизартрия); 2) нарушения структурно-семантического оформления высказывания (афазии и алалий); 3) нарушения письменной речи (дислексия и дисграфия).

Анализ приведенных классификаций свидетельствует о том, что в них слабо представлены как медицинская, так и психологическая (точнее, патопсихологическая) парадигмы. Это вполне объясняется недостаточной освоенностью именно этих подходов в логопедических исследованиях. Состояния недоразвития речи по существу остались почти вне сферы интересов патопсихологов.

Среди западных классификаций одной из ранних, но уже достаточно дифференцированной является систематика, приведенная в руководстве М. Morley (1957) и доработанная в его последующих изданиях (Morley M., 1972). Принцип построения позволяет отнести ее к категории клинико-лингвистических. В ней выделены следующие рубрики: а) расстройства языка (афазия, алексия, аграфия, задержки развития речи вследствие умственной отсталости и нарушений слуха), б) расстройства артикуляции (анартрия, артикуляционная апраксия, дислалия, дефекты артикуляции, обусловленные нарушением слуха и аномалиями строения зубо-челюстного аппарата), в) расстройства реализации высказывания (заикание, ускоренная, спотыкающаяся речь) и расстройства голоса (афония). Наряду с выигрышными сторонами (попытка объединения лингвистического и клинического принципов категоризации) эта классификация имеет и неудачные моменты — объединение первичных и вторичных речевых нарушений.

В дальнейшем на Западе разработка систематики речевых расстройств у детей шла преимущественно в психолого-лингвистическом направлении. D. Aram, J. Nation (1975) предложили классификацию, в которой выделяются следующие категории нарушений:

- неспецифический дефицит формулирования и повторения;
- тотально низкое выполнение всех речевых тестов;
- дефицит фонологии, понимания, формулирования и повторения;
- дефицит понимания;
- дефицит формулирования и повторения.

Как видно из приведенного перечня «диагностических» категорий, его основа — формально тестологический подход.

В. Wilson и D. Risucci (1986), основываясь на сходных принципах, разделили речевые расстройства на следующие группы:

- слуховое нарушение смыслового понимания;
- слуховое и зрительное нарушение смыслового понимания; D слуховое нарушение смыслового понимания с расстройством слуховой и зрительной кратковременной памяти;
- экспрессивное и/или рецептивное нарушение;
- глобальное нарушение речи;
- нарушение слухового запоминания и воспроизведения и
- экспрессивное нарушение.

I. Rapin и D. Allen (1988) предложили следующую классификацию нарушений языкового развития: а) фонологически-синтаксический синдром с оральной апраксией или без нее, б) тяжелый экспрессивный синдром с сохраненным пониманием речи, в) вербальная слуховая агнозия, г) аутистический синдром с мутизмом, д) аутистический синдром с эхолалией, е) синдром семантически-прагматических нарушений без аутизма, ж) синдром синтаксически-прагматических нарушений. Комментарии по поводу данной классификации приведены в главе 5.

Обзор существующих классификаций свидетельствует об известной односторонности большинства из них. Практически ни одна из них не охватывает клиническую картину в целом с лингвистическими, патопсихологическими и психопатологическими ее компонентами. Это отражает не только таксономические тенденции, но и сложившиеся содержательные представления о предмете систематики — логопатологии детского возраста. На данном этапе развития ее характеризуют междисциплинарная раздробленность и односторонность в подходах к исследованию.



## 2.4. МЕХАНИЗМЫ ПЕРВИЧНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Механизмы недоразвития речи у детей представляют собой наименее изученную область логопатологии. В данной проблематике условно можно выделить два аспекта: а) каузальные механизмы — базовые психофизиологические предпосылки развития речевой деятельности и последствия их нарушения и б) когнитивные и языковые механизмы нарушения формирования языковых способностей при отдельных формах недоразвития речи у детей. Если по первому из них имеются некоторые экспериментальные и теоретические разработки, то второй практически не изучен.

Вопросы онтогенеза сенсомоторной базы речи исследованы относительно неплохо (Швачкин Н.Х., 1948, Лурия А. Р., Юдович Ф.Я., 1956, Жинкин Н. И., 1958, Горелов И. Н., 1980, Бельтюков В. И., 1977, Carroll D., 1986, Bemthal J., Bankson N., 1988). Как известно, основными функциональными предпосылками, создающими условия для нормального развития речи, являются: сохранность слуховой функции на периферическом и центральном уровнях, оптимальные сроки созревания слухового и слухоречевого гнозиса, центральное и периферическое иннервационное обеспечение артикуляционной моторики, своевременное созревание артикуляторного праксиса.

Нарушения остроты слуха приводят к грубому недоразвитию прежде всего звуковой стороны речи, но кроме того, как полагают авторы, они тормозят и развитие лексико-грамматической сферы (Рау Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И., 1961, Боскис Р. М., 1963).

Как показали многочисленные исследования, чрезвычайно важную роль в развитии речи и особенно ее фонологической составляющей играет созревание двигательного анализатора (Швачкин Н. Х., 1948, Бельтюков В. И., 1977, Бернштейн Н. А., 1990, Гвоздев А. Н., 1995, Thelen E., 1991). В логопедии все еще используются уже устаревшие представления о роли моторных факторов в произношении. По существу, их рассматривают в статике — как способность воспроизводить определенные положения языка, соответствующие артикуляционным профилям, традиционно соотносящимся с определенными звуками

речи. Как справедливо отмечает Л. В. Бондарко, в настоящее время благодаря серии психофизиологических и нейропсихологических исследований и построению новых моделей процесса порождения речи и речеобразования созданы условия для нового подхода к фонетическому описанию речи. «Если с самого своего зарождения и до сравнительно недавнего времени артикуляторное описание предполагало регистрацию положения (или в более позднее время — движения) произносительных органов во время речи, то сейчас стоит вопрос о механизмах управления артикуляторной деятельностью, т. е. о том, какие программы должны существовать в управляющих отделах мозга, чтобы обеспечивалась столь сложная по степени координированности, по скорости и вариативности двигательная деятельность того сложного комплекса, который мы называем «органами речи» (Бондарко Л. В., 1981, с. 7). Нельзя не отметить, что практически то же было написано автором в другой книге, изданной 17 лет спустя (Бондарко Л. В., 1998). Отмеченное положение вещей действительно мало изменилось, особенно в детской логопедии.

В соответствии с современными представлениями о двигательном анализаторе уровень его зрелости обычно оценивают по следующим характеристикам: общей моторной зрелости, состоянию орального праксиса и зрелости артикуляционного праксиса (Bernthal J., Bankson N., 1988). Как показали исследования D. Prins (1962) и E. Jenkins & F. Lohr (1964), состояние общей моторной координации практически не коррелирует с произношением при нарушении речевого развития. Нарушение сократительной способности артикуляционных мышц или их тонуса в форме паралича, пареза или дистопии и хореоатетоза приводит к грубым нарушениям формирования всех фонетических характеристик речи: просодии, воспроизведения фонетического облика как гласных, так и согласных звуков. В клинической классификации это обозначается термином «дизартрия» (Винарская Е. Н., 1982, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985, Morley M., 1972, Bernthal J., Bankson N., 1988). Неполноценность орального праксиса обнаруживали все исследователи, изучавшие детей с дизартрией и многие из тех, кто обследовал детей с

дислалией (Мелехова Л. В., 1964, Токарева О. А., 1969, Соботович Е. Ф., 1976, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Мастюкова Е. М., 1989, Morley M., 1972, Darley F, Aronson A., Brown J., 1975). Тем не менее функциональная взаимосвязь оральной апраксии и артикуляционных расстройств остается неясной (McDonald E., 1964, Bernthal J., Bankson N., 1988).

Экспериментально значительно слабее исследована проблема когнитивных механизмов дизонтогенеза языковых способностей, хотя литература, посвященная изучению и обсуждению взаимосвязи когнитивного развития, интеллекта и языка в ходе развития ребенка, обширна (Выготский Л. С., 1982, Леонтьев А. Н., 1959, Шахнарович А. М., 1976, 1990, Горелов И. Н., 1974, Кубрякова Е. С., 1991, Piaget J., 1932, Slobin D., 1976, 1984; Bruner S., 1971, 1984, Bates E., Thai D., Marchman V., 1991). В психологии неоднократно предпринимались попытки соотнести этапы развития языка, речи и других психических функций, чтобы обнаружить психологические корни языка (Zazzo R., 1968, Кольцова М. М., 1980). Некоторый параллелизм в сроках и последовательности этапов онтогенеза речи, с одной стороны, и игровой деятельности и изобразительных способностей — с другой, не позволил тем не менее экспериментально подтвердить наличие причинно-следственных связей между этими функциями. Ж. Пиаже (1967, 1994), Л. С. Выготский (1982, 1984), Д. Б. Эльконин (1989) полагали, что на раннем этапе развития речь и язык испытывают сильную зависимость от формирующихся познавательных способностей, интеллекта. Однако это соотносилось преимущественно с деятельностным, семантическим и прагматическим аспектами речи. В последней из перечисленных работ делалась попытка психологического объяснения на основе теории условных рефлексов И. П. Павлова принципов усвоения ребенком грамматики.

В течение последних нескольких десятилетий понимание механизмов формирования самой языковой системы и языковых средств значительно продвинулось вперед. В широком смысле слова речь и язык являются когнитивными функциями. Таким образом, овладение языком должно

следовать тем же закономерностям, что и когнитивное развитие (Solso R., 1996). Анализ весьма многочисленной литературы, посвященной данной проблеме, дает основание полагать, что становление всех основных уровней языковой системы в той или иной степени испытывает влияние когнитивных факторов. В значительно большей степени эти влияния сказываются на формировании лексики и грамматики (Лурия А. Р., 1979, Шахнарович А. М., 1990, Slobin D., 1971, 1973, Bates E., Thai D., Marchan, 1991, Nelson K., 1991). Признавая значимость когнитивных процессов для развития речи, Е. Bates с соавторами (1991) полагает, что следует различать специфически речевые и общие для речевых и неречевых актов когнитивные функции. Поэтому не всегда удастся обнаружить тесную корреляцию между развитием тех или иных форм познавательной деятельности и формированием языковых способностей. В итоге многочисленная литература по этой проблеме не дает однозначного ответа на вопрос: каково место когнитивных механизмов в формировании языковой компетенции и в какой степени их недостаточность может быть ответственна за отклонение в языковом развитии ребенка?

Психологические и клинические исследования не раз выявляли у детей с недоразвитием речи признаки интеллектуальной недостаточности (Белова-Давид Р. А., 1969, 1972, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Гуровец Г. В., Переслени Л. И., Фотекова Т. А., 1993, Фотекова Т. А., 1994). Это дало основания для предположения о наличии каузальной связи между интеллектуальной и языковой недостаточностью. Однако этот факт можно интерпретировать по-разному. Например, как в гипотезе о вторичности интеллектуальных нарушений у детей с недоразвитием речи (Левина Р. Е., 1951, Гуровец Г. В., Власенко И. Т., 1990). Это вполне согласовывалось с концепцией Л. С. Выготского о неразрывной связи мышления и речи и теории системных эффектов в виде вторичного недоразвития функций, генетически связанных с первично пораженной функцией. Существует и противоположная точка зрения, рассматривающая интеллектуальную недостаточность при недоразвитии речи как самостоятельное расстройство, имеющее независимый

от речи патогенез и играющее определенную роль в происхождении языковых нарушений. Эта точка зрения представлена преимущественно в клинических исследованиях (Белова-Давид Р. А., 1969, 1972, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Кириченко Е. И., 1977, Корнев А. Н., 1994).

Много публикаций посвящено изучению речевого развития у детей с интеллектуальной недостаточностью. Значительное число наблюдений свидетельствует о том, что развитие речи при умственной отсталости и задержке психического развития, как правило, протекает аномально (Петрова В. Г., 1977, Рубинштейн С. Я., 1979, Парамонова Г., 1973, Симонова И. А., 1974, Слепович Е. С., 1975, Соботович Е. Ф., Гопиченко Е. М., 1979, Лалаева Р. И., 1988, Bensberg G., Sigelman C., 1976, Rosenberg S., 1982, Becker K.-P, Sovak M., 1981). Так, например, речевая патология обнаруживалась у детей с ЗПР, по данным В. А. Ковшикова и Ю. Г. Демьянова (1967), в 95% случаев, по данным В. А. Ковшикова (1970) — в 75% случаев, по данным Е. В. Мальцевой (1990) — в 39,2% случаев. В структуре нарушений речи преобладают дефекты звукопроизношения: у первоклассников с ЗПР — в 70% случаев (Ковшиков В. А., Демьянова Ю. Г., 1967), и в 55,8% случаев, по данным Е. В. Мальцевой (1990). У 32% детей обнаруживались лексико-грамматические нарушения (Мальцева Е. В., 1990), а 59,4% — допускали много ошибок при составлении предложений из заданных слов (Рахмакова Г. Н., 1987).

Среди умственно отсталых детей, по данным Г. А. Каше (1957), нарушения звукопроизношения встречаются в 65% случаев. Сходные показатели приводит Р. И. Лалаева (1988). По данным F. Wilson (1966), это происходит в 53% случаев, В. Schlanger и R. Gottsleben (1957) — в 78% случаев. Тем не менее М. Powers (1971) утверждает, что у основной массы детей состояние интеллекта играет незначительную роль в происхождении фонологических расстройств. Отчасти такой вывод подкрепляют результаты сравнения вышеприведенных данных о распространенности фонологических нарушений среди детей с ЗПР и умственно отсталых. Распространенность этих нарушений практически не различается в указанных двух клинических группах

детей, несмотря на значительную разницу в интеллектуальном развитии. Большинство изучавших синтаксические способности умственно отсталых отмечают их значительное отставание от нормы (Лалаева Р. И., 1988, Lackner J., 1968, Mc Leavey B. et al., 1982). J. Rondal (1995) на основании анализа обширной литературы по изучению речи у умственно отсталых детей делает вывод о тесной связи MLU (показателя синтаксической зрелости) и «умственного возраста». Она же приводит убедительные данные многих авторов о диссоциации между лексикой, прагматикой, семантикой, синтаксисом (элементарных его показателей, таких, как длина фраз) с одной стороны и фонологией и морфологией — с другой, в отношении корреляции речи и интеллекта. Если первая группа перечисленных показателей обычно согласуется с тяжестью умственной отсталости, то вторая — нет. Фонологические нарушения, проблемы морфологического оформления фраз, построения (и понимания) сложных синтаксических конструкций часто выражены значительно тяжелее, чем можно было бы предположить при данной степени интеллектуального снижения.

Западные исследователи склонны считать, что отставание в развитии указанных речевых характеристик у умственно отсталых носит скорее количественный, нежели качественный характер. Иначе говоря, их языковые процессы и компетенция находятся в полном согласии с умственным возрастом (Rondal J. A., 1995). Нельзя не отметить, однако, что, поскольку психическое недоразвитие весьма часто возникает в результате органического поражения головного мозга, остается не вполне ясным: обусловлено ли недоразвитие речи в таких случаях поражением речевых механизмов или влиянием интеллектуальной недостаточности? Тем более трудно предсказать результат взаимодействия того и другого.

## 2.5. СЕМИОТИКА ПЕРВИЧНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Вышеприведенная характеристика состояния вопроса в полной мере приложима к семиотике недоразвития речи у детей. Среди описаний логопатологических симптомов и синдромов наиболее подробно представлены расстройства звуковой стороны речи, хуже — лексико-грамматические нарушения, и совсем слабо — патопсихологическая и психопатологическая феноменология (Левина Р. Е., 1968, Никашина Н. А., 1968, Рау Ф. Ф., 1968, Токарева О. А., 1969, Правдина О. В., 1973, Гуровец Г. В., 1975, Панченко И. И., Щербакова Л. А., 1975, Собонович Е. Ф., 1976, Morley M., 1972, Ingram D., 1976, Leonard L., 1985, Bernthal J., Bankson N., 1988, Prizant V. et al, 1990). Попыткой систематического описания звуковых нарушений можно считать традиционную группировку нарушений звукопроизношения на ротацизмы, лябдацизмы, сигматизмы и т. п. (Каше Г. А., 1965, Ляпидевский С. С., 1969, Логопедия, 1999). Однако такая группировка носит формально-лингвистический характер и не отражает даже принадлежности феномена к патологии. Например, сигматизм (как и ротацизм, лябдацизм), то есть нарушение произношения свистящих звуков, в определенном возрасте является нормой. Кроме того, данный термин не раскрывает сути отклонения от нормы даже на феноменологическом уровне. Ошибка может выглядеть как замена, искажение, смешение. Незавершенность языка описания состояний недоразвития речи серьезно тормозит объективное их изучение.

Таким образом, обзор исследований, посвященных недоразвитию речи у детей, демонстрирует недостаточную разработанность ряда методологических позиций, некоторые виды патологии не изучены феноменологически, медико-психологический аспект проблемы исследован крайне слабо. По существу, отсутствует самостоятельное научное направление, которое бы объединяло исследования, находящиеся на стыке нескольких научных дисциплин: психолингвистики, психологии, медицины, физиологии и логопедии.

## Глава 3

### ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Концептуальный подход к проблеме этиологии специфических нарушений психического развития, как и других нервно-психических расстройств, за последнюю четверть века существенно изменился, стал глубже и сложнее. Монокаузальные модели в настоящее время уже не выдерживают критики. «Линейное» понимание этиологии не объясняет всей сложности возникновения психических расстройств, как, впрочем, и любых других (Давыдовский И. В., 1962). Этнический и экспериментальный опыт свидетельствует, что любая из возможных причин болезненного состояния вызывает патологические изменения лишь при наличии определенных внутренних условий. К последним относятся наследственные задатки, иммунологические и реактивные ресурсы организма, возрастные и половые особенности мозговых тканей, их резистентность и пластичность, характер церебральной нейродинамики, то есть комплекс признаков, традиционно относимый к понятию «конституция». Сюда же следует добавить и возможные последствия ранее перенесенных заболеваний.

При благоприятном стечении обстоятельств, несмотря на наличие патологических изменений в ЦНС, индивид может оставаться на стадии предболезни (Семичев С. Б., 1987). Например, у части детей имеются наследственно обусловленные функционально слабые компоненты функциональной системы языка и речи. Это может лишь несколько замедлить темп развития речи. Если же к этому добавится в перинатальный период органическое поражение речевых зон мозга, отклонение в развитии языка и речи приобретет тяжелый и стойкий характер.

Анализ анамнестических сведений, полученных в выборочной группе наших испытуемых с недоразвитием устной речи, показал, что, как и многие другие формы психического дизонтогенеза, первичное недоразвитие речи у детей является полиэтиологическим расстройством. Значительную роль в



этиологии ПНР, по нашим данным, играют факторы наследственности. У 43% детей экспериментальной группы родители или прародители страдали нарушениями устной речи (позднее появление речи, нарушения звукопроизношения, заикание). В большинстве случаев наследование происходило по мужской линии (24%), и только в 10% случаев — по женской. Как видно из таблицы 2, показатели наследственной отягощенности примерно близки при всех формах недоразвития речи, кроме дизартрии, где повторных случаев среди родственников не встречалось. Пораженные родственники детей с моторной алалией чаще встречались при неосложненных ее формах (около 60%) и значительно реже — при осложненных (около 30%). В 15% случаев речевая патология обнаруживалась и у сиблингов. Однако при сопоставлении клинической картины заметного сходства в симптоматике у пробанда и сиблинга обычно не обнаруживалось. По-видимому, это объясняется тем, что конкретные особенности симптоматики недоразвития речи детерминируются не только генетическими, но и экзогенными влияниями (характером и сроком воздействия вредностей, их локализацией).

Частота встречаемости случаев нарушения устной речи среди родственников  
72 пробандов, страдавших недоразвитием речи

Формы недоразвития речи	Артикуляционная диспраксия N-19	Дизартрия N-8	Моторная алалия I M-22	Параалалическая форма ТНР N-23
Кол-во пробандов (в %), имеющих пораженных родственников	42	0	45	57

Наши данные согласуются со сведениями, приводимыми другими авторами (Seeman M., 1962, McLaughlin J., Kriegsmann E., 1980), но превышают

те, которые были получены в ряде других исследований (Самсонов Ф. А., Крапухин А. В., 1978), что может объясняться различиями в составе экспериментальных групп. J. Tomblin (1989) исследовал семьи (51 семью) детей, учащихся во 2-м классе, имевших специфическое нарушение языка (Specific Language Impairment, сокращенно SLI). Фиксировались случаи обращения за помощью к логопатологу среди родственников. Таких случаев оказалось 22,9% по сравнению с 2,9% в контрольной группе из 136 семей здоровых детей. В 53% случаев пробанды имели родственника с патологией речи. Братья детей со SLI имели в 30 раз более высокий риск наличия речевых расстройств по сравнению с братьями здоровых детей. J. Tallal с соавт. (1989), исследовав родственников 1-й степени родства 90 четырехлетних детей со SLI, обнаружили у 11% из них повторные случаи у родственников. 41,5% родственников пробанда имели речевые нарушения. Среди 60 контрольных семей это встречалось лишь в 18,5% случаев. Обнаруженные различия были статистически достоверны. В исследовании M. Rice и K. Wexler (1998) проводился анализ родословной у 31 ребенка 4,5—5,5 лет со SLI, с характерным паттерном аграмматизмов— пропуском морфем-окончаний (постфиксов) и использованием вместо таких глаголов их инфинитива. В 58,1% случаев родственники пробандов имели в детстве нарушения устной речи или языка, в 35,5% случаев — нарушения чтения, письма или трудности усвоения других предметов, в 64,5% случаев — любое из перечисленных нарушений. В контрольной группе (родственники здоровых детей) соответствующие показатели были соответственно: 19%, 22% и 37%. Частота нарушений устной речи дифференцированно подсчитывалась в ядерных семьях, среди родственников второй степени родства, отдельно для мужчин и женщин. Полученные показатели приведены ниже в виде родословного дерева (рис. 5).

Пробанд — в генетических исследованиях наименование лица, являющегося носителем патологического признака.

Сиблинг — брат или сестра пробанда.

Как видно в этой схеме, среди отцов пробандов нарушения устной речи встречались в 2 раза чаще, чем среди матерей. По мнению авторов, этот факт исключает возможность сцепления этого патологического признака с X-хромосомой.

В работе S. Felsenfeld (1994) в качестве пробандов отбирались взрослые, имевшие в детстве нарушения речи. У 53% из них дети имели трудности в овладении речью. Проспективное исследование детей из семей, где хотя бы один из родственников имел симптомы недоразвития языка и речи, было проведено R. У Spitz, P. Tallal, J. Flax и A. A. Benasich (1997). У 10 таких детей в возрасте 16—20 месяцев были исследованы языковые способности (экспрессивные и импрессивные), невербальные интеллектуальные способности, категориальные способности (по «Тесту касаний», разработанному J. M. Mandler) и сформированность символической игры. У половины из их группы было обнаружено существенное отставание в речевом развитии по экспрессивным и импрессивным показателям. По состоянию невербальных когнитивных функций и категориальным способностям различий между контрольной и экспериментальной группой не было. Среди показателей, характеризовавших способности использовать действия «понарошку» в символических играх, дети экспериментальной группы отставали только в тех из них, которые предполагали совершение этих действий в отсутствии самого предмета (то есть с воображаемым предметом или с предметом-заместителем). По мнению авторов, найденная частота поражения родственников пробанда может свидетельствовать в пользу аутосомного доминантного типа наследования. Эти материалы подтверждают функциональную связь языковых способностей и способностей к символическим действиям в игре, возможно имеющую генетическую природу.

C. Billard с соавт. (1994), изучив генеалогию 11 семей пробандов с «афазией развития», пришли к выводу о преобладании генетических факторов в этиологии этого расстройства. В связи с тем, что, по их наблюдениям, в ряде случаев «афазия развития» передавалась от отца к сыну, соответствующие гены

не связаны с X-хромосомой. Авторы также делают вывод, что тип наследования некоторых форм «афазии развития» — аутосомно доминантный. Таким образом, можно резюмировать, что значимая связь недоразвития речи с наследственными факторами была подтверждена как ретроспективными (анализ генеалогии), так и проспективными (анализ потомков) исследованиями.

Во всех вышеприведенных исследованиях наличие речевой патологии у родственников определялось по данным самоотчета при анкетировании. Понятно, что выявляющая способность такого метода ограничена компетенцией и объективностью респондентов. E. Plante, K. Shenkman M. и Clark(1996) не только анкетировали родственников пробанда с нарушениями языкового развития, но и непосредственно тестировали их языковые способности. По данным анкетирования, случаи языковых нарушений или трудностей в овладении письменной речью встречались у 38% родителей (в контрольной группе — 0). По данным же тестирования, подобные нарушения встречались у 63% родителей (в контрольной группе — 17%). J. Tomblin и P. Buckwalter (1994), используя ту же методику, обнаружили у 21% родственников пробандов с SLI похожие нарушения. У отцов и братьев результаты тестирования были хуже, чем у родственников женского пола.

В главе 2 упоминалось о клинической неоднородности группы детей с SLI. Среди них встречаются случаи как с тотальным (в импрессивной и экспрессивной речи), так и с избирательным нарушением формирования языковых способностей (только в экспрессивной речи). M. Lahey и J. Edwards (1995) исследовали частоту повторных случаев нарушения языка и речи у родственников пробанда в зависимости от характера недоразвития речи. Изучались две группы детей: одна с тотальным, другая — с избирательным недоразвитием только экспрессивной речи. Во второй группе процент родственников с идентичной патологией был выше, чем в первой (47 против 22). Среди матерей пробандов во второй группе патология речи встречалась значительно чаще, чем в первой группе (57% против 17%). Повторные случаи у сиблингов также преобладали во второй группе (53% против 27%). Из этого

можно сделать вывод, что избирательные нарушения экспрессивных языковых способностей чаще имеют наследственную природу, чем тотальные.

В. Byrne, L. Willerman и L. Ashmore (1974) установили, что у пробандов, имевших языковые нарушения средней тяжести, повторные случаи аналогичных аномалий у родственников встречались чаще, чем среди пробандов с тяжелыми нарушениями языкового развития. Эти данные фактически дополняют вышеприведенные и согласуются с результатами, полученными в эксперименте M. Lahey и J. Edwards. Обычно более тяжелые формы недоразвития речи менее избирательны, чаще носят тотальный характер. Таким образом, оба эксперимента убедительно доказывают, что наследственные формы речевой патологии обычно носят избирательный характер и тяжесть лингвопатологических проявлений при этом умеренная. Аналогичная закономерность была обнаружена и у детей с дислексией (Mateicek Z., 1972, 1987).

Другой способ выяснения вклада генетических факторов в этиологию недоразвития речи — вычисление процента совпадений в наличии речевой патологии у монозиготных и дизиготных близнецов<sup>7</sup>. D. V. Bishop с соавт. (1995) в близнецовом исследовании изучили 63 монозиготные пары и 27 дизиготных пар детей 7 лет старше, в которых хотя бы один из близнецов имел специфические нарушения речи и языка в момент обследования или в прошлом. Конкордантность в монозиготных близнецовых парах была близка к 100%, в дизиготных парах — 50%. Однако такие высокие показатели наследуемости были обнаружены только у пробандов-мальчиков. У пробандов-девочек конкордантность в монозиготных (44%) и дизиготных парах (43%) не различалась. Авторы отмечают сходство в характере речевых нарушений у близнецов. J. Tomblin и R. Buckwalter (1994) исследовали 82 пары близнецов, среди которых хотя бы один имел симптомы, релевантные SLI. Для монозиготных пар конкордантность соответствовала 80%, для дизиготных — 38%. В. Lewis и L. Tompson (1992) в аналогичном исследовании 57 пар

близнецов получили следующие показатели конкордантности: 86% — среди монозиготных (то есть однойцовых) близнецов и 48% — среди дизиготных.

В близнецовом исследовании D. V. Bishop (1992) пробанды и их близнецы были разделены на 2 подгруппы: (1) — те, у кого хотя бы у одного из пары к моменту исследования речевые расстройства компенсировались, и (2) — те, у кого эти нарушения сохранились. В подгруппе (1) конкордантность в монозиготных парах более чем в 3 раза превышала показатели дизиготных пар. В подгруппе (2) не было достоверных различий в конкордантности у монозигот и дизигот. Суммарно по всей группе из 61 пары близнецов конкордантность в монозиготных и дизиготных парах была соответственно 67% и 32%.

В последние годы ученым удалось идентифицировать хромосомы и локусы в них, ответственные за речевые нарушения у детей с SLI. Однако в связи с неоднородностью фенотипических проявлений SLI и различиями в критериях диагностики существуют расхождения в результатах молекулярно-генетических исследований, выполненных разными авторами. В работе C. W. Bartlett, J. F. Flax, M. W. Logue et al (2002) локусы, достоверно связанные с SLI, обнаружены в хромосомах № 13 (2 маркера), 2 и 17 (по одному маркеру). В другом исследовании соответствующие SLI локусы идентифицированы в хромосомах 16 и 19 (SLI Consortium, 2002).

Вышеприведенные данные о наследственной отягощенности касались преимущественно детей с SLI или со сходными состояниями, главным в которых было недоразвитие синтаксиса и грамматики. Значительно меньше сведений о связи с наследственными факторами фонологических нарушений у детей. Они обычно рассматриваются отдельно, так как их природа во многом отлична от морфосинтаксических нарушений. Большая часть фонологических нарушений связана с артикуляторной недостаточностью, то есть имеет неязыковую природу. Тем не менее это не противоречит предположению об их генетической детерминации. В. Lewis в литературном обзоре, посвященном этому вопросу, приводит показатели наследственной отягощенности, находящиеся в диапазоне от 24% до 35,5%. В работе J. Neils и D. Aram (1986)

среди пораженных родственников пробанда 54,9% имели фонологические нарушения.

Исследование В. Lewis, В. L. Ekelman, D. M. Aram (1989) было специально посвящено изучению вклада генетических факторов в нарушения фонологического развития. Анализировались как генеалогические данные, так и степень сходства показателей фонологического развития у пробандов и их сиблингов. Изучались две группы детей: а) с наличием фонологического недоразвития (основная группа) и б) с нормой фонологического развития (контрольная группа). В обеих группах (у отобранных детей и их сиблингов) оценивались фонологические, синтаксические, семантические способности, интеллектуальное развитие, состояние моторики. Сиблинги основной группы выполняли фонологические задания достоверно хуже, чем сиблинги контрольной группы. Корреляция по этим показателям между пробандами и сиблингами в основной группе была достоверно выше, чем в контрольной группе. В основной группе повторные случаи речевых, языковых нарушений или дислексии встречались среди ближайших родственников (первой степени родства) в 25,5% случаев, а среди всех родственников — в 12,4% случаев (в контрольной группе соответственно в 5,3% и 2,3% случаев). Эти показатели подтверждают генетическую детерминацию определенных форм фонологических нарушений.

Приведенные данные свидетельствуют о неоднородности субпопуляции детей с SLI (Leonard L., 1998). Очевидна значительная роль генетических факторов в этиологии недоразвития устной речи. При этом наибольший вес эти факторы имеют в случаях избирательных, неосложненных форм недоразвития речи, которые обычно приводят к нарушениям средней тяжести с относительно благоприятным прогнозом компенсации. При осложненных, неизбирательных формах недоразвития языка и речи, по-видимому, существенную роль в этиологии играют экзогенные вредности.

При сравнении с показателем специфической отягощенности у детей с дислексией (26%) (Корнев А. Н., 1995) представляется, что генетические

факторы играют в этиологии первичного недоразвития устной речи более значимую роль. Неспецифическая наследственная отягощенность (широкий круг пограничных нервно-психических расстройств), напротив, встречалась у наших испытуемых значительно реже, чем при дислексии (соответственно 5% и 60%). Если сравнить показатели специфической и неспецифической наследственной отягощенности у детей с недоразвитием устной речи и у детей с дислексией, то становится очевидным, что их соотношение в первом случае (у детей с недоразвитием речи — 45% и 5%) является зеркальной инверсией второго (у детей с дислексией — 25% и 60%). Подобные различия, очевидно, связаны с разной нейропсихологической природой нарушений устной и письменной речи.

Экспериментально-психологическое исследование детей с дислексией, проведенное нами, показало, что ее механизм имеет множественный, сложный и полиморфный характер (Корнев А. Н., 1995, 1997). Функциональное обеспечение навыков письменной речи представляет собой комплекс разных когнитивных, языковых и метаязыковых функций. Данные литературы свидетельствуют о высокой степени средовой детерминации в генезе дислексии. Ее распространенность, как известно, существенно зависит как от характера письменности, так и от методики обучения грамоте. Генетически детерминированная база дислексии множественна и полиморфна. У одних родственников пробанда это приводит к разнообразным, малоспецифичным трудностям в обучении, у других — к дислексии. Именно столкновение средовых требований, предъявляемых ребенку, и специфически слабой когнитивно-языковой функциональной базы порождает феномен дислексии. Поэтому так высок показатель неспецифической и относительно низок — специфической наследственной отягощенности при этом расстройстве.

Сведения, приведенные в главах 1 и 2, дают основание полагать, что церебральное и психологическое обеспечение устной речи носит модулярный характер. Иначе говоря, функциональная система языка и речи (ФСЯР), возможно, является модулем, развитие которого происходит по специфическим



закономерностям. Это развитие протекает в определенной степени автономно по сравнению с функциональными системами, обеспечивающими выполнение когнитивных задач другого типа (Bates E., Thai D., Marchman V, 1991). Принципиальное отличие данной точки зрения от гипотезы Н. Хомского о модулярности языка заключается в следующем. Она не предполагает врожденной детерминации содержательной стороны функционирования ФСЯР. Развитие функциональной системы языка и речи создает лишь функциональные предпосылки, необходимые психофизиологические условия для овладения речью. Формирование речевой деятельности и языковой системы является продуктом коммуникативной практики, результатом творческого познания сущности языка и языковых правил. Принимая во внимание природную модулярность ФСЯР, логично предположить высокую степень специфической генетической ее детерминации. Об этом свидетельствуют приведенные выше данные V. Spitz с соавт. (1997). Именно это, вероятно, является причиной столь часто встречающейся диссоциации между уровнями развития интеллекта и речи. Определенная часть дисперсии языковых способностей тем не менее связана с неречевыми когнитивными функциями. Подробно этот вопрос анализировался в главе 1. При нормальном развитии это проявляется в наличии достоверных корреляций между речевым и когнитивным развитием. В случаях же специфического первичного недоразвития речи эта корреляция не обнаруживается или становится иной. Подробнее этот вопрос обсуждается в главе 8.

Многие исследователи обнаруживали многочисленные экзогенные вредности в анамнезе детей с недоразвитием речи. В исследовании Е. Ф. Собонович (1970) получены следующие анамнестические данные у 104 детей с так называемым «полиморфным косноязычием»: заболевания матери во время беременности — 13%, алкоголизм родителей — 6%, Rh-конфликт 9%, угроза выкидыша — 5%, недоношенность — 8%, асфиксия в родах — 30%, тяжелые заболевания ребенка до 1 года — 25%, «цепочка малых вредностей» в первые годы жизни — 27%. Р. А. Алексикова и Н. Б. Бушанская (1980) на выборке 843

детей с недоразвитием речи у 50% зафиксировали в анамнезе сведения о патологии беременности или родов и у 25% — о тяжелых заболеваниях первого года жизни. Поданным Г. В. Гуровец (1975), среди детей с моторной алалией у 60% была патология беременности матери и у всех — патология родов. По данным В. А. Ковшикова (1984), при этой же форме ПНР патология беременности встречается в 92%, угроза выкидыша в 13%, патология родов в 67% случаев, 66% детей родились в асфиксии. Т. Schery (1985), проанализировав анамнестические данные 718 детей с недоразвитием речи, приводит следующие данные: заболевания матери— 26%, недоношенность— 15,7%, Rh-конфликт— 9,3%, осложнения в родах— 18,8%. Сходные результаты приводит D.W. Bishop (1997).

Среди наблюдавшихся нами случаев ПНР подавляющее большинство имело полиэтиологическую природу: сочетание нескольких экзогенных вредностей и наследственной отягощенности.

У 79% детей с ПНР в анамнезе отмечались вредности анте- или пери- и постнатального периодов (табл. 3).

**Таблица 3**

Частота пери- и постнатальных вредностей в анамнезе у детей экспериментальной группы и групп сравнения

Данные анамнеза	А		В		С		Достоверность различий P<...	
	Дети с ПНР л = 46		Дети с дислексией л = 48		Дети с ЗПР л = 24		АВ	АС
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
Патология	23		18	38	15	63	-	-

беременности		50						
в т. ч. токсикоз беременности	14	30	11	23	12	50	-	-
Угрож. выкидыш	8	17	5	10	3	13	-	-
Др. осложнения	9	20	6	13	2	8	-	-
Недоношенность , двойня	6	13	13	27	4	17	-	-
Патологическое течение родов	15	33	17	35	5	21	-	-
Асфиксия	8	17	9	19	3	12	-	-
Постнатальные вредности	5	11	25	52	7	29	-	-
в т. ч. нейроинфекции	1	2	3	6	-	-	-	-
Цепочка детских инфекций	5	11	17	35	6	25	0,01	-
Травмы головы	3	7	14	29	3	12	0,01	—

Примерно с такой же частотой наблюдалось это в группе детей с дислексией (85%) и у детей с задержкой психического развития (75%). У детей с ПНР в анамнезе реже, чем в группе ЗПР, встречался токсикоз беременности, и достоверно реже, чем у детей с дислексией, — постнатальные вредности. В частности, значительно реже у детей с недоразвитием речи в анамнезе встречались «цепочка детских инфекций» и травмы головы. Таким образом, создается впечатление, что недоразвитие устной речи вызывают вредности, действующие на более раннем этапе онтогенеза, чем в случае дислексии. По-видимому, это связано с тем, что мозговым субстратом письменной речи

являются структуры, созревающие позже, чем те, на которых базируется устная речь.

В этиологии нарушений письменной речи более важная роль принадлежит сравнительно поздно воздействующим патогенным факторам (интра- и постнатального периода). В 46% случаев онтогенез у них осложнен влиянием нескольких (от двух до четырех) повреждающих факторов. Чаще всего за осложнениями родового периода следуют заболевания постнатального периода. Подобный множественный характер осложнений раннего онтогенеза, по-видимому, неслучаен. Есть данные, свидетельствующие, что каждое предшествующее осложнение повышает риск возникновения последующего. Например, генетические аномалии плода нередко провоцируют осложнения в течение беременности (Блюмина М. Г., 1985). А это, в свою очередь, снижает резистентность к постнатальным нейроинфекциям и другим соматическим заболеваниям.

Вышеперечисленные патогенные влияния имеют разный механизм воздействия на развивающийся мозг. Наиболее известными типами поражений в пре-, пери- и постнатальном периодах являются: а) гипоксический, б) токсический, в) инфекционный и г) механический. Ниже приводятся этиологические факторы, с которыми связаны указанные типы поражений (Gollnitz С, 1974):

а) гипоксический тип преимущественно связан с такими осложнениями, как неправильная имплантация яйца, анемия и порок сердца у матери, пороки сердца плода, эритробластоз плода, пороки развития плода и плаценты, инфаркты плаценты, преждевременная частичная отслойка плаценты, аномалия развития пуповины, затяжные роды, обтурация дыхательных путей после родов, асфиксия в родах;

б) токсический происходит при интоксикации медикаментами (неосальварсан, гидантоин, барбитураты, некоторые нейролептики, тетрациклин, левомецетин, салицилаты и др.), нефропатии (преэклампсия и др.), диабете, гипотиреозе, алкоголизме матери, несовместимости крови матери

и плода по Rh- и АВО-системам, гипербилирубинемии, ацидозе и других состояниях;

в) инфекционный тип поражения в эмбриональном периоде (от 4 недель до 4 месяцев беременности) наблюдается при краснухе, кори, цитомегалии, герпесе, ветряной оспе, эпидемическом паротите, полиомиелите, коксаки, инфекционном гепатите, гриппе; в фетальном периоде (начиная с 5—7 месяцев) — при бактериальных инфекциях у матери (кокки, спирохеты, листерии), риккетсиозах, заболеваниях, вызванных простейшими (плазмодиями малярии, токсоплазмами); в постнатальном периоде — при вирусных и бактериальных нейроинфекциях;

г) механический тип — при плодоизгоняющих манипуляциях, амниотической отшнуровке, близнецовости, опухолях таза и узком тазе, двурогой матке, затяжных родах, внутричерепных кровоизлияниях, вызванных преждевременных родах, при использовании инструментальных пособий, черепно-мозговой травме в постнатальном периоде.

Перечисленные типы поражений в некоторой степени сказываются на клинике резидуального периода энцефалопатии. Однако еще больше на это влияет время поражения, то есть этап онтогенеза, с которым совпало повреждающее воздействие. Впервые эта закономерность в образовании пороков развития была сформулирована Стоккардом в 1921 г. (по Ушакову Г. К.. 1973). Наиболее ранимым в эмбриогенезе является период максимальной клеточной дифференциации. Согласно принципу гетерохронии эмбриогенеза, сформулированному П. К. Анохиным (1978), различные нейронные образования созревают с разной скоростью и в разные сроки в соответствии с нуждами тех жизненно важных функциональных систем, в которые они включены. Период максимальной клеточной дифференциации обычно совпадает с переходом данной группы нейронов в «рабочее» состояние как элемента соответствующей функциональной системы. Одновременно происходит консолидация этой системы на основе минимально необходимого количества нейрональных элементов (принцип «минимального обеспечения»).

Гистологическими показателями наступившей консолидации функциональной системы являются образование синаптических связей между ее элементами и завершение миелинизации соответствующих проводящих путей. Этапы онтогенеза, в которые происходит консолидация ведущих функциональных систем мозга, носят название «критических периодов». В это время функциональные системы оказываются наиболее уязвимыми. Подобные закономерности развития свойственны всем живым системам (Ковалева М. К., 1990). По данным П. Г. Светлова (1960), в эмбриональном развитии низших позвоночных и млекопитающих имеются возрастные интервалы резкого повышения чувствительности к действию широкого спектра повреждающих агентов. По мнению М. К. Ковалевой (1990), маркирующими признаками критических этапов развития являются:

- повышенная чувствительность к внешним воздействиям;
- скачкообразные фазы развития признаков;
- перестройка организации, переход функционирования биологической системы от одного уровня, сложившегося на предшествующем этапе, к другому типу организации, функционирующему на последующем этапе.

В тех случаях, когда повреждение произошло до наступления критического периода, последствия повреждения могут в значительной степени компенсироваться благодаря пластичности еще незрелых клеточных элементов. Повреждение в критический период и после его окончания может компенсироваться лишь частично (Lenneberg E., 1968, Кретчмер Н., Гринберг Р., 1970). Многочисленные клинические и экспериментальные наблюдения свидетельствуют, что повреждения на ранних этапах онтогенеза чаще вызывают аномалии развития подкорковых структур, а поздние вредности (пери- и постнатальные) в большей степени затрагивают высшие, корковые отделы мозга (Friede R., 1975). Кроме повреждения мозговых тканей и последующих выпадений функций, в большинстве случаев наблюдаются отклонения в развитии мозговых систем, получившие название «дизонтогений». Впервые этот термин употребил Швальбе в 1927 г. для

обозначения внутриутробных пороков развития (цит. по Ушакову Г. К., 1989). В дальнейшем это понятие приобрело значительно более широкую трактовку, включив в себя менее грубые, резидуальные состояния.

Вышеперечисленные эффекты негативного влияния экзогенных вредностей на процессы созревания церебральных структур могут выражаться в двух разных формах: а) в торможении процессов созревания нервных клеток и миелинизации проводящих путей, б) в повреждении нервных тканей. Последний вариант исхода приводит к тому, что в психиатрии и неврологии называют органическим поражением ЦНС, или энцефалопатией. В психиатрической литературе описан симптомокомплекс органического поражения головного мозга, или психоорганический синдром. У детей мы обычно наблюдаем остаточные явления частично компенсировавшегося органического поражения головного мозга, что носит название «резидуально-органического поражения головного мозга», симптомы которого подробно описаны в главе 4. В англоязычной литературе аналогичный симптомокомплекс получил название «минимального мозгового повреждения» (minimal brain damage) (Strauss A., Werne H., 1942, Strauss A., Leithinen L, 1947). Специфическими признаками этого состояния считались такие симптомы, как негрубые перцептивно-моторные нарушения, апраксия, асимметрия сухожильных рефлексов, страбизм, гиперкинезы и другие нарушения. Таким образом правомерно выносить суждение о наличии у ребенка резидуально-органического поражения головного мозга по наличию типичной психоорганической симптоматики. В главе 4 приводятся клинические данные, свидетельствующие о высокой распространенности такой симптоматики среди детей с недоразвитием речи. Следовательно, можно полагать, что у многих из них одним из звеньев патогенеза является резидуально-органическое поражение головного мозга. Это подтверждают и результаты неврологического обследования.

С патопсихологической точки зрения большинство наблюдавшихся нами случаев представляли собой примеры психического дизонтогенеза по типу

задержанного психического развития (по В. В. Лебединскому, 1985) с выраженными признаками асинхронии и мозаичностью структуры «дефекта». Многочисленные зарубежные исследования показали, что общий ход речевого развития, последовательность освоения основных языковых и речевых навыков у детей с недоразвитием речи те же, что и у здоровых детей. В связи с этим обсуждается вопрос: специфическое языковое нарушение (SLI) является замедленным развитием речевой системы (то есть состоянием незрелости) или патологическим ее развитием? В западной литературе представлены два взгляда на эту проблему. Одна группа исследователей рассматривает SLI как запаздывающее, но с точки зрения логики и закономерностей формирования языковых способностей нормальное развитие (Leonard L., 1979, Miller J., 1991). Данная точка зрения основывается на экспериментах, в которых дети с SLI сравнивались с контрольной группой здоровых детей, имеющих такие же показатели MLU, то есть с тем же уровнем зрелости синтаксиса. Естественно, что при таком подборе контрольной группы дети, вошедшие в нее, всегда оказываются существенно младше детей с SLI. При сопоставлении морфологических показателей, лексики, прагматики речи, качества понимания речи не было обнаружено достоверных межгрупповых различий (Leonard L., Sabbadinj L., Leonard J., Volterra V., 1987). Иначе говоря, здоровые дети меньшего возраста, имевшие такие же показатели синтаксической зрелости (MLU), что и дети с SLI, не отличались от последних и по другим языковым параметрам. Основываясь на этом, авторы делают вывод, что у детей с недоразвитием языка и речи формирование языковой компетентности происходит замедленно и синхронно на всех уровнях языка. То есть имеет место что-то наподобие «языкового инфантилизма». Если же в качестве контроля выбирались здоровые дети с невербальным интеллектуальным показателем, таким же, как у детей с SLI, обнаруживалось много достоверных различий как в синтаксисе, так и в морфологии. Основываясь на экспериментах последнего типа, оппонировавшая группа исследователей настаивает на том, что SLI представляет собой патологическое развитие речи (Fletcher P., 1991). По-



видимому, здравый смысл есть в обеих точках зрения. Только каждая из них справедлива для определенных клинических форм недоразвития речи. Когда же SLI рассматривают как клинически однородную группу (что не соответствует действительности), указанные позиции становятся альтернативными.

Клинические и экспериментально-психологические данные, которые представлены в последующих разделах, свидетельствуют о наличии при некоторых формах НР ярко выраженной диспропорциональности, дисгармоничности в развитии как когнитивных функций, так и языковых способностей. Наиболее ярко эта диспропорциональность проявляется в период от двух до восьми—десяти лет. В конце дошкольного, в начале школьного возраста к явлениям задержанного формирования психических и речевых функций добавляются проявления так называемого «дефицитарного развития» (по В. В. Ковалеву, 1979). Это связано с неполноценностью речевой коммуникации, которая создает состояние фрустрации. Это, в свою очередь, становится причиной реактивных невротических изменений в формировании личности.

Резюмируя, можно заключить, что с этиопатогенетической точки зрения дети с недоразвитием речи представляют собой неоднородную группу. В одних случаях эти состояния носят конституциональный характер преимущественно генетической природы. Клиническая картина у таких детей обычно не включает серьезной психопатологической симптоматики, в особенности — психоорганических явлений. В других случаях отчетливо проявляются симптомы повреждения, психоорганическая и другая психопатологическая симптоматика. Здесь как речевая, так и интеллектуальная недостаточность — это продукт сложного взаимодействия большого числа патогенных факторов и механизмов.

# СЕМИОТИКА НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (ОБЩАЯ ЛОГОПАТОЛОГИЯ)

Семиотика недоразвития речи — это систематическое описание симптомов и синдромов, наблюдающихся у детей с недоразвитием речи (НР). Данная проблема в логопедической литературе практически не разработана. Это объясняется тем, что традиции описания общей патологии свойственны только медицине. В логопедии же симптоматика дается лишь в рамках частных форм патологии. Сами же симптомы и синдромы предметом сопоставительного анализа и объектом систематизации не стали. Задача эта представляется весьма актуальной, так как именно симптом, его первичная интерпретация и категоризация — это строительный материал, из которого конструируется образ частной формы патологии. Важный аспект данной проблемы — дифференциация нормальных возрастных проявлений «речевой незрелости» и патологических признаков (симптомов и синдромов), свидетельствующих об аномальном развитии речи. А. А. Леонтьев дает следующее определение речевой патологии: *«...нарушение речевой деятельности, обусловленное информированностью или разладкой психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, производство, воспроизводство и адекватное восприятие языковых знаков членом языкового коллектива»* (Леонтьев А. А., 1997, с. 230). В случаях речевой патологии детского возраста к перечисленным критериям следует добавить несоответствие основных параметров речевой деятельности общепринятым, научно обоснованным возрастным нормам речевого развития. Соответственно можно предложить и другое определение аномалии или патологии развития речи: *состояние дисгармонии или запаздывания в формировании функциональной системы языка и речи, сопровождающееся стойкими проявлениями аномального речевого поведения и социальной дезадаптацией.*

В семиотике дизонтогенетических нарушений речевой деятельности существует два уровня анализа: симптоматологический и синдромологический.

Первый из них преимущественно описательный, второй — интегративный и интерпретативный (подробнее об этом см. главу 9). Раздельное описание симптомов и синдромов необходимо в связи с особенностями логики диагностического процесса. Сначала специалист квалифицирует выявленные симптомы расстройства, а затем группирует их в синдромы в соответствии с определенной типологией. В контексте разных синдромов (симптомокомплексов) внешне сходные симптомы могут иметь разный смысл. Например, замена определенных звуков при сформированной артикуляции заменяемого звука и замена аналогичных звуков при несформированной артикуляции заменяемого звука имеют разную природу и механизмы.

Поскольку, как было отмечено выше, в России изучение расстройств речи у детей происходило на протяжении последних десятилетий почти исключительно в русле педагогических исследований, сложилось одностороннее представление о симптоматике недоразвития речи. Обычно в логопедии учитываются лишь лингвопатологические симптомы и значительно реже — синдромы. Более широкий, комплексный подход к этой проблематике предполагает рассмотрение всего спектра патологических проявлений, характеризующих личность ребенка с недоразвитием речи, включая психопатологические, психологические и соматоневрологические его характеристики.

При описании симптомов и синдромов чрезвычайно важное значение имеет возрастной или онтогенетический аспект анализа. В разные периоды онтогенеза лингвопатологическая симптоматика существенно различается. Иначе говоря, то, что «сегодня» отличает ребенка с НР от здоровых сверстников, «завтра» (например, через 2 года) может компенсироваться, а не сформированными будут уже некоторые из тех функций, которые в этом возрасте (то есть + 2 года) должны быть сформированы. Следовательно, отличие детей с НР от здоровых на этом этапе будет выглядеть уже иначе. Например, в 2 года основное различие между нормальным и запаздывающим речевым развитием будет выражаться в отсутствии фразовой речи. У тех же

детей в 3 года отличия проявятся в сфере синтаксиса и морфологии, и т. д. Существенно меняется их диагностическое значение. Каждый из периодов речевого онтогенеза имеет свойственную преимущественно ему лингвопатологическую симптоматику, отражающую характерные для него речевые и языковые новообразования, особенности формирующихся способностей, для которых данный период является сенситивным.

## **4.1. ЛИНГВОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ**

### **4.1.1. Общие онтогенетические закономерности симптоматики недоразвития речи**

Лингвопатологическим симптомом можно называть любое проявление в речевом поведении, отличающееся от нормативного и встречающееся у ребенка с достаточно большим постоянством (в отличие от случайных оговорок). Симптомом недоразвития языка или речи (или задержки развития) целесообразно считать неправильное использование или неиспользование правил, предписываемых языком, или ошибочную, ненормативную форму звуковой реализации языковых единиц сегментарного или супrasegmentарного уровня. В связи со спецификой развития языка и речи у детей симптомами (как признаком патологии) мы будем именовать лишь те речевые ошибки, которые незаконны для данного возраста у здоровых детей (то есть не являются признаками физиологической незрелости). Сопоставление всех наблюдаемых симптомов недоразвития речи с проявлениями физиологической незрелости показывает, что весьма мало тех симптомов, которые не имели бы аналога на том или ином этапе речевого онтогенеза. Поэтому точная квалификация симптома требует знания нормы языкового поведения на всех этапах речевого онтогенеза. В настоящее время популяционных, экспериментально подтвержденных данных по норме речевого развития русскоязычных детей еще очень мало. В связи с этим квалификация симптомов как патологических или

условно патологических феноменов часто остается скорее предположением, чем утверждением.

Как показывают наши клинические наблюдения, отдельные лингвопатологические симптомы редко носят специфический для определенной формы речевой патологии характер. Они одинаковы как при первичных, так и при вторичных формах недоразвития речи. Большинство из них встречаются и в незрелых формах языка и речи, являющихся идиолектом на ранних этапах речевого онтогенеза (то есть в норме). Принципиальное различие между физиологически незрелой речью (то есть возрастной нормой) и отклоняющимся от нормы речевым развитием заключается в том, что последнее всегда характеризуется дисгармонией, асинхронией в формировании отдельных подсистем ФСЯР. Другой признак — стойкость соответствующих симптомов в динамике.

**Лингвопатологическим синдромом** называется симптомокомплекс, который регулярно и закономерно встречается при определенных формах речевой патологии и имеет единый механизм. Методологически принципиальное значение имеет определение степени дискретности при группировке всей совокупности симптомов в синдромы. При выделении синдромов необходимо придерживаться принципа «необходимого и достаточного». Синдромы не должны быть слишком комплексными (при этом теряется их структурная целостность и единообразие), но не должны быть и слишком элементарными (иначе пропадает их специфическое качество). Как отмечал Л. С. Выготский, необходимо перейти от анализа, «разлагающего сложное психологическое целое на составные элементы и вследствие этого теряющего в процессе разложения целого на элементы подлежащие объяснению свойства, присущие целому как целому», к анализу, расчленяющему **«сложное целое на далее не разложимые единицы, сохраняющие в наипростейшем виде свойства, присущие целому как известному единству»** (Выготский Л. С, 1982, с. 174). «...Сочетания симптомов в синдромах носят не случайный, а закономерный характер, обусловленный об-

щностью механизмов» (там же). Именно синдром является основной функциональной единицей в процессе диагностики.

Лингвопатологические синдромы не являются статическими образованиями. В процессе созревания речевых механизмов и развития языковой системы они закономерно претерпевают определенные изменения. Даже в случаях патологии формирующееся речевое поведение ребенка проходит через те же этапы, что и речь здоровых детей (Leonard L. B., 1998). Главное различие между первым и вторым случаями заключается в замедленности, растянутости во времени этих процессов, их незавершенности и асинхронности. Лишь при некоторых формах тяжелой речевой патологии (например, при ринолалии, классических формах дизартрии) мы наблюдаем безусловно патологические феномены, не встречающиеся у здоровых детей. Наши клинические наблюдения, которые будут приведены в других главах, и данные ряда авторов показывают, что одна из особенностей синдромов недоразвития речи в том, что они нередко сопровождаются полиморфной психопатологической или патопсихологической симптоматикой (Prizant B. et al., 1990, Group for the Advancement of psychiatry, 1999). Это тоже отличает их от проявлений физиологической незрелости языка и речи. Психопатологические синдромы являются не просто сопутствующими, коморбидными феноменами. Они закономерно возникают на основе ряда механизмов, которые подробно описаны в главе 8. Патогенетически они имеют общую основу с лингвопатологическими синдромами. Поэтому как те, так и другие составляют неотъемлемую часть клинической картины недоразвития речи у детей. В связи с этим психопатологические, соматоневрологические синдромы, типичные для НР у детей, включены в данный раздел наряду с лингвопатологическими симптомами и синдромами.

Лингвопатологические симптомы и синдромы диагностируются объективно или ретроспективно на основании сведений, полученных от родителей или из медицинской документации. Последняя (так называемый «анамнез речевого развития») обычно содержит данные о запаздывании определенных этапных изменений, новообразований в речевом поведении ребенка,

свидетельствующих о позднем переходе на качественно новую, более зрелую ступень развития языка и речи.

**Таблица 4**

Течение раннего развития у детей экспериментальной группы и групп сравнения

Показатели развития	А		В		С		D		Достоверность различий p<...		
	Дети с ПНР N=46	Дети с дислексией N= 48	Дети с ЗПР N=24	Здоровые дети N=30	Абс.	%	Абс.	%	AD	AC	AB
Сели после семи	1	2	2	4	2	8	0	0	-	-	-
Ходьба после 1г	10	22	16	33	6	25	2	7	-	-	-
1-е слова После 1г	20	44	15	38	3	12	1	3	0,001	0,001	-
Фразы после 2 лет	9	20	17	44	7	29	2	7	-	-	-
Фразы после 3 лет	25	54	5	13	2	9	0	0	0,001	0,001	0,001
Всего случаев позднего появления речи	34	74	26	67	8	33	3	10	0,001	0,001	-

Как видно из таблицы 4, в обследованной нами группе детей с первичным недоразвитием речи (ПНР) 74% со значительным опозданием усваивали речевые навыки. Наиболее часто это проявлялось в усвоении фразовой речи, и реже — в появлении первых слов.

По нашим наблюдениям, свои первые слова произносили с опозданием чаще те дети, у которых недоразвитие речи сочеталось с интеллектуальной

недостаточностью. У них же обычно с запаздыванием формировались навыки ходьбы. По появлению первых слов и фраз дети из группы ПНР достоверно отличаются в худшую сторону как от здоровых сверстников, так и от детей с задержкой психического развития. Локомоторные навыки формировались у большинства из них примерно в те же сроки, что и у здоровых детей. Эти проявления асинхронии в раннем психоречевом онтогенезе подчеркивают специфический, избирательный характер дизонтогенеза при недоразвития речи у детей экспериментальной группы. Степень избирательности, выраженность диссоциации формирования локомоторных и речевых навыков были максимальными в группе детей с НР.

#### **4.1.2. Лингвопатологические симптомы**

##### **Симптомы нарушения звуковых характеристик речи**

##### **Симптомы нарушения экспрессивного уровня**

Из существующих типологий звуковых нарушений у детей мы выбрали фрагменты, соответствующие нашей концепции дизонтогенеза речи, и на этой основе составили рабочую классификацию ошибок звукопроизношения (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1977, Гриншпун Б. М., 1989, Shriberg L., 1980, Nettelbladt U., 1983, Vihman M., 1988, Bernthal J., Bankson N., 1988). Принцип ее построения позволяет сопоставить дизонтогенез звуковой системы речи с ее онтогенезом в едином пространстве признаков. С этой точки зрения все ошибки звукового оформления высказывания можно сгруппировать в 2 категории: а) условно патологические (наиболее многочисленные) и б) патологические. Первые встречаются как в норме (на ранних этапах речевого онтогенеза), так и при патологии. Вторые в любом возрасте являются признаком патологического развития речи. В последние несколько десятилетий, в связи с развитием психолингвистического направления в изучении этой проблемы, стали разграничивать симптомы фонетических или речевых нарушения и симптомы



языковых или фонологических (Shriberg L. D., 1980, Bernthal J., Bankson N., 1988, Roberts J., Rescorla L., Giroux J., Stevens L., 1998). В российской логопедии в последнем случае чаще применяется термин «фонематические» нарушения (Логопедия, 1999). К речевым или фонетическим ошибкам относят те, которые обусловлены артикуляторными нарушениями. Последние в логопедии все еще объясняют, используя уже устаревшие представления о роли моторных факторов в произношении. По существу, их рассматривают в статике — как способность воспроизводить определенные положения языка, соответствующие артикуляционным профилям, традиционно соотносящимся с определенными звуками речи. Как справедливо отмечает Л. В. Бондарко, в настоящее время благодаря серии психофизиологических и нейропсихологических исследований и построению новых моделей процесса порождения речи и речеобразования созданы условия для нового подхода к фонетическому описанию речи. «Если с самого своего зарождения и до сравнительно недавнего времени артикуляторное описание предполагало регистрацию положения (или в более позднее время — движения) произносительных органов во время речи, то сейчас стоит вопрос о механизмах управления артикуляторной деятельностью, то есть о том, какие программы должны существовать в управляющих отделах мозга, чтобы обеспечивалась столь сложная по степени координированности, по скорости и вариативности двигательная деятельность того сложного комплекса, который мы называем «органами речи» (Бондарко Л. В., 1981, с 7). Нельзя не отметить, что практически то же было написано автором в другой книге, из данной 17 лет спустя (Бондарко Л. В., 1998). Отмеченное положение вещей действительно мало изменилось, особенно в детской логопедии.

1) *Пропуск звуков.* Следует различать 2 категории случаев, когда наблюдаются ошибки данного типа: А) Пропуски звуков, который ребенок еще не умеет произносить, даже при имитации в изолированной форме. Б) Пропуск звука, который ребенок уже может артикулировать отраженно и в некоторых коротких словах, простых по слоговой и звуковой структуре. Звуки, еще не освоенные ребенком, пропускаются: /uka/ — рука, /kua/ — кура. Или их место

занимает гласный или гласноподобный звук: /abis'ko/ — яблочко, /awbus/ — арбуз.

Звуки частично усвоенные, то есть те, у которых комплекс необходимых движений не автоматизирован, пропускаются не всегда. Вероятность пропуска звука в таких случаях зависит от его фонетического окружения и позиции в слове. Наиболее часто пропускаются согласные в ситуации их стечения. Довольно часто пропускается звук в конце слова. Более сильной позицией является начало слова и предударное положение (Гвоздев А. Н., 1995). Например: /pois/ — поезд, /jaka/ — якорь, но /reki/ — реки, /kaput'a/ — капуста, но /s'umka/ — сумка, /goz'd'i / — гвозди, но /vetil'/ — ветер, /ut'ej/ — ручей, но /ruki/ — руки.

2) *Искажение звуковых характеристик речи* — произнесение речевых высказываний с привнесением ненормативных фонетических характеристик. Искажения могут быть *избирательными* в отношении определенной группы звуков (чаще согласных позднего онтогенеза) или *тотальными*, полиморфными. При избирательных искажениях затрагивается только один уровень подсистемы звуковой реализации высказывания — сегментарный. При тотальных, полиморфных искажениях страдают как сегментарный, так и супрасегментарный уровни (то есть просодические характеристики).

При *избирательных искажениях* нарушается произношение одного или нескольких звуков (согласных), относящихся к одной фонетической группе и имеющих сходную артикуляцию (по месту и способу образования). Обычно это не препятствует правильной идентификации звука при восприятии слушающим. Характер артикуляции при этом в большинстве случаев отличается от нормативного. Однако обратное — не обязательно. Атипичные артикуляционные действия могут тем не менее порождать нормативные звуковые характеристики. Поэтому наличие необычных артикуляционных движений при произношении не следует считать патологией, если звуковой эффект не отличается от нормы.

Наиболее часто искажению подвергаются свистящие (22%), шипящие (24%), Р (26%), Л (10%) (Правдина О. В., 1973). В логопедической литературе описывается большое количество видов искажений звуков. Например, произношение Р имеет около 20 вариантов искажения (боковое, велярное, носовое, одноударное и др.). Разные авторы группируют их по-разному: а) в соответствии с тем, к какой фонологической группе относится искажаемый звук (сигматизмы, ротацизмы, лямбдацизмы и др.) или б) по типу нарушения способа или места образования (межзубные, призубные, боковые, велярные (Правдина О. В., Токарева О. А., Сизова Э. Я., Гриншпун Б. М.)). Как отмечает Б. М. Гриншпун, характерной особенностью искажений является то, что они обычно затрагивают несколько звуков, близких по артикуляции: пары звонкий—глухой, мягкий—твердый (кроме Р—Р' и Л—Л').

Нельзя не принять во внимание тот факт, что транзиторное искаженное произнесение согласных наблюдается у многих здоровых детей как переходный этап в процессе овладения нормативным звукопроизношением (Гвоздев А. Н., 1948). Обычно это наблюдается перед окончательным освоением ребенком нормативного произнесения звука. Этому предшествует узнаваемый, но неточный вариант артикуляции. Под контролем слухового анализатора в норме происходит самокоррекция, то есть совершенствование артикуляции до полного совпадения звукового эффекта с эталонным. В патологии по причинам, которые будут обсуждаться в главе 8, может произойти санкционирование приблизительного, искаженного варианта произнесения как окончательного.

В случаях более тяжелой патологии искажения носят *тотальный*, полиморфный характер и распространяются как на гласные, так и на согласные звуки, что делает речь нечленораздельной и резко затрудняет ее понимание. Одновременно страдает и интонационно-мелодическая окраска речи: она слабо модулирована, монотонна. Нередко наблюдаются и дисфонические симптомы: глухость голоса, который периодически затухает, явления фонастении.

3) *Замена звука*. Заменой называют регулярно происходящую субституцию нормативного звука другим. Это может наблюдаться при изолированном про-

изнесении и/или в потоке речи. Следует различать патологические (точнее, условно патологические) и физиологические замены звуков. Патологическими следует считать замены, не свойственные данному этапу онтогенеза фонологической системы. Чаще всего это субституция согласного на артикуляционно или фонетически близкий звук. Довольно часто заменяемым является звук, артикуляционно освоенный ребенком. Примеры: /pilef/ — билет, /jo/'ik/ — ежик, /idot/ — идет, /tola/ — тетя, /pabugaj/ — попугай, /sapaka/ — собака.

Частота замен варьирует у разных детей в широких пределах. Она зависит как от фонетического контекста, позиции звука в слове, так и от «возраста» слова в лексиконе ребенка. В давно усвоенных словах может сохраняться неправильное произношение звука, свойственное тому этапу онтогенеза, на котором слово вошло в экспрессивный лексикон. В то же время в недавно усвоенных словах произношение может быть правильным.

Другую категорию замен представляют случаи, когда заменяемый звук еще не освоен артикуляторно. Наиболее часто это замены, в которых звук-заменитель артикуляционно более прост, чем заменяемый. Их можно считать условно патологическими. Эти заменители — звуки, которые часто встречаются в раннем онтогенезе, то есть так называемые «временные звуки-заместители» (Гвоздев А. Н., 1948. Бельтюков В. И., 1978, 1983). Они являются составной частью идиолекта ребенка раннего и младшего дошкольного возраста и представляют собой возрастную норму. Например: заместителем *z, z'* является *s'*, а *г, г'* и *л, Л* — звук *ј*. Используя набор временных субститутов, ребенок добивается лучшего звукозаполнения и сохранения звуковой структуры, приближенной к нормативной. Например: /tol't/ — торт, /kl'as'N/ — красит, /s'apka/ — шапка, /noz'n'ici/ — ножницы, /upaј/ — упал. Подробнее этот вопрос освещен в главе 1.

4) *Смешение звуков*. Смешения, то есть двусторонние замены звуков, артикуляционно освоенных ребенком, если и встречаются в онтогенезе здоровых детей, то очень кратковременно (Гвоздев А. Н., 1948). При длительном существовании в речи ребенка их правомерно рассматривать как патологические симптомы. Ошибки такого рода рассматриваются как

языковые, фонологические (или фонематические), обусловленные нарушениями фонематического восприятия или недостаточной сформированностью соответствующих «фонематических представлений» (Логопедия, 1999). К сожалению, последнее понятие пока представляется недостаточно определенным. Если считать фонему языковой единицей, некоей категориальной фонологической универсалией, которая в таком случае должна быть амодальной, то не совсем понятно, каким может быть конкретное психологическое содержание этих «представлений». Традиционно в психологии представлениями называют образы, воспроизведенные посредством припоминания. С этой точки зрения фонематическими представлениями можно считать перцептивные инвариантные эталоны звуков речи (акустические и артикуляторно-кинестетические), соответствующие на языковом уровне фонемам. В таком случае эти образования занимают промежуточное положение между речевым и языковым уровнями. Более подробный анализ этого вопроса представлен в главе 8.

5) *Нерегулярные замены звуков*. Все вышеперечисленные ошибки носят достаточно стабильный, предсказуемый характер и в большинстве своем (кроме искажений) могут быть отнесены к категории парадигматических нарушений (то есть к ошибкам выбора). Наряду с этим встречаются ошибки в виде нерегулярных замен, которые отличаются нестабильностью, чрезвычайно зависимы от фонетического и фонологического контекста и могут рассматриваться как симптомы нарушений синтагматических операций (точнее — правил фонотаксиса). Их отличительная особенность — отсутствие повторяемости, слабая предсказуемость и высокая контекстуальная зависимость. Один и тот же звук может оказаться и заменяемым, и заменителем. Заменителями становятся звуки, весьма далекие от заменяемых по фонетическим дифференциальным признакам. Часто заменяются звуки, артикуляторно доступные ребенку. Нередко артикуляторно более простой звук заменяется более сложным.

Примеры: /bagaban/ — барабан, /lififi/, /f/ifi/ — лыжи, /vajna/ — ванна, /let'onka/ — лесенка, /papuĵkat/ — папугай, /zal'til'/ — зайчик, /tenisol/ — телефон.

б) *Ассимиляции* (дистантные) — это замены, при которых заменяемый звук полностью или частично уподобляется другому звуку, входящему в то же слово или синтагму. В другом фонетическом окружении заменяемый звук обычно произносится верно.

Например: /tletka/ — клетка, /akvariek/ — аквариум, /limol/ — лимон, но /kot/, /dom/, /nos/.

Как видно в приведенных примерах, ребенок правильно произносит звуки *К*, *М* и *Н* в простых по звуковой структуре словах, но заменяет (уподобляет) их в более сложных словах. Различают прогрессивную ассимиляцию, когда предыдущий звук уподобляет себе последующий, и регрессивную, когда последующий звук уподобляет себе предыдущий.

7) *Пропуски слогов*, которые приводят к значительной редукции слогового ряда и упрощению слоговой структуры слов. Все дети в ходе онтогенеза проходят через этап слоговой элизии, позволяющий им использовать в экспрессивной речи слова, слишком сложные для них по слоговой структуре. На протяжении третьего-четвертого года жизни это явление почти исчезает. При нарушении созревания артикуляторного праксиса трудности в воспроизведении слов со сложной слоговой структурой могут сохраняться очень долго (до 12—14 лет и дольше).

Например: /ki/ — киса, /токо/ — молоко, /zaveska/ — занавеска, /sipet/ — велосипед.

8) *Редупликация* (итерация) — феномен персевераторного повторения одного и того же слога. При этом звуковая структура слова предельно упрощается за счет уменьшения степени разнообразия звуков в слове (Сикорский И. А., 1899, Гвоздев А. Н., 1948, Nettelbladt U., 1983, Vihman M. M., 1988).

Например: /ti-ti/ — куры (цып-цып), /ku-ku/ — петух, /ШШ/ — кирпичи, /katatit'a/ — катается, /lilila'lit'/ — наливает.

Этот феномен также встречается на ранних этапах речевого онтогенеза, но исчезает примерно тогда, когда появляются первые фразы. При отклонениях в речевом развитии он наблюдается в дошкольном и даже школьном возрасте.

Продуктом подобного же, но более грубого упрощения являются и так называемые «звукоподражательные слова»: *ко-ко* — курица, *би-би* — машина, *аф-аф* — собака, *ту-ту* — поезд. Обычно причину этого видят в подражанию так называемому «языку нянь» (Цейтлин С. Н., 2001). Однако ряд подобных слов, которые используют дети, взрослые не употребляют совсем: /sisi/ — сосиски, /ка-ка/ — часы, /кака/ — кукла, /go-go/ — крокодил, /ga-ga/ — птичка. Очевидно, склонность к итерациям в ранних словах свойственна детям, что, по видимому, обусловлено незрелостью фонотаксиса и динамического артикуляторного праксиса. Поскольку родители (а когда-то няни) склонны подражать своим детям, подстраиваясь под их язык, они сами стали задавать детям образцы в виде своеобразного материнского сленга. Сохранение лепетных слов при появлении двух-трехсловных сочетаний, очевидно, следует рассматривать как проявление патологической дисгармонии в формировании языковых средств.

#### *Примеры*

Валерий В., 4 г. 1 мес: /da] bu-bu/ — дай барабан.

Дима К., 3 г. 1 мес: /mam, oto bibika?/ — мама, а можно машину?

9) *Перестановки слогов* (метатезис). Например: /vatobus/ — автобус, /vestofor/ — светофор, /akti/ — очки.

Метатезис встречается у здоровых детей на определенной стадии фонологического развития (преимущественно на втором-третьем годах жизни). Патологическими такие ошибки правомерно считать лишь тогда, когда они наблюдаются у детей более старшего возраста, встречаются в большом количестве и с трудом устраняются.

Вышеперечисленные симптомы нарушения сегментарного уровня звуковой стороны речи имеют разные механизмы и неравноценны по тяжести. Последнее означает, что те или иные ошибки звукопроизношения можно расценивать как показатели большей или меньшей тяжести недоразвития в зависимости от того, какая временная дистанция отделяет их от возраста, в котором данное явление наблюдается в норме. В этом смысле для возраста 4 года нерегулярные замены,

ассимиляции, редупликации являются значительно более тяжелыми симптомами, чем, например, замены-упрощения или искажения.

К вышеперечисленным симптомам звуковых нарушений следует добавить те, которые отражают патологию супрасегментарного уровня звуковой системы. Сюда относятся искажения интонационно-мелодической и голосовой характеристик: глухость, маловыразительность, монотонность, затухающий характер голоса, гнусавость и др. Возрастные особенности этих феноменов изучены слабо.

### **Симптомы нарушения импрессивного уровня**

#### **Симптомы нарушения «фонематического слуха»**

Ошибки, относящиеся к уровню восприятия речи, можно разбить на три категории:

1) связанные с неполноценной слуховой перцепцией (то есть с тугоухостью),

2) обусловленные нарушением способности к различению фонем, то есть к дифференциации их перцептивных признаков (неполноценностью фонематического восприятия),

3) те, в основе которых лежит несформированность, нечеткость сенсорных эталонов звуков речи (то есть фонематических представлений). Ошибки, обусловленные нарушениями слуха и связанными с этим отклонениями речевого развития, не относятся к теме настоящей книги, поэтому мы опустим их.

### **Нарушения фонематического восприятия**

Нарушения фонематического восприятия по происхождению могут быть первичными и вторичными.

а) Первичные нарушения фонематического восприятия встречаются редко — только при сенсорной алалии, когда нарушена способность к распознаванию



как отдельных звуков, так и фонетических слов. Как правило, это сопровождается неполноценностью образования связи между фонетическим образом и значением (Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1975). При этом они носят тотальный характер и распространяются на все звуки речи. В тяжелых случаях отсутствует способность дифференцировать даже контрастно различающиеся звукокомплексы. Постепенно у таких детей угасает даже ориентировочный рефлекс на речевые стимулы.

б) Вторичные, парциальные нарушения фонематического восприятия проявляются преимущественно в смешении слов-квазиомонимов типа *БОЧКА-ПОЧКА*, *КОЗА-КОСА*, *ДОМ-ТОМ* и т. п. Ребенок путает значения этих слов, соотнося их с картинкой или при восприятии фраз, содержащих такие слова. Такие смешения касаются только парных согласных. Количество смешиваемых пар варьирует от 1 до 5—6.

Данные симптомы проявляются непосредственно только при специальном исследовании. Например, при подборе слов (или соответствующих картинок), включающих заданный звук. Косвенно этот недостаток обнаруживается в наличии стойких смешений определенных звуков в произношении даже после того, как они уже освоены артикуляторно. В школьном возрасте это приводит к появлению дисграфических ошибок.

### **Симптомы нарушения фонематических представлений**

То, что в логопедии получило название «фонематические представления», не имеет достаточно четкого определения. По своей сущности это скорее приближается к метаязыковым, чем к языковым явлениям. Недостаточная сформированность фонематических представлений в устной речи детей предположительно может проявляться в наличии замен и смешений звуков. Чаще это обнаруживается как механизм некоторых нарушений письма. В ряду симптомов нарушений устной речи мы рассматриваем их только потому, что традиционно в логопедии несформированность фонематических представлений

выделяется как один из компонентов фонетико-фонематического недоразвития речи (Н.А.Никашина, 1965, Левина Р. Е., 1968).

## **Симптомы лексико-грамматических нарушений**

### **Нарушения экспрессивного уровня**

#### **Симптомы нарушения грамматического (морфологического) оформления высказывания (аграмматизмы)**

Ошибки грамматического оформления фраз с помощью системы аффиксов и служебных слов в логопедии называют аграмматизмами. Поскольку аффиксы и служебные слова представляют собой закрытый класс языковых единиц, функционально связанных между собой, то аграмматизмы у детей чаще носят полиморфный характер. Частота встречаемости разных аграмматизмов — неслучайная величина. Она зависит от двух основных факторов: этапа речевого онтогенеза, то есть ступени овладения парадигматической системой морфологических средств, используемых для передачи грамматического значения высказываний, и места, которое занимает определенная грамматическая морфема в данной языковой системе (Цейтлин С. Н., 2000, Slobin D., 1984). Как известно, в онтогенезе грамматики сначала осваиваются беспредложные конструкции, а в предложных конструкциях сначала появляются флексии, по грамматическому значению соответствующие предложным конструкциям, а позже — соответствующие предлоги (Гвоздев А. Н., 1961, Цейтлин С. Н., 2000). Обратная ситуация (при наличии предлога — отсутствие соответствующей флексии или использование неверной флексии) считается патологическим симптомом (Жукова Н. С, Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б., Жукова Н. С, 1994, 1990). Как полагает первый из

вышеприведенных авторов, «при нормальном развитии речи усвоение предлогов осуществляется после того, как ребенок усвоит основные — главенствующие флективные изменения в словах, т. е. после того, как он научится выполнять операции типа: К12 + Ф... Поэтому введение в комбинацию К+ Ф третьего элемента П (предлога) не вызывает трудностей (сбоя операций), и ребенок не сводит трехчленную комбинацию П + К + Ф к более простым двучленным комбинациям» (Жукова Н. С, 1994, с. 40). По мнению Н. С. Жуковой, при неправильном использовании флексий и служебных слов наблюдаются определенные предпочтения, которые соответствуют примерному порядку их появления в ходе нормального онтогенеза речи.

Типы аграмматизмов:

а) Пропуски служебных слов — предлогов, союзов. По нашим наблюдениям, предлоги опускаются детьми значительно чаще, чем союзы. Н. С. Жукова отмечает, что в предложных конструкциях дети с аномальным развитием речи при правильном оформлении конца слова в 50% случаев опускают предлоги. При неправильном употреблении флексий, по ее наблюдениям, дети значительно реже опускают предлоги (Жукова Н. С, там же). На определенном этапе развития детям трудно оперировать одновременно двумя языковыми единицами: предлогом и флексией. В онтогенезе в связи с ресурсными ограничениями между ними складываются конкурентные отношения. Аналогичные закономерности описывает и Д. Слобин (1984). По мнению С. Н. Цейтлин (2000), можно предполагать несколько причин пропуска предлогов:

- 1) отсутствие предлога в языковом сознании ребенка, то есть несформированность предложной системы,
- 2) артикуляторные трудности произнесения кластеров (если использование предлога создает кластер 13),
- 3) слоговая элизия. Н. С. Жукова (1994) полагает, что артикуляторные трудности не являются причиной пропуска предлогов.

Для дифференциации этих случаев необходимо проанализировать представительный массив высказываний ребенка. Кроме того, С. Н. Цейтлин предлагает для той же цели сравнить употребление предлога и понимание соответствующей предложной конструкции. Если ребенок не понимает предлога и не употребляет его, значит, его нет в языковом сознании.

#### *Примеры*

*Коля С, 5 лет 4 мес.: «Чашка стоит столе» — Чашка стоит на столе.*

*Женя Н., 9 лет 11 мес.: «Их не могут ловить Ведро» — Их (рыбу) не могут ловить в ведре.*

*Глеб В., 5 лет 11 мес.: «Залезла мышка ботинок» — Залезла мышка в ботинок.*

*Антон Л., 8 лет 4 мес.: «О любит такой дом жить» — Он любит жить в таком доме.*

Как видно из приведенных примеров, пропуски предлогов встречаются у детей как с правильным выбором флексии, так и с нулевой флексией.

Кроме пропусков предлогов у детей с аномалией речевого развития наблюдаются аморфные предлоги, когда вместо предлога употребляется какой-либо гласный звук. По наблюдениям Н. С. Жуковой, наиболее частыми из них являются «а», «и» или «у». Они чаще встречаются при правильном оформлении флексии. Автор приводит следующие примеры:

#### *Примеры*

*Серезжа Х., 5 лет 2 мес.: «и таля» — со стола, «а ясика» — из ящика.*

*Лена Ч., 5 лет 5 мес.: «а камана» — из кармана.*

*Аналогичные примеры встречались и в наших наблюдениях:*

#### *Примеры*

*Например, «папой» — с папой.*

*Саша Я., 6 лет 11 мес.: «А петуха ката хост» — У петуха кошачий хвост.*

*Дима С., 7,5 года: «и коровы» — от коровы.*

б) Пропуски флексий или использование слов с нулевыми окончаниями.

### Примеры

*Ваня К., 5 лет 10 мес.: «Криха нвсот тевак» — Хрюшка (свинья) несет червяка.*

*Саша Я., 6 лет 11 мес.: «Здесь нету зима» — Здесь нет зимы.*

*Ира К., 6 лет 1 мес.: «Слепили снеговик» — Слепили снеговика.*

Последнюю ошибку можно интерпретировать тройко: как пропуск падежного окончания, замену винительного падежа на именительный или как выбор окончания винительного падежа (то есть семантически адекватный), но для неодушевленных существительных.

в) Замены служебных слов (чаще — предлогов). Как отмечает Н. С. Жукова (1994), значительно чаще дети ошибаются в выборе флексии и намного реже — в выборе служебного слова. Это согласуется и с нашими наблюдениями. Между этими двумя средствами грамматического оформления в патологии налицо своеобразные реципрокные отношения: при правильном использовании флексии предлоги чаще опускаются или носят аморфный характер, а при верном использовании предлога нарушается выбор флексии. Видимо, это происходит потому, что существенную трудность для ребенка представляет именно согласованный выбор нужного предлога и соответствующей ему флексии. В этом случае должны быть сопряжены одновременно две операции. Замены флексий чаще всего встречаются в номинативных словах и реже — в глаголах. Это соотносится и с наблюдениями Н. С. Жуковой.

### Примеры

*Денис С., 7 лет 6 мес.: «Арбузов срывают из ветки и кушают» — Арбузы срывают с ветки и кушают.*

*Боря Ф., 8 лет 8 мес.: «Собака из будка не может забраться» — Собака с будкой не сможет забраться (на дерево).*

*Артем Б., 6 лет 11 мес.: «Гвоздя надо заколачивать на стенку» — Гвоздь надо забивать в стенку.*

*Игорь К., 8 лет 5 мес.: «Кошка забежала на мышкой» — Кошка побежала за мышкой.*

*Илья Т., 6 лет 5 мес.: «Привязал веревку в дерево» Привязал веревку к дереву.*

Как видно из приведенных примеров, в части случаев замене предлога сопутствует верный выбор флексии. В других случаях нарушено и то и другое.

г) Замены флексий (окончаний). Замены флексий наблюдаются у всех детей на начальном этапе овладения фразовой речью (по данным А. Н. Гвоздева, на третьем-четвертом годах жизни). Мы наблюдали у детей с НР замены родовых, числовых и падежных окончаний существительных и прилагательных, числовых, родовых и личных окончаний глагола. Как известно, в онтогенезе дети сначала усваивают некоторые главенствующие падежные окончания, и в пределах одного и того же падежа используют только их. Иначе говоря, они сначала усваивают семантику падежей, используя минимальные языковые средства для их грамматического обозначения. Пока система падежей недостаточно дифференцирована и набор главенствующих падежных окончаний, которые ребенок освоил, невелик, он допускает ошибки в виде использования нулевой флексии (или окончания именительного падежа) или окончаний одного падежа вместо другого («межпадежные замены»). У детей старше 5 лет данный феномен является признаком тяжелого дисграмматизма (Ковшиков В. А., 1985).

#### *Примеры*

*Слава Г., 6 лет 11 мес.: «Катается на сайков» — Катается на санках. «Стоит на ветков» — Стоит на ветках.*

*Саша Я., 6 лет 11 мес.: «Здесь нету зима» — Здесь нет зимы. «Нету снег» — Нет снега. «На санак» — На санках.*

*Рома К., 9 лет: «На лызи нельзя ездить» — На лыжах нельзя ездить. «Он лети катается на коньках» — Он летом катается на коньках. «Он отдыхает летом зымним одеждам» — Он отдыхает летом в зимней одежде.*

*Женя Н., 9 лет 11 мес.: «Их не могут ловить ведро» — Их не могут ловить в ведре.*

Позже дети, освоив главенствующие окончания всех падежей, усваивают варианты падежных окончаний в зависимости от типа склонения. При этом закономерно возникают ошибки выбора из системы флексий одного и того же

падежа («внутрипадежные замены»), которые в норме характерны примерно для возраста 3—5,5 лет. В патологии это встречается в более позднем возрасте.

#### *Примеры*

*Игорь К., 8 лет 5 мес.: «Весной и летом» — Весной и летом.*

*Боря Ф., 8 лет 8 мес.: «Увидела мышка ботинку. Потом мышка полезла ботинку» — Увидела мышка ботинок. Потом мышка полезла в ботинок. Здесь ребенок путает окончания винительного падежа одушевленных и неодушевленных существительных, что формируется в онтогенезе довольно поздно (Цейтлин С. Н., 2000).*

*Саша Я., 6 лет 11 мес.: «На деву» — На дерево. «Аесть на девеву» — Залезть на дерево. «Здесь нету зима» — Здесь нет зимы.*

*Ваня К., 5 лет 10 мес.: «Занимаются роботом» — Занимаются работой.*

*Артем Б., 6 лет 11 мес.: «Гвоздя надо заколачивать на стенку» — Гвоздь надо вбивать в стенку.*

Передки среди детей с тотальным НР замены родовых окончаний прилагательных:

#### *Примеры*

*Игорь К., 8 лет 5 мес.: «Такая дерева» — Такое дерево.*

*Надя С., 7 лет 3 мес.: «Дикий птица» — Дикая птица.*

Замены числовых окончаний:

#### *Пример*

*Кирилл М., 7 лет 2 мес.: «Грыбы на дереве висит» — Грибы на дереве висят. «Кошка в кормушках не живут» — Кошка в кормушке не живет.*

Данная фраза буквально соответствует изображенному на картинке «Нелепицы» или Кошки в кормушках не живут (что может быть более обобщенным утверждением ребенка).

д) Пропуски знаменательных слов — главных или второстепенных членов предложения. Пропуски знаменательных слов довольно часто встречаются у детей с недоразвитием речи. Причины этого могут быть различны: отсутствие необходимого слова в экспрессивном лексиконе, отсутствие соответствующего категориального понятия в ментальном лексиконе, ограниченные синтаксические возможности в использовании развернутых грамматических конструкций. При определенных формах недоразвития речи пропускаются преимущественно глаголы.

Указанные симптомы встречаются в рамках синдромов дисграмматизма, которые будут описаны ниже. Так же, как и в случае звуковых ошибок, правомерно различать аграмматизмы по тяжести. Нарушение использования морфологических единиц, которые усваиваются в онтогенезе рано, свидетельствует о большей тяжести аграмматизма, чем в тех случаях, когда ошибки касаются поздно усваиваемых форм. Иначе говоря, тяжесть аграмматизма как симптома определяется по разнице между хронологическим возрастом и возрастом, когда данный феномен является признаком нормальной возрастной незрелости. При этом, конечно, важно учитывать «цену года» на том или ином этапе речевого онтогенеза. Например, отставание в 1 год у ребенка 3 лет свидетельствует о значительной тяжести аграмматизма, а то же у ребенка 6 лет — это легкий аграмматизм.

### **Симптомы нарушения синтаксического оформления высказывания**

Как отмечалось выше, согласно современным моделям порождения речи (Леонтьев А. А., 1969, Ахутина Т. В., 1989, Кубрякова Е. С., 1991), необходимыми этапами претворения замысла в речевое высказывание является сначала глубинное, а затем поверхностное синтаксирование. Существует тесная связь между глубинным (то есть смысловым) и поверхностным (то есть грамматическим) синтаксированием. Несовершенство последнего, трудности при его реализации могут оказывать негативное влияние, накладывают ограничения на смысловое структурирование и содержательность



высказывания. Ребенок упрощает смысловую сторону высказывания, чтобы облегчить себе процесс его грамматического оформления. Нарушения глубинного синтаксирования обычно проявляются в том, что ребенок оказывается неспособным достаточно подробно и связно (в логическом смысле) излагать свои мысли, его высказывания носят фрагментарный характер, аморфно передают ситуацию. Особенно резко это проявляется в составлении рассказа по одиночной сюжетной картинке. В меньшей степени — при составлении рассказа по серии картинок. Повествование облегчается в ситуации диалога, когда собеседник своими вопросами задает извне схему изложения мыслей. Данный тип нарушений встречается как у детей с ПНР, так и у умственно отсталых детей (Лалаева Р. И., 1988).

Симптомом нарушения поверхностного синтаксирования является преобладание коротких, нераспространенных фраз упрощенной грамматической конструкции. Не используются причастные и деепричастные конструкции, сложноподчиненные предложения. Эти симптомы могут встречаться как при первичном, так и при вторичном недоразвитии речи (например, у умственно отсталых детей).

Наиболее грубо проявляются они у детей с алалической формой тотального ПНР. Такие дети не только упрощают синтаксис фраз, но и редуцируют их, пропуская знаменательные слова.

#### *Примеры*

*Лена К., 7 лет 8 мес. Рассказ по картинке «Мышка, кошка и ботинок».*  
*Вопрос: «Откуда взялась дырка?» — «Из коты... из мышки».*

*Аня Г., 7 лет 9 мес. Комментарии по картинке «Неленицы», где мальчик загорает в одежде: «Загорает... летом... одет».*

Навык синтаксирования мы при обследовании детей оценивали косвенно, с помощью теста «Повторение фраз». 70% детей с моторной алалией продемонстрировали результат, в среднем на 3 года отстающий от возрастной нормы. У детей с другими формами ТПНР подобный результат встречался

лишь в 26% случаев. Нарушение обоих видов синтаксирования, по нашим наблюдениям, приводит обычно к резкому снижению речевой активности.

### **Симптомы нарушений номинации и использования лексических единиц при построении высказываний**

#### **Вербальные парафазии**

Данный симптом проявляется в неправильном выборе слов по их лексическому или грамматическому значению относительно смыслового контекста. Как известно, в процессе речевого онтогенеза дети сначала осваивают первообразные слова (названия предметов, действий и признаков), а позже — производные слова, образованные с помощью системы аффиксов. Овладение правилами словообразования знаменуется появлением в речи детей неологизмов или лексических инноваций (Гвоздев А. Н., 1961, Цейтлин С. Н., 2000). Анализ лексических ошибок детей с отклонениями в речевом развитии показывает, что их можно разделить по меньшей мере на 2 категории:

- 1) семантические ошибки номинации,
- 2) грамматические ошибки выбора нужной словоформы.

В первом случае страдают парадигматические операции выбора слова из семантического поля близких по смыслу или звучанию слов. Во втором — недостаточно сформировано чувство грамматической адекватности выбранной словоформы.

#### **1) Семантические ошибки номинации.**

По нашим наблюдениям, при первичном НР наиболее часто заменяют друг друга слова, принадлежащие к одному и тому же семантическому гнезду, что согласуется с данными литературы (Лурия А. Р., Виноградова О. С., 1971, Ушакова Т. Н., 1979, Ковшиков В. А., 1985, Цейтлин С. Н., 2000). В качестве примеров можно привести несколько типов замен.

**А)** Замены видовых наименований, принадлежащих к одной категориальной группе: стакан — чашка, галка — ворона, троллейбус — трамвай, экскаватор — трактор. Такие замены, вероятно, могут быть вызваны недостаточной дифференцированностью слов, относящихся к одному классу. Ребенок не учитывает тонких семантических различий в наименованиях предметов одного класса.

Нередко субститутами являются более частотные наименования. К этой же категории можно отнести замены глаголов, близких по значению: скачет — бежит, вяжет — шьет, рисует — красит, загорает — лежит, бреет — подстригает.

**Б)** Замены видовых наименований на родовые: галка — птица, акула — рыба, письмо — почта, балерина — тетя. Данный вид замен является наглядной иллюстрацией того, что в определенной части словаря сначала усваиваются родовые наименования (с большей степенью обобщенности), а позже — видовые. Это, по-видимому, обусловлено более высокой частотностью некоторых родовых наименований по сравнению с видовыми. Например, слово ПТИЦЫ встречается чаще, чем наименования отдельных видов птиц, слово ЦВЕТЫ — чаще, чем отдельные их виды, РЫБЫ — чаще, чем отдельные их породы. Кроме того, причина может быть и в низкой общей осведомленности. Не зная, например, профессиональных атрибутов, ребенок ориентируется на половые признаки (дядя—тетя).

**В)** Замена наименований, соотносящихся как часть—целое: окно — дом, глаза — лицо.

В целом у детей, находившихся под нашим наблюдением, чаще встречались парафазии при назывании предметов и реже — при назывании действий.

## 2) Грамматические ошибки выбора словоформы

Данный вид вербальных парафазии у детей, как мы заметили, довольно тесно коррелирует с явлениями дисграмматизма.

### *Примеры*

*Игорь К., 8 лет 5 мес.: «Кошка забежала на мышкой» — Кошка побежала за мышкой (побежала — забежала).*

*Слава Г., 6 лет 11 мес.: Ответ на вопрос: «Каким людям дают лекарство?» — «Какие болят» (болеют — болят).*

*Лена К., 7 лет 8 мес.: «Булки растят на ветках» (растут — растят).*

*Сергей В., 7 лет 3 мес.: «Ботинок оторвался» — Ботинок порвался (порвался — оторвался). «Надо голым загораться» — Надо голым загорать (загорать — загораться).*

*Виталик К., 5 лет: «Они должны растать вюгороде» (расти — растать).*

Большинство приведенных выше примеров взяты из речевой продукции детей, страдающих моторной алалией. Видимо, поэтому в вербальных парафазиях грамматического типа преобладают глаголы.

Сопоставление качества и частоты парафазии первого типа у детей с разными формами ПНР дает примерно одинаковую картину. Из этого можно сделать вывод, что функциональная организация лексикона у детей с недоразвитием речи принципиально не отличается от таковой у здоровых детей. Парафазии же второго типа наиболее часто встречались у детей с моторной алалией.

### *Симптомы лексического дефицита*

К этой категории симптомов относятся дефицит словаря (экспрессивного и/или импрессивного) и трудности в подборе слов как при назывании, так и при порождении высказывания. Дефицит словаря как симптом является, по нашим наблюдениям, малоспецифичным признаком. По-видимому, это объясняется тем, что факторов, от которых зависит объем словаря, достаточно много: уровень интеллектуального развития, языковая способность, особенности языковой среды (микросоциум), в которой развивается ребенок. Однако нельзя не отметить, что при одном и том же уровне интеллекта, в примерно одинаковых микросоциальных условиях дети различаются в способности накапливать словарь. Одни схватывают новые слова буквально на лету, другие

же продвигаются вперед весьма медленно. Нам встречались случаи избирательно низкой способности усваивать новые слова (особенно абстрактные и отвлеченные), которые нельзя было объяснить ни тяжестью общего недоразвития речи, ни интеллектуальной недостаточностью. В нескольких случаях аналогичные трудности мы обнаруживали у родителей таких детей, не имевших признаков недоразвития устной речи. У детей же с дислексией подобные явления встречаются весьма часто (Корнев А. Н., 1997). Дефицит словаря в наибольшей степени затрагивает прилагательные, глаголы и существительные, обозначающие абстрактные признаки и понятия. Мы наблюдали несколько детей, у которых избирательный дефицит словаря касался цветовой лексики. К 5—6 годам интеллектуально благополучные дети, не имевшие нарушений цветоразличения, путали наименования основных цветов. Аналогичные наблюдения приводятся в литературе (Braisby N., Dockrell J., 1999). В данной публикации отмечается, что в подобных ситуациях пространственная лексика усваивается лучше, чем цветовая.

Особое происхождение имеют симптомы, выражающиеся в трудностях подбора нужного слова для обозначения предмета, действия или признака, носящие транзиторный характер. Выглядит это как феномен «на кончике языка»: при субъективном ощущении, что слово вертится на языке, ребенок не может его вспомнить в нужный момент, но позже припоминает спонтанно. При этом страдает не словарь, а процессы его актуализации. В психиатрии этот феномен в комплексе с другими психопатологическими симптомами описал С. С. Мнухин (1968), назвав его «инфантильно-астеническим расстройством памяти».

Большинство вышеописанных лексических «нарушений» носят условно патологический характер и рассматриваются как признак патологии лишь с учетом возрастной нормы лексического развития. Исключение составляют приведенные последними нарушения актуализации единиц словаря, являющиеся безусловными признаками патологии.

## **Нарушения импрессивного уровня**

### **Импрессивный дисграмматизм**

Импрессивный дисграмматизм весьма слабо изучен в отечественной логопедии. Нарушения понимания речи описываются преимущественно в рамках речевых расстройств, обусловленных нарушениями слуха, при сенсорной алалии или при вторичном недоразвитии речи у умственно отсталых детей. Описаний и анализа импрессивного дисграмматизма у детей в русскоязычной литературе почти не встречается. Чаще упоминаются нарушения понимания речи. Однако это далеко не то же самое, что импрессивный дисграмматизм. В последнем случае ребенок не способен к пониманию языковых значений, передаваемых преимущественно синтаксическими и морфологическими средствами. Понятие «нарушение понимания речи» представляет собой более широкую и менее определенную категорию и обычно относится к более тяжелым состояниям. Ребенок в таких случаях без опоры на экстравербальный контекст не понимает даже значений слов, словосочетаний и простых фраз.

К импрессивному дисграмматизму правомерно относить те случаи, когда ребенок понимает отдельные слова, простейшие синтаксические конструкции (типа: субъект-действие-объект), но не понимает более сложные по синтаксической организации или морфологическому оформлению фразы. Например, дети могут затрудняться в таких заданиях, как:

- Укажи картинки, где девочка наливает воду, а где выливает воду.
- Покажи, на какой картинке мальчик чинит игрушечную машину, а где починил ее.
- Где девочка причесывается, а где девочку причесывают?
- Допускаются ошибки в заданиях:
- Возьми кружок, который лежит позади коробки.
- Возьми кружок, который лежит перед коробкой.

Особенно трудны для понимания логико-грамматические атрибутивные конструкции «Мамина дочка», «Мама дочки», где смысл и значение передаются исключительно морфологическими средствами. То же самое относится к таким каузальным конструкциям, как «Собаку укусила оса» или «Осу укусила собака», где к различению флексий добавляется сложность в виде использования инвертированных синтаксических конструкций. Однако, по нашим наблюдениям, понимание логико-грамматических конструкций нарушается и у детей с интеллектуальной недостаточностью, а не только при первичном импрессивном дисграмматизме.

По нашему мнению, об импрессивном дисграмматизме правомерно говорить применительно к детям старше 2—3 лет. До этого возраста понимание фраз носит синкретический характер, без выделения грамматических значений (Гвоздев А. Н., 1949, Жукова Н. С, Мастюкова Е. М., Филочева Т. Б., 1990).

Нарушения понимания речи (в том числе и импрессивный дисграмматизм) наиболее часто встречаются у детей с общим психическим недоразвитием. Однако импрессивный дисграмматизм может обнаруживаться и у детей с первичным или смешанным тотальным недоразвитием речи. При этом ребенок (3-4 лет и старше) понимает грамматически простые фразы, но не понимает конструкции, содержащие грамматические формы косвенных падежей: «Женщина вошла в магазин», «Женщина вышла из магазина». Дети не понимают стихотворных описаний простых сюжетных картинок (Корнев А. Н., Старосельская Н. Е., 2001).

Легкий импрессивный дисграмматизм проявляется в том, что ребенок (старше 6 лет) испытывает затруднения в понимании логико-грамматических конструкций, сложносочиненных предложений с союзами «хотя», «несмотря на», «прежде чем», сложноподчиненных конструкций.

## **Дефицит импрессивного словаря**

Как известно, в норме у детей импрессивный словарь существенно превышает по объему экспрессивный. В патологии наиболее часто встречаются случаи недостаточного объема экспрессивного словаря при относительно или полностью сохранном импрессивном лексиконе. Обратного соотношения, по понятным причинам, практически не бывает. Исключение составляют случаи эхोलалий при некоторых формах психических нарушений, когда ребенок повторяет услышанные у взрослых слова и фразы, но не понимает их значения.

Дефицитом импрессивного словаря (как избирательного нарушения) правомерно называть состояния, когда разница между его объемом и объемом экспрессивного лексикона сокращается до минимума. Обычно при этом ограничен и экспрессивный словарь. Такие состояния встречаются как при первичных формах недоразвития речи, так и особенно часто при вторичных и смешанных его формах. Лексический дефицит в наибольшей степени затрагивает малочастотные слова, слова, обозначающие отвлеченные категориальные понятия, признаки предметов.

Особую категорию составляют дети с нарушениями слуха и дети с сенсорной алалией, которые подробно описаны в соответствующей литературе (Рау Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И., 1961, Боскис Р. М., 1963, Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1975).

### **4.1.3 Лингвопатологические синдромы**

Выделение и анализ лингвопатологических синдромов — это основа постановки логопатологического диагноза. Именно на основе выделения типовых синдромов и их сочетаний можно дифференцировать разные клинические формы недоразвития речи. Лингвопатологическая симптоматика в процессе речевого дизонтогенеза постепенно приобретает многообразие, так как сама речевая продукция становится богаче, речевая деятельность — сложнее, и все проявления речевой или языковой недостаточности выступают наиболее заметно. Поэтому в полной клинической форме большинство синдромов прояв-



ляются на среднем этапе речевого онтогенеза. В инициальном и раннем периодах онтогенеза синдромы еще редуцированы, и дифференциальный диагноз в связи с этим затруднен. Это согласуется с общим принципом роста степени дифференцированности психических функций в онтогенезе (Чуприкова Н. И., 1997). По мере созревания психических функций психопатологическая и лингвопатологическая симптоматика становится тоже более дифференцированной, что позволяет определеннее идентифицировать природу и ведущие механизмы дизонтогенеза (Ковалев В. В., 1985).

Ранние проявления дизонтогенеза речи описаны в литературе фрагментарно (Журба Л. Т., Мастюкова Е. М., 1981, Жукова Н. С, Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б., 1990, Жукова Н. С, 1994). Как правило, на этом этапе становления личности ребенка все нарушения речевого развития именуют «задержкой речевого развития». Иногда такая квалификация вполне обоснована: дети лишь запаздывают в темпе овладения языком и речевыми навыками, а потом быстро наверстывают упущенное и догоняют сверстников. В других случаях такой диагноз неправомерен, точнее, он носит провизорный характер. У таких детей налицо патологические формы речевого поведения, дисгармония речевого развития, но речевая продукция настолько элементарна, что установить тип недоразвития речи крайне трудно. Мы сочли необходимым обобщить собственные наблюдения ранних проявлений недоразвития речи у детей. Описание этого материала приводится в этой, а не в шестой главе (где характеризуются отдельные клинические формы НР) по той же самой причине.

Материалы, представленные ниже, получены нами на группе из 45 детей с отклонениями в развитии речи в возрасте от 16 месяцев до 4,5 лет, обследованных нами преимущественно клиническими и неформализованными психологическими методами. Часть данных были получены ретроспективно от родителей. Пять детей наблюдались на протяжении 2-3 лет. В процессе наблюдения использовались видеозаписи.

### **Симптоматология инициального периода речевого онтогенеза**

Как видно из таблицы 3, почти у половины детей с ПНР, находившихся под нашим наблюдением, этот этап наступал с опозданием. Клинические проявления дизонтогенеза речи в инициальном периоде развития могут выглядеть следующим образом.

А) Отклонения предречевого развития. Нарушения на этом этапе носят обычно малоспецифичный характер. Чаще всего это выражается в запаздывании по срокам появления гуления и лепета, вместо которых продолжают сохраняться младенческие крики. Появившееся гуление, а позже — лепет недостаточно разнообразны, низка вокализационная активность, лепет слабо интонационно окрашен. Подобные дизонтогенетические явления наблюдаются как у детей с поражением речевых механизмов, так и у тех, кто страдает общим психическим недоразвитием, детским церебральным параличом и другими формами органических повреждений подкорковых структур мозга (Журба Л. Т., Масткжова Е. М., 1981, Винарская Е. Н., 1987). Кроме того, своеобразные функциональные нарушения доречевых форм коммуникации могут возникать на психогенной основе при дисгармонически складывающихся отношениях в I системе «мать—дитя». В тех случаях, когда мать редко включается в общение с а младенцем или делает это недостаточно эмоционально, не реагирует на его I вокализации, его коммуникативное поведение (как вокализационное, так и I кинетическое) становится менее активным, редуцируется. Младенец большую I часть периодов бодрствования коммуникативно пассивен, не пытается вступить во взаимодействие с матерью, редко вокализирует.

Б) У детей старше 10 месяцев может обращать на себя внимание фрагментарное, нестабильное понимание речи в знакомом контексте или полное отсутствие такового при сохранении ориентировочной реакции на речевые раздражители. Нарушения понимания речи могут быть выражены в разной степени: от полного отсутствия реакции даже на свое имя до некоторого ограничения понимания, нестабильного понимания названий знакомых

игрушек, своего имени, мамы, папы. Наиболее вероятные причины этого — запаздывание когнитивного развития (так называемая «задержка психомоторного развития»), нарушения слухового восприятия (центральная или периферическая тугоухость), ранний детский аутизм, сенсорная алалия. В большинстве случаев лингвопатологические симптомы сочетаются с психопатологической симптоматикой, свойственной раннему возрасту и типу психического или сенсорного расстройства. Нарушения импрессивной стороны речи уже в этом возрасте подтверждают патологический характер отклонения в речевом развитии и свидетельствуют об относительно плохом прогнозе дальнейшего развития речи.

В) Позднее появление первых слов в экспрессивной речи (после 14 месяцев) и медленный рост словаря. Первыми словами правомерно называть любые звукокомплексы (фрагменты слов, контуры слов), которые в употреблении однозначно и регулярно соотносятся с одними и теми же объектами или ситуациями. Часть этих слов вообще не входит в нормативный лексикон и свойственна лишь инициальному периоду развития речи. Это относится к лепетным или звукоподражательным словам (*би-би, ко-ко, аф-аф, ту-ту, ам-ам* и т. п.).

Г) Грубые нарушения звукозаполнения и слоговой структуры при отсутствии (или наличии) искажений просодической стороны речи, своевременном появлении первых слов, но медленном дальнейшем приросте словаря и преобладании лепетных звукокомплексов или «контуров» слов.

Первые два ряда симптомов (А и Б), по нашим наблюдениям, обычно обусловлены отставанием в интеллектуальном развитии. У 80% детей, имевших в анамнезе подобные проявления, впоследствии была диагностирована умственная отсталость или задержка психического развития. У 60% из них в анамнезе отмечалось позднее становление навыков ходьбы (после 14 месяцев). 6 детей с подобными нарушениями речевого развития обследовались нами в возрасте 14—18 месяцев.

Кроме вышеописанных речевых расстройств у них отмечался слабый, поверхностный интерес к игрушкам, чрезвычайно кратковременная фиксация внимания на них и недифференцированные реакции на знакомых и незнакомых взрослых.

По нашим наблюдениям, синдром дизартрии (чаще — смешанной, что отмечают Мастжова Е. М. и Ипполитова М. В. (1985)) удается выявить особенно рано. Наиболее ранними симптомами являются нарушения интонационно-мелодических характеристик вокализаций: позднего лепета и первых слов. При дизартрии (нами наблюдались 3 детей 16—18 месяцев) страдают как сегментарные, так и расегментарные характеристики. Это объясняется самой природой этого расстройства: нарушена центральная иннервация тонуса и двигательной активности мышц, участвующих в артикуляции. Нередко страдают акты жевания и глотания. Поэтому искажения звуковых характеристик речи носят малоизбирательный характер по отношению к фонетическим и фонологическим характеристикам речевого акта. Дифференциальные признаки гласных и согласных нивелируются, речевая продукция малоразборчива и непонятна даже родителям.

Нередко у таких детей отстают в развитии локомоторные функции в сочетании с грубой пирамидной недостаточностью вследствие детского церебрального паралича. Их умственное развитие варьируется в широком диапазоне: от низкой нормы до умственной отсталости.

Артикуляционная диспраксия только в наиболее тяжелых случаях проявляется клинически на ранних этапах речевого онтогенеза. Дизонтогенез звуковой стороны речи в этих случаях носит избирательный характер: нарушено овладение согласными звуками и слоговой структурой. Гласные и просодические характеристики обычно не страдают. Иногда диспросодия может выражаться в неправильной постановке ударения. В редких случаях, преимущественно при правополушарном поражении головного мозга у детей, интонационная окраска их высказываний носит несколько вычурный, стереотипный характер, не соответствующий смыслу высказывания. Иногда это может сопровождаться эхоталией — механическим повторением слов или фраз с сохранением инто-

нации оригинала. Звуковые характеристики слов долго остаются нестабильными. Импрессивный словарь, понимание речи существенно не страдают (в тех случаях, когда интеллект не нарушен). Экспрессивный словарь скуден и ограничивается лепетными словами (*ко-ко, би-би* и т. п.) и так называемыми «псевдоомонимами», представляющими собой слог или слогоподобный звукокомплекс, который семантически соотносится с группой разных по смыслу слов (Жукова Н. С, 1994, Цейтлин С. Н., 2001, Priestly T. M. S., 1980). •

### **Симптоматология раннего периода речевого онтогенеза**

Дизонтогенез речи *в ранний период* онтогенеза обусловлен теми же причинами, что были упомянуты выше, но проявляется несколько иначе. .

У детей с первичным неосложненным недоразвитием речи дизонтогенез становится заметным не ранее второго периода развития речи. В таких случаях характерна грубая диссоциация между полностью или относительно сохранной импрессивной речью и тяжелым отставанием в развитии экспрессивной речи. На протяжении всего описываемого периода последняя ограничивается лепетными, звукоподражательными однословными высказываниями. Длина синтагм увеличивается чрезвычайно медленно. В клинической картине на первый план выступают тяжелые нарушения синтагматических языковых операций: фонотаксиса и синтаксиса, которые почти не дают динамики в созревании по сравнению с предыдущим периодом. Слоговая структура почти не совершенствуется: среди слов преобладают лепетные двусложные итерации (*ам-ам, ка-ка, ти-ти*). Аналогичные наблюдения приводятся и другими авторами (Ковшиков В. А., 1985, Жукова Н. С, 1994). Звуковая структура слова и звуконаполняемость остаются крайне нестабильными, а реализация отдельных звуков в слове — контекстуально зависимой. На качество реализации звука значительное влияние оказывают его «соседи» в слове или синтагме. Супraseгментарный уровень речи в большинстве случаев существенно не нарушен: высказывания ребенка богато интонированы, что отчасти

компенсирует в процессе коммуникации дефицит языковых средств. Коммуникативная деятельность проявляется в достаточно богатых и разнообразных формах ситуативно-делового общения, которое осуществляется с помощью скудных речевых средств, дополняемых жестикულიацией и мимико-пантомимических способов выражения. Такие дети обычно проявляют живой интерес к окружающему, на невербальном уровне демонстрируют неплохие познавательные способности, своевременно овладевают основными навыками самообслуживания. Подобная клиническая картина характерна для алалической формы первичного тотального недоразвития речи и встречается относительно редко (3—5% от всех случаев ПНР).

Значительно более распространенной формой речевого дизонтогенеза, манифестирующего в описываемом периоде, является та, которую мы наблюдали у так называемых микстов, то есть детей, имеющих сочетание нескольких расстройств. Под нашим наблюдением находилось 9 таких детей в возрасте 19-31 месяца. Клиническое обследование выявило у большинства из них сочетание задержки психического развития и одного из синдромов первичного парциального недоразвития речи, которые более подробно будут описаны ниже. Диагностически такие случаи представляли наибольшие затруднения. Дифференциацию между первичным и вторичным недоразвитием речи в 2/3 случаев окончательно удавалось произвести лишь в динамике, 1-2 года спустя. Данная клиническая группа весьма полиморфна как по симптоматике, так и по тяжести. В большинстве случаев она соответствовала критериям параалалической формы первичного тотального недоразвития речи. Это означает, что у детей страдали все основные языковые средства: было нарушено звукопроизношение, отставала в развитии лексико-грамматическая сфера.

В основе нарушений звукопроизношения лежал один из упоминавшихся выше синдромов парциального ПНР: дизартрия, артикуляционная апраксия или ринология. От этого, соответственно, зависела и ведущая симптоматика. Симптомы фонологической недостаточности варьировали от запаздывания в

овладении согласными среднего онтогенеза до тотального нарушения (искажения и замены) всей звуковой системы и просодической стороны речи. Фразы появлялись после 2 или 3 лет. В связи с этим в этот период какой-либо специфики в проявлении синтаксических или морфологических нарушений у большинства детей выявить не удавалось. В целом от детей с алалической формой ТНР их отличал более высокий уровень речевой активности и менее выраженные синтагматические нарушения (большая стабильность звуковой структуры и относительная сохранность слоговой структуры слов). Способность к пониманию речи оставалась относительно благополучной. У большинства детей обнаруживалась психопатологическая симптоматика: психический инфантилизм, гипердинамический синдром, незрелость невербальных интеллектуальных способностей, церебральная астеня. Коммуникативное и игровое поведение обеднено, жестовая речь небогата.

В этот период дифференциальная диагностика разных клинических форм ТНР еще достаточно трудна. Еще сложнее дифференцировать первичные формы недоразвития речи от вторичных. По нашим наблюдениям, вторичное недоразвитие речи, обусловленное умственной отсталостью, отличается от первичного недоразвития речи (ПНР) тем, что так называемый «возраст речевого развития» (то есть уровень речевой зрелости) обычно близок или равен «умственному возрасту». Это согласуется и с данными литературы (Rosenberg S., 1982, Carrol D., 1986). При любой из форм первичного недоразвития речи наблюдается диссоциация между этими двумя показателями. Более подробно методика анализа отдельных показателей психической зрелости в данном возрасте описана в приложении 2.

### **Симптоматология среднего и позднего периодов развития речи**

Средний период развития речи является завершающим для формирования основных языковых средств, и поэтому наиболее часто нарушения речевого развития диагностируются именно в этом возрасте. В это время симптоматика

речевых нарушений наиболее богата и разнообразна, что облегчает дифференциальный диагноз разных форм недоразвития речи. В этом возрасте у здоровых детей большинство речевых характеристик соответствует нормативам речи взрослых, и это облегчает дифференциальную диагностику физиологической незрелости и патологического недоразвития (или задержки развития).

На последующем этапе (в поздний период) часть симптоматики нарушений устной речи частично компенсируется (спонтанно или с помощью коррекции) и не обнаруживает себя явно. Однако это не всегда означает, что наступила полная компенсация языковых нарушений. Они проявляются или в специальных сенсбилизированных тестовых ситуациях, или в других видах языковых и метаязыковых операций (письмо, чтение, освоение иностранных языков). При неполной компенсации в позднем периоде возникают нарушения чтения и письма (в том числе дислексии и дисграфии), корни которых тянутся в средний период. При тотальном недоразвитии речи в позднем периоде на первый план выступают трудности порождения развернутых связных высказываний, незрелость прагматики речи. Данные нарушения не получили в отечественной логопедии адекватного обозначения как патологический синдром. В англоязычной литературе им соответствует таксономический термин «синтаксически-прагматический синдром» (Rapin I., Allen D., 1988). По своим проявлениям в позднем периоде он малоспецифичен и трудноотличим от фенокопий, имеющих иное происхождение, вторичное по отношению к интеллектуальной недостаточности, сенсорным нарушениям, душевным заболеваниям, последствиям психической депривации.

### **Синдромы нарушения звуковой стороны речи**

Анализ собранных материалов позволяет утверждать, что первичное недоразвитие речи представляет собой полисиндромное образование полифакторного происхождения. В связи с этим уместной и актуальной представляется задача вычленения синдромов, соответствующих так называемым «первичным дефектам» (Лурия А. Р., 1969, 1975, Ахутина Г. В., 1989), то есть тех, чье проис-



хождение носит автономный и цельный характер и соотносится с определенными мозговыми механизмами. Фактически речь идет о минимальных единицах анализа лингвопатологической феноменологии. В качестве *минимального симптомокомплекса, соответствующего первичному дефекту, можно рассматривать такой симптомокомплекс, который хотя бы в небольшом числе наблюдений встречается изолированно и в динамике проявляет себя как целостное образование* (то есть не расслаивается). Еще одним подтверждением правильной идентификации синдрома является сопоставление групп, подобранных по принципу единства синдрома с группами, где этот принцип не выдерживается или за основу принимается внешнее сходство симптомов. Внутригрупповая вариабельность симптомов в группах второго типа значительно превышает аналогичный показатель в группах первого типа.

На основе вышеизложенных принципов нами был произведен синдромологический анализ клинических проявлений первичного недоразвития речи в группе детей, находившихся под наблюдением. При таком подходе сопоставление парциальных и тотальных вариантов ПНР показало, например, что некоторые симптомокомплексы, традиционно описываемые как целостное (так называемое «системное») образование, на самом деле являются сочетанием нескольких достаточно автономных синдромов, встречающихся изолированно. Проведенный анализ позволил выделить первичные лингвопатологические синдромы, описание которых приводится ниже.

### **Синдром мономорфных функциональных нарушений звукопроизношения**

Традиционно в логопедии функциональными нарушениями звукопроизношения принято называть те, которые не вызваны нарушением иннервации артикуляторных органов или анатомическими их аномалиями. Первое условие, к сожалению, носит скорее декларативный, чем операциональный характер.

Ни в неврологической, ни в логопедической научной литературе не приводится критериев «сохранности иннервации артикуляционного аппарата». Само

выражение «нарушение иннервации» является достаточно неопределенным по содержанию. Более подробно этот вопрос обсуждается в главе 8.

Отсутствуют данные о возрастных показателях нормы состояния артикуляционного аппарата. В отношении легких нарушений иннервации артикуляционного аппарата в литературе встречается очень много дискуссионных и априорных суждений. Часто смешиваются такие категории, как физиологическая незрелость иннервации и координационных механизмов артикуляционного аппарата и патологическая иннервационная недостаточность (пирамидная, экстрапирамидная и др.).

Вследствие всего перечисленного практическая диагностика функциональных нарушений звуковой стороны речи остается весьма ненадежной, чаще — предположительной. Критерии диагностики данного синдрома и отграничения его от нормы зависят от нормативных сроков становления звукопроизношения. В популяции существует разброс средних показателей возраста овладения произношением того или иного звука. Процентное распределение детей, освоивших к данному возрасту определенный звук, подчиняется статистическому закону нормального распределения. Обычно возраст, к которому 75% здоровых детей усваивают определенный навык, принимают за границу нормы. Освоение звука в популяции размещается в «возрастном коридоре», имеющем минимум и максимум. Точных статистических данных для носителей русского языка до настоящего времени нет. Представленные в литературе нормативы приблизительны и получены при исследованиях ограниченного контингента детей или даже на основе единичных наблюдений (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1979, 1983). Чем выше используемые нормативы, то есть чем раньше ожидается овладение звуко-произношением и автоматизация этих навыков, тем больше будет диагностироваться детей с «нарушениями» звукопроизношения, в том числе и с функциональными нарушениями звуковых характеристик речи. Иначе говоря, завышение нормативов умножает патологию.

Статистические данные указывают, что дефектное звукопроизношение отмечается у 25-30% детей 5—6 лет, у 17-20% детей 7-8 лет и у 1% детей более старшего возраста (Логопедия, 1999). Напрашивается вывод, что значительная часть «нарушений» звукопроизношения исчезает спонтанно и, следовательно, является вариантом нормы. Однако тот факт, что оценка готовности к обучению в школе производится в 6 лет, стихийно формирует представление, будто к этому моменту ребенок должен полностью овладеть нормативным звукопроизношением. Проверить это можно только с помощью популяционных лонгитюдных исследований по становлению звукопроизношения, которые пока отсутствуют.

Есть основания полагать, что синдром мономорфных функциональных нарушений звукопроизношения занимает промежуточное положение между нормой и патологией. Достаточно сложно дифференцировать случаи запаздывания в овладении определенным звуком (то есть темповые отклонения в фонологическом развитии) и функциональные нарушения в овладении произносительными навыками. Феноменологически они часто не имеют отличий. В качестве симптоматики, свойственной функциональным нарушениям звуковой стороны речи, описываются те же ошибки, что являются нормой для детей 4-5 лет: искажения отдельных характеристик звуков речи (только согласных), замены согласных, смешения согласных. Чаще всего эти ошибки относятся к звукам позднего онтогенеза. Природа подобных явлений до настоящего времени остается неясной. Возможные причины таких функциональных нарушений приведены в литературе: это подражание, общая физическая ослабленность, неблагоприятное социальное окружение (Ляпидевский С. С, 1969, Правдина О. В., 1973, Логопедия, 1999). Но нет оснований считать их доказанными.

Каковы же дифференциально-диагностические критерии разграничения низкой нормы и функциональных нарушений? Этих критериев немного, и все они относятся к сопутствующей феноменологии, а не к основной: слуховое внимание, фонетическое/фонематическое восприятие, сформированность

перцептивных эталонов фонем (то, что иначе в российской логопедической литературе называют «фонематическими представлениями»), сформированность фонологической системы (в семиотическом ее аспекте). При недостаточной их сформированности (у детей старше 5 лет) правомерно предполагать, что звуковые нарушения носят патологический, по функциональный характер и без специальной коррекционной помощи не компенсируются. Такой вариант нарушений описывается Б. М. Гриншпуном у детей с так называемой «акустико-фонематической дислалией» (Логопедия, 1999). Дети с нарушениями слухового внимания, фонетического/фонематического восприятия имеют высокий риск сохранения некоторых временных субститутов в качестве окончательного варианта, санкционированного как норма. Таким же образом могут автоматизироваться неточные, искаженные варианты произнесения. Эти нарушения правомерно считать функциональными, так как основной их механизм — нарушения функционального взаимодействия сенсорного/гностического и моторного/праксического компонентов операциональной базы фонологического уровня функциональной системы языка и речи (ФСЯР).

Существуют и другие дифференциально-диагностические критерии, которые можно назвать «критериями исключения» для данного синдрома. Речь идет о состоянии артикуляторной базы, артикуляционного праксиса. Имеется в виду способность к координациям артикуляционных действий, необходимых для достижения нормативного звукового эффекта, сформированность соответствующих артикуляторных навыков и их автоматизированность, состояние операций кинестетического контроля за выполнением артикуляторных действий, сформированность кинестетических перцептивных эталонов артикулем (Бельтюков В. И., 1977, Бернштейн Н. А., 1990). Несформированность некоторых из компонентов артикуляционной базы также является основанием для заключения о патологическом характере звуковых нарушений (для детей старше 5 лет.). Однако, в отличие от вышеописанного синдрома, данный тип не относится к функциональным нарушениям, так как в его основе лежит дефицит центральной иннервации артикуляторных органов.

Он подпадает под определение артикуляционной диспраксии, которое будет дано ниже. Данный тип нарушений описан Б. М. Гриншпуном у детей с «артикуляторно-фонематической» и «артикуляторно-фонетической» дислалией (Логопедия, 1999).

### **Синдромы центральных полиморфных избирательных нарушений звукопроизношения (синдромы артикуляторной диспраксии)**

Как отмечалось выше, существует клиническая группа детей с нарушениями формирования звуковой стороны речи, которая по тяжести занимает промежуточное положение между чисто функциональными расстройствами и состояниями, обусловленными грубым тотальным нарушением иннервации артикуляционных мышц (наблюдающимся при дизартрии). Это полиморфные нарушения звукопроизношения, которые носят избирательный характер, затрагивают только сегментарный уровень и не влияют на состояние, супraseгментарного уровня звуковой стороны речи. Экспериментальное изучение данного синдрома стало предметом специального исследования.

Среди детей, находившихся под нашим наблюдением, была отобрана группа из 110 человек в возрасте от 5,5 до 8 лет с данным типом нарушения звукопроизношения и подвергнута углубленному клинико-нейропсихологическому исследованию (Корпев А. Н., 1993, 1994, 1999). Клиническая симптоматика не позволяла отнести эти случаи к чисто функциональным нарушениям, но не давала и оснований для того, чтобы расценивать их как вариант дизартрии. С нашей точки зрения, последнее правомерно только тогда, когда имеется классический, «ядерный» набор симптомов, описанный в литературе (Винарская Е. Н., Пулатов А. М., 1973, 1989, Винарская Е. М., 1982, Morley M., 1972): тотальность нарушений звукопроизношения, значительное снижение членораздельности речи, нарушения со стороны силы, тонуса и объема движений артикуляционных

мышц. У наших испытуемых большая часть перечисленных признаков отсутствовала. Неврологическое исследование выявило у 64% детей рассеянную неврологическую микросимптоматику.

У всех детей экспериментальной группы было нарушено произношение согласных среднего или позднего онтогенеза, то есть наиболее сложных по произносительным характеристикам звуков. Все перечисленные виды ошибок, по нашим наблюдениям и данным литературы, встречаются и у здоровых детей на ранних этапах речевого онтогенеза (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1979, Жукова Н. С, Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б., 1990, Жукова Н. С, 1994). По существу, они же встречаются как при дислалии, так и при дизартрии. Иначе говоря, характер отдельных симптомов не позволяет судить о природе нарушений. Своеобразие клинической картины выступает лишь на синдромальном уровне. Характер распределения ошибок, некоторые неврологические и нейропсихологические характеристики дали основание рассматривать данные случаи как особый тип нарушений формирования произносительной стороны речи.

Симптоматику нарушений звуковой стороны речи у наших испытуемых можно сгруппировать следующим образом:

а) Искажения отдельных фонетических характеристик звуков речи. В англоязычной литературе это называют еще аппроксимацией. Подробно эти симптомы были описаны выше. Здесь мы отметим лишь некоторые их особенности, свойственные этому виду недоразвития речи у детей. Феноменологически искажения, наблюдаемые при артикуляционной диспраксии, схожи с теми, которые встречаются и у детей с функциональной дислалией (сигматизмы, лямбдацизм, ротацизм и др.). Отличия заключаются лишь в стойкости нарушений и сопутствующей симптоматике.

б) Замены звуков, еще отсутствующих в артикуляторном инвентаре ребенка или частично освоенных, но не автоматизированных. Наиболее часто вместо артикуляционно сложных звуков дети используют более простые по артикуляции, временные заместители раннего онтогенеза. Если нормативный

звук не освоен совсем, то заместитель используется вместо него регулярно во всех словах и во всех позициях в слове. Если нормативный звук частично освоен, то заместитель заменяет его не постоянно и не во всех позициях в слове. Как известно, некоторые из заместителей сами по себе соответствуют нормативным звукам. Например, Ш —» С, Ч —» Т, Р -» Л или Л'. В таких случаях важно отличать эти замены от смещений, носящих двусторонний характер.

в) Пропуски согласных. Наиболее часто пропускаются звуки, не освоенные или частично освоенные в произношении. Например, /isa/ — лиса, /ajbu/ — арбуз. Среди детей 5 лет и старше такие ошибки довольно редки. В возрасте 3-4 лет эти ошибки встречаются намного чаще. Более распространены среди детей 5 лет и старше пропуски согласных в стечениях. Например, Ренат Я., 6 лет: /atobas/ — автобус, /z'ekala/ — зеркало, но /кгап/ — кран.

г) Пропуски слогов. Этот вид ошибок встречается преимущественно у детей 3—4 лет или старше 5 лет, но с тяжелыми формами артикуляционной диспраксии. Чаще это наблюдается при динамической или смешанной ее формах.

д) Перестановки слогов после 5 лет встречаются почти исключительно при динамической форме диспраксии.

В таком достаточно обширном и полиморфном комплексе симптомов удалось выделить три симптомокомплекса, которые удовлетворяли вышеприведенным критериям выделения синдрома как самостоятельной единицы. Анализ распределения звуковых ошибок, их качества и ряд дополнительных экспериментальных данных позволили идентифицировать эти симптомокомплексы как синдромы, имеющие разные нейропсихологические механизмы: «синдром дисфонетической артикуляторной диспраксии», «синдром дисфонологической артикуляторной диспраксии» и «синдром динамической артикуляторной диспраксии» (Корнев А. Н., 1989). Каждый из перечисленных синдромов встречался у детей с НР или как ведущий, определявший основную логопатологическую симптоматику, или как

компонент более сложного, комплексного состояния тотального недоразвития речи (АТНР или ПТНР).

### *Синдром дисфонетической диспраксии*

Данный синдром наиболее простой по своему составу. Он включает искажения произносительных характеристик согласных звуков. Чаще встречаются мономорфные варианты синдрома, когда нарушено произнесение одного звука или нескольких звуков, близких по таким артикуляторным характеристикам, как место и способ образования. Например, сигматизм (межзубный или боковой) может включать дефектное произнесение С, Ш, З. Чаще такие ошибки носят полиморфный характер: дефектно произносится вся группа фрикативов или даже несколько фонетических групп звуков. При этом у детей не обнаруживается грубых нарушений подвижности артикуляторных органов, нет отклонений в просодических характеристиках речи. В ряде случаев такие нарушения могут сопровождаться неполноценностью фонематического (фонетического) восприятия, что носит, однако, факультативный характер. Феноменологически сходный симптомокомплекс в логопедической литературе обозначается или как «артикуляторно-фонетическая дислалия», или как «корковая дизартрия» (Логопедия, 1999) или как «стертая дизартрия» (Мелехова Л. В., 1964, Токарева О. А., 1969, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Сизова Э. Я., 1978, Лопатина Л. В., 1986, 1996).

### *Синдром дисфонологической диспраксии*

Ошибки звукопроизношения в данной группе детей носили полиморфный, но избирательный характер. Чаще всего это были пропуски, замены-упрощения, искажения согласных, пропуски и перестановки слогов. Нарушения сегментарного уровня затрагивали несколько фонетических групп, но, как правило, это были звуки позднего онтогенеза (аффрикаты Л и Р). Количественно среди ошибок преобладали замены, носившие относительно стабильный характер. Среди звуков-заменителей превалировали



артикуляционно более простые (по сравнению с заменяемым) звуки, усваиваемые в онтогенезе раньше. Часто заменяющим становился временный субститут раннего этапа онтогенеза.

#### *Примеры*

*Андрей А., 7 лет: /r'akoj/ — якорь, /kojzina/ — корзина, /garas/ — га-раж;*

*Денис В., 7 лет 10 мес.: /tavaj/ — трамвай, /o vol'ka/ — от волка;*

*Максим М., 4 года 10 мес.: //at'/ — врач, /t'as'ka/ — чашка;*

*Антон Л., 6 лет 4 мес.: /abas'/ — арбуз, /knis'ka/ — книжка, /smotjit/ — смотрит;*

*Андрей П., 6 лет 3 мес.: /biz'it/ — бежит, /igait/ — играет.*

Иногда у этих же детей встречались искажения звуков: межзубный или боковой сигматизм, ротацизм с велярным Р, лямбдацизм с двугубным Л и другие аналогичные нарушения. Довольно часто наблюдались пропуски согласных в кластерах. Примерно в 2/3 случаев у детей этой подгруппы отмечались негрубые и немногочисленные нарушения слоговой структуры: пропуски слогов, упрощения слоговой структуры, перестановки. Просодические характеристики речи и произнесение гласных звуков у детей нарушены не были.

Таким образом, типовыми, выступающими на первый план, и облигатными признаками данного вида артикуляционной диспраксии были сочетания таких ошибок, как замены-упрощения (неадекватные для данного возраста) и пропуски согласных в кластерах. Степень тяжести этого вида артикуляционной диспраксии измеряется тем, насколько ранние субституты используются в качестве звуков-заменителей. Данный синдром как отдельный симптомокомплекс в логопедической литературе не выделялся, то есть описывается впервые (Корнев А. Н., 1992).

#### *Синдром динамической диспраксии*

Данный синдром как самостоятельный симптомокомплекс впервые описан в 1992 г. (Корнев А. Н., 1992). Центральное место в нем занимают ошибки

воспроизведения слоговой структуры слов. Дети с этим видом диспраксии значительно дольше сверстников используют упрощенные слоговые конструкции (СГСГСГ, СГСГСГ, ГССГ). При произнесении многосложных слов у них возникают значительные трудности в переключении со слога на слог. Они не могут автоматизировано произносить многосложные слова, особенно со стечением согласных. В связи с этим часто допускаются такие ошибки, как пропуски слогов, перестановки слогов. В качестве компенсаторного приема сложные по слоговой структуре слова дети нередко произносят скандированно, по слогам. При столь грубых трудностях вторично страдает интонационно-мелодическое оформление высказываний. Однако это относится только к артикуляторно сложным высказываниям.

*Примеры:*

*Оля Д., 7 лет 8 мес.: Называние — /k..ni..ga/ — книга, / v'e..d..ro/ — ведро; повторение слогов — пла — /p..'a/, кла — /к..Га/, кни — / k..ni/;*

*Слава П., 8 лет: Повторение — /chl.s.Jo/, /tislo/ — число, /p/a..ch..'t'..e/ — платье, /ga..'..stuk/, /gastuk/ — галстук;*

*Рита Р., 7 лет 7 мес.: /devero/ — дерево, /skaravada/ — сковорода.*

В наиболее тяжелых случаях на ранних этапах речевого онтогенеза речь таких детей представлена преимущественно лепетными словами или фрагментами слов, состоящими из одного слога.

Резюмируя представленный выше материал, мы считаем необходимым еще раз подчеркнуть, что описанные симптомокомплексы по целому ряду клинических признаков отличаются как от функциональных расстройств, так и от общепринятых в неврологии классических синдромов дизартрии. Материалы собственных наблюдений и данные литературы позволяют предполагать в этих случаях принципиально иной церебральный механизм расстройства. В связи с этим представляется не вполне удачным использование по отношению к подобным случаям терминов, не точно отражающих ведущие механизмы расстройства. Это приводит и к неоправданному расширению клинических границ понятия «дизартрия». Использование близких терминов «стертая

дизартрия», «корковая дизартрия» принципиально ничего не меняет. Наиболее адекватным и отражающим ведущий механизм расстройства нам представляется термин, весьма близкий к тому, который используется в международной практике (developmental articulatory dyspraxia, DAD) — «синдром артикуляционной диспраксии» с указанием его клинического варианта (дисфонетического, дисфонологического, динамического или смешанного).

### *Синдром вербальной диспраксии*

Наряду с вышеописанными нарушениями звуковой стороны речи у детей с ТНР наблюдаются и иные, значительно более тяжелые расстройства. Их нельзя отнести ни к дизартрическим, ни к дислалическим. Они представляют собой специфический симптомокомплекс фонологических (то есть языковых) нарушений, который встречается почти исключительно у детей с моторной алалией. Есть основания полагать, что природа и механизм этого синдрома при моторной алалии имеет особую и самостоятельную природу, отличную, например, от лексико-грамматических нарушений. Поэтому имеет смысл выделять синдром вербальной диспраксии из общего симптомокомплекса моторной алалии, описывать и изучать его как самостоятельный. В отличие от синдрома артикуляционной диспраксии, нарушения в данном случае проявляются не на уровне артикулем, а на уровне целого слова или синтагмы. Многие из таких детей произносят без ошибок отдельные звуки или слоги. При произнесении же слов допускаются разнообразные многочисленные ошибки. Их главная особенность заключается в нерегулярности и высокой контекстуальной зависимости. Звук, который изолированно произносится правильно, в словах заменяется на целый ряд других звуков, зачастую принадлежащих к весьма далеким фонетическим группам и резко отличающихся по дифференциальным признакам от заменяемого звука. Вероятность замен и их характер зависят от сложности, длины слова или синтагмы и фонетического контекста. В коротких словах допускается сравнительно немного ошибок, в многосложных — больше, а при

произнесении фразы — еще больше. Слоговая структура почти всегда грубо нарушена, но, в отличие от динамической диспраксии, слоги могут не только пропускаться, но и добавляться. Иначе говоря, слоговая структура иногда упрощается, а иногда — усложняется. Например: магнитофон — /mattilal'son/, светофор — /slisitafol', памятник — /paminit', /pamihti/, экскаватор — /эжяа/акэ!/, /d..kavaka/. Характерной особенностью звуковых нарушений, не наблюдавшихся ни при одной из других форм речевых расстройств, являлась диссоциация характера звуковых ошибок, которые допускал один и тот же ребенок при назывании и при повторении одних и тех же слов.

Примеры (первым по порядку приводится название, вторым — повторение):

барабан — /bal'ahal/, /baaban/, рукавички — /vixb..si..hi/, /lukalis'ki/, метелка — /mmol'ka/, /metojkaf, лампочка — /lamnit'ka/, /lampi: la/, аквариум — /akvalilet/, /akkalili/.

Обязательным компонентом данного синдрома являются выраженные ограничения в фонотаксисе. Линейная организация ряда звуков, слогов в слове обычно грубо нарушена. Увеличение количества и степени разнообразия элементов, входящих в ряд, затрудняет воспроизведение слов. В большинстве случаев дети не могли воспроизвести отраженно даже ряд из трех слогов, различающихся только гласными звуками (МИ-МА-МО, ТУ-ТИ-ТА).

Синдром вербальной диспраксии практически всегда сопровождается выраженными нарушениями лексико-грамматической сферы. Сравнительная тяжесть фонологических и лексико-грамматических нарушений у разных детей различается, диссоциирует. Это доказывает наличие определенной степени автономии этих подсистем. Однако мы ни разу не встречали ребенка с синдромом вербальной диспраксии без явлений лексико-грамматического недоразвития. Следовательно, в случаях патологии эти два синдрома имеют какие-то общие механизмы или общность церебрального субстрата. В целом клиническая картина недоразвития речи в таких случаях соответствует

классическим описаниям моторной алалии (Ковшиков В. А., 1985, Собонович Е. Ф., 1985).

### *Клиническая иллюстрация*

Ваня К., 5 лет 10 мес.

Диагноз: тотальное первичное недоразвитие речи II степени, алалическая форма, синдром моторной алалии.

В клинической картине на первый план выступают грубые нарушения как звуковой, так и лексико-грамматической стороны речи. Собственно артикуляционные возможности у мальчика грубо не нарушены. При изолированном повторении слогов мальчик правильно произнес почти все звуки, кроме Ж и Ш, которые заменял на С и З'. В спонтанной речи наблюдались многочисленные полиморфные нерегулярные звуковые замены, которых было тем больше, чем длиннее было слово или фраза.

Примеры спонтанно произнесенных фраз: «Зима падит» — Зима придет, «Деватька катаеса девара вниз» — Девочка катается с дерева вниз, «Круха несот тевак» — Свинья несет червяка, «Чевак кусаица крукав» — Червяк укусит свинью.

Называние картинок: лошадь — /l'o..ssik/, собака — /tabaka/, санки — /sank//, папугай — /petugaj/, ключ — /tkl'up/, книги — /tnigi/.

Слоговая структура многосложных слов грубо нарушена. Повторение серий слогов: МИ-МА-МО — (+), МА-МО-МИ — «ма — ми — ми, ма — ма — ми», ТА-ТУ-ТИ — (+), ТУ-ТИ-ТА — «ту — та — ту, ту — ти — ти».

При сопоставлении с клинической картиной «вербальной апраксии развития» (DAS) в описании зарубежных авторов обнаруживается довольно много симптомов, сходных с вышеприведенной симптоматикой. D. Aram и J. Nation (1982), например, приводят следующие симптомы, на которых строится диагностика «вербальной апраксии развития»:

- наличие разницы между выполнением произвольных и непроизвольных

- артикуляторных движений; непроизвольно выполненные артикуляторные действия осуществляются лучше, чем произвольные, по заданию;
- затруднения в отборе и последовательной организации фонологических
- артикуляционных движений;
- нормальное понимание речи, нарушенные лексика и синтаксис;
- иногда нарушены чтение и письмо;
- при использовании традиционных методов исправления артикуляционных дефектов улучшение наступает медленно.

Другие авторы добавляют еще такие симптомы DAS, как нерегулярность фонологических ошибок, высокая контекстуальная зависимость ошибок (Shriberg L. D., Aram D. M., Kwiatkowski J., 1997).

По данным L. D. Shriberg, D. M. Aram и J. Kwiatkowski (1997), распространенность DAS равна 0,125% детского населения дошкольного возраста. Это практически совпадает с показателями распространенности моторной алалии, полученными в нашем исследовании (см. главу 6). Соотношение по полу в данных разных авторов варьирует от 3 : 1 в пользу мальчиков (Hall P. K. et al., 1993) до 1:9 (Crary M. A., 1984). Последний показатель распределения по полу также совпадает с аналогичным показателем, полученным в нашем исследовании детей с моторной алалией.

### **Синдромы центрального полиморфного тотального нарушения звукопроизношения органического генеза (синдром дизартрии развития)**

Среди нарушений звукопроизношения у детей встречаются симптомокомплексы, главной отличительной чертой которых является тотальность. В таких случаях дефектны все характеристики звукопроизношения: произнесение гласных и согласных, ритмико-интонационная и мелодическая окраска речевых высказываний. Конкретные проявления патологических отклонений могут быть разными, но их тотальность присутствует всегда. Среди состояний нарушения формирования

звуковой стороны речи центрального происхождения это встречается только при дизартрии развития. Особенно часто — у детей с детским церебральным параличом. Внешне это отчасти напоминает проявления приобретенной дизартрии у взрослых, но по природе и механизмам существенно отличается от нее.

Среди наших испытуемых 15 детей имели признаки дизартрии без сопутствующих явлений детского церебрального паралича. У 2 детей симптоматика соответствовала картине экстрапирамидной, подкорковой дизартрии, у 2 — мозжечковой дизартрии, у 6 — псевдобульбарной, а у остальных — смешанной дизартрии. В настоящем исследовании мы не ставили своей задачей подробный анализ клиники разных форм дизартрии, поскольку это уже было сделано другими авторами (Правдина О. В., 1973, Токарева О. А., 1969, Винарская Е. Н., 1982, 1989, Панченко И. И., Щербакова Л. А., 1975, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985). Цель нашего исследования — описать характерные симптомы, присущие дизартрии и отличающие ее от других нарушений звукопроизношения. В согласии с данными литературы, цитированной выше, наиболее характерной чертой наблюдавшихся нами детей с дизартрией было тотальное нарушение звукопроизношения вследствие ограничения подвижности артикуляционных мышц. Сократительная способность артикуляционных мышц была нарушена в связи с центральным парезом или мышечной дистонией и гиперкинезами. У всех наблюдавшихся нами детей неврологическое исследование выявляло симптомы пирамидной недостаточности: у 5 детей — двусторонней, у 6 — правосторонней и у 4 — левосторонней. У 9 детей отмечались нерезко выраженные атетоидные гиперкинезы языка, у остальных — беспокойство языка. У 12 детей язык был спастичным, комкообразным, отодвинут к задней стенке глотки. В остальных случаях выявлялась дистония мышц языка. Объем движений языка, губ, мимической мускулатуры был существенно ограничен. В связи с этим отмечалась некоторая гипомимия. В 2 случаях — обнаружены грубые паретические нарушения мимической, артикуляционной и жевательной

мускулатуры. У этих детей наблюдалась амимия, не смыкались глазные щели, рот постоянно был полуоткрыт, отмечалось постоянное слюнотечение. Выполнение проб на оральный праксис у всех детей было грубо нарушено. Все дети плохо справлялись с заданиями на пальцевой гнозис и праксис. В 4 случаях завязывание 5 пар нитей оказалось невозможным. Движения органов, участвующих в артикуляции, были скованными, неточными, что и отражалось на фонетических характеристиках речевого акта. Речь таких детей отличалась общей нечленораздельностью.

Родители рассказывали, что не могли понять их речь до 2—3 лет. Тотальность нарушений звуковых характеристик речи проявлялась в том, что искажению подвергались все фонетические параметры: голосовые, интонационные, произнесение отдельных звуков. В большинстве случаев речь интонационно была маловыразительной, порой глуховатой. Для данного синдрома характерны следующие нарушения голосообразования: голос слабый, тихий, затухающий в процессе говорения, нарушен тембр (голос хриплый, глухой, назализованный, монотонный, сдавленный, тусклый, слабомодулированный). В ряде случаев все перечисленные недостатки значительно варьируют по степени выраженности, то усиливаясь, то ослабевая.

В 3 случаях была нарушена координация речевого дыхания и фонации. Речь приобретала у этих детей скандированный характер с интонационно неадекватной расстановкой пауз и вдохов. У всех детей с синдромом дизартрии искажению подвергались как гласные, так и согласные. Артикуляция гласных в той или иной степени приближалась к нейтральному звуку, среднему между А, О и Е. Среди согласных более грубому искажению подвергались произносительно наиболее сложные звуки: Р, Л, Ш, Щ, Ж, Ч и Ц. В связи со всем этим речь таких детей производила впечатление «каши во рту». В 4 случаях детям были недоступны губные звуки П, Б, М, которые заменялись на переднеязычные Т, Д, Н. 5 детям были недоступны переднеязычные звуки Т, Д, Н, и они заменялись на заднеязычные Г, К и Х. Весьма часто все перечисленные проявления сочетались с симптомами артикуляционной



диспраксии. При этом в речи встречались замены-упрощения звуков позднего онтогенеза, пропуски и относительно негрубые нарушения слоговой структуры: пропуски и перестановки слогов. Эти наблюдения согласуются с данными литературы (Мастюкова Е. М., 1989).

## **Синдромы нарушения лексико-грамматического оформления высказываний**

### **Синдромы экспрессивного дисграмматизма**

Аграмматизм как особый род расстройств, независимый от нарушений произносительной стороны речи, одним из первых выделил М. Seeman (1955). Автор приводит как собственные наблюдения, так и материалы Н. Liebmann (1925), касающиеся степени выраженности аграмматизма. Позднее те же наблюдения приводят К.-Р. Becker и М. Sovak (1981), дополнив их материалами S. Remmler (1975). М. Seeman подчеркивал автономность этого синдрома по механизмам от других синдромов недоразвития речи. Более адекватным для обозначения соответствующих синдромов детского возраста представляется термин «дисграмматизм». Термин «аграмматизмы» мы оставляем для обозначения симптомов.

Практически во всех случаях тотального недоразвития речи встречается комплекс разнообразных аграмматизмов: пропуски, замены служебных слов, замены флексий, суффиксов, упрощение синтаксической конструкции фраз, использование неполных конструкций с пропуском знаменательных слов. Каждый из них в отдельности в определенном возрасте встречается и у здоровых детей. Лишь симптомокомплексы своей атипичностью, возрастной неадекватностью указывают на патологический характер соответствующей феноменологии. Оценивая качественные параметры синдромов дисграмматизма, можно разграничивать их по степени тяжести или по лингвистическим показателям сформированности отдельных синтаксических и морфологических средств передачи грамматического и семантического значения высказываний.

В логопедической литературе представлены несколько подходов к оценке степени тяжести лексико-грамматического недоразвития: три степени аграмматизма по Liebmann (цит. по: Becker К.-Р, Sovak М., 1981), три уровня по Р. Е. Левиной (1968) и четыре степени аграмматизма по К.-Р Becker, М. Sovak, (1981). Все они построены примерно по одному принципу: степень тяжести оценивается по сформированности синтаксиса (наличие/отсутствие фраз) и морфологии (наличие/отсутствие флексий и других аффиксов, регулярность адекватного использования флексий), то есть по глобальным характеристикам сформированности грамматически оформленной фразовой речи. Однако возможен и другой подход к оценке степени тяжести дисграмматизма — онтолингвистический. Шкала измерения в этом случае складывается из типичных лингвистических вех, маркирующих переход на более зрелый уровень грамматической компетенции ребенка. Например, зная этапы формирования предложно-падежных конструкций в онтогенезе, ошибки в этих конструкциях у детей с НР можно расположить следующим образом, в порядке нарастания тяжести языковых нарушений: пропуски предлогов + верные флексии, пропуски предлогов + неверные флексии, правильное использование предлогов + неверные флексии, неправильное использование предлогов + неверные флексии. В приведенном ряду возрастает степень патологичности языковых недостатков. Сопоставление приведенного ряда ошибок с нормальным онтогенезом делает очевидной их неравноценность. Часть из них свойственна одному из ранних этапов нормального онтогенеза грамматической системы (первые два), а другие почти не встречаются у здоровых детей ни в каком возрасте. Таким же образом можно оценивать тяжесть замен падежных окончаний, зная последовательность овладения падежами и склонениями.

Процентное распределение аграмматизмов разного вида среди детей с недоразвитием речи зависит от многих факторов: от веса, который имеет данная языковая единица в системе грамматики русского языка, от ее когнитивной сложности, от этапа речевого онтогенеза, на котором находится ребенок, от клинической формы недоразвития речи и ее ведущего механизма, от степени

тяжести недоразвития речи, от состояния интеллекта ребенка и др. Учет этих факторов дает возможность построения определенной типологии синдромов дисграмматизма, базирующейся на ведущих нейропсихологических и психолингвистических механизмах. Однако данный вопрос в логопедической литературе почти не исследован.

Как отмечалось выше, грамматическое оформление высказывания включает два рода операций: синтаксическое структурирование, линейную организацию высказывания и морфологическое его оформление с помощью системы аффиксов. Многочисленные наблюдения как из области афазиологии, так и из области логопедии и онтолингвистики свидетельствуют об известной независимости, автономии синтаксического и морфологического компонентов грамматического оформления речи (Ахутина Т. В., 1989, Собонович Е. Ф., 1985, Кубрякова Е. С., 1991, Bates E. et al., 1991).

Проведенный анализ внутригрупповой согласованности отдельных симптомов дисграмматизма привел нас к выводу, что группа детей с этим симптомокомплексом является неоднородной. При сравнении разных испытуемых друг с другом обнаружилось, что морфологические нарушения варьируют у них с высокой степенью независимости от синтаксических нарушений. Среди наших испытуемых нередко можно было встретить детей с выраженной недостаточностью морфологических операций (неполноценным использованием флексий и служебных слов) и относительно сохранной линейной организацией фраз. Встречалось и обратное соотношение морфологической и синтаксической недостаточности. Указанные расстройства проявляли известную автономность и в динамике: скорость исчезновения обоих видов расстройств диссоциировала. Все это дает основания считать, что вышеуказанные проявления — это симптоматика двух различных (хотя и взаимосвязанных) по механизму расстройств. В определенной степени (на уровне феноменологии) правомерна аналогия этих синдромов с двумя описанными в афазиологии типами аграмматизмов: передним и задним (Лурия А. Р., 1975, Ахутина Т. В. 1989).

### *Синдром синтаксического («переднего») дисграмматизма*

При переднем дисграмматизме в наибольшей степени страдают синтагматические операции и линейная организация фраз. В тяжелых случаях фраза редуцируется до конструкции субъект-предикат. При определенных формах недоразвития речи пропускаются преимущественно глаголы, то есть грамматическая конструкция выглядит как субъект-объект.

У обследованных нами детей с преобладанием симптоматики переднего дисграмматизма отчетливо прослеживались трудности при построении высказывания. Отмечалась скованность, затрудненность порождения речевых актов. Этот процесс у них отличался низкой степенью автоматизации и спонтанности по сравнению со здоровыми сверстниками. В ситуациях, требовавших выхода за пределы шаблонного набора коротких, частотных бытовых фраз, такие дети были беспомощны. Запас шаблонов общеупотребимых синтаксических конструкций был у них крайне скуден. Они как бы строили фразы каждый раз заново, что значительно осложняло процесс вербальной коммуникации и особенно построение повествовательных текстов или рассуждений. Используемые синтагмы были крайне упрощенными, незавершенными, с пропусками как знаменательных, так и служебных слов. Это согласуется с некоторыми наблюдениями других авторов (Корицкая Е. Г., Минашина В. С., 1969, Белова-Давид Р. А., 1969, Собонович Е. Ф., 1985, Ковшиков В. А., 1985). Высказывания наших испытуемых строились из коротких синтагм (2—3-словных), которые в норме присущи детям 2,5—3 лет. В качестве иллюстраций ниже приводятся примеры текстов, которые строили дети с передним аграмматизмом, составляя рассказ по серии картинок.

#### *Примеры*

*Кирилл В., 7,5 лет. Диагноз: моторная алалия (вертикальные линии означают границы между отдельными синтагмами).*

Зайка пошел гулять / увидел снеговика / принес лесенку, залез / никак морковку не достать / сел / весна наступила / он сидит на лестнице / а снеговик

растаял / он взял морковку и съел (рассказ передан без погрешностей звукопроизношения).

Тест «Повторение фраз»: правильно повторил фразу не длиннее 12 слогов, что даже превышает среднюю длину синтагм в вышеприведенном рассказе и соответствует в норме примерно возрасту 5 лет (норма для 7,5 лет — 25 слогов  $\pm 4$ ).

Родик П., 10 лет 11 мес. Диагноз: моторная алалия.

Бежал зайчик / увидел морковку у снеговика / ему было не дотянуться / он на лестницу, а она не до..(ставала) / и упал с лестницы /, а потом растаял снеговик и он морковку взял.

Тест «Повторение фраз»: повторил фразу из 18 слогов при норме 26 слогов  $\pm 3,2$ .

В приведенных выше текстах отчетливо выражена предикативность высказываний, редуцированность фраз, в которых иногда отсутствует даже подлежащее. Хотя большая часть ключевых по смыслу моментов в тексте отражена, они лишь обозначены, но не развернуты повествовательно. Таким образом, здесь, очевидно, наблюдаются проявления неполноценности, как линейного развертывания текста, так: и операций синтаксирования фраз. Обиходная диалогическая речь таких детей (на монологическую они неспособны) была ситуативной и предикативной. По нашим наблюдениям, эта особенность речи детей с синдромом синтаксического дисграмматизма стойко сохраняется на протяжении всего школьного возраста. Морфологические и предложные аграмматизмы у некоторых из этих детей были относительно немногочисленны или отсутствовали (как в вышеприведенных примерах). В других случаях аграмматизмы встречались часто, но в динамике, в ходе коррекционной работы исчезали сравнительно быстро (к 7—8 годам). Дефицит синтаксирования же компенсировался весьма медленно.

Необходимо отметить, что число морфологических аграмматизмов у одних и тех же детей было весьма переменчивым и зависело от характера и условий

речевой деятельности. При выполнении заданий на составление рассказа по серии картинок ребенок (чувствуя, что оценивается его речевая продукция) старался избегать трудных для него грамматических конструкций, упрощал фразы и тем самым снижал число ошибок. В спонтанной, обиходной речи или при выполнении заданий, ориентированных на содержательный анализ, логическое обоснование (например, при обсуждении картинки «Нелепицы») морфологические аграмматизмы встречались чаще.

Таким образом, дефицит синтаксирования проявлялся при данной форме дисграмматизма как облигатный, а морфологические аграмматизмы — как факультативный симптомы. Данный вывод подтверждается отсутствием значимых корреляций между тестом «Повторение фраз» и числом ошибок в тесте «Деформированные грамматические конструкции». Подробнее это анализируется в главе 8.

Нельзя не отметить, что использование укороченных и упрощенных по синтаксической конструкции фраз (правда, не в такой степени, как у вышеописанной категории детей) является весьма распространенным феноменом среди большинства детей с НР. По нашим наблюдениям, нередко оно носит компенсаторный характер: ребенок умышленно упрощает и укорачивает фразы, чтобы облегчить задачу их грамматического оформления и избежать аграмматизмов. Длина фраз в таких случаях значительно меньше той, на которую он потенциально способен. Для дифференциации подобных феноменов от истинного, первичного синтаксического дисграмматизма, как показал наш опыт, можно опираться на данные теста «Повторение фраз». В последнем случае (при первичном синтаксическом дисграмматизме) выполнение этого теста дает значительно более низкие результаты, чем в первом.

### *Синдром морфологического дисграмматизма*

Общим свойством разных синдромов, которые названы морфологическим дисграмматизмом, является несформированность процессов

использования системы аффиксов для передачи смысла и значений высказывания. «Несформированность», разумеется, всегда понимается в соотношении с нормой данного возраста. Это выражается в нарушении как словоизменения, так и словообразования. У детей с **морфологическим дисграмматизмом** в речи встречается много падежных, предложных и других аграмматизмов, ошибок выбора нужных приставок, суффиксов, окончаний. На первый план выступает неполноценность парадигматических операций, трудности в выборе адекватных морфем и лексем и нарушение понимания логико-грамматических конструкций. При этом синтаксическая структура фраз может примерно соответствовать возрастной норме или быть относительно сохранной. Чаше у детей с тотальным недоразвитием речи морфологический дисграмматизм сочетается с определенными недостатками и в синтаксисе. Однако выраженность этих двух типов нарушений часто диссоциирует, что позволяет рассматривать их как относительно независимые явления.

### *Пример*

Сергей М., 7 лет 4 мес. **Диагноз:** тотальное ПНР, параалалический тип, дисфонетическая артикуляционная апраксия. При описании картинки «Нелепицы» встречались следующие аграмматичные фразы: «*На ведре ловит рыбу*» (Из ведра ловит рыбу), «*Надо было из горки кататься, а она из дерева катается*» (Надо было с горки кататься, а она с дерева катается). В рассказе по серии картинок «Снеговик»: «*Солнце пришла из тучи*» (Солнце вышло из-за тучи), «*Он был без метла*» (Он был без метлы). Встречались перестановки морфологических элементов слов: «*Супный рыб*» (Рыбный суп). В тесте «Повторение фраз» результат— 16 слогов, что соответствует нижней границе возрастной нормы.

Выполняя тест «Грамматические деформированные конструкции», дети данной категории чаще всего допускали ошибки при оценке и коррекции временных конструкций типа: «Я вчера буду купаться», «У нас в школе завтра была линейка». На втором по частоте ошибок месте стоят деформированные фразы

на падежные окончания. Минимальное число ошибок допускалось в личных окончаниях глаголов. Полученные результаты примерно соответствуют описанной последовательности освоения разных грамматических категорий здоровыми детьми (Гвоздев А. Н., 1961, Жукова Н. С., 1994).

Морфологический дисграмматизм проявлялся у детей в разной по тяжести степени. Наиболее информативная и надежная мера тяжести дисграмматизма — «возраст аграмматизмов», встречающихся в речи. Под «возрастом аграмматизмов» мы подразумеваем минимальный возраст, в котором обычно уже усвоены те формы согласований, что нарушает ребенок. Общую тяжесть дисграмматизма характеризуют аграмматизмы с минимальным «возрастом». Чем больше **разница между биологическим** возрастом ребенка и возрастом аграмматизмов, тем тяжелее лексико-грамматическое недоразвитие. Например, усвоение главенствующих падежных окончаний именительного, винительного, дательного и родительного падежей происходит примерно в возрасте 2—2,5 лет. Усвоение вариантов падежных окончаний в зависимости от типа склонения продолжается на протяжении нескольких лет: от 4 до 6—7 лет жизни (Гвоздев А. Н., 1949). Соответственно, у ребенка 5 лет аграмматизмы в виде ошибочного выбора падежного окончания (так называемые межпадежные замены) будут свидетельствовать о значительной тяжести состояния (отставание на 2,5—3 года). В те же 5 лет аграмматизмы, проявляющиеся в ошибочном выборе окончания по склонению («внутрипадежные замены»), — свидетельство негрубого нарушения. Нарушение же согласования числительных с существительным во множественном числе, которые усваиваются поздно (в 5-6 лет), правомерно, рассматривать как аграмматизм, то есть патологический симптом, лишь после 6 лет. Одним из первых на необходимость разграничения аграмматизмов по этому признаку указал В. А. Ковшиков (1985).

При состояниях преимущественно морфологического дисграмматизма, по нашим наблюдениям, преобладали легкие и средней тяжести аграмматизмы (то есть внутрипадежные замены, ошибки во временных конструкциях, в согласованиях с числительными). Есть основания полагать, что морфологичес-



кий дисграмматизм является малоспецифичным синдромом. Не менее часто, чем при ТНР, его можно было встретить у умственно отсталых детей и при задержке интеллектуального развития (то есть при вторичном недоразвитии речи). Это согласуется с выводами других авторов (Соботович Е. Ф., 1989, Логопедия, 1999). Интересно отметить, что при разных формах афазий у взрослых также не отмечается существенных различий в характере морфологических на-1 рушений (Лурия А. Р., 1969, 1975, Ахутина Т. В., 1989, Глозман Ж. М., 1975).

### *Синдром сочетанного дисграмматизма*

Самый тяжелый вариант дисграмматизма — сочетанный — включает оба вышеописанных расстройства: дефицит операций линейного развертывания фраз и многочисленные морфологические аграмматизмы. Во фразах при этом имеются пропуски служебных слов, предлогов, семантически неадекватно используются падежные окончания. Например, вместо окончаний родительного, творительного или предложного падежей используются окончания именительного или винительного падежей. Среди детей с неосложненным ТНР этот симптомокомплекс встречался только у тех, кто страдал моторной алалией. Во многих своих проявлениях он был близок к синдрому, получившему в афазиологии название «переднего аграмматизма», который часто сопровождает клиническую картину моторной афазии (Лурия А. Р., 1975, Ахутина Т. В., 1989).

### *Пример*

Лена М., 8 лет 1 мес Диагноз: моторная алалия. Рассказ по серии из 3 картинок: «Жили.../ дома жила кошка / дома была дверь / а стенке была полка / полке стояла цветы / кошка смотрела на стол / столе стояла стакан, он... / кошка взяла и потянула... / стакан не упал еще / скатерть упала и стакан разбился / она убежала... кошка».

Как видно из приведенного примера, девочка пользуется в рассказе очень короткими фразами и путает родовые окончания глаголов. Тест «Повторение фраз» она выполнила с результатом 11 слогов при норме 23 слога  $\pm 4$ . В тесте «Грамматические деформированные конструкции» девочка допустила большое количество ошибок (от 70% до 100%) по всем грамматическим категориям. Подобный тип нарушений отражает не только специфическое качество, но и большую тяжесть недоразвития грамматических операций. В этом случае страдают языковые дифференцировки, появляющиеся в онтогенезе значительно раньше, чем те, которые нарушены при морфологическом дисграмматизме.

#### *Синдром задержки лексико-грамматического развития*

Главными признаками, отличающими синдром задержки лексико-грамматического развития от синдрома лексико-грамматического недоразвития, являются меньшая тяжесть и сохранение пропорции соотношения основных параметров, характеризующих лексико-грамматическую систему. Однако следует признать, что чем младше ребенок, тем труднее дифференцировать эти два синдрома. Особенно усложняется решение этой проблемы отсутствием статистически достоверных популяционных возрастных нормативов формирования лексико-грамматической сферы. В литературе имеются лишь описания этапов формирования (см. главу 1), полученные на малом количестве детей, без четкой привязки к возрасту (например, Жени Гвоздева).

На практике логопеды в отношении детей младшего дошкольного и раннего возраста с отклонениями в речевом развитии часто используют диагноз «задержка речевого развития». По существу, это лишь провизорный ярлык, использующийся до тех пор, пока не будет уточнен диагноз. В старшем дошкольном возрасте у детей с задержкой лексико-грамматического развития обнаруживается некоторый дефицит словаря за счет малочастотных слов, отвлеченных понятий и категориальных характеристик (пространственных, временных, ат-

рибутивных, каузальных), которыми ребенок овладевает к концу дошкольного возраста, и небольшое количество негрубых аграмматизмов. Последнее обычно касается грамматических конструкций, усваиваемых в конце среднего периода речевого онтогенеза. В целом отставание в зрелости лексико-грамматических операций обычно достигает 0,5—1 года. Довольно часто задержка лексико-грамматического развития, по нашим наблюдениям, отмечается у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью, то есть имеет вторичное происхождение и механизмы преимущественно гностико-праксического уровня (подробнее об этом см. главу 8).

## **4.2. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И СИНДРОМЫ**

### **4.2.1. Неврологическая симптоматика**

#### **Синдром «рассеянной неврологической симптоматики»**

Как уже указывалось выше, у многих детей с первичным недоразвитием речи обнаруживалась очаговая или рассеянная неврологическая микросимптоматика. В целом среди 670 обследованных нами детей с НР это встречалось в 89% случаев. Сходные данные получила И. Ф. Марковская (1993) в группе детей с задержкой психического развития (у 72% очаговая неврологическая симптоматика). Аналогичные данные приводит Z. Tresohlava (1986), исследовавшая детей с легкой дисфункцией мозга. В большинстве случаев неврологическая симптоматика не складывалась в какие-либо определенные синдромы, носила разрозненный характер. Наиболее часто встречались симптомы нарушения черепно-мозговой иннервации — у 81% детей. Среди них на первом по частоте месте находятся асимметрия носогубных складок (36%), далее — беспокойство языка (19%) и СИМПТОМЫ недостаточности лицевого нерва (12%). Остальные симптомы встречались значительно реже (табл. 5). Как видно из таблицы, среди обследованных нами детей нечасто встречаются проявления гемисиндрома.

Таблица 5

Неврологический симптом	Количество %
Нарушение черепно-мозговой иннервации	81
В том числе:	
Беспокойство языка	19
Ассиметрия носогубных складок	36
Девияция языка	6
Косоглазие	11
Горизонтальный нистагм	3
Слабость «фациалиса»	12
Ассиметрия сухожильных рефлексов:	
D>S	8
D<S	3
Синдром Бабинского	6
Адиadoхокинез справа	3
слева	11
Стертый гемисиндром	
Справа	10
слева	9
Снижение мышечного тонуса	14

### *Синдром оральной апраксии*

Данный симптомокомплекс проявлялся в виде нарушенной координации при выполнении различных движений языком и губами по подражанию. Подобные нарушения встречались у обследованных нами детей в 80% случаев. Наиболее часто это наблюдалось у детей с дизартрией (100% случаев) и моторной алалией (95% случаев). При этом у всех детей (кроме случаев дизартрии) объем и сила движений языка и губ ограничены не были. Трудности в воспро-

изведении проб на оральный праксис выражались в неумении воспроизвести некоторые позы, в неспособности удержать найденную позу, в появлении синкинезий при выполнении наиболее трудных для ребенка движений. По нашим наблюдениям, праксис губ страдал у детей реже, чем праксис языка. Первое обычно свидетельствовало о большей тяжести апраксии. Из всех предложенных движений языка наиболее часто трудности вызывали следующие два: «высунуть язык и сделать кончик узким» и «положить кончик языка на верхнюю губу». Последнее движение особенно часто провоцировало синкинезии нижней губы. Кроме выполнения указанных движений в статике детям предлагалось воспроизвести серии из трех разных движений. Примерно в 1/3 случаев у детей обнаруживалось избирательное нарушение воспроизведения серий при удовлетворительном выполнении отдельных движений. В таких случаях дети персеверировали отдельные движения, входящие в серию, качество воспроизведения отдельных компонентов серии значительно ухудшалось. Два описанных типа затруднений правомерно соотносить с двумя типами апраксии у взрослых, описанных А. Р. Лурия (1962): а) кинестетической, афферентной апраксией и б) кинетической, эфферентной апраксией. Как показали наши наблюдения, синдром оральной апраксии очень часто является спутником нарушений звукопроизношения, что согласуется и с данными литературы (Мелехова Л. В., 1964, Собонович Е. Ф., 1976, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Bernthal J., Bankson W., 1988). Однако, если принять во внимание концепцию Н. А. Бернштейна (1990) об уровнях организации навыков движений, следует признать, что мозговая организация артикуляций отлична от центральной иннервации движений, совершаемых языком или губами по подражанию. Это подтвердилось в нашем эксперименте при сопоставлении выраженности звуковых нарушений и количества ошибок в пробе на оральный праксис: значимой корреляции между этими двумя параметрами обнаружено не было. Более подробно данный предмет будет обсужден ниже, в главе 8.

### *Синдром пальцевой апраксии*

Начиная с работ Ж. Пиаже (1932), Дж. Брунера (1971), М. М. Кольцовой (1973), развитие тонкой моторики, произвольных движений и речевых актов рассматривают как взаимосвязанные процессы. Во многих публикациях, посвященных недоразвитию речи у детей, цитированных выше (Гуровец Г. В., Маевская С. И., Соботович Е. Ф. и др.), авторы отмечают нарушения моторики, сопровождающие недоразвитие речи. Аналогичные наблюдения были получены и в нашем исследовании. Праксис пальцев исследовался посредством 4 разных заданий: «Позы пальцев», «Пересчет пальцев», «Завязывание 5 пар нитей» и «Шнуровка». Так было исследовано 44 ребенка. Дифференцированный подход к исследованию моторики показал неоднородность этой функции и определенную избирательность в отдельных проявлениях ее дефицитарности. Наиболее часто моторная незрелость обнаруживала себя в первых двух заданиях (80% случаев). В 43% случаев дефицит проявлялся асимметрично: в 15% хуже справа и в 28% — хуже слева. Ошибки при выполнении этих двух заданий выглядели следующим образом: нечеткость воспроизведенной позы, использование не тех пальцев, синкинезии, инверсия порядка касаний 2-4-м пальцами большого пальца, пропуск пальца при поочередном касании, замедленность переключения с одного движения на другое. Значительно реже (23%) встречалась у детей несостоятельность в последних двух заданиях («Завязывании 5 пар нитей» и «Шнуровке»), требующих использования уже усвоенных ранее двигательных навыков.

Возможным объяснением выявленных различий при выполнении указанных 2 групп заданий может быть то, что первые два требуют при выполнении высокой степени сознательного кинестетического контроля за движениями и оперативного научения. В последних двух используются уже выработанные, автоматизированные в той или иной степени двигательные навыки. Иначе говоря, у наших испытуемых больше страдала координация произвольных действий, требующих высокой степени кинестетического контроля.

#### 4.2.2. Соматотипическая характеристика детей с НР

Как известно, при некоторых формах психического инфантилизма наблюдается отставание в физическом развитии — так называемый «психофизический инфантилизм» (Сухарева Г. Е., 1965). Достоверно чаще, чем в здоровой популяции, встречается отставание в физическом развитии у детей с задержкой психического развития (Сазонова Н. С., Ямпольская Ю. А., Рысева Е. С., 1978). При резидуально-органических поражениях головного мозга у детей отмечены отклонения в развитии эндокринной системы и нарушения темпа полового созревания (Лебединская К. С., 1969). Кроме того, существуют данные о повышенной частоте нарушений формирования опорно-двигательного аппарата у детей с задержкой психического развития (Сазонова Н. С., Рысева Е. С., 1978), минимальной мозговой дисфункцией (Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б., 1999). У детей с ММД часто встречаются такие аномалии опорно-двигательного аппарата, как нарушения осанки, сколиоз, плоскостопие, «разновысокость» ног.

В связи с вышеприведенными данными литературы было выдвинуто предположение, что у детей с недоразвитием речи также могут встречаться отклонения в физическом развитии. Для проверки этой гипотезы на выборке из 150 детей с ТНР была произведена соматометрия. При этом измерялись: рост, вес, окружность груди и оценка некоторых показателей состояния костно-мышечной системы. На основании перечисленных параметров определялся соматотип по схеме Р. Н. Дорохова и И. И. Бахраха (1984) с выделением микро-, мезо- и макросоматического соматотипов и определением гармоничности развития по соотношению трех измерений: веса, роста и окружности грудной клетки. В результате проведенных измерений у 35% детей с ТНР был диагностирован микросоматический соматотип и у 27% — дисгармоническое физическое развитие. Таким образом, у 45% наших испытуемых выявились отклонения в физическом развитии по типу ретардации или дисгармонии. Этот показатель согласуется с данными Н. С. Сазоновой, Ю. А. Ямпольской и Е. С. Рысей (1978), которые в группе детей с задержкой психического развития

обнаружили нарушение физического развития в среднем в 49% случаев (у девочек в 2 раза чаще, чем у мальчиков).

Поданным выборочного исследования костно-мышечной системы (в группе из 47 детей), у 57% детей имелись нарушения осанки или сколиоз. Этот показатель близок к тому, что был получен у детей с задержкой психического развития (54%) (Сазонова Н. С, Рысева Е. С, 1978).

В пубертатном возрасте выборочно в группе из 33 детей с НР, находившихся под нашим наблюдением, была проведена оценка половой зрелости по методу М. В. Максимовой (1984), включающему оценку 5 вторичных половых признаков. В результате у 27% детей было выявлено отставание в половом развитии. Приведенные данные согласуются с наблюдениями других авторов (Алексикова Р. А., Бушанская Н. Б., 1980, Леонов А. В., 1990).

Полученные клинические материалы свидетельствуют о том, что дизонтогенез у детей с первичным недоразвитием речи не ограничивается только психоречевой сферой, а в ряде случаев затрагивает и соматоэндокринную систему. Причина этого остается неясной. В качестве одного из возможных патогенетических факторов можно предположить нарушение гормонального фона (баланс эстрогенов и андрогенов), которое некоторыми авторами рассматривается как причина недоразвития речи (Plante E., Boliek C, Binkiewicz A., Erly W., 1996).

#### **4.2.3. Психопатологические синдромы**

Анализ клинической картины в группе наблюдавшихся детей с НР показал, что в большинстве случаев это состояние не является моносиндромом. С постоянством, носившим закономерный характер, в клинической картине у этих детей присутствовали психопатологические нарушения (табл. 6). Их массивность в определенной степени коррелировала с тяжестью речевых расстройств. При парциальных формах НР она была минимальной, а при тотальных — более выраженной. В случаях осложненного варианта ТНР недоразвитие речи сопровождалось массивными тотальными психоорганическими расстройства-



ми, аффективными или поведенческими нарушениями. В таких случаях психопатология выступала на первый план, речевая симптоматика выглядела сопутствующим феноменом. Неосложненные формы ТНР с большим постоянством сопровождались определенными психопатологическими синдромами, и их мы расценили как облигатные. Их наличие, по-видимому, отражало некую этиопатогенетическую общность с речевыми нарушениями. Другая часть психопатологических синдромов встречалась эпизодически, и их присутствие не вносило какой-либо специфики в речевую симптоматику. Данные случаи ТНР мы расценивали как осложненные, а указанные психопатологические синдромы — как факультативные. Кроме того, наблюдалась и третья категория психических нарушений, которые носили приобретенный характер и возникали значительно позже основных расстройств из-за дезадаптации или декомпенсации. Причины и механизмы их возникновения подробно обсуждаются в главе 7. Их правомерно рассматривать как вторичные клинические феномены.

**Таблица 6**

Распространенность психопатологических синдромов среди детей с  
первичным недоразвитием речи

Синдром	Количество детей %
Облигатные синдромы	
Синдром простого неосложненного инфантилизма	11
Синдром церебрастенического инфантилизма	59
Синдром невратоподобного инфантилизма	18
Синдром органического инфантилизма	12
Церебрастенический синдром	87
Гипердинамический синдром	36
Синдром аффективной неустойчивости	9

Синдром пограничной интеллектуальной недостаточности	57
Факультативные синдромы	
Неврозоподобные синдромы	36
Ночной энурез	28
Диссомния	16
тики	13
страхи	12
Депрессивно – дистимический синдром	3
Сенестопатически – ипохондрический синдром	2
Психопатоподобный синдром	9
Вторичные синдромы	
Логофобический синдром	34
Невротический энкопрез	3
Элективный мутизм	13

### **Облигатные психопатологические синдромы**

Синдромы, отнесенные к этой категории, являются почти постоянным атрибутом клинической картины недоразвития речи. Сравнивая разные формы НР между собой, мы не обнаружили достоверных качественных отличий в психопатологической симптоматике. Однако количественные различия, безусловно, прослеживались. В среднем выраженность психопатологической симптоматики при парциальных формах НР была меньше, чем при тотальных.

Однако тяжесть речевых расстройств и выраженность психопатологической симптоматики в подгруппе парциальных форм НР, равно как и в подгруппе тотальных форм НР, часто диссоциировали.

Как видно из вышеприведенной таблицы, среди психических нарушений подавляющее большинство составляли так называемые «негативно-дизонтогенетические синдромы» по В. В. Ковалеву (1985). На первом по распростра-

ненности месте находился синдром психического инфантилизма, который был фактически осевым симптомокомплексом. Незрелость эмоционально-волевой и личностной сфер была более постоянным и более стойким спутником ТНР, чем многие другие синдромы.

Этому могут быть найдены патогенетические объяснения, основанные на церебральной локализации повреждения при ТНР, которые будут подробно обсуждены в другом разделе.

Принято выделять четыре варианта психического инфантилизма: простой неосложненный и три формы осложненного инфантилизма (Сухарева Г. Е., 1965, Ковалев В. В., 1979). Как видно из таблицы б, у наших испытуемых встречались все перечисленные его варианты. Кроме того, у 39% детей наблюдался психофизический инфантилизм. Общими для всех детей с ТНР были чрезмерная непосредственность, повышенная внушаемость, несамостоятельность. При обычной для инфантильных детей эмоциональной живости дети из экспериментальной группы, кроме того, отличались чрезмерным благодушием, несколько повышенным фоном настроения. Однако это было свойственно только детям с неосложненными формами НР. Этот признак был настолько закономерен, что мог служить дифференциально-диагностическим ориентиром для разграничения осложненных и неосложненных форм ТНР. Эмоциональные реакции у большинства детей в той или иной степени страдали недостатком дифференцированности, что в значительной степени зависело от выраженности психоорганической симптоматики. У основной массы детей обращали на себя внимание склонность к легковесным суждениям, беспечность, недостаточная самокритичность. При возникновении затруднений даже в житейских ситуациях они проявляли пассивность, быстро отказывались от попыток добиться успешного результата или довольствовались иллюзией, замещая реальные действия фантазированием. Подобные черты характера весьма заметно влияли на активность участия ребенка в коррекционной работе с логопедом и при значительной их выраженности затягивали процесс компенсации речевых нарушений.

## **Синдром простого психического инфантилизма**

Данный симптомокомплекс встречался среди наших испытуемых достаточно редко: преимущественно у детей с простой функциональной дислалией и у 20% детей с парциальным НР в форме артикуляционной диспраксии. Клиническая картина у таких детей исчерпывалась явлениями эмоционально-волевой незрелости, повышенной внушаемости и стойким преобладанием игровых интересов в мотивационной сфере. Это согласовывалось с известными клиническими характеристиками этого синдрома (Сухарева Г. Е., 1965, Юркова И. А., 1971). У таких детей обычно сохранялись высокие адаптивные способности и интактные интеллектуально-мнестические функции.

### *Примеры*

*Сергей Л., 6 лет.* Диагноз: парциальное первичное недоразвитие речи по типу артикуляционной диспраксии дисфонологического типа, конституционального генеза. Синдром простого неосложненного психического инфантилизма. Социально-психологическая дезадаптация легкой степени.

Причиной обращения явились недостатки произношения звуков Р, Л, и Ш.

Исследование речевых функций выявило следующее: Р и Л изолированно и во всех позициях в слове заменялись на полумягкое Л, а Ш — на С. Лексико-грамматические характеристики речи соответствовали возрастной норме.

Из анамнеза. Наследственность речевой патологией не отягощена. Акушерский анамнез, раннее речевое и психомоторное развитие — без особенностей. Неврологически: без очаговой симптоматики. Исследование орального праксиса выявило затруднения при воспроизведении и удержании заданных поз языка. Выполнение некоторых движений сопровождалось синкинезиями. Объем движений языка и губ не был ограничен.

Психический статус: мальчик легко вступает в контакт. Речевая активность высокая. В речи пользуется развернутыми 4-5-словными фразами. Эмоциональные реакции живые, яркие, но недостаточно дифференцированные. В поведении чрезмерно непосредственен. В повседневных бытовых ситуациях недостаточно самостоятелен, выражена ориентация на взрослого. Интеллектуально-мнестическая сфера без особенностей.

Значительно чаще (в нашей группе — в 90% случаев) у детей с ТНР встречается осложненный психический инфантилизм (Сухарева Г. Е., 1965, Ковалев В. В., 1985). Выделение данной разновидности синдрома эмоционально-волевой и личностной незрелости опирается на несколько критериев: на патогенетический, синдромологический и структурно-функциональный. Патогенетически основное отличие осложненного инфантилизма от его неосложненного аналога заключается в резидуально-органической природеданного дизонтогенетического симптомокомплекса. Неосложненный же инфантилизм чаще является конституциональным по происхождению (Лебединская К. С., 1980). Клинически осложненный инфантилизм отличается полиморфизмом психопатологической симптоматики, включающей психоорганический синдром и интеллектуально-мнестические нарушения. Структурно-функциональные особенности этого синдрома заключаются в сочетании явлений незрелости и выпадения функций, структурных и функциональных нарушений, в наличии признаков асинхронии психического развития.

Наряду с вышеописанными типовыми проявлениями психического инфантилизма, общими для разных клинических групп детей, мы наблюдали и некоторые особенности, присущие изучаемому контингенту. В частности, детям с НР свойственна достаточная живость эмоциональных реакций, отличающая их по этому параметру, например, от детей с дислексией и детей со смешанной задержкой психического развития. Чем избирательнее и чище была клиника НР, тем заметнее было данное отличие. В части случаев доминировал несколько

повышенный фон настроения, что нередко маскировало бедность эмоционального реагирования. Недостаток дифференцированности эмоциональных реакций был выражен прямо пропорционально массивности психоорганической симптоматики. Лонгитюдные наблюдения показали, что состояние двух указанных параметров эмоциональной сферы является важным прогностическим показателем. *Регресс речевых нарушений наступал тем быстрее и полнее, чем живее и богаче было у ребенка эмоциональное поведение.*

Как уже отмечалось выше, характерной особенностью осложненного психического инфантилизма является то, что у детей в таких случаях практически всегда обнаруживается *психоорганический синдром и симптомокомплекс интеллектуально-мнестической недостаточности*. Степень выраженности и их качественные особенности придают определенное своеобразие картине психического дизонтогенеза. Это получило отражение в известной типологии клинических форм осложненного психического инфантилизма, включающей церебрастеническую, невропатоподобную и органическую его разновидности (Сухарева Г. Е., 1965, Ковалев В. В., 1983). В связи с этим нам представляется более уместным сначала охарактеризовать два вышеназванных симптомокомплекса, а затем описать варианты инфантилизма.

### **Психоорганический синдром**

Данное клиническое понятие используется для обозначения психических нарушений, обусловленных органическим поражением головного мозга, как рано приобретенных (в перинатальном или раннем постнатальном периодах), так и возникших в более позднем периоде детства (дошкольном или школьном возрасте) или в зрелом возрасте (Руководство по психиатрии, 1983, Ковалев В. В., 1985). В русскоязычной литературе психоорганические синдромы у детей и взрослых терминологически одинаковы, хотя их клинические проявления и патогенез существенно отличаются друг от друга. На наш взгляд, правомерно, как это делал R. Lempp (1964), использовать для разграничения этих состояний

разные обозначения: «ранний детский психоорганический синдром» и поздние психоорганические синдромы (постэнцефалитический, посттравматический и эндокринный). Ранний психоорганический синдром по своей симптоматике фактически отождествляется с так называемыми «резидуально-органическими нервно-психическими расстройствами» (Ковалев В. В., 1979) или с «резидуальными энцефалопатиями» у детей (Мнухин С. С., 1968). Наиболее удачная, с нашей точки зрения, классификация детских психоорганических симптомов и синдромов принадлежит G. Gollnitz (1962, 1974). Автор описывает 3 группы симптомов, составляющих ранний детский психоорганический синдром, который в терминологии автора именуется как «хронический церебрально-органический осевой психосиндром». Каждая из групп фактически может рассматриваться в качестве разновидности этого синдрома.

1. *Неспецифические вегетативные симптомы* (что, по В. В. Ковалеву, соответствует «невропатоподобному варианту психоорганического синдрома»): а) вегетативная лабильность, б) нарушение гомеостаза, в) психомоторное беспокойство.

2. *Специфические органические мозговые симптомы* («психоорганический синдром с нарушениями эмоционально-волевых свойств», по В. В. Ковалеву): а) повышенная утомляемость, б) слабость концентрации внимания, в) неустойчивость поведения, г) огрубление аффектов, д) застойные аффекты, е) тенденции к агрессивным разрядам и агрессии, ж) слабость (или избыточность) побуждений, з) брадипсихия и) снижение избирательности информационного поиска и способности к дифференциации существенного от несущественного (дифференциация «фигура-фон»).

3. *Локальный мозговой колорит* (церебрально-локальный психосиндром по Н. Stutte (1960): а) лобный синдром, б) моторная алалия, в) дислексия, г) дисграфия, д) органический аутизм.

У наших испытуемых неспецифические вегетативные симптомы, наблюдающиеся обычно в рамках невропатического синдрома, в раннем возрасте встречались в 25% случаев. В дошкольном возрасте в единичных случаях сохранялись

отдельные проявления вегетативной нестабильности, дисфагические или диспептические явления. Специфическая органическая симптоматика в том или ином варианте обнаруживалась у большинства детей с ТНР. Наиболее часто встречались церебрастенический и гипердинамический синдромы. Проявлялось это в виде повышенной утомляемости и снижении умственной работоспособности, степень выраженности которых периодически колебалась в значительных пределах. Среди наблюдавшихся нами детей тяжесть этих нарушений варьировала в широком диапазоне: от легких проявлений, становившихся заметными лишь при повышенной нагрузке, до тяжелой церебральной астении. Расстройства произвольной концентрации внимания и гипердинамический синдром прямо зависели у большинства детей от выраженности церебрастении: по мере нарастания утомления нарастали и отвлекаемость, рассеянность и двигательная расторможенность. При этом обычно ухудшалось и качество речевой продукции. Более грубая симптоматика в виде аффективной неустойчивости, взрывчатости, брадипсихии наблюдалась сравнительно редко, обычно у так называемых «микстов» — детей с осложненным ПНР, или у детей с вторичным недоразвитием речи, обусловленным умственной отсталостью. Наличие подобной симптоматики, как правило, ухудшало прогноз: компенсация речевых нарушений в таких случаях проходила медленно и несовершенно.

### **Синдром интеллектуально-мнестической недостаточности**

Проблема интеллектуально-мнестических нарушений при недоразвитии речи у детей, как отмечалось выше, обсуждалась в литературе неоднократно. Данные разных исследований настолько несхожи, что порой прямо противоречат друг другу. По нашему мнению, одной из причин подобных расхождений является чрезмерно узкий подход к вопросу. Очевидно, что малопродуктивно представлять проблему взаимодействия речи и интеллекта так, как будто они развиваются как автономные функции, не испытывающие друг друга влияний. На самом деле они обе подвержены влиянию большого числа биологических, пси-



хологических и социальных факторов. Более адекватно поэтому будет рассматривать как речевую, так и познавательную сферу ребенка в контексте его психобиологического статуса в целом. Опираясь на среднегрупповыми данными, это сделать затруднительно ввиду значительной внутригрупповой дисперсии указанных параметров. Более уместным и надежным представляется анализ отдельных эталонных, чистых случаев первичного недоразвития речи. Сопоставление этих данных с результатами, полученными у микстов (такие случаи количественно преобладают, по нашим наблюдениям), позволяет отделить случайное от закономерного, «фигуру» от «фона» (по М. Wertheimer, 1987).

Клинические наблюдения и экспериментально-психологические данные позволяют утверждать, что у детей с НР уровень интеллектуального развития зависит не столько от сформированности речевых функций, сколько от тяжести и распространенности органического поражения головного мозга. Данное утверждение основано на следующих наблюдениях. Как было указано выше, интеллектуальная недостаточность — лишь один из компонентов психоорганического синдрома, причем скорее факультативный, чем облигатный (Gollnitz С, 1974). Тяжесть органического поражения головного мозга значительно сильнее коррелирует с симптомами нарушения активности и внимания, эмоциональности, мотивационной сферы. Проведя сравнительный анализ психопатологической и лингвопатологической симптоматики в чистых случаях и у микстов, мы обнаружили, что в неосложненных случаях НР уровень интеллектуального развития фактически является переменной величиной, независимой от тяжести недоразвития речевых функций. Среди наших испытуемых встречались дети с тяжелым тотальным недоразвитием речи (II—III степени), у которых общее интеллектуальное развитие соответствовало средней возрастной норме, а невербальный интеллект достигал уровня высокой нормы. Большинство таких случаев относились к моторной алалии. У детей же с легким ТНР интеллект в ряде случаев соответствовал нижней границе нормы или пограничной интеллектуальной недостаточности. У детей-микстов с осложненной

формой ТНР интеллект и состояние речевых функций согласовывались в большей степени. У них обнаруживалась еще более тесная взаимосвязь между степенью интеллектуального снижения и выраженностью психоорганического синдрома. Структура и качественные особенности когнитивной сферы имели определенное своеобразие в зависимости от клинической формы НР и его нейролингвистической характеристики, что более подробно будет представлено в разделе частной логопатологии (глава 6).

В обобщенном виде синдром интеллектуально-мнестической недостаточности выглядел у наших испытуемых следующим образом. Наиболее характерная его особенность — преобладание нарушений не столько собственно интеллектуальных функций, сколько предпосылок интеллекта (Jaspers К., 1963, Ковалев В. В., 1983). Среди них на первом по частоте месте стояли нарушения произвольной концентрации, распределения и переключения внимания. Проявлялось это как в процессе учебной деятельности, в игре, так и при выполнении специальных патопсихологических тестов (таблицы Шульте). У половины детей с НР были выявлены негрубые, а у 1/3 — тяжелые нарушения зрительного внимания в сравнении с нормативами, приводимыми И. А. Полищуком и А. Е. Видренко (1980). Как показали результаты обследования по другим методикам, нарушения внимания обычно носили модально неспецифический характер.

Другой компонент данного синдрома — слабость операций произвольного запоминания. Более выражено это проявлялось при запоминании вербального материала: двестиший, фраз и ряда цифр. При этом следует отметить, что запоминание двестиший вызывало наибольшие затруднения у детей с моторной алалией и служило своего рода косвенным признаком выраженного дефицита способности к порождению и обработке высказываний. В отличие от большинства здоровых детей и детей с другими формами ТНР, зарифмованность текста не облегчала, а затрудняла воспроизведение. Многие из детей с моторной алалией при воспроизведении грубо искажали ритмический рисунок двестишья и превращали его в прозу или сохраняли ритмическую

организацию, но деформировали синтаксическую структуру текста до такой степени, что делали его непонятным для восприятия. В наибольшей степени, по нашим наблюдениям, страдали процессы оперативной слухоречевой кратковременной сукцессивной памяти, о чем свидетельствовали результаты выполнения субтеста «Повторение цифр» методики АВМ-WISC (подробнее см. главу 8).

У большинства испытуемых эффективность когнитивных операций была обратно пропорциональна степени их произвольности. Соответственно, и произвольные формы запоминания у наших детей обычно оказывались значительно более продуктивными. Особый род мнестических нарушений проявлялся в виде «инфантильно-астенического» расстройства памяти, описанного С. С. Мнухиным (1968). Обычно он сопутствовал тяжелой церебрастении. Феноменологически же весьма напоминал симптом «на кончике языка» при амнестической афазии: ребенок не мог в нужный момент вспомнить, произвольно актуализировать заведомо знакомые ему сведения или слова.

Со значительной частотой обнаруживались нарушения праксиса, зрительно-моторной координации и сукцессивных функций. Подробно этот материал будет изложен в главе 8. Познавательная мотивация у таких детей обычно была недостаточно выражена и сравнительно редко становилась основной целью деятельности. В то же время практическая деятельность, весьма содержательная и разнообразная, создавала достаточно широкие возможности для усвоения ими новых знаний и навыков. Общая осведомленность, запас знаний варьировали у детей с НР в широких пределах: от легкой ограниченности до выраженного снижения. Однако практически у всех наиболее слабым местом были знания, сведения, приобретаемые обычно в вербализованной форме от взрослых. Заметно большим был объем эрудиции в сфере явлений и ситуаций, с которыми ребенок знаком непосредственно. Однако из этого правила встречались и исключения. Например, значительный объем информации, относящийся к социальным взаимоотношениям, правилам поведения, усваивается ребенком в вербальной форме. Однако эти знания регулярно

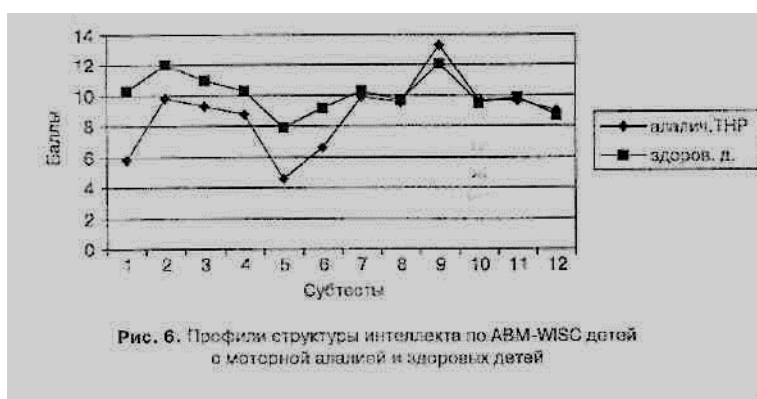
используются в повседневной житейской практике и скорее относятся не к знаниям, а к навыкам. В этой сфере наши испытуемые практически всегда были неплохо ориентированы. Для большинства из них характерна так же своеобразная диссоциация между теоретическими и обыденно-практическими знаниями. Это приводило к значительной разнице между уровнем адаптивности в быту и в сфере обучения.

Значительно реже у большинства детей с НР была выражена дисгармония между сформированностью вербальных и невербальных интеллектуальных операций в пользу последних, что согласуется с данными литературы (Ковалев В. В., 1979, Василева Н. Ц., 1991, Мулли Сухад, 1992, Переслени Л. И., фотекова Т. А., 1993, Johnston J., 1994). В наиболее чистых, неосложненных случаях ПНР наглядно-действенное и наглядно-образное мышление не уступали по зрелости здоровым детям (рис. 6). Однако такие случаи, по нашим наблюдениям, встречаются весьма редко — преимущественно у детей с парциальными формами первичного недоразвития речи. При тотальном ПНР около 80% детей имели те или иные недостатки и в невербальной сфере интеллекта. Межвозрастные сопоставления показали, что вышеуказанная диссоциация в полной мере проявляется лишь в школьном возрасте. Она мало заметна в младшем дошкольном и почти не ощутима в раннем возрасте что тоже согласуется с данными литературы (Давидович Л. Р., 1980, Stark R., Tallal P., 1981).

Это, по-видимому, объясняется тем, что те формы мышления, которые не полноценны у детей с НР, достигают заметной зрелости у здоровых детей к 6—8 годам, а окончательно созревают к 11—12 годам (Леонтьев А. Н., 1959, Лурья А. Р., 1979, Piaget J., 1994, Bruner J., 1971). По нашим наблюдениям, это же является причиной ошибок при неформализованных методах оценки интеллектуальных способностей у детей с НР, которые в дошкольном возрасте встречаются значительно чаще, чем в школьном. Исследование способностей к отвлечению и обобщению у наших испытуемых выявило недостаточное их развитие. Тем не менее при оказании помощи результаты приближались к возрастной норме. Дети 7 лет и старше могли выделить существенные признаки предметов и

понятий с опорой на помощь взрослого. Сравнение понятий вызывало существенные затруднения: за исключением самых простых вариантов заданий дети при определении сходства и различия предметов выделяли второстепенные признаки. Понимание и самостоятельное образование простых обобщающих понятий было доступно, а в более сложных понятиях дети ориентировались слабо.

У детей 10—11 лет старше достаточно заметен дефицит дискурсивных форм мышления и способности к решению силлогизмов. Практически до конца подросткового возраста этот род психических функций оставался их самым сла-



бым местом и не достигал уровня возрастной нормы. При этом, однако, уровень адаптивности ребенка в проблемных ситуациях мог быть достаточно высоким, вероятно, за счет других форм мышления.

Вышеприведенные наблюдения свидетельствуют, что задача оценить интеллектуальный потенциал детей с НР представляется довольно трудной. Фактически следует признать, что уровень интеллектуального развития может быть у ребенка с НР любым: от дебильности до высокой нормы. Он зависит, прежде всего, оттого, на каком клиническом «фоне» существует симптомокомплекс первичного недоразвития речи.

Школьная успеваемость у наблюдавшихся нами детей с НР варьировала в широких пределах. Для большинства тех, у кого наблюдались неосложненные формы НР, наиболее трудными предметами были письмо и чтение. При тотальном НР в 40-50% случаев эти трудности были резко выражены, носили избирательный, специфический характер дислексии и дисграфий. Выраженность и частота дисграфий существенно зависела от своевременности оказания

логопедической помощи. У детей, получавших логопедическую помощь с 5—6 лет и с 1-го класса начавших обучение в речевой школе (305 чел.) дисграфия встречалась в 20-25% случаев. У тех, кто был переведен в речевую школу во 2-3-м классах и не получал перед этим логопедической помощи (98 чел.), дисграфия обнаруживалась в 60-70% случаев. Частота дислексии (38%) среди детей с НР, начавших обучение в речевой школе, в меньшей степени зависела от коррекционной истории. По-видимому, это связано с тем, что эффективность предупреждения и коррекции дислексии методами, принятыми в логопедии, еще весьма невысока.

Сформированность счетных навыков и умение решать задачи зависели у наших испытуемых как от интеллектуальной зрелости, так и от состояния частных когнитивных предпосылок. Среди учащихся речевой школы, находившихся под нашим наблюдением, 83% детей владели счетными навыками хуже своих здоровых сверстников. У 65% детей эти нарушения достигали степени дискалькулии. В решении задач испытывали затруднения 78% детей. Чаще всего эти трудности были связаны с непониманием некоторых повторяющихся речевых оборотов типа «на... больше», «во... раз больше, чем у...», «на... меньше, чем у...» и т. п. Иной род затруднений был связан с планированием и логической последовательности умственных действий: дети решали в одно действие задачи, рассчитанные на решение в два действия. Весьма часто мы сталкивались с явлением так называемого «вербализма» (по Л. С. Выготскому) в решении задач. При этом ребенок стереотипно использовал стандартные алгоритмы решения, опираясь на ключевые слова или обороты в условии задачи, а не на смысл. В таких случаях задачи, в которых условие было представлено в виде наглядной схемы, решались хуже, чем те, в которых оно имело вид текста.

### **Синдром церебрастенического инфантилизма**

Основным содержанием этого синдрома у детей с ПНР было сочетание явлений психической незрелости с относительно легкой психоорганической симптоматикой: церебрастеническим и гипердинамическим синдромом.

Повышенная истощаемость, нарушения произвольной концентрации внимания, гиперактивность накладывали специфический отпечаток на явления психического инфантилизма. Эмоциональные реакции наряду с незрелостью характеризовались выраженной лабильностью, неустойчивостью. У многих детей отмечались неглубокие спонтанные колебания настроения, связанные с флюктуациями уровня работоспособности и психического тонуса. В периоды снижения последнего у детей заметно падала дифференцированность эмоциональных реакций. В новой обстановке дети легко терялись, давали реакции тормозного типа. Недостаточность волевых процессов сопровождалась истощаемостью побуждений и быстрой пресыщаемостью интересов. При усилении астении интеллектуальная продуктивность детей значительно снижалась, что усугублялось «инфантильно-астеническими» нарушениями памяти. У детей, учившихся в школе, успеваемость была очень неровной: двойки чередовались с пятерками. Усвоенные навыки (школьные или речевые) очень медленно автоматизировались, долго оставались непрочными.

### *Примеры*

*Саша М.*, 8 лет 6 мес, обследован в специальной школе для детей задержкой психического развития. Учится в 1-м классе. Предшествующий год учился в 1-м классе массовой школы: не успевал по письму и чтению, слабо успевал по математике.

Из анамнеза: родители здоровы, отец — переученный левша, злоупотребляет алкоголем, имеет образование 7 классов. У матери среднее специальное образование. Мальчик от первой физиологической беременности, вторых родов, протекавших стремительно (3 часа). При рождении закричал сразу. Вес при рождении — 3400,0 г. Раннее развитие протекало с задержкой: первые слова появились в 1 год 2 месяца, фразовая речь — с 3 лет, сидеть начал с 7 месяцев, ходить — с 1 года 2 месяцев. До года не болел, после года перенес корь, скарлатину. По характеру всегда был застенчивый, очень обидчивый, неуравновешенный, болезненно самолюбивый. С детьми общается

избирательно. До поступления в школу был левшой, но с 7 лет родители начали переучивать его.

*Клинико-психологическое исследование.* В контакт вступает, но отвечает односложно. Ребенок держится скованно, крайне нерешительно. В поведении несамостоятелен, малоинициативен. Эмоционально лабильный: легко меняется настроение, быстро переходит от смеха к слезам. В игровой ситуации становится намного активнее, живее, инициативнее. Речь короткими фразами, бедная по словарному составу. При построении высказывания испытывает затруднения в подборе слов и их согласовании. Звукопро-изношение дефектное: искажает С, Ш и Щ (межзубные), заменяет Р и Л на полумягкое Л. Слоговая структура без грубых нарушений. В речи встречаются немногочисленные аграмматизмы: в падежных окончаниях путает склонения, допускает ошибки в согласовании с числительными («пять ведра», «шесть стулов»).

Запас знаний ограничен. Владеет простыми обобщающими понятиями (домашние животные, овощи, фрукты). Самостоятельно подбирает аналогии, выделяет общие признаки предметов с опорой на помощь взрослого (кошка — мышка, рояль — скрипка). При определении различий затрудняется. Складывает рассказ из 4 картинок, но составить по ним устный рассказ самостоятельно не может: только с опорой на наводящие вопросы. Из вербально-логических субтестов методики АВМ-WISC наиболее низкие результаты мальчик получил в субтестах «Общая осведомленность», «Словарь» и «Повторение цифр». Воспроизвести даже простые звуковые ритмы (трехударные) мальчик не смог. Исследование вербализации пространственных представлений показало, что мальчик не умеет оперировать речевыми конструкциями с предлогами НАД, ПОД, ПО, МЕЖДУ, ПЕРЕД, ПОЗАДИ, не понимает грамматических конструкций с предлогами ПОД, НАД, ПЕРЕД. Из прилагательных, обозначающих протяженность предметов, в активном словаре ребенка имеются только слова ТОЛСТЫЙ и ТОНКИЙ, а остальные



недифференцированно заменяются наименованиями БОЛЬШОЙ/МАЛЕНЬКИЙ.

Во время исследования мальчик быстро астенизировался, с видимым усилием концентрировал внимание на заданном вопросе. Особенно быстро утомление нарастало при выполнении вербальных заданий. Количественные представления сформированы. Прямой порядковый счет до 18. В обратном счете затрудняется. Выполняет счетные операции только в пределах первого десятка. Читением и письмом не владеет совсем.

Исследование интеллекта по методике АВМ-WISC:

NN субтестов:        1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Шкальные оценки: 5 8 6 9 4 3 8 10 17 10 88

Общий интеллектуальный показатель — 85, вербальный интеллектуальный показатель — 74, невербальный интеллектуальный показатель — 101.

Неврологически: без очаговой симптоматики. Моторно неловок. Оральная диспраксия.

Клинический диагноз. Тотальное недоразвитие речи, параалалический вариант. Синдром артикуляционной диспраксии. Дисграмматизм. Алексия, дисфазический вариант. Аграфия. Синдром церебрастенического инфантилизма.

**Синдромы невропатоподобного и органического инфантилизма** у детей с неосложненными формами ПНР встречаются, по нашим наблюдениям, весьма редко. Среди наших испытуемых они составляли 23%. Значительно чаще они имелись у детей, первичное недоразвитие речи которых было осложнено выраженным психоорганическим синдромом или умственной отсталостью.

## **Невропатоподобный вариант органического инфантилизма**

Данный синдром по клинической картине весьма приближался к «органической невропатии» С. С. Мнухина (1968). Характерным для таких детей было сочетание инфантильных черт личности с аффективной неустойчивостью, повышенной раздражительностью, упрямством, негативизмом, явлениями гипердинамического синдрома (Исаев Д. Н., Каган В. Е., 1978. Ковалев В. В., 1979).

У некоторых детей из этой подгруппы, наоборот, преобладали тормозные реакции со снижением побуждений, некоторой отгороженностью, фобическими переживаниями. Именно у таких детей мы встречали особенно резко выраженную логофобию, «фобию чтения» или «школьную фобию». В ряде случаев подобные состояния осложнял элективный мутизм. У многих в раннем или дошкольном возрасте наблюдались невропатические или неврозоподобные расстройства: диссомнии (затруднения засыпания, извращение цикла «сон-бодрствование», снохождения), ночной энурез, заикание, ночные страхи, тики и др. В конфликтных ситуациях дети давали реакции отказа, пассивного протеста или агрессии. Дети с неврозоподобным вариантом инфантилизма были склонны фиксации на патологических поведенческих реакциях. Нередко это провоцировалось репрессивной тактикой воспитания дома или в школе.

### *Примеры*

*Игорь О.*, 5 лет 5 мес. Поступил в речевое отделение ДПБ № 9 в связи с нарушениями звукопроизношения.

Из анамнеза: наследственность не отягощена. Мальчик от первой беременности, в первую треть которой у матери неоднократно повторялись приступы бронхиальной астмы. Роды в 38 нед., по темпу стремительные. Ребенок родился с весом 3400,0 г. Закричал сразу. Раннее психомоторное и речевое развитие протекало без отклонений. В 2 года перенес сотрясение головного мозга.

*Клинико-психологическое исследование.* Мальчик легко вступает в контакт. Эмоциональные реакции живые, но недостаточно дифференцированные, несколько уплощенные. Неусидчив. Все время находится в движении. Речевая активность высокая. Речь развернутыми фразами, грамматически правильная (по требованиям возраста). Дефектно произношение звука Р — увулярное. Слоговая структура не нарушена. Задание «Повторение фраз» выполняет лучше средней возрастной нормы (повторил фразу длиной в 22 слога при норме  $19 \pm 4,9$ ). При подборе антонимов трудностей не испытывал (83% правильных ответов). При неудачах замыкается, перестает отвечать. При общении со взрослыми недостаточно проявляется чувство дистанции. Недостаточно критичен к собственным ошибкам. Склонен к переоценке своих возможностей.

Исследование интеллекта по методике «Прогрессивные матрицы Равена»: интеллектуальное развитие соответствует уровню 90 центиля (то есть выше среднего).

Исследование интеллекта по методике ABM-WISC:

NN субтестов:            1 2 3 4 5 6 7... 8 9 10 11 12

Шкальные оценки:    11 17 14 11 7 12 10 12 8 7 9 7

Общий интеллектуальный показатель — 103, вербальный интеллектуальный показатель — 113, невербальный интеллектуальный показатель — 92.

Неврологическое обследование: сглаженность носогубной складки справа. Мышечная сила в правой руке меньше левой. Сухожильные рефлексы D > S.

Оральный праксис нарушен: заданные движения и позы выполняет неточно, плохо удерживает позу.

Клинический диагноз: парциальное первичное недоразвитие речи. Синдром артикуляционной диспраксии, дисфонетический вариант. Синдром невропатического инфантилизма.

Приведенный случай иллюстрирует наиболее легкие варианты невропатического инфантилизма. Наряду с ними у наших испытуемых встречались и значительно более тяжелые.

### *Примеры*

*Лена М.*, 8 лет 1 мес, обследована в специализированной школе № 3 для детей с тяжелыми нарушениями речи. Девочка начала обучение в этой школе в связи со значительным отставанием в речевом развитии.

Из анамнеза: у матери и брата девочки речевые расстройства. Девочка родилась от второй физиологической беременности, вторых родов, протекавших без осложнений. Вес при рождении — 4000,0 г. Закричала сразу. Раннее психомоторное развитие без особенностей. Первые слова появились с 1 года, фразы — после 4 лет. Перед школой 1 год посещала речевую группу детского сада.

*Клинико-психологическое исследование.* Девочка в контакт вступает, но держится скованно, очень робко. Эмоционально депримирана. В играх с детьми активна, эмоциональна. Очень стеснительна. Речевая активность значительно снижена, избегает пользования речью.

Выражена логофобия. Внушаема, несамостоятельна. Эмоциональные реакции недостаточно дифференцированы. В речи пользуется короткими, аграмматичными фразами: «Кошка побежала мышки», «Бегают на коньки». В потоке речи много нерегулярных звуковых замен. Изолированно все звуки произносит правильно. В многосложных словах грубо искажает слоговую структуру. Не может повторить серии из 3 слогов: МИ-МА-МО, ТУ-ТИ-ТА. Понимание речи существенно не страдает, но оценить правильность деформированных грамматических конструкций и найти ошибки не может. Словарный запас беден (дефицит — 24%). Подбор антонимов значительно затруднен: 30% верных ответов. Скрытый смысл сюжетных картинок и их серий понимает, но сама составить рассказ по серии картинок не может:

нуждается в наводящих вопросах. Расположить серию (рассказ) из 3 картинок в правильной последовательности может самостоятельно, а из 4 — только с организующей помощью.

Исследование интеллекта по методике «Прогрессивные матрицы Равена» (детский вариант): результат превышает 90 центиль, что соответствует интеллектуальному развитию «выше средней нормы».

Исследование интеллекта по методике АВМ-WISC:

NN субтестов: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Шкальные оценки: 3 10 6 4 5 7 11 7 14 12 10 11

Общий интеллектуальный показатель — 88, вербальный интеллектуальный показатель — 74, невербальный интеллектуальный показатель — 106.

Неврологически: девиация языка влево. Надувает щеки хуже справа. Сглаженность правой носогубной складки. Зажмуривает глаза справа хуже. Иначе говоря, прослеживается слабость иннервации в зоне правого лицевого нерва. Сухожильные рефлексy: коленные —  $S > D$ , ахилловы —  $D = S$ , бицепи-талыные —  $S > D$ . Выражена оральная апраксия (губ и языка). Пальцевой праксис и гнозис нарушены с обеих сторон, но хуже слева. Ведущая моторная рука — правая (по всем пробам), моторная нога — левая, опорная нога — левая, глаз — неустойчивая латерализация.

Клинический диагноз: тотальное недоразвитие речи, алалический вариант. Синдром моторной алалии. Синдром невропатического инфантилизма.

### **Ядерный вариант органического инфантилизма**

Дети с органическим инфантилизмом, как уже отмечалось выше, были весьма редки среди тех, кто страдал первичным недоразвитием речи. В

основном мы наблюдали этот синдром у умственно отсталых детей-логопатов или у «микстов», в клинической картине которых явления ПНР сочетались с тяжелым психоорганическим синдромом. Как отмечала еще Г. Е. Сухарева (1965), подобные состояния особенно затрудняют дифференциальный диагноз парциальных форм дизонтогенеза, таких как первичное недоразвитие речи или задержки психического развития с олигофренией.

У данной категории детей психоорганический синдром был представлен в виде наиболее тяжелых своих разновидностей. Эмоциональный фон характеризовался преобладанием мрачного настроения с раздражительностью и гневливостью или, наоборот, имел вид благодушно-веселого, эйфоричного состояния. У всех таких детей эмоциональные реакции отличались недостатком живости, бедностью содержания, недифференцированностью, уплощенностью. Мотивационная сфера также включала проявления дефицитности: бедность, однообразие интересов и слабость побуждений. Наряду с этим изредка встречались такие расстройства влечений, как пиромания, kleптомания или булимия. Они отличались ранним началом (в 4—5 лет), стойкостью и резистентностью к терапии. В других случаях у детей с ПНР и органическим инфантилизмом можно было наблюдать такие неврозоподобные синдромы, как сенестопатически-ипохондрический и депрессивно-дистимический.

Дети с вышеописанной психопатологической картиной обычно были трудны в поведении: двигательно расторможены, аффективно неустойчивы, иногда агрессивны. Их шалости нередко приобретали brutальный характер, а игры с другими детьми заканчивались конфликтами и драками. Отмечались спонтанные колебания аффекта, иногда достигавшие степени дисфории.

Мышление детей с органическим инфантилизмом характеризовалось инертностью, ригидностью, иногда персевераторностью. Кроме несформированности вербально-логических когнитивных функций в ряде случаев исследование интеллекта обнаруживало западения ряда невербальных способностей. Данное обстоятельство значительно подрывало адаптационные способности детей и ухудшало компенсацию речевых расстройств.

Обычно в таких ситуациях функциональный диагноз (то есть степень дезадаптации) оказывался достаточно тяжелым.

### *Примеры*

*Алеша Г.*, 7 лет 8 месяцев. Обследован в областной речевой школе, куда поступил в связи с отставанием в речевом развитии. Учится в 1-м классе. Согласно школьной характеристике, на уроке непоседлив, крайне отвлекаем. На уроках иногда громко разговаривает. В общении с детьми неуравновешен, иногда вспыльчив. На переменах возбужден, расторможен.

Анамнез: наследственность отягощена по речевой патологии: мать и отец в детстве имели речевые нарушения. Матери и сейчас при волнении становится трудно строить устные высказывания. Мать и отец в школе слабо успевали. Образование у матери 7 классов, у отца — 8 классов. У мальчика 2 брата, которые страдают умственной отсталостью и недоразвитием речи. Мальчик от третьей физиологической беременности, третьих стремительных родов. Закричал сразу. Сидеть начал в 6 месяцев, ходить — в 11 месяцев. Первые слова появились в 2,5 года, фразы — к 6 годам. На первом году был крикливый, беспокойный. Перенесенные заболевания: до 1 года острая пневмония, ОРВИ, после 1 года — 3 пневмонии, частые ОРВИ. По характеру всегда был нетерпелив, требователен, вспыльчив. Двигательно очень подвижный, моторно неловкий. При возбуждении махал кистями рук, как крылышками.

*Соматоневрологически:* телосложение правильное, но инфантильно-грацильное. По росту отстает от возраста на 1 год, Череп гидроцефальной формы (несколько выдаются лобные бугры, сильно развита венозная сеть на висках). Окружность головы — 51,0.

Зрачки S>D. Язык по средней линии, беспокойный. Сглажена левая носо-губная складка. Перетягивает правый угол рта. При вытянутых

руках и закрытых глазах беспокойство пальцев. Сухожильные рефлексy: коленные — S>D, ахилловы — D=S. Координационные пробы выполняет.

Прыгает на двух ногах хорошо, на одной — неловко. Пальцевая моторика грубо нарушена: не может без контроля зрения воспроизвести позы пальцев по подражанию. Пробу «Кулак-ребро-ладонь» не смог выполнить. Пробу «Завязывание 5 пар нитей» выполнил за 2 мин. 42 с, то есть значительно дольше нормы. При исследовании моторики губ и языка обнаруживается оральная апраксия с трудностями воспроизведения поз как в статике, так и в динамике.

*Психопатологическое обследование.* Легко вступает в контакт. Приветлив. Эмоционально лабилен. Беспечен, из-за своих неудач не огорчается. Эмоциональные реакции стереотипны, недостаточно дифференцированы. При выполнении заданий легко соскальзывает на побочные ассоциации, начинает фантазировать. Склонен к рассуждательству.

Темп психической деятельности замедлен. Склонен к застреванию. Неусидчив, отвлекаем, не может долго сосредоточиться на одном виде деятельности. Пассивно подчиняем. С интересом относится к игровым заданиям, но контроль правильности их выполнения слабый.

Обращенную речь понимает в полном объеме. Собственная речь — короткими фразами. Нарушено произнесение почти всех мягких согласных. Замены Б — П, Д — Т, Ч — Т', Р — Л'. Нарушено произнесение йотированных гласных. Изолированно все звуки произносит правильно. В многосложных словах многочисленные замены звуков, пропуски слогов.

Фразы грубо аграмматичны: «безали за мыськи» (побежали за мышкой), «хотели та кусают» (хотели ее съесть), «он привязал веевку к деево» (он привязал веревку к дереву). При выполнении теста на



оценку правильности грамматических конструкций допускал от 23% до 40% ошибок. Максимальное число ошибок — при исправлении деформированных падежных конструкций. При составлении рассказа по серии из 3 картинок затруднялся при установлении логической и временной последовательности событий.

Обобщающими понятиями владеет слабо: посуда (-), одежда (-), цветы (-), домашние животные: собака, конь, коза, овчарка, крокодил, слон. Количественные представления сформированы. Количественным счетом владеет в пределах 5. Элементарными временными понятиями владеет.

субтесты	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Шкальные оценки	6	10	7	5	4	4	4	6	13	10	7	8

Обследование интеллектуальных способностей по методике Равена — 10 = 104, то есть уровень средней нормы. Исследование интеллекта по методике АВМ-WISC:

Общий интеллектуальный показатель — 78, вербальный интеллектуальный показатель — 75, невербальный интеллектуальный показатель — 86.

Клинический диагноз: тотальное недоразвитие речи. Алалический вариант. Моторная алалия. Синдром органического психического инфантилизма. Пограничная интеллектуальная недостаточность.

Кроме описанных выше облигатных психопатологических синдромов у детей с НР наблюдались и другие, факультативные синдромы. Их перечень приведен в таблице 5. Мы не выявили каких-либо клинических особенностей проявления этих синдромов у детей с недоразвитием речи по сравнению с классическими описаниями (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977, Ковалев В. В.,

1985, 1995). Поэтому их клиническое описание мы считаем возможным опустить.

Приведенный обширный перечень специфических и неспецифических симптомов и синдромов свидетельствует о том, что форма психического дизонтогенеза, именуемая в обобщенной форме «недоразвитием речи», представляет собой сложное полисиндромное образование. Проявления незрелости, дефицитарности обнаруживаются на самых разных уровнях и в разных сферах со-матопсихической организации ребенка. Тот, что это обстоятельство до сих пор не стало для специалистов очевидным, объясняется, видимо, тем, что многие годы изучение патологии речи у детей велось исключительно в педагогическом и психолого-педагогическом русле исследований.

### СИСТЕМАТИКА НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

Без преувеличения можно сказать, что разработанность, степень дифференцированности систематики отражает зрелость научной дисциплины. Сложность разработки классификации речевых расстройств у детей заключается в том, что сам предмет изучения мультидисциплинарен, а развитие систематики ведется в рамках одной-двух научных дисциплин отдельно, независимо друг от друга. Последние полстолетия в России некоторое развитие претерпела только педагогическая классификация, созданная в русле логопедических исследований. Все существующие классификации аномалий речевого развития могут быть разделены на две категории: клинические и психолого-лингвистические, которые иногда называют педагогическими. Иногда первые называют клинико-педагогическими, что не совсем верно. Два таких столь разных подхода, как педагогический (то есть ориентированный на практику воздействия, обучения) и клинический практически не соединимы. То, что в диагностическое заключение могут входить дефиниции, взятые из разных классификаций, еще не означает, что в этом случае происходит интеграция двух разных классификаций в некую третью, соединяющую признаки обеих.

*Клинические классификации* базируются на нозологическом, синдромологи-ческом и патогенетическом принципах. В качестве самостоятельных единиц в таких классификациях выделяются состояния, имеющие патогномичную симптоматику, известный механизм и патогенез, отличающие их от других состояний. Соответственно, клиническая классификация включает следующие виды нарушений речевого развития у детей: дислалию, ринолалию, дизартрию (в зарубежной литературе используют более точный термин — «дизартрия развития»), моторную алалию, сенсорную алалию, дисграфию и дислексию. Следует признать, что не все из перечисленных диагностических категорий в полной мере отвечают вышеприведенным принципам клинической классификации. Например,

механизмы и патогенез дисграфии и дислексии до настоящего времени до конца неизвестны. Даже критерии отграничения от сходных состояний остаются предметом дискуссий. Клиническая классификация включает еще нарушения голоса и темпоритмической организации речевого акта — заикание, тахилалию, брадилалию. Последние виды расстройств, строго говоря, не относятся к нарушениям речевого развития. Их симптоматика не имеет принципиальных отличий в случаях рано и поздно возникшего расстройства. Все остальные перечисленные выше нарушения принципиально отличаются от приобретенных форм патологии речи у взрослых как по симптоматике, так и по механизмам.

Близкой по принципиальной основе является классификация, приведенная в руководстве (Morley M., 1972). В ней выделены следующие рубрики: а) расстройства языка (афазия, алексия, аграфия, задержки развития речи вследствие умственной отсталости и нарушений слуха), б) расстройства артикуляции (анартрия, артикуляционная апраксия, дислалия, дефекты артикуляции, обусловленные нарушением слуха и аномалиями строения зубо-челюстного аппарата), в) расстройства реализации высказывания (заикание, ускоренная, спотыкающаяся речь) и расстройства голоса (афония). Как отмечает автор, классификация носит исключительно рабочий характер. Однако она представляет интерес как показатель представлений о природе недоразвития речи у детей. По существу, большинство случаев нарушений развития языковых способностей автор связывает с умственной отсталостью, хотя и рассматривает их в одном ряду с афазией развития, дислексией и дисграфией. На этом этапе развития логопатологии все случаи избирательного недоразвития речи, обозначаемые как афазия развития, делились на две категории: экспрессивные нарушения и импрессивные нарушения (Zangwill O., 1978, Rapin I., Wilson B., 1978). Случаи недоразвития экспрессивной речи некоторые авторы группировали следующим образом: а) дизартрии, б) нарушения произношения недизартрического характера, в) нарушения языка и синтаксиса (Benton A., 1978). Здесь просматривается оппозиция «моторное» —

«языковое», которая в явной или скрытой форме присутствует во многих более поздних классификациях. Дискуссионным считается вопрос о правомерности включения детей с фонологическим недоразвитием в группу SLI (Leonard L., 1998). Подобное противопоставление по существу близко к тому, что породило оживленную полемику в афазиологии по вопросу о природе афферентной моторной афазии, проблеме дифференциации симптомов апракто-агностического и языкового уровней нарушения при афазиях (Лу-рия А. Р., 1969, 1975, Винарская Е. Н., 1971). На наш взгляд, такой патогенетический, нейропсихологически ориентированный подход имеет принципиальное значение для дифференциальной диагностики и классификации форм недоразвития речи у детей.

Еще одним примером клинических классификаций, в котором выделена речевая патология у детей, является Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, 1994, содержащая раздел «Специфические расстройства развития речи» (шифр F80). В этой общей рубрике выделяются следующие категории нарушений речевого развития:

F80.0. *Специфическое расстройство артикуляции*. В примечании указывается синонимичность этого обозначения термину «специфическое фонологическое расстройство». В качестве критериев диагностики приводятся следующие признаки:

- артикуляционные (фонологические навыки), определяемые по стандартизированным тестам, ниже 2 стандартных отклонений для возраста ребенка;
- артикуляционные (фонологические навыки) по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального коэффициента интеллектуальности (КИ) при определении по стандартизированным тестам;
- экспрессивная речь и понимание, определяемые по стандартизированному тесту, находятся в пределах 2 стандартных отклонений для возраста ребенка;
- отсутствие неврологических, сенсорных или физических нарушений,

которые прямо влияют на звуковую продукцию речи, нет и общего расстройства развития (F84.-);

- наиболее часто используемый — критерий исключения. Невербальный коэффициент умственного развития по стандартизованному тесту ниже 70.

*F80.1. Расстройство экспрессивной речи:*

- навыки экспрессивной речи, определяемые по стандартизованному тесту, ниже 2 стандартных отклонений для возраста ребенка;
- навыки экспрессивной речи по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального КИ при определении по стандартизованным тестам;
- рецептивная речь, определяемая по стандартизованному тесту, находится в пределах 2 стандартных отклонений от возраста ребенка;
- использование и понимание невербального общения и функции имажинативного языка<sup>17</sup> находятся в пределах нормы;
- отсутствие неврологического, сенсорного или физического нарушения, которое прямым образом влияло бы на разговорный язык, нет здесь и общего расстройства развития (F84.-);
- наиболее часто используемый критерий исключения: невербальный коэффициент умственного развития по стандартизованному тесту ниже 70.

*F80.2. Расстройство рецептивной речи (это расстройство также называют смешанным расстройством экспрессивной/импрессивной речи):*

- понимание речи, определяемое по стандартизованным тестам, ниже 2 стандартных отклонений для возраста ребенка;
- навыки рецептивной речи по меньшей мере на 1 стандартное отклонение ниже невербального КИ при оценке по стандартизованным тестам;

- отсутствует неврологическое, сенсорное или физическое нарушение, которое прямым образом влияет на рецептивную речь, не отмечаются критерии общего расстройства развития (F84.-);
- наиболее часто используемый — критерий исключения: невербальный КИ по стандартизированному тесту ниже 70.

*Психолого-лингвистические классификации* построены на основе психологического и лингвистического подходов к описанию нарушений речи у детей. В их основе лежат психолингвистические представления о процессе порождения речи или структурные модели системы языка. Соответственно, принципом категоризации является выделение языкового уровня или предполагаемого нейролингвистического механизма, который нарушен в наибольшей степени или, с точки зрения авторов, занимает центральное положение в структуре дефекта.

Первой попыткой систематизировать клинические формы недоразвития речи с нейролингвистических позиций стала лингвистическая классификация форм алалии В. К. Орфинской (1963). Поскольку в тот период термин «алалия» трактовался очень широко, предметом этой классификации можно считать «общее» или тотальное недоразвитие речи. По структуре эта классификация является многоуровневой. Формы алалии группируются на основе таких таксономических признаков, как первичность/вторичность генеза, гностико-праксический/языковой уровень ведущих механизмов, моторное/сенсорное звено речевой системы, тотальность/избирательность структуры дефекта. Важным представляется взгляд автора на сложность структурной организации клинической картины при недоразвитии речи. Автор первой поняла полифакторную природу механизмов, формирующих состояние недоразвития речи. Сложность построения данной классификации, некоторая эклектичность в принципах систематики затрудняли ее использование, и к сожалению, она осталась невостребованной. Дальнейшего развития это направление в детской логопедии многие годы не получало. В классификации В. К. Орфинской были заложены идеи, которые в

полной мере можно было бы развить лишь при современном уровне развития психолингвистики, когнитивной психологии, нейролингвистики.

Определенную преемственность (по отношению к методологии В. К. Орфинской) демонстрирует исследование моторной алалии и классификация «аномалий речевого развития» Е. Ф. Собонович (1985, 1987). Эта классификация тоже многоуровневая по своей структуре. Тот факт, что оба исследователя с интервалом в 20 лет обратились к многоуровневому принципу классификации, свидетельствует о серьезных основаниях для этого. Оба автора поняли, что сложное и полиморфное по проявлениям недоразвитие речи у детей невозможно классифицировать, ориентируясь на один какой-либо признак. Такое «стереоскопическое» видение состояния недоразвития речи усложняет как диагностику, дифференциальную диагностику, так и понимание механизмов. Поэтому многоуровневые или многоосевые классификации при всем их совершенстве с трудом входят в практический обиход специалистов. Логопеды-практики предпочитают пользоваться упрощенными схемами. Эта тенденция к упрощению обнаруживается, к сожалению, даже в учебных пособиях по логопедии.

Предметом классификации Е. Ф. Собонович стало первичное недоразвитие речи. По типу нарушений (в нейропсихологическом понимании) автор выделяет: а) нарушения, обусловленные «дефектами усвоения языковых знаков и способом оперирования ими» и б) нарушения, обусловленные «дефектами формирования гностико-праксических навыков и реализации языковых знаков». По форме нарушения первый тип представлен «языковыми формами алалии», второй — «недоразвитием речи (апраксической алалией)». Несмотря на некоторые терминологические неточности («недоразвитие речи» — более широкое в сложившейся традиции трактовки этого термина и менее определенное понятие, чем алалия), такое разделение представляется принципиально важным и логичным. Нельзя не отметить, однако, что в этой классификации наглядно проступает конфликт устаревшей трактовки термина «алалия» и нового понимания природы этого расстройства, выраженного автором в термине «языковые



формы алалии». Это чувствовал и В. А. Ковшиков (1985), предложивший иной термин — «экспрессивная алалия» для того, чтобы подчеркнуть отличия нового содержания диагностического понятия «моторная алалия» и устаревшей трактовки этого термина как синонима «недоразвития речи». В современном понимании «моторная алалия» является первично языковым нарушением. Поэтому термин «апраксическая алалия» представляется внутренне противоречивым. Вслед за другими авторами (Белова-Давид Р. А., 1972, Гуровец Г. В., 1975) Е. Ф. Собонович выделяет два варианта «апраксической алалии»: 1) вследствие кинестетической апраксии и 2) вследствие кинетической апраксии. Поскольку артикуляторная апраксия (точнее, диспраксия) проявляется в нарушении звукопроизношения, то подобная дихотомия видится не вполне мотивированной: этот механизм не имеет отношения к лексико-грамматическому недоразвитию. Новым представляется выделение при «языковой форме алалии» двух вариантов: с парадигматическими нарушениями и с синтагматическими нарушениями. Оно базируется на различии в лингвистике двух типов языковых операций: парадигматических и синтагматических и соответственно двух типов нарушений, впервые описанных при афазии вслед за Фердинандом де Соссюром R. Jakobson (1971), а позже — А. Р. Лурия (1975). «Первичную задержку формирования речи» автор относит к языковым нарушениям и называет ее «параалалией». Таким образом, Е. Ф. Собонович выделяет три формы недоразвития речи: «языковая форма алалии», «параалалия» и «апраксическая алалия».

Разработанная в 60-е годы сектором логопедии Института дефектологии АПН СССР так называемая психолого-педагогическая классификация в практическом отношении оказалась для логопедов весьма удобной (Левина Р. Е., 1965, 1968). Она помогала им выбрать магистральные направления в коррекционной работе. С научной же точки зрения в сравнении с уже опубликованной классификацией В. К. Орфинской это был шаг назад. Принцип систематизации в этой классификации предельно прост и описателен. Группировка производится в соответствии с тем, какой уровень системы языка

у ребенка нарушен. Соответственно выделяются следующие виды нарушений формирования языковых средств: «фонетическое нарушение речи», «фонетико-фонематическое недоразвитие речи» (ФФНР) и «общее недоразвитие речи» (ОНР).

Дополнительной качественной характеристикой состояния речевой системы (а точнее — лексико-грамматической сферы) и фактически показателем тяжести отставания в формировании этой сферы языка у детей с ОНР стала трехуровневая система оценки развития речи (или недоразвития речи). Из трех первый — самый элементарный, затем идут второй и третий. Как показатель степени отставания в речевом развитии эти градации используются до сих пор. Однако реально они «работают» (то есть объективно отражают степень отставания в развитии лексико-грамматической сферы) только в возрастном диапазоне старше 5 лет. Например, у ребенка 5 лет с первым уровнем развития речи состояние расценивается как тяжелое. Однако тот же по качественным показателям уровень у детей в возрасте 2 лет будет являться нормой.

В учебнике «Логопедия» 1999 г. издания представлена несколько дополненная версия психолого-педагогической классификации. Выделены две большие группы состояний: нарушение средств общения и нарушение применения средств общения. Первая группа включает: 1) фонетико-фонематическое недоразвитие речи, 2) общее недоразвитие речи. Вторая группа включает только одно расстройство — заикание. Следует отметить, что в данной версии классификации отсутствует давно и широко употребляющаяся категория — «фонетическое недоразвитие речи». В последние годы в качестве дополнения была предложена еще одна рубрика — «лексико-грамматическое недоразвитие» (Корнев А. Н., 1994, Лалаева Р. И., 2000).

За рубежом психолого-лингвистическая систематика нарушений речи у детей развивалась несколько в другом направлении. В рамках группы состояний, обозначенных как «специфическое нарушение языка» (SL1), выделяются две его формы: а) с нарушением экспрессивной и импрессивной («рецептивной») речи (RE-SLI) и б) с нарушением преимущественно экспрессивной речи (E-

SLI) (Leonard L., 1982). Из группы детей с последней формой SLI вычленяется подгруппа с резко выраженной тенденцией к использованию инфинитивных форм глагола (без грамматического маркирования времени глагола) — SLI, who show Extended Optional Infinitives (SLI-EOI) (Rice M., Wexler K., 1998).

В качестве примера более комплексных систематик можно привести классификацию I. Rapin и D. Allen (1988). Авторы делят популяцию детей с недоразвитием речи на следующие категории:

- фонологически-синтаксический синдром с оральной апраксией или без нее;
- тяжелый экспрессивный синдром с сохранным пониманием речи;
- вербальную слуховую агнозию;
- аутистический синдром с мутизмом;
- аутистический синдром с эхолалией;
- синдром семантически-прагматических нарушений без аутизма;
- синдром синтаксически-прагматических нарушений.

Такая классификация, будучи лингвистической по форме, описательна по сути. Описательная характеристика производится на основе синдромологического подхода. В этом смысле данная классификация альтернативна классификации L. Leonard — M. Rice. Последняя является конвергентной по логическому принципу организации: варианты SLI должны сохранять основные дефинитивные признаки SLI. Классификация Rapin — Allen дивергентна по своей логической сути. Выделенные синдромы не объединяют какие-либо общие родовые характеристики (кроме принадлежности к классу «речевые нарушения»). Помимо этого, в последней классификации есть некоторая эклектичность: наряду с лингвистическими таксономическими признаками используются и психопатологические (например, наличие аутизма или его отсутствие). Она интересна тем, что в ней выделены формы недоразвития речи, неизвестные, не описанные в российской логопедии. Это такие расстройства, как «синдром семантически-прагматических нарушений без аутизма» и «синдром синтаксически-прагматических нарушений».

Как уже было отмечено, при обилии разных классификаций речевых расстройств у детей, ни одной из них не удалось вместить достаточно большое число значимых параметров, характеризующих состояние психоречевой сферы в целом. В большинстве классификаций используется одномерная шкала оценок, не создающая условий для междисциплинарного синтеза знаний о предмете. В результате одно и то же явление в разных классификациях обозначается по-разному, а некоторые состояния вообще могут не иметь адекватного обозначения. В связи с этим представители разных дисциплин (например, врач и логопед) нередко, обсуждая одно и то же явление, смешивают терминологические и содержательные различия. Иначе говоря, разные наименования не всегда означают смысловые различия. Подобное положение дел приводит к разобщенности как в рамках коррекционной педагогики, так и в ситуациях взаимодействия психологов, лингвистов, врачей в изучении этого круга проблем, в принятии экспертных решений, при оказании практической помощи. Назрела необходимость создания классификации, построенной на принципиально иных позициях. Она должна стать основой междисциплинарного взаимодействия. Для этого в ней должны быть соединены несколько разных пространств признаков. Рассматривая ребенка с отклонением в речевом развитии как субъекта с широким кругом разнородным проблем (коммуникативных, когнитивных, социальных, психопатологических, медицинских, соматопсихо-логических), мы должны в рамках многоосевой классификации определить его место в каждом пространстве признаков. В таком случае диагноз становится не просто ярлыком, а моделью проблемной ситуации и одновременно сжатой программой потенциальных направлений оказания помощи.

Попыткой создать такой прецедент является разработанная нами система-тика состояний недоразвития речи у детей. Она построена на нескольких базовых принципах: а) клинико-патогенетическом, б) многомерном подходе к диагностике, в) мультидисциплинарном подходе к характеристике явлений и г) системно-функциональном подходе в оценке состояния в целом.

Клинико-патогенетический принцип построения классификации означает, что симптоматика при недоразвитии речи рассматривается в контексте целостной картины патологии развития ребенка, с учетом этиологии и патогенеза, внутренне закономерной взаимосвязи речевых и неречевых симптомов (Сухарева Г. Е., 1955, Ковалев В. В., 1985).

**Многомерный** подход к диагностике означает использование одновременно нескольких осей или категориальных пространств, что необходимо для многосторонней характеристики состояния психического дизонтогенеза в целом. Как отмечает М. В. Воловик (1977), необходимость преодоления односторонности клинико-психопатологического диагноза осознавалась в психиатрии давно. Интересную концепцию многомерного диагноза предлагал еще Е. Kretschmer (1919). Элементы многомерной диагностики содержатся в принятой ВОЗ в 1994 г. Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ, 10-й пересмотр). По мнению многих видных психиатров, многомерная диагностика имеет несомненную эвристическую ценность (Воловик М. В., 1977).

**Мультидисциплинарный** подход означает, что в диагностической характеристике НР будут использованы концептуальные средства и методы нескольких дисциплин, имеющих отношение к изучению данной проблематики: клинической психиатрии, когнитивной психологии, возрастной психологии, нейропсихологии, логопедии и психолингвистики. Это позволит интегрировать знания об изучаемом предмете, накопленные во всех перечисленных научных дисциплинах.

**Системно-функциональный** подход к диагностике существенно дополняет вышеперечисленные принципы систематики. Он подразумевает оценку функциональной системы языка и речи в целом и отдельных подсистем с точки зрения ее эффективности как средства коммуникации. Функциональный диагноз подразумевает системный анализ уровня и характера дисфункции, от которых зависит адаптивное поведение ребенка-(Воловик М. В., 1977). Понятие функционального диагноза впервые в отечественной психиатрии было

сформулировано Т. А. Гейером (1933) и Д. Е. Мелеховым (1947). Оно включает такие параметры, как характер психического дефекта, степень его социальной компенсации, возрастные особенности социально-психологического реагирования, вторичные психогенные образования (Ковалев В. В., 1985). Функциональный диагноз особенно необходим для оценки состояния детей с недоразвитием речи, так как нередко степень отставания в развитии речевых функций не совпадает со степенью психологической дезадаптации.

Предлагаемая классификация систематизирует лишь нарушения экспрессивной речи и не охватывает расстройств голоса и темпо-ритмических характеристик речи, изучение которых не входило в задачи настоящего исследования.

## **КЛАССИФИКАЦИЯ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ**

### **А. Клинико-патогенетическая ось**

#### **I. Первичное недоразвитие речи (ПНР)**

##### **1.1. Парциальное ПНР**

- а) Функциональная дислалия
- б) Артикуляционная диспраксия
  - Дисфонстическая форма
  - Дисфонологическая форма
  - Динамическая форма
- в) Дизартрия развития
- г) Ринолалия
- д) Дисграмматизм

##### **1.2. Тотальное ПНР**

- Алалический вариант нарушения («миксты»)
  - а) Моторная алалия
  - б) Сенсорная алалия

#### **II. Вторичное недоразвитие речи (ВНР)**

- 2.1. Вследствие умственной отсталости
- 2.2 Вследствие тугоухости
- 2.3. Вследствие психической депривации

### **III. Недоразвитие речи смешанного происхождения**

- 3.1.Параалалический вариант ТНР
- 3.2.Клинические формы со сложным типом нарушения («миксты»)

### **Б. Нейропсихологическая ось (синдромы и механизмы нарушений)**

#### **I.Синдромы неврологического уровня**

Синдромы центрального полиморфного тотального нарушения звукопроизношения органического генеза (синдромы дизартрии развития)

#### **II. Синдромы гностико-праксического уровня**

- 2.1.Синдром функциональных нарушений отдельных фонетических характеристик звуков речи (дислалия)
- 2.2.Синдромы центральных полиморфных избирательных нарушений звукопроизношения (синдромы артикуляторной диспраксии)
  - Синдром дисфонетической артикуляторной диспраксии
  - Синдром дисфонологической артикуляторной диспраксии
  - Синдром динамической артикуляторной диспраксии
  - Синдром задержки лексико-грамматического развития

#### **III. Синдромы языкового уровня**

- 3.1.Синдром экспрессивного фонологического недоразвития (в составе моторной алалии)
- 3.2.Синдром импрессивного фонологического недоразвития (в составе сенсорной алалии)
- 3.3.Синдромы лексико-грамматического недоразвития
  - а) с преобладанием нарушения парадигматических операций (морфологический дисграмматизм)

- б) с преобладанием нарушения синтагматических операций (синтаксический дисграмматизм)

#### **IV. Нарушения со смешанным механизмом (гностико-праксического и языкового уровней)**

- 4.1. Синдром вербальной диспраксии
- 4.2. Синдром импрессивного дисграмматизма
- 4.3. Синдром полиморфного экспрессивного дисграмматизма
- 4.4. Синдром несформированности фонематических представлений и метаязыковых навыков

#### **V. Психопатологическая ось (ведущий психопатологический синдром)**

1. Синдромы психического инфантилизма
2. Неврозоподобные синдромы
3. Психоорганический синдром

#### **Г. Этиологическая ось**

1. Конституциональная (наследственная) форма НР
2. Соматогенная форма НР
3. Церебрально-органическая форма НР
4. Форма НР смешанного генеза
5. Депривационно-психогенная форма НР

#### **Д. Функциональная ось (степень дезадаптации)**

1. Тяжесть речевых нарушений
  - I степень — легкие нарушения
  - II степень — нарушения средней тяжести
  - III степень — тяжелые нарушения
2. Степень выраженности социально-психологической дезадаптации



- а) Легкая
- б) Средней тяжести
- в) Тяжелая

Базовая оппозиция **первого порядка**, с которой начинается классификация, разделяет все виды недоразвития речи на три категории: *первичные, вторичные и смешанные*. Со времени работ В. К. Орфинской (1963), Р. Е. Левиной и Н. А. Никашиной (1968) считается целесообразным дифференцировать речевые расстройства на имеющие самостоятельное происхождение и те, что являются составной частью неречевых психических или сенсорных нарушений (умственной отсталости, тугоухости, шизофрении, детского аутизма и других) и причинно связаны с ними. Последние несут на себе отпечаток закономерностей, присущих этим заболеваниям, и в отрыве от них самостоятельного значения не имеют. Однако следует подчеркнуть, что наличие у ребенка умственной отсталости или одного из других перечисленных выше заболеваний еще не означает, что все проявления речевой патологии у него носят вторичный характер. Если определенный лингвопатологический симптомокомплекс встречается как у детей с психическими расстройствами, так и у детей без этих психических заболеваний, то этот синдром является сопутствующим основному заболеванию и, вероятнее всего, обусловлен первичным нарушением специфически речевых механизмов. Данный вариант недоразвития речи является, по-видимому, первичным. Если же этот лингвопатологический синдром является облигатным для данного заболевания, то правомерно рассматривать его как вторичный.

Известно, что психическое заболевание оказывает патопластическое влияние на лингвопатологическую симптоматику. Многие первичные лингвопатологические симптомы и особенно синдромы, наблюдающиеся у детей с интеллектуальной или сенсорной недостаточностью, проявляются в атипичной форме. Меняется их качество или выраженность. Конкретное выражение этого атипизма зависит оттого, о каких языковых уровнях и единицах идет речь. Например, у умственно отсталых детей замены звуков значительно более

контекстуально зависимы, чем у детей с нормой интеллектуального развития. У них же аграмматизмы могут приобретать форму, которая обычно встречается только при моторной алалии: в значительном количестве встречаются межпадежные замены. По нашим наблюдениям, у детей с ринолалией лексико-грамматические нарушения отмечаются только в тех случаях, когда одновременно имеется интеллектуальная недостаточность. Множество подобных примеров доказывает, что онтогенез языковых способностей и речевых навыков испытывает значительное влияние общекогнитивных факторов. Поэтому среди детей с задержкой развития или недоразвитием речи количественно преобладают смешанные формы. Примером может послужить параалалическая форма ГНР.

Деление на классы второго порядка основывается на разграничении *парциальных* и *тотальных* форм первичного недоразвития речи. Данная дифференциация базируется на системной модели онтогенеза речевой деятельности. В одних клинических случаях мы наблюдаем дисфункцию всей речевой системы в целом. В других — наблюдаем слабость, дефицитарность одной-двух подсистем (например, звукопроизношения или реализации слоговой структуры или оперирования морфологическими элементами языка) при удовлетворительном функционировании системы в целом. Иначе говоря, как частный случай психического дизонтогенеза, недоразвитие речи может быть парциальным и тотальным (Ковалев В. В., 1985). После выделения трех типов (первичное, вторичное и смешанное недоразвитие речи) и двух видов (парциальное и тотальное НР) следующим шагом будет выделение разновидностей НР. Дальнейшим членением на подклассы станет выделение разных синдромальных вариантов или разновидностей парциального, тотального и смешанного видов недоразвития речи.

Некоторые из представленных в классификации вариантов парциального ПНР по названиям совпадают с традиционно выделяемыми в клинических классификациях (Ляпидевский С. С., Гриншпун Б. М., 1969, Гриншпун Б. М., 1989). Однако содержание, которое вкладывается в эти понятия в данном кон-

тексте, несколько отличается оттого, что присуще вышеупомянутым классификациям. В них тип расстройства обозначается по ведущему лингвопатологическому синдрому вне зависимости оттого, какая форма недоразвития речи имеет место, парциальная или тотальная. В нашей классификации данные клинические термины обозначают не синдром речевых нарушений, а тип психоречевого дизонтогенеза. Например, синдром дизартрии может встречаться и при парциальном НР, и как составная часть клинической картины тотального НР. «Дизартрия» же как подкласс рубрики «Парциальные формы ПНР» обозначает только случаи нарушения формирования звуковой стороны речи дизартрического типа при сохранности остальных языковых средств. Подобным образом обстоит дело с категоризацией нарушений психического развития у детей. В одном случае у ребенка основным диагнозом может быть «специфическое нарушение формирования навыка чтения» (дислексия). В другом — основной диагноз «легкая умственная отсталость», а сопутствующий — «синдром дислексии». Аналогично, в нашей классификации основной диагноз «тотальное ПНР», «вторичное недоразвитие речи» или «недоразвитие речи смешанного происхождения» должен быть дополнен указанием ведущих синдромов.

### **Клинико-патогенетическая ось**

**Тотальное первичное недоразвитие речи** представлено в классификации алалическим его вариантом (АТНР) в форме моторной или сенсорной алалии. Как будет показано ниже (в главах 6 и 8). лишь в этих (неосложненных) случаях можно бесспорно утверждать, что природа, механизмы недоразвития речи имеют первичный характер. То есть в основе аномального развития речи при этом лежит неполноценность языковых механизмов экспрессивного (при моторной алалии) или импрессивного (при сенсорной алалии) уровней. Симптоматика первого из них полностью соответствует клинической картине неосложненной моторной алалии в узком понимании этого термина (Ковшиков В. А., 1985) или неосложненной сенсорной алалии (Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1975). Этим

формам тотального НР присущи типичная клиническая картина, определенный тип динамики, единообразные механизмы. В остальных случаях тотального недоразвития речи (обозначаемого в логопедической практике как «общее недоразвитие речи») природа и механизмы расстройства имеют сложный характер: вторичный или смешанный. Таксономическая рубрика «Вторичное недоразвитие речи» соотносится с теми состояниями, когда основной причиной нарушений развития речи является психическое недоразвитие (то есть умственная отсталость), периферические или сенсоневральные формы тугоухости или психическая депривация. Нельзя не отметить, что обоснование этиопатогенетической основы этих форм речевого дизонтогенеза — весьма трудная задача в связи с их слабой изученностью в клиническом аспекте.

**Недоразвитие речи смешанного происхождения** имеет сложную природу. Механизмы в таких случаях включают как первичные, так и вторичные компоненты.

Параалалический вариант тотального недоразвития речи ПТНР (несмотря на сходство термина с тем, который использует Е. Ф. Соболевич, содержание у них существенно различается) — это сборная группа состояний недоразвития речи, имеющих сложный генез. Ее составляют случаи дизонтогенеза, где клиническая картина образована сочетанием нескольких синдромов, в комплексе создающих эффект тотального недоразвития речи. Среди наших пациентов мы наблюдали следующие комбинации: синдром артикуляционной диспраксии + синдром лексико-грамматического недоразвития, синдром артикуляционной диспраксии + задержка психического развития + вторичная задержка лексико-грамматического развития, синдром дизартрии + задержка психического развития + вторичная задержка лексико-грамматического развития, синдром ринопалии + задержка психического развития + вторичная задержка лексико-грамматического развития. За каждым из перечисленных синдромов стоят присущие ему механизмы. Таким образом, патогенез параалалического варианта ТНР имеет полифакторную природу.

Клинические формы «недоразвития речи со сложным типом нарушения» представляют собой довольно редкую категорию, когда сочетаются два разных по механизму речевых нарушения. Например, сочетания моторной алалии и дизартрии, ринолалии и дизартрии.

### **Нейропсихологическая ось**

Анализ синдромологической картины разных форм недоразвития речи и их механизмов показал, что лингвопатологические синдромы, в зависимости от принадлежности ведущего механизма к определенному нейропсихологическому уровню, могут быть сгруппированы в четыре категории.

а) Синдромы, механизмы которых связаны с низшим, **неврологическим уровнем** регуляции речедвигательных актов; в таких случаях высшие корковые функции первично не нарушены, недоразвитие носит неизбирательный (в отношении разных компонентов фонационной подсистемы речи), тотальный характер. Формы недоразвития речи, имеющие неврологический механизм, — это нарушения элементарных форм пирамидной и экстрапирамидной регуляции движений. В этих случаях неполноценным оказывается тот уровень регуляции движений, для которого не имеет значения содержательная сторона выполняемого движения. Нарушены как движения артикуляторных мышц, участвующих в речевых актах, так и движения жевательных, мимических мышц. В случае нарушения пирамидной иннервации имеет значение и степень произвольности движения. Чем выше произвольность, тем более выражена неполноценность движения. В силу вышеуказанных причин нарушения звуковых характеристик речи в таких случаях носят тотальный, неизбирательный характер.

б) Синдромы **гностико-праксического уровня** представляют собой разные формы неполноценности гностико-праксического обеспечения речевых актов, то есть недоразвитие речи, но не языка. В данной классификации эти синдромы представлены разными формами нарушения звуковой стороны речи,

обусловленными неполноценностью моторной реализации программы высказывания лексико-грамматическими нарушениями, обусловленными преимущественно интеллектуальной недостаточностью.

в) Синдромы **языкового уровня** по своей природе связаны с нарушением формирования языковой способности; это может проявляться в тотальной форме, одинаково затрагивающей все уровни языка, или в парциальной, избирательно нарушающей формирование фонологического или лексико-грамматического уровней языка. Несформированность языковых механизмов фонологического уровня языковой системы может избирательно затрагивать процесс кодирования (экспрессивная форма фонологического недоразвития) или декодирования (импрессивная форма фонологического недоразвития). В чистом виде синдром экспрессивного фонологического недоразвития встречается очень редко, при моторной алалии. Синдром импрессивного фонологического недоразвития наблюдается в структуре сенсорной алалии. Синдромы недоразвития лексико-грамматического уровня языка могут различаться по степени дефицитарности парадигматических или синтагматических языковых операций. В первом случае преимущественно страдает формирование системы аффиксов, то есть морфологическое оформление высказывания. Во втором — синтаксическое структурирование высказываний.

г) Наконец, достаточно часто встречаются клинические случаи недоразвития речи, механизмы которых имеют сложный неоднородный характер, **включаящий как гностико-праксические, так и языковые нарушения**. В связи с полифакторностью механизмов онтогенеза ФСЯР такие случаи в детском возрасте встречаются особенно часто. Синдром вербальной диспраксии, например, встречающийся почти исключительно у детей с моторной алалией, в большинстве случаев включает как явления диспраксии, так и дефицит механизмов фонологического программирования высказываний, то есть должен быть отнесен к синдромам со смешанным механизмом.

Синдромы импрессивного дисграмматизма, по нашим наблюдениям, встречаются преимущественно у детей с интеллектуальной недостаточностью, но в редких случаях имеют и первично языковую природу.

### **Психопатологическая ось**

Как было описано в главе 4, нередко, неотъемлемой частью клинической картины недоразвития речи бывает психопатологическая симптоматика. Определенная ее часть функционально связана с лингвопатологической симптоматикой: так называемые вторичные, психогенные осложнения, дисгармоничное формирование вербально-логических форм мышления, дефицитарные формы патохарактерологического развития. Другая ее часть, имея самостоятельный патогенез, сама оказывает значительное влияние на формирование коммуникативно-речевых навыков и языковых способностей. Без психопатологической квалификации диагностика состояний недоразвития речи не может считаться полноценной. Выделенная в классификации психопатологическая ось включает облигатные синдромы, наиболее часто встречающиеся при НР. Кроме того, выделение данной оси в классификации облегчает междисциплинарное взаимодействие специалистов медицинского профиля, психологов и педагогов как при диагностике, так и при планировании абилитационной помощи детям.

### **Этиологическая ось**

При любой форме психического дизонтогенеза диагноз первичного недоразвития речи должен включать указание на вероятные причины расстройства. Представленные в *этиологической оси* рубрики практически повторяют с не-5 большими добавлениями этиологические формы задержек психического развития, выделенные К. С. Лебединской (1980), так как в действительности имеют такое же происхождение.

## **Функциональная ось**

Явным недостатком существующих классификаций стало отсутствие градаций степени тяжести расстройства. В связи с этим, а также в соответствии с принципами функционального диагноза в классификацию введена функциональная ось, включающая две основные рубрики: 1) *степень тяжести* речевых нарушений и 2) *степень социально-психологической дезадаптации*. Мы предлагаем следующие критерии оценки тяжести речевых нарушений.

*I степень*, легкие нарушения — отставание в развитии по основным речевым показателям на 0,5 года у детей в возрасте 1,5—3 года и на 1 год — в возрасте 3—5 лет.

*II степень*, нарушения средней тяжести — отставание на 1 год в раннем и на 2 года — в возрасте 3—5 лет.

*III степень*, тяжелые нарушения — отставание на 2 года в раннем и на 3 года — в возрасте 3—5 лет. Для детей 6 лет и старше необходимо сделать следующую поправку: к критериям дошкольного возраста нужно добавить число лет, на которое возраст ребенка превышает 5 лет.

Оценка тяжести социально-психологической дезадаптации производится по общеклиническим и психологическим критериям, включающим состояние коммуникативных навыков, адаптацию в семье и дошкольном учреждении, уровень обучаемости, психологические реакции на трудности, связанные с речевым недостатком (Ковалев В. В., 1985).



## Глава 6

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (ЧАСТНАЯ ЛОГОПАТОЛОГИЯ)

Согласно принципам систематики форм недоразвития речи, принятой нами за основу, их разграничение следует производить не только согласно доминирующей симптоматике, но и с учетом структуры всей совокупности лингвопатологических симптомов и синдромов. Поэтому вполне оправданно разделять тотальные и парциальные форм НР. Сточки зрения системного подхода при этом разграничиваются формы НР, при которых наблюдается неполноценность всей функциональной системы языка и речи, и формы, где затронута лишь одна из подсистем ФСЯР.

### 6.1. ПАРЦИАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПНР

В предыдущих главах нами приводились факты, доказывающие, что, несмотря на системную взаимосвязь, отдельные компоненты ФСЯР в определенной степени автономны в своем развитии и различаются по механизмам. У детей с речевым дизонтогенезом встречается немало примеров, когда нарушено формирование лишь какой-то одной подсистемы, одной группы языковых средств, затруднено выполнение определенных языковых или речевых операций. Такие случаи правомерно рассматривать как парциальные формы речевого дизонтогенеза. Речевое и языковое развитие при этом протекает асинхронно. Определенные компоненты ФСЯР развиты по возрасту, а другие — существенно отстают. Главная особенность таких состояний — наличие нормально или относительно нормально сформированной речевой деятельности в целом, достаточно высокая эффективность работы функциональной системы языка и речи. Во всех подобных случаях клиническая картина представлена главным образом одним из вышеописанных лингвопатологических синдромов. Таким образом, основным критерием парциальности является диссоциация

между общим уровнем речевого развития (обычно соответствующим возрастной норме) и уровнем зрелости частной речевой/языковой функции.

### **6.1.1. Функциональная дислалия**

Основой аномалии речевого развития при дислалии является дисфункция звуковой стороны речи, ее сегментарного уровня. С момента введения в обиход в 30-х гг, клиническое содержание этого термина менялось неоднократно (Хватцев М. Е., 1959, Ляпидевский С. С. 1969, Правдина О. В. 1973, Токарева О. А., 1969). Как самостоятельный вид речевого расстройства дислалия в современном понимании этого термина была выделена в 60-х гг. из разнородной группы нарушений звукопроизношения, называемой «косноязычием» (Ляпидевский С. С, 1969, Правдина О. В., 1973).

Функциональная дислалия как вид дислалии в логопедической литературе противопоставляется, с одной стороны, механической дислалии, с другой — дизартрии. Последнюю оппозицию впервые обозначил А. Kussmaul (1879). Автором данного термина считается профессор Вильнюсского университета, врач И. Франк (1827), применявший его ко всем видам нарушения звукопроизношения. Швейцарский врач Schultes (1830) сузил это понятие до нарушений звукопроизношения, обусловленных анатомическими дефектами органов артикуляции. Сходной позиции придерживались А. Kussmaul (1889) и Н. Gutzmann(1924).

В 1955 г. М. Seeman одним из первых выделил функциональную форму косноязычия. Позднее О. В. Правдина (1973), О. А. Токарева (1969) и другие авторы стали использовать термин «функциональные дислалии» (ФД) применительно к легким обратимым нарушениям звуковой стороны речи, не связанным с дефицитом иннервации артикуляционных мышц. Примерно так же понимается «дислалия» в монографии М. Morley (1972). В последнем из руководств по логопедии «дислалия» трактуется следующим образом: «...дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации

речевого аппарата» (Логопедия, 1999, с. 86). Определение «функциональной дислалии» там выглядит иначе: «...дефекты воспроизведения звуков речи (фонем) при отсутствии органических нарушений в строении артикуляторного аппарата» (там же, с. 89). Если соотнести эти два определения, то создается впечатление инверсии этих двух понятий: границы функциональной дислалии выглядят шире, чем дислалии, хотя на самом деле должно быть наоборот. Суммируя и несколько дополняя эти два определения, мы полагаем, что функциональной дислалией следует считать *идиопатические нарушения звуковой стороны речи при отсутствии анатомических аномалий в строении артикуляторного аппарата и нарушений его иннервации*. Анализ понятий «функциональное», «нарушения иннервации», фигурирующих в определениях функциональной дислалии, был проведен в главе 4. Поэтому не будем возвращаться к этому вопросу.

Во всех приведенных определениях функциональной дислалии (включая последнее) присутствуют лишь так называемые «критерии исключения». Традиционно это расценивается как признак слабой изученности явления. Это согласуется и с мнением Б. М. Гриншпуна о необходимости пересмотра представлений, установившихся в логопедии по этому вопросу (Логопедия, 1999).

Неопределенность в критериях отграничения ФД естественно привела в разноречивости представлений о ее клинической картине. Многие авторы высказывали предположение о неоднородности функциональной дислалии как клинической группы (Токарева О. А., 1969, Собонович М. Ф., 1970, Гриншпун Б. М., 1999, Seeman M., 1962).

Б. М. Гриншпун предложил свою классификацию форм ФД. В ее основе — синтетический принцип: психофизиологически-лингвистический. Им выделяются следующие формы ФД: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая и артикуляторно-фонетическая. Безусловным шагом вперед является рассмотрение автором в числе механизмов нарушения звукопроизношения дисфункций языкового и метаязыкового уровня. Из всех существующих систематик именно в данной классификации ФД, пожалуй, наибольшее

внимание уделяется механизмам. Недостаток экспериментальных данных, клинически верифицированных фактов вынуждает автора ограничиться гипотетическими построениями, которые не всегда подтверждаются в эксперименте. Например, при акустико-фонематической форме ФД предполагается наличие несформированности операций переработки акустических параметров в сенсорном звене механизма восприятия речи, что, по мысли автора, затрудняет опознание фонем. В наших экспериментах не было обнаружено нарушений выделения речевого сигнала из шума даже у детей с грубыми нарушениями звуковой стороны речи (Королева И. В., Люблинская И. В., Корнев А. Н., Ягунова Е. В., 1998). С психологической точки зрения в данной классификации смешиваются нарушения уровня восприятия и уровня представлений, перцепции и апперцепции.

При артикуляторно-фонематической форме ФД в качестве основного механизма Б. М. Гриншпун рассматривает несформированность «операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам» (Логопедия, 1999, с. 94). Автор выделяет два варианта этой формы: а) с неполной сформированностью, редуцированностью артикуляторной базы и б) с полностью сформированной артикуляторной базой. Описание варианта (а) позволяет предположить, что основой его механизма является неполноценность артикуляционного праксиса, хотя автор об этом не пишет. По существу, он оставляет открытым вопрос о психофизиологическом механизме этого варианта ФД. Более того, описание этого варианта, данное автором, позволяет поставить под сомнение функциональную природу самого расстройства, что будет подробно мотивировано нами ниже на основе собственных наблюдений. Вариант (б) вообще выглядит идиопатическим, с неясной природой и неизвестным механизмом. Как пишет автор, в этом случае «усвоены все артикуляторные позиции, необходимые для производства звуков, но при отборе звуков принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слово правильно и неправильно)» (там же, с. 95). Судя по описанию, имеется в виду этап усвоения артикуляторных навыков, когда не

достигнута их полная автоматизация. Как отмечалось в главе 4, это может наблюдаться в норме или при конституционально замедленном темпе усвоения артикуляторных навыков. Отнесение подобных случаев к патологии дискуссионно.

Достаточно определенной и традиционной является выделенная автором артикуляторно-фонетическая форма ФД. Она совпадает с типовыми описаниями функциональной дислалии, сделанными другими авторами (Токарева О. А., 1969, Правдина О. В., 1973). В таких случаях фонематический выбор и отбор артикулем не нарушен. Страдает лишь моторная реализация артикулем по параметрам точности, способа или, что реже, места образования.

Этиология и патогенез ФД слабо изучены. Высказываются предположения о влиянии подражания (при наличии в семье других случаев с расстройством речи), наследственности, соматических вредностей, неблагоприятной речевой среды, «неправильного речевого воспитания», задержки психического развития и просто идиопатической природе данного состояния (Правдина О. В., 1973, Токарева О. А., 1969, Соботович Е. Ф., 1976, Волкова Л. С., 1985, Morley M., 1972). Как видно из приведенного перечня, они носят весьма разнородный и скорее гипотетический, чем экспериментально или клинически обоснованный характер. Ни одна из перечисленных причин клинической, экспериментальной проверки не прошла.

Под нашим наблюдением находилось 19 детей с функциональной дислалией в возрасте 5—7 лет. Среди них было 10 мальчиков и 9 девочек. При решении вопроса о включении в группу мы принимали в расчет как негативные, так и позитивные критерии. Одним из важных позитивных критериев следует считать характер звуковых нарушений, их мономорфность, легкость и быстроту компенсации. Иногда окончательное заключение о диагнозе принималось ретроспективно. Во всех случаях расстройство проявлялось в виде немногочисленных легких нарушений звукопроизношения 1—3 звуков. Обычно это были согласные позднего онтогенеза. В большинстве случаев нарушения звукопроизношения носили характер искажений, возникающих как при изолированном

произнесении, так и в потоке речи. Чаще всего искажению подвергались звуки Р (одноударное Р, велярное Р), Л (губно-губное произнесение), С (межзубное произнесение), Ш, Щ (среднее по звуковому эффекту между Ш и С или губно-зубное произнесение), Ж (губно-зубное произнесение). Критическая оценка недостатков собственной речи формально присутствовала, но создавалось впечатление, что чаще всего это результат влияния мнения взрослых. Лексико-грамматические способности у этих детей соответствовали возрастной норме. По выполнению тестов «Повторение фраз» и «Деформированные грамматические конструкции» дети данной группы не отличались от здоровых сверстников. В практике мы встречали и случаи, когда такие же нарушения звукопроизношения сочетались с задержкой лексико-грамматического развития. Вероятнее всего, здесь нарушалось формирование одновременно двух разных подсистем ФСЯР, независимо друг от друга. Аналогичные наблюдения приводятся и другими авторами (Соботович Е. Ф., 1976).

Нарушения черепно-мозговой иннервации в виде микросимптоматики встречались не чаще, чем в здоровой популяции. Недостаточность орального праксиса обнаруживалась преимущественно у детей не старше 4 лет, неравномерно по разным пробам. Чаще это выявлялось в таких пробах, как «узкий кончик языка», поднятие кончика языка вверх и выполнение серии движений. Примерно с такой же частотой это наблюдалось нами и у здоровых детей того же возраста. У детей старше 5 лет трудности при выполнении проб, оценивающих оральный праксис, встречались лишь единично. В ряде случаев обнаруживалась нерезко выраженная неполноценность пальцевого праксиса, но частота встречаемости не отличалась от данных, полученных среди здоровых детей.

Психологически это были здоровые дети. Изредка отмечались легкие проявления простого, неосложненного инфантилизма. В целом они были вполне адаптированы и при поступлении в школу не испытывали каких-либо трудностей. В процессе логопедической коррекции дефекты звукопроизношения устранялись за срок от нескольких недель до нескольких

месяцев. Наши экспериментальные данные и многочисленные наблюдения логопедов-практиков свидетельствуют о том, что обычно в процессе коррекционной работы таким детям достаточно почувствовать верный образец артикуляции или уточнить акустический образ соответствующей фонемы, как произношение быстро нормализуется. В подобных случаях довольно трудно решить, являлось ли исправление звукопроизношения результатом коррекционной работы или следствием естественного созревания соответствующих психофизиологических механизмов. Для того чтобы решить, какие варианты ФД с высокой вероятностью могут спонтанно компенсироваться, а какие требуют коррекционной помощи, необходимы сопоставительные лонгитюдные исследования. Пока такие исследования не проведены, коррекционные показания при ФД не вполне ясны и неоднозначны.

Относительно механизмов ФД логично предположить, что здесь имеет место легкая (темповая) задержка установления интеграции акустического и артикуляционного звеньев функциональной системы речи. Осваивая навыки произношения звуков речи, ребенок движется от использования звуков-заместителей, более простых по артикуляции, к овладению приблизительным произнесением нормативных звуков (Гвоздев А. Н., 1995). Он нащупывает оптимальный комплекс артикуляторных движений, сопоставляя звуковой эффект собственной артикуляции (в определенных словах) со звуковыми характеристиками (в тех же словах) речи взрослых. Слуховой образ, представление нормативного фонетического слова — это эталон, к которому постепенно приближается ребенок. Новый звук обычно появляется в новых или недавно усвоенных словах. Скорость перехода от приблизительного (то есть искаженного, но уже узнаваемого) варианта произношения к нормативному зависит от остроты слухового внимания, активности самоконтроля. По существу, в этот переходный период решающую роль играет сформированность слухомоторной координации. Если представить этот процесс как самонастройку функциональной системы в соответствии с теорией функциональных систем П. К. Анохина (1975, 1978), решающую роль

в нем следует отвести системе обратной связи. Образ нормативного фонетического слова является составной частью так называемого «акцептора действия», то есть образа ожидаемого результата. Система обратной связи включает обратную афферентацию (кинестетическую) от артикулирующих органов и сличение звукового эффекта с ментальным фонетическим эталоном. При ФД, по-видимому, имеет место недостаточность «акцептора действия», обеспечивающего сличение результата артикуляции со слуховым эталоном или образом ожидаемого результата. В соответствии с информационной теорией эмоций П. В. Симонова (1981) и нейропсихологическими данными о роли эмоций в регуляции поведения (Вартанян Г. А., Пирогов А. А., 1994) активность самокоррекции, реорганизации функциональной системы в случаях рассогласования результата действия с ожидаемым эффектом зависит и от остроты переживания эмоционального дискомфорта. Кроме всего прочего на это влияет и уровень эмоциональной зрелости индивида. Этим объясняется связь активности и успешности в преодолении дефектов звукопроизношения с эмоциональной зрелостью и сформированностью мотивации достижения, которая подтверждается логопедической практикой.

Особую категорию составляют дети, которые допускают смешения звуков, артикуляция которых им вполне доступна. Эти взаимозамены (Ш — С, С — Ш, Р — Л, Л — Р, Д — Т, Т — Д и т. п.) носят непостоянный характер. Например (речевая продукция одного и того же ребенка), /веша/ — весы, /яиша/ — лиса, /сапка/ — шапка, /пуска/ — (пушка), но /сон/, /сосиска/, /шум/, /чашка/. На наш взгляд, такие случаи лишь условно могут быть отнесены к функциональной дислалии. По нашим наблюдениям, такие ошибки могут встречаться при любых формах недоразвития речи: дислалии, дизартрии, артикуляционной диспраксии, ринолалии, моторной алалии. Очень редко они встречаются изолированно. Короткое время они наблюдаются и в норме, о чем писал еще А. Н. Гвоздев (1948). В случаях патологии, когда эти ошибки являются единственными симптомами, при обследовании дети произносят изолированно все звуки правильно. В словах же и фразах допускают смешения.



Иногда исследование фонематического восприятия с помощью слов-паронимов обнаруживает ошибки различения на слух пар слов типа: сок-шок, нос-нож. Однако значительно чаще у них нарушено выполнение проб на сформированность так называемых «фонематических представлений»: повторение серий слогов со смешиваемыми согласными (са-са-ша, ша-са-ша, да-та-да, да-да-та, и т. п.). Это не значит, однако, что всегда справедливо обратное. Многие дети, допускающие ошибки в указанных пробах, не смешивают соответствующие звуки в собственной речи. Это означает, что в происхождении таких звуковых ошибок участвует еще какой-то, пока не выясненный механизм. При овладении письмом большинство из таких детей допускают замены соответствующих букв. Данный симптомокомплекс фиксируется в логопедической литературе под разными наименованиями: «фонетико-фонематическое недоразвитие», «акустико-фонематическая дислалия». Строго говоря, этот вид нарушений тоже носит функциональный характер. Предполагаемый механизм — недостаточная сформированность акустико-артикуляторных перцептивных эталонов, релевантных фонемам (или фонемам, то есть конкретным формам звуковой реализации фонем). В логопедической литературе это называют «фонематическими представлениями», хотя, на наш взгляд, их правильнее было бы называть «фонетическими представлениями». В связи с этим при фонологическом программировании высказывания и переходе к его моторной программе нарушается избирательность, точность фонемного выбора. Как правило, этот недостаток не носит тотальный характер. Ошибки выбора ограничиваются определенной парой или группой фонем. Это, на наш взгляд, свидетельствует о том, что языковой, топологический, аморальный уровень фонологической системы в целом при этом не нарушен. Неполюценна сформированность перцептивных эталонов определенных фонем и их аллофонов.

### **6.1.2. Артикуляционная диспраксия**

Артикуляционную диспраксию правомерно выделять как особую форму парциального недоразвития речи, поскольку она имеет самостоятельные, отличные от других речевых расстройств механизмы, специфическую, присущую только ей симптоматику и характерный для нее тип динамики на протяжении онтогенеза. Мы считаем правомерным рассматривать артикуляционную диспраксию как самостоятельное расстройство в тех случаях, когда у детей нарушено формирование только звуковой стороны речи. В прочих случаях (когда нарушены и другие языковые средства) аналогичные звуковые нарушения обозначаются как синдром. Она занимает особое место в ряду клинических вариантов нарушения произносительной стороны речи. Артикуляционной диспраксией мы называем состояния избирательного нарушения формирования только произносительной стороны речи, основным механизмом которой является незрелость или аномальное формирование артикуляционного праксиса. При этом элементарные формы моторных функций артикуляционного аппарата сохранены (подвижность, мышечный тонус, сократительные способности). Нарушения звуковой стороны речи носят избирательный характер и распространяются только на сегментарный ее уровень, затрагивая только консонантные его компоненты (Корнев А. Н., 1989, 1993, 1994, 1999, Kornev A. N., 2000). Наиболее частой причиной этого состояния является раннее резидуально-органическое поражение головного мозга. Вероятны и генетически обусловленные случаи. Это подтверждается как анамнестическими данными, так и результатами неврологического обследования.

В отечественной логопедической литературе эта категория расстройств как самостоятельное явление мало изучена и включается или в рамки дислалии, или в круг дизартрии (Гриншпун Б. М., 1989, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Сизова Э. Я., Макарова Э. К., 1979). Пожалуй, единственное исключение — работа И. И. Панченко (1975), где автор, систематизируя нарушения звукопроизношения у детей с детским церебральным параличом, выделяет

«фонетико-апраксическую форму» звуковых расстройств. Соботович Е. Ф. (1981) в работе, посвященной моторной алалии, выделяет такой симптомокомплекс, как артикуляционная апраксия, но не описывает его. Е. М. Мастюкова описывает аналогичный симптомокомплекс, именуемый ею «корковой дизартрией», и выделяет 3 его разновидности: с преобладанием нарушений артикуляции переднеязычных согласных, с преимущественным нарушением шипящих и аффрикатов, сопровождающихся активным поиском артикуляционного уклада (автор связывает это с кинестетической апраксией), с нарушением артикуляции аффрикатов и расщеплением их, заменой щелевых звуков на смычные.

В англоязычной литературе расстройства данного типа получили название «артикуляционной диспраксии развития» (developmental articulatory dyspraxia, DAD, Morley M., 1972), вербальной или «речевой апраксией развития» (developmental apraxia of speech, DAS или developmental verbal apraxia, DVD, Yoss K., Darley F, 1974). По существу, использование двух разных наименований — «артикуляционная диспраксия развития» и «вербальная диспраксия развития» — позволяло развести две разные клинические подгруппы детей. Такая тенденция намечалась в некоторых ранних работах (Morley M., 1972). Во всех дальнейших исследованиях стали применять последний из двух приведенных терминов (Yoss K., Darley F, 1974, Shriberg L. D., Aram D. M., Kwiatkowski J., 1997). Это объединило вместе две существенно различающиеся клинические категории и увеличило полиморфизм и неоднородность этой группы. Критерии диагностики DAS в описании указанных и других авторов весьма неопределенны и включают как артикуляционные нарушения, так и те, которые относятся к фонологическим явлениям. Специалисты, занимавшиеся этой проблемой, отмечают трудность дифференциации диспраксии развития и легких форм дизартрии развития (Milloy N., Morgan-Barry L., 1990). Кроме того, в ряде случаев у детей встречаются сочетания дизартрии и диспраксии (Morley M., 1972, Milloy N., Morgan-Barry, 1990). С другой стороны, указанные авторы выделяют легкие

формы диспраксии развития, обозначая их как «состояние незрелого артикуляционного праксиса» (immature articulatory praxis — IAP), которые фактически смыкаются с функциональной дислалией. Нет единодушия по вопросу о том, насколько регулярно фонологическое недоразвитие при DAS сопровождаются лексическими и синтаксическими нарушениями (Agram D., Nation J., 1982, Panagos J., Bobkoff K., 1984).

Как сообщалось в главе 4, под нашим наблюдением находилось 110 детей в возрасте от 6 до 10 лет, имевших симптоматику, характерную для артикуляционной диспраксии. Среди них 29 девочек и 81 мальчик. В 65% случаев неврологическое обследование детей с артикуляционной диспраксией выявляло слабость черепно-мозговой иннервации в виде рассеянной микросимптоматики. Неврологическая недостаточность проявлялась в виде легкой асимметрии сухожильных рефлексов, двигательного беспокойства языка, асимметрии носогубных складок или языка, асимметрии глазных щелей. 75% детей с артикуляторной диспраксией имели признаки недостаточности орального праксиса. У детей со смешанной и динамической диспраксией дефицит орального праксиса наиболее ярко проявлялся в динамических пробах, когда ребенок воспроизводил серию движений языком. У 62% испытуемых пробы на пальцевой гнозис и праксис показали их неполноценность. Однако выраженность симптомов оральной или пальцевой апраксии нередко диссоциировала с тяжестью речевых нарушений. Это, на наш взгляд, свидетельствует о том, что данные симптомы носят скорее сопутствующий характер, и патогенетической связи между ними и артикуляционной диспраксией нет. Этот перечень симптомов встречался крайне разрозненно, и у одного ребенка редко наблюдалось более 1-2 симптомов одновременно. Довольно редко удавалось выявить признаки стертого гемисиндрома: в 5% — правостороннего и в 9% — левостороннего. По данным литературы, при ваемой «минимальной мозговой дисфункцией», и у детей с задержкой психического развития (Рейдибойм М. Г., 1970, Tresohlava Z., 1986). Материалы до-

полнительного исследования артикуляционной моторики, подтверждающие диспраксическую природу расстройства, приведены в главе 8.

20 детей 5-7 лет стали предметом углубленного изучения, в котором были использованы следующие экспериментальные приемы: детальный фонетический анализ нарушений звукопроизношения, неврологическое, нейропсихологическое и психометрическое исследования. Среди них было 5 девочек и 15 мальчиков. Дети со снижением интеллекта до степени умственной отсталости или со снижением остроты слуха исключались из эксперимента. Состояние звуковой стороны речи оценивалось посредством фонетического анализа фонограмм, полученных при назывании 111 картинок с изображением предметов, и 33 картинок с изображением действий. Этот же материал предлагался детям для повторения. Такой же эксперимент был проведен и с 5 здоровыми детьми в возрасте 3—3,5 лет.

У всех детей экспериментальной группы было нарушено произношение согласных среднего или позднего онтогенеза, то есть наиболее сложных по произносительным характеристикам звуков. Все перечисленные виды ошибок, по нашим наблюдениям и данным литературы, встречаются и у здоровых детей на ранних этапах речевого онтогенеза (Гвоздев А. Н., 1948, Бельтюков В. И., 1979, Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. В., 1990, Жукова Н. С., 1994). По существу, они же встречаются как при дислалии, так и при дизартрии.

Нарушения звуковой стороны речи наших испытуемых группировались следующим образом:

- частичные искажения отдельных фонетических характеристик звуков, не препятствующие их идентификации с соответствующими фонемами,
- замены звуков, еще отсутствующих в артикуляторном инвентаре ребенка или частично освоенных, но не автоматизированных;
- пропуски согласных;
- пропуски слогов;
- перестановки слогов;
- смешения звуков, освоенных артикуляторно (подробнее см. главу 4).

Смещения звуков, освоенных и автоматизированных в произносительном плане, по нашему мнению, не являются специфичными для артикуляционной диспраксии и встречаются весьма редко. Это факультативный для артикуляционной диспраксии симптом, механизм которого анализировался выше. Остальные ошибки — облигатные.

Отклонений от нормы в лексико-грамматической сфере у детей не было.

По сравнению с функциональной дислалией артикуляционная диспраксия представляет собой более сложное и комплексное расстройство. Симптоматика носит при этом более распространенный и полиморфный характер. При изучении структуры синдрома артикуляционной диспраксии нами был проведен анализ распределения вышеописанных ошибок у детей экспериментальной группы. При этом обнаружилась ее неоднородность. Примерно у 25% детей резко преобладали искажения, у 34% — замены-упрощения, у 10% — нарушения слоговой структуры, а у 31% — сочетание всех перечисленных ошибок одновременно. Иначе говоря, наметились 3 подгруппы детей с разным типом распределения ошибок и одна подгруппа со смешанной картиной. Тот факт, что 3 вышеописанных типа звуковых нарушений образовали неперекрывающиеся подмножества, позволил нам предположить, что они представляют собой разные виды артикуляционной диспраксии, различающиеся как механизмами, так и симптоматикой. В соответствии с предполагаемыми механизмами, как было указано в главе 4, они были названы: дисфонетической, дисфонологической и динамической артикуляционной диспраксией. Сопоставление количественных параметров, то есть тяжести звуковых нарушений, не обнаружило достоверных различий между этими вариантами. Среднее число звуковых ошибок в расчете на одно слово во всех трех подгруппах варьировало от 0,25 до 1,7.

## Дисфонетическая артикуляционная диспраксия

У детей с данным видом артикуляционной диспраксии среди ошибок резко преобладали искажения. Искажению подвергались исключительно согласные позднего онтогенеза. Искаженное произнесение не зависело от фонологического контекста и обнаруживалось как при повторении изолированных звуков, так и в потоке речи. Источник искажений — неверные способ (например, проторное вместо вибрирующего Р) или место образования звука (например, заднеязычное вместо переднеязычного Р, губно-губное вместо переднеязычного Л). Как правило, у детей не было проблем со слоговой структурой слов. Большинство из них не замечали дефектов собственного произношения, но обнаруживали их, если им давали прослушать аудиозапись собственной речевой продукции. На рисунке 7 приведен типичный профиль распределения ошибок.

В неосложненных случаях у детей отмечалось гармоничное развитие интеллектуальных функций, соответствующих возрастной норме, отсутствие лексико-грамматических нарушений. Метаязыковые навыки формировались без существенных отклонений. С началом обучения в школе письменная речь усваивалась без особых затруднений.

### *Пример*

*Саша П.*, 7 лет. У мальчика на первый план выступали трудности в произнесении ряда согласных: Р, Л, Ц и Ч. Как видно на рисунке 7, иллюстрирующем фонологический профиль мальчика, среди ошибок отчетливо преобладают искажения. Остальные виды ошибок малочисленны. Словарный запас соответствует возрасту: при назывании картинок из стандартного набора дефицит существительных — 11%, глаголов — 8%. При повторении «чистоговорок» также преобладают искажения, встречаются единичные замены. Слоговая структура не нарушена. Грамматический строй речи также не нарушен. При повторном обследовании после года обучения в речевой школе дефектное произнесение Р сохранялось, а остальные звуки произносились чисто.

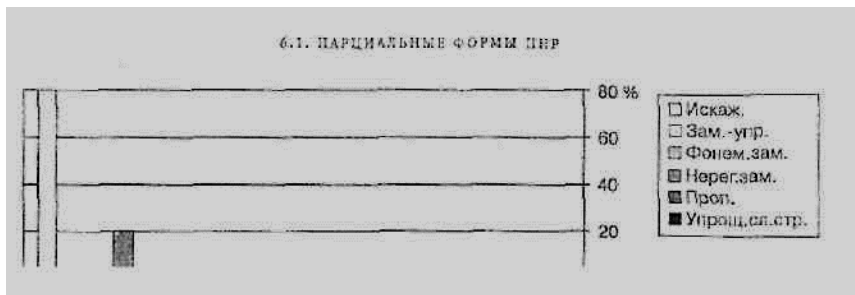


Рис. 7. Процентное распределение ошибок

при дисфонетической диспраксии (Саша П., 7 лет):

искаж. — искажения; зам.-упр. — замены-упрощения; фонем, зам. — фонематические замены; нерег. зам. — нерегулярные замены; проп. — пропуски звуков или слогов; упрощ. ел. стр. — упрощение слоговой структуры

Неврологическое обследование выявило двигательное беспокойство языка, удовлетворительное состояние лицевой иннервации и отсутствие отклонений со стороны сухожильных рефлексов. Пробы на оральный праксис выполнялись удовлетворительно. В пробе «Позы пальцев» на пальцевой гнозис и кинестетический праксис пальцев мальчик испытывал легкие затруднения, воспроизводя нужные движения левой рукой. Проба на динамический праксис «Кулак—ребро-ладонь» хуже выполнялась левой рукой.

*Диагноз — дисфонетическая артикуляционная диспраксия.*

Как отмечалось в главе 4, данный вид артикуляционной диспраксии в логопедической литературе обозначают несколько иначе: как «артикуляторно-фонетическую дислалию, как «корковую дизартрию» (Логопедия, 1999) или как «стертую дизартрию» (Мелехова Л. В., 1964, Токарева О. А., 1969, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Сизова Э. Я., 1978, Лопатина Л. В., 1986, 1996). Во всех трех случаях описания феноменологически весьма близки, но выдвигаемые версии о предполагаемых механизмах — различны.

Этот вид диспраксии можно встретить у детей с задержкой психического развития и у умственно отсталых детей, которые не входили в нашу



экспериментальную группу, но в отдельных случаях проходили такое же исследование. Разумеется, у них обычно выявлялись еще и нарушения языковых и метаязыковых навыков. Отмечались бедность словаря, негрубые аграмматизмы, упрощенный синтаксис, недостаточная сформированность фонематических представлений.

### **Дисфонологическая артикуляционная диспраксия**

При дисфонологической виде диспраксии среди ошибок у наших испытуемых на первом по частоте месте находились замены-упрощения, на втором — пропуски согласных, а остальные присутствовали в незначительном количестве. В целом звуковые характеристики речи были весьма похожи на то, что в норме встречаются у детей полутора-двумя годами младше. Слоговая структура слов была сформирована (в чистых случаях) по возрасту. Несмотря на внешнее сходство с нормой более младшего возраста, нарушения данного типа были весьма стойкими и спонтанно не компенсировались. Даже при оказании кор-рекционной логопедической помощи исправление нарушений звукопроизношения происходило через 2—3 года. В случаях, когда коррекционная работа начиналась в младшем дошкольном возрасте, нормализация речевого развития достигалась к 6—7 годам. При более позднем начале — к 8—9 годам.

#### *Пример*

*Рома С, 7,5 лет.* В клинической картине нарушений звукопроизношения на первый план выступают замены-упрощения. В небольшом количестве встречаются пропуски согласных (рис. 8). Например: корзина — /kal'z'ina/, ножницы — /noz'n'is'l/, читает — /t'itait/, щенок — /ss'enok/. Среднее число ошибок — 0,76 на 1 слово.

Исследование словаря показало незначительное ограничение его объема (дефицит: 10% на существительные и 7% на глаголы). Грамматический строй существенно не отличался от нормы.

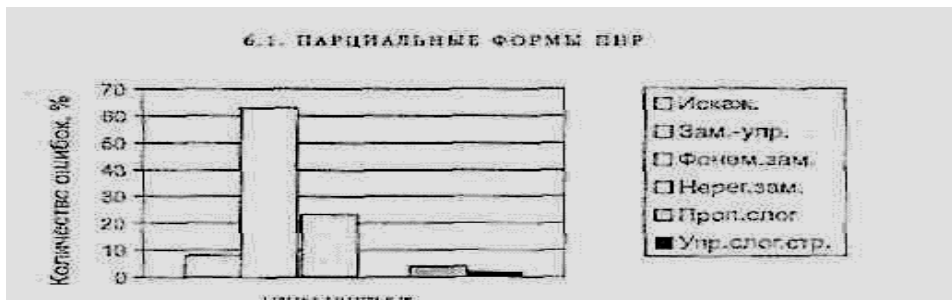
Неврологическое обследование определило рассеянную неврологическую микросимптоматику. Специальное исследование пальцевой моторики продемонстрировало достаточную ловкость в автоматизированных навыках (завязывание узлов и шнуровка), но выявило серьезные затруднения при выполнении неавтоматизированных действий, требующих высокой степени произвольности и сознательного кинестетического контроля. Наиболее низкие результаты получены в пробе «Пересчет пальцев», D = S. Выявились отчетливые симптомы оральной апраксии при полной сохранности объема движений языка и губ. Несмотря на достаточно выраженное отставание в созревании фонологической системы, у ребенка не было выявлено каких-либо существенных нарушений фонематического восприятия и представлений.

Серии слогов с оппозиционными согласными (да-да-та, па-ба-па и т. п.) мальчик воспроизводил без ошибок.

Характеристика звуковых ошибок Ромы С. в 7,5 лет и через 1 год:

Заменяемый звук	Звуки - заменители	
	7,5 лет	8,5 лет
Л	l'	l'
Р	l', j	+
Ч	s', t'	+

Интересно сопоставить распределение ошибок при дисфонологической артикуляционной диспраксии с аналогичным показателем у здоровых детей более младшего возраста. Мы провели подобное сопоставление, произведя аналогичный анализ распределения ошибок звукопроизношения у здоровых детей 3 лет. На рисунке 9 представлен фонологический профиль 2 здоровых детей в возрасте 3 лет. Сопоставление рисунков 8 и 9 свидетельствует о полной идентичности обоих профилей. Это означает, что при дисфонологическом варианте артикуляционной диспраксии процесс формирования фонологической



### Типы ошибок

Рис. 8. Процентное распределение ошибок Ромы С:

искаж. — искажения; зам.-упр. — замены-упрощения; фонем, зам. — фонематические замены; нерег. зам. — нерегулярные замены; проп. — пропуски звуков или слогов; упрощ. сл. стр. — упрощение слоговой структуры

системы запаздывает в своем формировании (в нашем случае на 4 года), сохраняя пропорции, свойственные норме. Проявляется это диссоциированно с нормальным формированием лексико-грамматической сферы. Интеллектуальное развитие у наших испытуемых варьировало в широких пределах, но у большинства соответствовало низкой норме или пограничной интеллектуальной недостаточности. Такое синхронное запаздывание как артикуляционных, так и фонологических параметров подтверждает ключевую роль процессов созревания артикуляционного праксиса в динамике фонологического развития. Подробнее этот вопрос будет обсужден в главе 8.

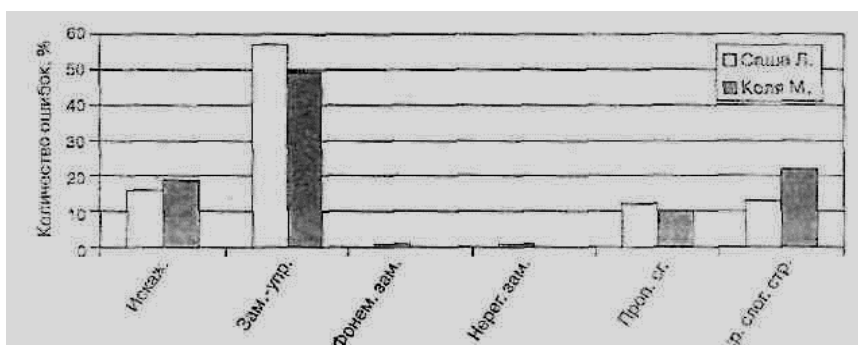


Рис. 9. Распределение звуковых ошибок у двух здоровых детей 3,5 лет

## **Динамическая артикуляционная диспраксия**

Динамическая артикуляционная диспраксия в чистом виде встречалась среди наших испытуемых весьма редко и характеризовалась резким преобладанием следующих ошибок: пропусками слогов, пропусками согласных, перестановками слогов и единичными ошибками других типов. У всех детей отмечалась неспособность произносить многосложные слова. Все звуки они произносили чисто, как изолированно, так и в потоке речи. Многосложные слова со стечением согласных дети воспроизводили с редуцированной слоговой структурой или скандированно, по слогам: кА..ран..даш,ва..да..пат. Незнакомые слова при этом нарушении обычно произносятся хуже, чем знакомые. В случаях с наиболее тяжелой диспраксией дети испытывали затруднения даже при повторении отдельных слогов: ПЛА — /p-la/, КНИ — /k-ni/. Эти же слоги в часто употребляемых, знакомых, автоматизированных словах ребенок мог иногда произнести слитно. Часто к таким ошибкам примешиваются явления дисфонологической диспраксии, хотя на первый план все-таки выступают трудности беглого и плавного произнесения многосложных слов.

### *Пример*

Слава П., 8 лет 1 мес. Как видно на графическом отображении его фонологического профиля (рис. 10), самыми многочисленными ошибками являются пропуски слогов. Основными стратегиями упрощения, к которым прибегал мальчик при назывании предметов, были: а) пропуск одного или нескольких слогов: светофор — /safor/, самокат — /makat/, б) пропуск согласных в стечении их: зеркало — /z'eka/o/, яйцо — /iso/ или в) скандированное произнесение: подзорная — /pad-zor-naja/, галстук — /ga-1-stuk/.

Мальчик владеет фразовой речью без аграмматизмов, но предпочитает использовать короткие фразы. При выполнении задания «Повторение фраз» показал результат, соответствующий средней возрастной норме 6-летних детей. Чисто произносит практически все звуки в потоке речи. Эпизодически

встречаются замены оппозиционных согласных: Д → Т', С — С. При неврологическом обследовании определены негрубые нарушения орального праксиса, сильнее выраженные при воспроизведении серии движений. Пробы на воспроизведение поз пальцев хуже выполнил левой рукой. Сухожильные рефлексы симметричны. Прыжки на двух ногах удаются хорошо, на одной — неловко.

Динамический вариант артикуляционной диспраксии в чистом виде встречался крайне редко: мы зафиксировали лишь три таких случая.



Типы ошибок.

Рис. 10. Процентное распределение ошибок Славы П.

искаж. — искажения; зам.-упр. — замены-упрощения; фонем, зам. — фонематические замены; нерег. зам. — нерегулярные замены; проп. — пропуски звуков или слогов; упрощ. сл. стр. — упрощение слоговой структуры

Значительно более распространенными были смешанные ее варианты. Среди наблюдавшихся нами сочетаний наиболее частым было наличие симптомов одновременно дисфонологической и динамической диспраксии. Реже встречалось сочетание дисфонетической и дисфонологической диспраксии и еще реже — дисфоне-тической и динамической диспраксии.

При наблюдении в динамике мы убедились, что присутствие в структуре нарушений звукопроизношения симптомов динамической диспраксии обычно является неблагоприятным прогностическим признаком. В таких случаях компенсация происходила медленно, растягивалась на 4—5 лет. Трудности в произнесении многосложных слов сохранялись у детей даже к 10—12 годам жизни. Это выяснялось при выполнении ими диагностических проб. В спон-

танной речи этот недостаток был уже не замечен, так как дети умело избегали использования многосложных слов.

### *Пример*

Рита Р., 7 лет 7 месяцев, при повторении фраз, сложных по слоговой структуре, не смогла выполнить ни одного задания: «Послали строителей за сталью» — /Poslal'li stroit /— отказ, «Простыню постелили, платок просушили» — не выполнила. Повторение слов: «в аквариуме» — /vakva...ri..muje/, «велосипедиста» — /vili /. Произношение звуков чистое даже в потоке речи.

Повторное обследование в возрасте 9 лет 9 месяцев. Фразу «Простыню постелили, платок просушили» повторила медленно, по слогам, с запинками, «Выковали клинок» — не смогла повторить даже после нескольких попыток.

### **6.1.3. Дизартрия развития**

По сложившейся традиции в отечественной неврологии и логопедии термином «дизартрия» обозначаются два разных состояния: приобретенные нарушения звукопроизношения и аномалия формирования произносительных способностей, обусловленная грубой неполноценностью иннервации артикуляторных органов (Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985, Винарская Е. Н., Пула-тов А. М., 1989, Логопедия, 1999). Поскольку механизмы и симптоматика расстройств дизонтогенетического типа у детей существенно отличаются от приобретенных нарушений у взрослых, целесообразно как-то разграничить эти два разных клинических явления терминологически. Нам представляется удачным применительно к подобной патологии у детей обозначение, принятое в англоязычных странах, — «дизартрия развития» (developmental disartria) (Morley M., 1972). Этот термин и будет использован далее как синоним понятия «детская дизартрия».

Как резидуально-органическое состояние дизартрия развития — *это тяжелое, тотальное нарушение формирования произносительных навыков,*

*обусловленное ранним органическим поражением головного мозга. При этом наблюдается тотальное нарушение всех функций, участвующих в акте фонации: артикуляции, интонационно-мелодической окраски речи, речевого дыхания. Вследствие этого речь оказывается нечленораздельной, малопонятной, маловыразительной.*

Как отмечалось в главе 2, к патологии детского возраста часто применяют те же модели, механизмы и классификацию, что и у взрослых (Токарева О. А., 1969, Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В., 1989, Беккер К.-Л., Совак М., 1981). Это создает иллюзию изученности механизмов дизартрии развития, ясности в отношении ее природы, что на самом деле не соответствует действительности. В отличие от приобретенной дизартрии взрослых, дизартрия развития изучена значительно меньше. Весьма редко встречаются в чистом виде клинические формы, близкие к тем, которые описаны у взрослых. Часто наблюдается смешанная симптоматика, затрудняющая однозначный топический диагноз (Мастюкова Е. М., 1999). Поэтому нейроанатомический принцип классификации применим здесь с достаточной долей условности. Диагностические категории «псевдобульбарная дизартрия», «подкорковая (экстрапирамидная) дизартрия», «мозжечковая дизартрия в детском возрасте» используются как дизон-тогенетические фенотипические аналоги соответствующих форм дизартрии взрослых. В связи с таким своеобразием разные авторы предпринимали попытки иных форм категоризации. М. Morley (1972) классифицировала дизартрии развития следующим образом: дизартрии при детском церебральном параличе (далее ДЦП), дизартрии при минимальном расстройстве моторики и изолированная дизартрия развития. Похожим образом систематизирует дизартрии Е. М. Мастюкова (1999): дизартрия у детей с церебральным параличом, дизартрия у детей с олигофренией, дизартрия у детей с гидроцефалией, дизартрия у детей с задержкой психического развития, дизартрия у детей с минимальной мозговой дисфункцией и дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием. Подобные виды систематизации выглядят несколько формальными, так как отражают не разницу в

существенных характеристиках дизартрии, а лишь клинический фон, на котором она у ребенка существует. Однако в то же время в них удачно, в сжатой форме представлены сведения о нервно-психических коррелятах дизартрии. Действительно, психопатологический фон дизартрии может быть разным: от умственной отсталости до почти полного психического благополучия. Последнее, впрочем, в практике встречается чрезвычайно редко. Этот фон на самом деле не столь нейтрален по отношению к лингвопатологической симптоматике. Он существенно влияет, как будет показано ниже, на состояние всей речевой сферы в целом.

В работе И. И. Панченко (1974) была предложена синдромологическая классификация дизартрии у детей с детским церебральным параличом. Автором выделены такие формы, как спастико-паретическая, спастико-ригидная, спастико-гиперкинетическая, спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая.

Дизартрия развития как парциальная форма НР у детей без детского церебрального паралича, по нашим наблюдениям, встречается относительно редко. Это же отмечает М. Morley (1972), называя такие случаи *isolated disartria* (изолированная дизартрия). Сопоставительных исследований изолированной дизартрии развития и дизартрии при ДЦП мы не встречали. Практический опыт, однако, свидетельствует, что их симптоматика заметно различается. Наиболее отчетливо специфические проявления дизартрии развития дают о себе знать в тяжелых случаях — у детей с ДЦП. Удобно принять их за эталон и соответствующие симптомы считать облигатными. Для надежности диагностики необходимо придерживаться единых представлений о критериях диагноза «дизартрия» независимо от степени ее тяжести. Имеющиеся в литературе ее описания разноречивы. В одном ряду приводятся симптомы приобретенной дизартрии и дизартрии развития. Не оговаривается, какая часть приводимого симптомо-комплекса встречается при дизартрии развития, а какая — только при приобретенной дизартрии. Например, при описании симптоматики бульбарной дизартрии в качестве причин упоминаются прижизненные повреждения черепно-мозговых нервов или их ядер в результате



травмы или нейроинфекции (Логопедия, 1999). Остается неясным, существует ли бульбарная дизартрия, возникшая в результате перинатальных повреждений. Например, М. С. Марголис (1931) в главе «Резидуальные энцефалопатии у детей» вообще не упоминает бульбарную дизартрию. Как известно, она возникает при поражении ствола головного мозга, в котором кроме ядер черепно-мозговых нервов находятся и ядра блуждающего нерва, дыхательный центр. При их поражении в перинатальный период чаще всего состояние оказывается несовместимо с жизнью (Бодалян Л. О., 1982). Поэтому у детей бульбарная дизартрия как резидуально-органическое состояние, вероятно, почти не встречается (мы, по крайней мере, таких случаев не наблюдали).

Общая симптоматика дизартрии представлена в литературе следующим образом: «При дизартрии страдает произношение отдельных звуков в изолированном виде и особенно в слитной речи. Кроме того, страдают темп, выразительность, модуляция» (Бодалян Л. О., 1982, с. 190).

Общими клиническими признаками дизартрии являются (Бодалян Л. О., *ibid.*):

- нарушения мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре, которые имеют различный характер в зависимости от локализации поражения мозга;
- ограничения подвижности артикуляционных мышц в результате параличей и парезов;
- нарушения голосообразования за счет нарушения иннервации мышц гортани;
- нарушения дыхания, связанные с расстройством координации между дыханием и артикуляцией;
- при некоторых формах дизартрии (особенно при псевдобульбарной) наблюдается усиленное слюнотечение.

Мы наблюдали 15 случаев изолированной дизартрии развития у детей в возрасте 5-10 лет. У 5 из них симптоматика приближалась к псевдобульбарной дизартрии, у двоих — к экстрапирамидной дизартрии, 1 случай мозжечковой

дизартрии и 7 — со смешанной симптоматикой. Недоразвитие речи проявлялось в относительно негрубых нарушениях звукопроизношения тотального характера в сочетании с легкими психопатологическими и неврологическими симптомами резидуально-органического поражения головного мозга.

У всех наблюдавшихся нами детей неврологическое исследование выявляло симптомы пирамидной недостаточности: у 5 детей — двусторонней, у 6 — правосторонней и у 4 — левосторонней. У 9 детей отмечались нерезко выраженные атетоидные гиперкинезы языка, у остальных — беспокойство языка. У 12 детей язык был спастичным, комкообразным, отодвинут к задней стенке глотки. В остальных случаях отмечалась дистония мышц языка. Объем движений языка, губ, мимической мускулатуры был существенно ограничен. Поэтому отмечалась некоторая гипомимия. В 2 случаях имели место грубые паретические нарушения мимической, артикуляционной и жевательной мускулатуры. У этих детей наблюдалась амимия, не смыкались глазные щели, рот был постоянно полуоткрыт, было непроизвольное слюнотечение. Последний симптом нередко называют «гиперсаливацией», что не совсем верно. У детей нет повышенного слюноотделения — у них нарушен рефлекс автоматического сглатывания накапливающейся слюны. У некоторых детей мы наблюдали похожий симптом, связанный с приемом пищи. Пережеванный комок пищи не сглатывался. Из-за этого ребенок мог бесконечно пережевывать одну и ту же порцию пищи, но не мог проглотить ее.

Выполнение проб на оральный праксис у всех детей было грубо нарушено. Все они плохо справлялись с заданиями на пальцевой гнозис и праксис. В 4 случаях завязывание 5 пар нитей оказалось невозможным.

Первые проявления дизартрии у некоторых детей могут быть обнаружены еще на 1-м году жизни. Обычно это наблюдается у детей с псевдобульбарной симптоматикой. Лепет таких детей отличается бедностью и недостаточной выразительностью. Раннее психомоторное развитие у детей, которых мы наблюдали, протекало только в 2 случаях без задержки. Первые слова

появлялись вовремя, но дальнейшая динамика развития звуковой стороны речи характеризовалась замедленностью. У остальных детей появление первых слов запаздывало на 2—3 месяца. В большинстве случаев родители затруднялись в точном определении этих сроков, так как нечленораздельность первых слов затрудняла отграничение их от лепета. Дети медленно осваивали новые звуки. Речь долго оставалась недостаточно членораздельной, смазанной. Динамика развития словаря отличалась некоторой замедленностью. Среди нарушений звукопроизношения на первый план выступали искажения согласных звуков и в меньшей степени — гласных. Речевой акт отличался скованностью. Речевая активность тем не менее у всех детей была достаточно высокой. Все пользовались развернутой фразовой речью, но с несколько упрощенными синтаксическими конструкциями.

Кроме искажений основных звуковых характеристик в большом количестве встречались призвуки, обусловленные спастикой языка или его гиперкинезами. Интонационно-мелодическая сторона речи у всех детей была обеднена. Легкие нарушения просодики выявлялись при имитации интонационных контуров с акцентированной выразительностью. У трех детей при детальном исследовании особенностей звуковых нарушений определялась и симптоматика, более свойственная артикуляционной диспраксии: замены-упрощения, пропуски звуков и упрощения слоговой структуры.

У двух детей неврологическое обследование выявило преимущественно правостороннюю, у одного — левостороннюю пирамидную недостаточность. У остальных — рассеянную неврологическую микросимптоматику.

При визуальном исследовании полости рта результаты зависели от доминирующей дизартрической симптоматики. У детей с преобладанием явлений псевдобульбарной дизартрии язык был спастичный, комкообразный, отодвинут к задней стенке глотки. При экстрапирамидной симптоматике — язык беспокойный, с явлениями дистонии, с элементами хореоатетоидных гиперкинезов. При исследовании оральной моторики объем движений языка и губ был ограничен. Дети не могли выполнить даже простых движений по

подражанию. Попытки сделать это сопровождались синкинезиями губ, нижней челюсти, мимических мышц. В целом симптоматика соответствовала легким проявлениям спастического пареза артикуляторных мышц или мышечной дистонии. Мимические движения (по просьбе оскалить зубы, наморщить лоб, сощуриться) были ограничены в объеме, присутствовала некоторая спастичность мимической мускулатуры, легкая гипомимия.

На краниограмме у 10 детей обнаруживались признаки внутричерепной гипертензии, чему сопутствовали и некоторые специфические внешние проявления: выдающиеся лобные бугры, сильно развитая подкожная венозная сеть в височных областях, несколько увеличенная окружность черепа.

В психопатологической картине у всех детей с дизартрией развития обязательными симптомами были неустойчивое внимание, повышенная отвлекаемость, синдром гиперактивности, церебральная астения. Эмоциональная сфера характеризовалась наличием психоорганического синдрома. Это выражалось в недостаточной живости эмоциональных реакций. Во многих случаях дети были эмоционально уплощены. Это усугублялось гипомимией, наблюдавшейся у всех детей. В ряде случаев (при наличии компонентов экстрапирамидной дизартрии) отмечались нерезко выраженные парамимии, незрелость пальцевого праксиса. У всех детей присутствовали негрубые явления психического инфантилизма и церебрастении.

Состояние интеллектуальной сферы при дизартрии развития весьма вариабельно как по количественным, так и по качественным характеристикам. В большинстве случаев отмечались пограничная интеллектуальная недостаточность (дети с умственной отсталостью исключались из нашего исследования). Развитие интеллектуальных способностей было неравномерным. Обычно хуже выполнялись невербальные задания, пробы на конструктивный праксис, графомоторные задания.

#### *Пример*

Клинический пример: Алеша Т., 7 лет 11 мес, обследован в 1-м классе речевой школы.

Анамнез: наследственность не отягощена. Сестра 12 лет здорова. Родился от четвертой беременности, протекавшей без осложнений, вторых физиологических родов. Закричал сразу. В 6 месяцев после вакцинации АКДС на фоне гипертермии отмечались судорожное состояние (фебрильный припадок). Через 1 месяц был повторный судорожный приступ на фоне нормальной температуры.

Гуление и лепет развивались своевременно. Первые слова — с 2,5 лет. Фразы — с 4 лет. Левша. Из навыков самообслуживания затруднялся только в завязывании шнурков (в момент обследования еще не умел). На Ro-1 грамме черепа — признаки внутричерепной гипертензии. На ЭЭГ — повы- I шенная судорожная готовность.

Неврологически: глазные щели  $D > S$ . Язык по средней линии, спастичен, комкообразный, при осмотре полости рта отодвинут к задней стенке глотки. Подвижность языка значительно ограничена. Не может по просьбе высунуть язык. При вытянутых руках с закрытыми глазами отмечается беспокойство пальцев рук. Адиадохокинез справа. При вытянутых руках правая быстрее устает и опускается раньше, чем левая. Симптом Бабииского с обеих сторон. Сухожильные рефлексы повышены. Коленные  $D = S$ .

При выполнении проб на оральный лраксис мальчик смог только поместить кончик языка в правый/левый угол рта. Выполнял движения неловко, всей массой языка, а не кончиком.

Пробы на пальцевой праксис выполнял на низком уровне: при воспроизведении положений пальцев много синкинезий, путал пальцы. «Пересчет» пальцев делал медленно, как бы переползая с пальца на палец. Иначе говоря, отмечалась неполноценность кинестезии, чувства положения пальцев. Зафиксировано много синкинезий. С пробой на завязывание 5 пар нитей не справился.

Речь короткими фразами с негрубыми аграмматизмами. В звукопроизношении много искажений как согласных, так и гласных звуков. При произнесении согласных позднего онтогенеза много смягчений и

оглушений. Интонационно речь бедная, монотонная. Речевой акт скованный. В тесте на называние картинок отмечался дефицит словаря: глагольного — 24%, номинативного — 20%.

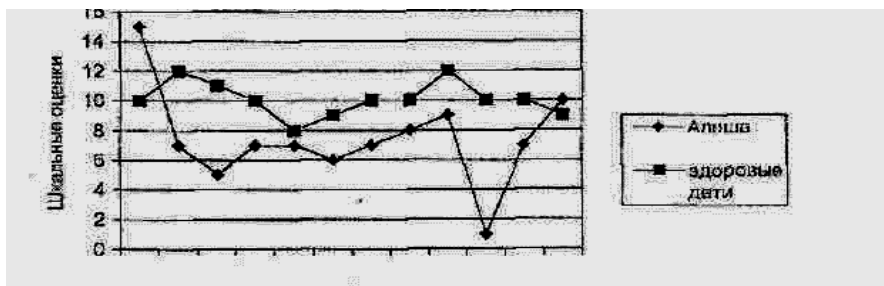
Исследование фонематического восприятия по картинкам на слова-квази-омонимы не выявило убедительной патологии. Относительно успешно подобрал картинки на заданные звуки: С — включил «щуку», З (---), Ш (+), Б (+) > П — включил «бусы». В фразовой речи довольно много аграмматизмов.

Примеры из спонтанной речи в диалоге: «Залезали туда палец» — (Совали туда пальцы), «Снимали кожу с ракова» — (Снимали с раков кожу), «Очень понравилось ребятам рак» — (Рак ребятам очень понравился), «Время дожди» — (Во время дождя).

Результаты исследования интеллекта по WISC: ОИП — 81, ВИП — 86, НИП — 79.

Психопатологическое исследование выявило симптомы органического психического инфантилизма. Суммарно по результатам выполнения патопсихологических заданий на абстрактно-логическое мышление, способность строить умозаключение интеллектуальное развитие мальчика соответствует пограничной интеллектуальной недостаточности. Отчетливо проявлялась неравномерность развития отдельных когнитивных функций. На фоне общего негрубого снижения познавательных способностей особенно страдали графомоторные навыки и конструктивный праксис. Весьма наглядно это представлено в профиле структуры интеллекта, полученном по данным исследования методикой WISC (рис. 11). Для сравнения мы привели в графике профиль здоровых детей.

Диагноз: резидуально-органическое поражение ЦНС. Пограничная интеллектуальная недостаточность. Тотальное недоразвитие речи, параалалическая форма. Синдром псевдобульбарной дизартрии.



1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Субтесты

*Рис. 11.* Профиль структуры интеллекта Алеши Т.

В русле исследования дислалий в 60-е гг. была выделена малоизученная группа детей, у которых обнаружили некоторые отдельные черты сходства с дизартрией. Характерно, что как в те годы, так и в настоящее время большинство таких работ принадлежит не клиницистам, а логопедам. В указанный период времени в отечественной логопедии в обиход вошло понятие «стертая дизартрия» (Мелехова Л. В., 1964, Токарева О. А., 1969, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1978, Сизова Э. Я., 1978). Это привело к значительному расширению рамок дизартрии: к ней стали относить и многочисленные случаи легких избирательных нарушений произношения отдельных звуков, которые прежде именовались полиморфной дислалией. Из неврологической симптоматики авторами обычно приводятся весьма полиморфные, непостоянные микросимптомы: моторное беспокойство языка, асимметрия языка или носогубных складок, цианоз кончика языка, наступающий при длительном поддержании определенной позы, асимметрия сухожильных рефлексов. В отдельных клинических иллюстрациях присутствует и более выраженная пирамидная симптоматика, однако подобные симптомы не являются общими для группы в целом (Мелехова Л. В., 1964, Гуровец Г. В., Маевская С. И., 1979). Аналогичные неврологические симптомы имеются у широкого круга детей с «минимальной мозговой дисфункцией» (Tresohlava Z., 1986), с задержкой психического развития (Марковская И. Ф., 1993). При этом немалая часть этих детей не имеют ни проявлений дизартрии, ни иной речевой патологии. Перечисленная неврологическая симптоматика указывает лишь на

вероятность наличия у ребенка церебрального повреждения и вряд ли является решающим доводом в пользу дизартрии. Видимо, именно поэтому Е. М. Мастюкова (1989), приводя основные критерии диагностики стертой дизартрии, перечисляет не неврологические симптомы, а недостатки координации произвольных оральных движений, то есть явления оральной апраксии.

По мнению С. И. Маевской и Г. В. Гуровец (1978), типичные фонетические проявления «стертой дизартрии» — это межзубное произношение Т, Д, Н, Л и С, велярное Р, боковое произношение свистящих и шипящих, Р и Р', замены шипящих на свистящие, иногда — оглушение звонких согласных. Е. М. Мастюкова (1989) примерно близкий перечень звуковых нарушений описывает как проявления «корковой дизартрии». Согласно данным Л. В. Лопатиной (1996), у детей со «стертой дизартрией» преобладают нарушения типа межзубного и призубного сигматизмов. Наиболее часто искаженно произносятся свистящие согласные. В то же время артикуляторно более сложные звуки (аффрикаты, соноры) нарушаются значительно реже. По отдельным описаниям клинических случаев «стертой дизартрии» создается впечатление, что другие языковые средства (лексика, грамматика) при стертой дизартрии находятся в худшем состоянии, чем при «большой» дизартрии. Так, Л. В. Лопатина (1986), исследовав широкий круг речевых функций при стертой дизартрии, обнаружила лексико-грамматические нарушения у 90,5% детей. У 49,4% детей было нарушено понимание сложных грамматических конструкций. В сравнении с показателями речевого развития при дизартрии у детей с ДЦП это выглядит парадоксально. Соотношение выраженности артикуляционных и лексико-грамматических нарушений при «стертой дизартрии» противоположно тому, что известно о классической дизартрии.



Дифференциально-диагностическая характеристика артикуляционной диспраксии и дизартрии развития

Артикуляционная диспраксия	Дизартрия развития
1. неврологическая симптоматика	
Рассеянная микросимптоматика	Пирамидная/экстрапирамидная симптоматика, часто в виде стертого гемисиндрома или двусторонней пирамидной недостаточности
2. оральная моторика	
Оральная диспраксия (языка или губ). Объем и сила движений – полные.	Симптомы центрального спастического пареза или экстрапирамидные гиперкинезы(хореоатетоз). Объем и сила движений ограничены
3. мимика	
Живость мимики, недостаточная ее дифференцированность	Скованность, бедность мимических движений. Иногда анимия. Часто – парамимия.
4. звукопроизношение	
Многочисленные, стабильные замены-упрощения на ранние временные субституты, искажения согласных позднего онтогенеза, пропуски звуков и слогов, пропуски и перестановки слогов.	Искажения согласных и гласных, иногда – замены(полиморфные), общая смазанность и скованность произношения, нарушение слоговой структуры слова
5. просодические характеристики речи	
Не нарушены	Всегда нарушены: глухость, иногда-истощаемость голоса, слабая интонированность
6. наследственность	
Встречаются семейные случаи.наследственная отягощенность – 30- 40%	Не встречается семейных случаев. Нет связи с генетической детерминацией(за исключением наследственной обменной патологии, наследственных форм у/о типа болезни Дауна, синдрома ломкой хромосомы и т. п.)

7. прогноз	
Практически всегда благоприятен	Относительно благоприятен. Полная компенсация наступает редко.

Сопоставление приведенных фактов наводит на мысль, что различия между классической и «стертой дизартрией» носят не количественный, а качественный характер (табл. 7). По-видимому, более уместно именовать «стертую дизартрию» артикуляционной диспраксией, так как она вполне вписывается в клиническую картину дисфонетической формы последней, описанной выше. Более подробно дискуссионный вопрос о природе и механизмах «стертой дизартрии» обсуждается в главе 8.

#### **6.1.4. Ринопалия**

Исторически начало изучения ринопалии можно отнести к середине XIX века. Ранние исследования принадлежат врачам Н. И. Пирогову, Н. В. Воронцовой, М. И. Пайкину и др. (цит. по А. Г. Ипполитовой, 1983). Используемая терминология менялась многократно (гнусавость, палатопалия, ринопалия, ринофония) и практически не достигла полного единообразия в настоящее время.

На современном этапе **ринопалией** называют нарушение звукопроизношения и тембра голоса, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (Волкова Л. С., Шаховская С. Н., 1999). Данное определение имеет один недостаток: оно слишком широкое. Речевой аппарат, как известно, весьма многообразен, включает анатомические структуры разного уровня: трахею, гортань, ротовую и носовую полости, язык, зубочелюстной аппарат, разнообразные группы мышц и тканей (Жинкин Н. И., 1958, Винарская Е. Н., Пулатов А. М., 1989, Ипполитова А. Г., 1983). В связи с этим теоретически анато-мо-физиологическая аномалия любого из них может вызвать нарушение формирования голосовых или произносительных характеристик, и все они по определению, приведенному выше, могут

именоваться ринолалией. Целесообразно, например, различать два принципиально разных состояния: ринола-лию и ринофонию (Филичева Г. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В., 1989). В логопедической литературе еще нет полного единообразия в терминологическом обозначении таких состояний. Используются такие термины, как органическая или механическая дислалия (Шембель А. Г., 1969), открытая и закрытая, функциональная и органическая ринолалии (Правдина О. В., 1973, Филичева Г. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В., 1989, Ипполитова А. Г., 1983, Волкова Л. С., Шаховская С. Н., 1999).

При ринофонии нарушены характеристики голоса, который приобретает назальный оттенок. Звукопроизношение и другие речевые показатели при этом не страдают или нарушены незначительно (преимущественно — гласные и сонорные согласные). Ринофония может быть открытой и закрытой. При закрытой ринофонии по той или иной причине нарушена проходимость носовых ходов («феномен заложенного носа»), которая может носить функциональный или органический характер. При открытой ринофонии отмечается неполноценность смыкания нёбно-глоточного кольца. Чаще всего это связано с недостаточностью иннервации мягкого нёба. Как отмечалось выше, подобные состояния в литературе нередко называют открытой и закрытой ринолалией. Однако качество и степень тяжести искажений звуковых характеристик, например, при т. н. «органической открытой ринолалии» и «функциональной открытой ринолалии» столь радикально различаются, что представляется спорным использование одного и того же термина «ринолалия». Избирательные, немногочисленные нарушения произношения некоторых звуков носят вторичный характер за счет изменения тембровых, то есть голосовых, характеристик. Это отмечают ряд авторов (Филичева Г. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В., 1989, Волкова Л. С., Шаховская С. Н., 1999), хотя, отдавая дань сложившейся традиции, используют термин «ринолалия».

В дальнейшем изложении термином «ринолалия» будут обозначаться только состояния тотального нарушения звукопроизношения (точнее, недоразвитие звуковой стороны речи), наблюдающееся при расщелине

твердого нёба и незаращении мягкого нёба. Довольно часто это сопровождается расщелиной - верхней губы. Сведения о распространенности данной формы патологии весьма разноречивы. Частота расщелин, как отмечает А. Г. Ипполитова, весьма колеблется в разных странах: 0,7—2,5 на 1000 новорожденных в США, 0,6—1,2 в нашей стране. Причины этой формы дисэмбриогенеза разнообразны: вирусные и эндокринные заболевания матери, произошедшие примерно на втором месяце беременности, профессиональные вредности, радиоактивное облучение, применение ряда медикаментозных препаратов (жаропонижающих, про-тивосудорожных, антикоагулянтов, гормональных, седативных средств), психический стресс в первом триместре беременности. Именно в этот период происходит формирование структуры твердого нёба. В числе этиологических факторов приводится наследственная отягощенность (Мессина Н. С, 1972, Лизюк Г. И., Кручинский Г. В., 1979, Morley M., 1972). Высказывается предположение о наследовании по доминантному типу. Среди родственников пробанда с повышенной частотой встречаются не только явные, но и скрытые формы патологии в виде, например, субмукозных расщелин твердого нёба.

А. Г. Ипполитова (1983) в своем описании ринолалии выделяет 5 групп симптомов:

- Изменение положения и активности языка: все тело его оттянуто назад (западает к глотке), а корень и спинка с силой приподняты кверху. Мышечный тонус повышен. Такое положение языка отчасти носит компенсаторный характер, так прикрывается расщелина твердого нёба.
- Нарушение деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого нёба. Объем движений и функциональная эффективность мышц, поднимающих мягкое нёбо и образующих разделение носовой и ротовой полостей, резко ограничен не только во время речевого акта, но и при жевании и глотании. Во время еды пища попадает в дыхательные пути, носовую полость. Это провоцирует воспалительные заболевания носоглотки и среднего уха.

- Нарушение согласованности работы артикуляторных и мимических мышц. Это выражается в синкинезиях мимических мышц в процессе артикуляции, пара- и гипомимии.
- Нарушение согласованности фонации и речевого дыхания. Страдает направленность и плавность выдоха, ритмичность речевого дыхания.
- Тотальное нарушение звукопроизношения. Все звуки произносятся с носовым оттенком. Речь ребенка в целом малоразборчива. В наибольшей степени искажается произнесение гласных звуков. Артикуляция согласных звуков сдвигается к месту отсутствующего нёбно-глоточного затвора.

Реже встречаются замены звуков. Взрывные звуки заменяются фрикативными. Отсутствует вибрант Р или он заменяется звуком Ы при сильном выдохе (Волкова Л. С, Шаховская С. Н., 1999).

Состояние речевых функций у детей с ринолалией варьирует в очень широких пределах. Это касается как звуковой стороны речи, так и лексико-грамматической сферы. Тяжесть нарушений звукопроизношения, искажений звуковых характеристик сегментарного уровня не имеет прямой зависимости от параметров анатомического дефекта твердого нёба. Компенсаторные приемы, которые используют дети в процессе артикуляции, очень разнообразны и по эффективности тоже сильно различаются. Большое значение имеет качество уранопластики и возраст, в котором она была проведена. В настоящее время общепринятой является установка на раннее поэтапное проведение хирургической коррекции (хейлопластики и уранопластики). В отечественной литературе приводятся рекомендации об оперативном вмешательстве (уранопластике) в дошкольном возрасте. В развитых западных странах хирургическое вмешательство начинают в более раннем возрасте — с 12—24 месяцев (Bernthai J., Bankson N.. 1988). Поданным М. Morley (1972), среди детей, перенесших уранопластику до двухлетнего возраста, к 4 годам имели нормальное звукопроизношение 33%, а среди тех, кто оперировался после двухлетнего возраста, тех же результатов достигли лишь 19%. Большое значение для ком-

пенсации речевых нарушений имеет качество оперативного вмешательства и течение послеоперационного периода (Репина З. А., 1992).

Как отмечалось выше, наличие прямого сообщения между ротовой и носовой полостями приводит к попаданию инфекции в носоглотку и евстахиеву трубу. Это становится причиной частых респираторных заболеваний и отитов. В связи с этим часть детей с ринолалией страдают тугоухостью.

Состояние интеллектуальной сферы таких детей варьирует в широких пределах: от нормы до умственной отсталости в степени дебильности. В связи с этим у детей с осложненными формами ринолалии нарушается формирование не только звуковой стороны речи, но и лексико-грамматической сферы. Таким образом, у части детей с ринолалией наблюдается картина тотального недоразвития речи смешанного происхождения.

При ринолалии, как и у детей с другими формами недоразвития речи нередко возникает психогенная невротическая реакция на речевой дефект в форме логофобии. У детей с поздно оперированной ринолалией тяжесть подобных переживаний еще больше. Сочетание физического уродства (расщелина губы) и выраженных коммуникативных трудностей, обусловленных низкой разборчивостью речи, в ряде случаев приводит не только к невротическим расстройствам и логофобии, но и к психогенному патологическому формированию личности дефицитарного типа (по В. В. Ковалеву). Это выражается в стойко сниженной самооценке, в старании уходить от общения со сверстниками, в субдепрессивном фоне настроения. В случаях неосложненной, благополучно компенсировавшейся ринолалии такие дети достаточно адаптированы, коммуникативно активны и социально успешны.

#### **6.1.5. Дисграмматизм**

Существует достаточно много свидетельств диссоциации лингвопатологических синдромов. Они приводились выше. Особенно часто диссоциируют синдромы фонологических и лексико-грамматических

нарушений. Следовательно, они имеют разное происхождение. В связи этим логично было бы ожидать наличия случаев изолированного недоразвития лексико-грамматических способностей. Действительно, такие случаи хотя и редко, но встречаются. Попытки выделения дисграмматизма как самостоятельной таксономической единицы в классификации недоразвития речи предпринимались и ранее (Becker K.P., Sovak M., 1981). В концепции SLI в качестве облигатной для этого состояния симптоматики описываются синтактико-морфологические нарушения, которые в ряде случаев являются единственными проявлениями патологии (Leonard L. B., 1982,1998). Фонологические нарушения при этом рассматриваются как факультативные, хотя и весьма часто встречающиеся у детей с этой патологией.

Кроме случаев изначально изолированного существования дисграмматизма весьма часто аналогичные состояния возникают как результат диссоциированной компенсации тотального недоразвития речи. Нарушения звукопроизношения в процессе логопедической коррекции устраняются быстрее, и в 6-7 лет у детей остаются лишь явления лексико-грамматического недоразвития. На синдромологическом уровне это можно назвать синдромом лексико-грамматического недоразвития. Однако для обозначения самостоятельного, изолированного речевого нарушения более подходящим представляется термин «дисграмматизм».

В тех немногочисленных случаях дисграмматизма, которые мы наблюдали, симптоматика в основном соответствовала синдрому морфологического дисграмматизма, описанному в главе 4. Выраженность нарушений обычно соответствовала средней или легкой степени тяжести. При легких проявлениях дисграмматизма дети попадали в поле зрения специалиста поздно, в школьном возрасте. Поводом для обследования служили нарушения письменной речи: дислексия, дисграфия или дизорфография.

## 6.2. ТОТАЛЬНЫЕ ФОРМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Общей характеристикой данной группы состояний является несформированность всех основных языковых средств. Как уже неоднократно отмечалось в других главах, в конце 60-х гг. в профессиональный обиход в логопедии вошло понятие «общее недоразвитие речи», и до настоящего времени оно рассматривается как самостоятельная номенклатурная единица в таксономии речевых нарушений у детей. С клинических позиций «общее недоразвитие речи» практически не изучено. Исключением являются моторная и сенсорная алалии, которые, однако, составляют лишь малую часть этой группы. Большинство же тех, кого объединяет это понятие, очень различаются друг от друга по лингвопатологической симптоматике, психологическим характеристикам, причинам и механизмам.

В связи с этим мы сочли актуальным предпринять попытку клиникопсихологического изучения этой, по существу, сборной группы расстройств. Экспериментальную группу составили 80 детей, имевших признаки тотального недоразвития речи (ТНР), не осложненного умственной отсталостью. Последние были исключены из экспериментального исследования не потому, что наличие у ребенка с ТНР умственной отсталости обязательно подразумевает особую природу и механизмы недоразвития речи. Это было сделано, чтобы облегчить экспериментальный анализ когнитивных механизмов ТНР и по возможности описать типовые характеристики ядерной группы детей с первичным тотальным недоразвитием речи. Таким образом, критерии включения детей в указанную экспериментальную группу были следующие: наличие симптомов недоразвития звуковой стороны речи, лексикона, синтаксических и/или морфологических ее характеристик, отсутствие признаков умственной отсталости (по клиническим и психометрическим критериям) и нарушений слуха.



Анализ клинической картины у детей данной группы показал ее неоднородность. При всем разнообразии отдельных случаев нам удалось объединить их в 2 подгруппы: алалическую и параалалическую.

Алалическая форма ТПНР включает два известных клинических варианта тотального недоразвития речи: моторную алалию и сенсорную алалию. Сенсорная алалия не являлась объектом нашего изучения, поэтому ее описание мы позволим себе опустить. Подробные сведения об этой форме недоразвития речи представлены в монографии Н. Н. Трауготт и С. И. Кайдановой (1975) и в учебнике «Логопедия» (1999). Поэтому основные, типичные характеристики алалической формы ТПНР будут описаны на примере моторной алалии.

### **6.2.1. Моторная алалия**

Как отмечалось в главе 2, случаи тяжелого избирательного недоразвития речи у детей были описаны еще в XIX веке. На протяжении почти ста лет (примерно до середины XX века) под разными наименованиями (слухонемота, врожденная афазия, афазия развития, идеопатическая алалия, моторная алалия) описывалось одно и то же состояние — тяжелое тотальное отставание в развитии речи (вплоть до полного ее отсутствия) при сохранном слухе и интеллекте. Как в отечественных, так и в западных исследованиях диагноз ставился на основании так называемых «критериев исключения» (*exclusive criteria*): тяжелое недоразвитие речи, отсутствие нарушений слуха, отсутствие слабоумия. Понятно, что при такой упрощенной диагностике эта клиническая группа была чрезвычайно разнородной. Нозологический подход в этом случае себя не вполне оправдал. Осознание этого факта стимулировало поиски других подходов к исследованию данной проблемы. Ведущим направлением стало психолого-лингвистическое. Одновременно начала вводиться новая номенклатура: «общее недоразвитие речи», «нарушение языкового развития» (*developmental language disorder*), «специфическое нарушение языка» (*specific*

language impairment). В отечественной логопедии в связи с приоритетом психолого-педагогического подхода сфера применения понятия «общее недоразвитие речи» вышла далеко за границы моторной алалии, хотя первоначально фактически совпадала с ней (Левина Р. Е., 1968).

Дальнейшее изучение моторной алалии с применением психолого-лингвистических методов исследования значительно углубили представления о ее природе и специфике проявлений (Белова-Давид Р. А., 1969, Соботович Е. Ф., 1981, Ковшиков В. А., 1985). В. А. Ковшиковым (1985) был предложен термин «экспрессивная алалия» как синоним моторной алалии. Благодаря этим исследованиям к настоящему времени диагностика моторной алалии основывается уже на позитивных критериях или «критериях включения» (inclusion criteria). В результате ее границы значительно сузились и стали определеннее. Изучение «афазии развития» или «дисфазии развития» как нозологической единицы на Западе практически приостановилось. В связи этим сегодня в зарубежной логопатологии трудно найти полный аналог понятию «моторная алалия».

На основании собственных экспериментальных исследований и данных других авторов мы сформулировали следующее определение моторной алалии. Моторная алалия — мультисиндромное состояние тотального недоразвития преимущественно экспрессивной речи, проявляющееся в первичном нарушении формирования языковых операций фонологического, лексического и синтактико-морфологического программирования высказываний.

В учебнике «Логопедия» дается несколько отличное определение: «...системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций» (Логопедия, 1999, с. 340).

На наш взгляд, данное определение носит компромиссный характер, частично отражая уже устаревшие представления о природе данного состояния. Состояние моторной, сенсорной и интеллектуальной сферы не имеет

непосредственного отношения к специфике проявлений моторной алалии. Она может наблюдаться как у детей со средним уровнем развития интеллекта, так и у умственно отсталых (Белова-Давид Р. А., 1969, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Корнев А. Н., 1994). Моторная алалия встречается и у детей с грубым недоразвитием моторной сферы при детских церебральных параличах (Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985).

Указание в определении на органическое поражение головного мозга как на облигатный патогенетический признак также отражает несколько устаревшую точку зрения. Многочисленные данные указывают на наличие генетически детерминированных нейропсихологических синдромов когнитивной или языковой недостаточности (Малых С. Б., Егорова М. С., Мешкова Т. А., 1998). Наши данные свидетельствуют о высокой наследственной отягощенности речевой патологией родственников детей с моторной алалией. Если учесть, что в большинстве случаев информация о родственниках была получена от одного респондента (чаще всего это была мать), эти сведения можно рассматривать как неполные. Реальные показатели наследственной отягощенности при объективном исследовании родственников были бы существенно выше, как это выяснилось в ряде других исследований.

Таким образом, представляется очевидным, что этиология моторной алалии чаще носит комплексный характер. Как правило, сочетаются два ряда причин: генетические детерминанты и экзогенно-органические повреждения головного мозга. Клинический анализ наблюдавшихся нами случаев этого расстройства показал, что явления недоразвития речи тем тяжелее, чем больше вес резидуально-органических факторов. В таких случаях она в большей степени осложнена сопутствующими психическими нарушениями. Моторная алалия чисто органического происхождения встречается сравнительно редко. С этим согласуются и данные о развитии речи у детей, перенесших раннюю гемисферэктомию, и у тех, кто страдает гемипаретическими формами детского церебрального паралича. Как у первой, так и у второй категории детей нарушения речи, сравнимые по тяжести с моторной алалией, встречаются очень

редко (Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я., 1972, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985, McFie, 1961, Aram D. M., Eisele J. A., 1994).

### **Эпидемиология моторной алалии**

В связи с большими различиями трактовки данного клинического понятия, значительной неопределенностью в критериях диагностики сведения о распространенности моторной алалии весьма разноречивы. По нашим данным, среди всех детей с ТНР данное состояние встречалось достаточно редко — в среднем в 2% случаев. Общее недоразвитие речи встречается примерно у 5,4% детского населения в возрасте 6 лет (Рахимова Ж. Т., 1988), что близко к показателям распространенности SLI по данным зарубежных авторов (Leonard L, 1998). Если экстраполировать наши данные на всю детскую популяцию с учетом вышеприведенных эпидемиологических показателей, то частота моторной алалии будет соответствовать примерно 2,7 на 1000 детей старшего дошкольного возраста.

Подавляющее большинство в отобранной нами экспериментальной группе составляли мальчики. Наш многолетний практический опыт позволяет утверждать, что моторная алалия стоит на втором месте по тесноте связи с мужским полом среди всех психических расстройств у детей (на первом месте — ранний детский аутизм). Среди детей с неосложненной моторной алалией соотношение по полу было 1 : 14 в пользу мальчиков. При моторной алалии, осложненной психоорганической симптоматикой или даже незначительным снижением интеллекта, соотношение по полу было 1 : 2. Иначе говоря, большинство наблюдавшихся нами девочек страдали осложненной формой моторной алалии. В смешанной группе детей с моторной алалией соотношение по полу 1: 5. Наши наблюдения подтвердили известную точку зрения о зависимости эпидемиологических проявлений полового диморфизма от клинических особенностей расстройства и, в частности, от степени избирательности поражения (Мнухин С. С, 1968, Лебединская К. С, 1982, Кисега О., 1961, Critchley M., 1970, Turner G., Turner Y, 1974, Хей В., 1978). Чем

более избирательный характер носит расстройство, тем сильнее перевес в пользу мальчиков (Корнев А. Н., 1986, Корнев А. Н., Молчанов А. И., 1990). Известные данные литературы об особенностях полового диморфизма в сфере полушарной специализации ВПФ и сведения о различии в уязвимости структур головного мозга на ранних этапах онтогенеза позволяют объяснить столь большую разницу в распространенности моторной алалии среди девочек и мальчиков. Повышенная уязвимость тканей мозга мальчиков (Geschwind N., Galaburda A., 1985) приводит к тому, что даже легкие неблагополучия у их матерей в период беременности и родов с высокой вероятностью могут вызвать церебральные повреждения у плода. Даже очаговых повреждений речевых центров мозга достаточно, чтобы у мальчиков нарушилось формирование речевых функций. Мозг девочек более резистентен к аналогичным повреждениям, и лишь серьезные осложнения вызывают у них церебральные повреждения обширного характера и последующую дисфункцию ВПФ. Речевые расстройства в подобных случаях обычно сопровождаются нарушениями широкого круга неречевых ВПФ. Другим объяснением проявлений полового диморфизма в эпидемиологии моторной алалии, афазии развития и SLI может быть влияние гормонального фона и, в частности, уровня тестостерона на формирование полушарной специализации по ВПФ и созревание речевых центров головного мозга (McCardle P., 1990). Повышенный уровень тестостерона сопровождается низкими показателями развития речевых функций.

### **Симптоматика моторной алалии**

Первые признаки такого расстройства проявляются у детей на втором году жизни. Об этом свидетельствуют как данные анамнеза, так и наши непосредственные наблюдения. В неосложненных случаях первые слова появляются у детей своевременно — в возрасте 11-14 мес. В осложненных — запаздывают на 2-5 месяцев. В обоих случаях дальнейшее речевое развитие протекает с грубой дисгармонией. Понимание речи на бытовом уровне в

большинстве наблюдавшихся нами неосложненных случаев было удовлетворительным. Опрошенные родители не замечали у своих детей каких-либо трудностей в понимании речи. Экспрессивный же словарь таких детей обычно растет крайне медленно и представлен преимущественно лепетными, звукоподражательными словами и фрагментами слов, состоящими из одного - двух слогов. На протяжении двух-трех лет словарь может ограничиваться 10—30 словами. При этом уровень коммуникативной активности в неосложненных случаях достаточно высок. В связи с этим создается резкая диспропорция между объемом коммуникативных средств и коммуникативной потребностью. Дети пытаются компенсировать это, используя жесты в значительно большем объеме, чем их здоровые сверстники. Таким образом, на протяжении второго и третьего года жизни основная оперативная единица в коммуникативном поведении — сочетание слово + жест. Иначе говоря, дети надолго задерживаются на этапе голофраз. Мы наблюдали, как некоторые дети параллельно с уже усвоенными словами продуцировали лепетные вокализации. В таких случаях лепетные вокализации обычно не использовались детьми как произвольные коммуникативные акты. Иногда это наблюдалось в состоянии сильного эмоционального возбуждения или сопровождало действия с игрушками.

### **Фонологические нарушения**

Нарушения звуковой стороны речи при моторной алалии весьма обильны и многообразны. Часть из них встречается лишь при этой форме ТНР, другие обнаруживаются не только при ТНР, но и при некоторых парциальных формах НР. Если рассматривать каждый симптом отдельно, всегда можно найти феноменологический аналог, свойственный ранним этапам развития речи у здоровых детей. Если же взять всю совокупность фонологических характеристик, то складывается картина уникальная, свойственная только детям с моторной алалией.

Наиболее полноценная сфера у них — просодика. Это проявляется как в интонационно-мелодической окраске лепетных звукокомплексов, так и в однословных высказываниях, состоящих из лепетных слов. Основные нарушения фиксируются у детей на сегментарном уровне. Наиболее яркая характеристика, отличающая их от детей с другими формами ТНР, — наличие многочисленных, разнообразных нерегулярных замен звуков (чаще согласных). Правда, в полной мере эта симптоматика наблюдается на этапе, когда ребенок пользуется трехсложными конструкциями и строит короткие фразы, то есть около 4 лет. Темпы освоения звуков речи у разных детей могут различаться в широких пределах: от картины, близкой к норме (это встречается редко), до существенного запаздывания с длительным сохранением ранних звуков-заместителей. В возрасте, когда у них уже можно вызвать произвольные реакции звукоподражания (около 3 лет), обнаруживается резкая диссоциация между качеством повторения изолированных звуков (приближающегося к норме) и их использованием в собственной спонтанной речи или при повторении слов (с большим количеством замен и смешений).

Столь резко выраженные трудности в освоении звуковой структуры слов при моторной алалии выделяют ее из всех других речевых расстройств и носят закономерный характер. Данные литературы и наши наблюдения позволяют заключить, что причиной этого является дисфункция, несформированность синтагматических операций на фонологическом уровне, то есть то, что в лингвистике получило название «фонотаксиса» (Соботович Е. Ф., 1985, Menn L., 1971, Nettelbladt U., 1983, Vihman M, 1988). Вышеописанный принцип «гармонии» или аппроксимации звуков патологически долго влияет на фонологическую структуру слов в словаре детей с моторной алалией. Структура СГСГ при СГ(1) = СГ(2) является доминирующей почти до 4 лет. Кроме того, существует еще одна причина этого феномена. Она заключается в том, что у таких детей грубо и стойко нарушенным оказывается артикуляционный динамический праксис. Они не способны быстро переключиться с одного артикуляционного действия (соответствующего слогу)

на другое. Трудности такого рода препятствуют овладению слоговой структурой слов и сохраняются чрезвычайно долго. Поэтому итерация одинаковых слогов долго остается для таких детей единственно возможной серией артикуляционных действий, которые они в состоянии совершить.

Например, машина — би-би, поезд — ту-ту, собака — аф-аф, курочка — ко-ко, корова — му, еда — ам, лошадка — /со, булка — бу.

Подобная картина в 83% случаев у наблюдавшихся нами детей сохранялась до четырех - пятилетнего возраста. Даже при появлении фразовой речи лепетные слова еще сохраняются в лексиконе таких детей, что совершенно не характерно для здоровых детей с таким же уровнем речевого развития (то есть в конце второго — начале третьего года жизни).

Трудности воспроизведения серии слогов, различающихся только гласной, выявляются при выполнении теста Н. Н. Трауготт — повторения серий типа ТУ-ТИ-ТА, МИ-МА-МО.

Дети с моторной алалией даже в возрасте 5—6 лет в 90% случаев допускали систематические ошибки при выполнении этого задания. Мы не наблюдали этого ни при какой другой форме недоразвития речи. Синтагматические ограничения на воспроизведение сложных, с высокой степенью звукового разнообразия фонологических структур носят при моторной алалии стойкий характер и сохраняются до 8—10 лет. Этот механизм — основной в синдроме вербальной апраксии. Проявления этого синдрома становятся заметными уже на начальном этапе овладения фразами. Ошибки, типичные для него, возникают на уровне слова и синтагмы. Наиболее специфические — нерегулярные замены, явления дистантной ассимиляции, редупликация, многочисленны пропуски звуков и слогов, перестановки слогов. Характерна нерегулярность ошибок. Произнося одно и то же слово несколько раз, ребенок каждый раз допускает новые ошибки.

#### *Примеры*

Алеша Б., 8 лет 11 мес. Повторение: клякса — /kl'as..ka/, /kl'as...sa/, Ikl'a..c..sa/.



Лена М., 8 лет 1 мес. Называние: /skavaraska/, /skava..ofka/ — сковородка.

Повторение: огурец — /дгес/, /да..да../ес/, /да..ги../ес/, /а..дд.,гес/.

Белугин Алеша, 8 лет 11 мес: клякса — /kl'as..ka/, /k'as..sa/, /k'a..ca/, /kl'acsa/

Калачева Таня, 9 лет: милиционер — /prinaten/, /pn'nanet/, /prinanen/.

По нашим наблюдениям, при моторной алалии число этих ошибок в отраженной речи возрастает пропорционально сложности речевого материала, подлежащего повторению. В наших экспериментах оно было минимальным при повторении слогов, увеличивалось при повторении слов (особенно — многосложных) и еще больше возрастало при повторении фраз. Это согласуется с данными литературы (Левина Р. Е., 1951, Соботович Е. Ф., 1985, Ковшиков В. А., 1985). Особенно много таких ошибок наблюдалось при повторении сенсibiliзирoванных проб на выявление нарушений слоговой структуры.

#### Примеры.

Пример повторения слогов (Алеша Б., 8 лет 11 мес): ПНУ — /р/и/, /рпо/, ЗЛЕ — /vie/, СЛА — /с/а/.

Пример повторения слов (Алеша Л., 7 лет): ЛИМОН — /livon/, ВАННА — /vanik/, ТРОЛЛЕЙБУС — /a/epos'/; (Алеша Б., 8 лет 11 мес): СКОВОРОДКА — /skovorka/, КЛЯКСА — /kl'as'...ka/, /k/as...sa/, /kla\..ca/.

Пример повторения фраз (Марина П., 7 лет 11 мес): МИЛИЦИОНЕР ОСТАНОВИЛ ВЕЛОСИПЕДИСТА. — / Vesaner visnail veslipeta/.



С многочисленными ошибками в потоке речи, при назывании и повторении слов и фраз контрастирует относительно благополучная картина при повторении отдельных звуков. Тем не менее и в этом задании у детей с моторной алалией встречались ошибки в виде замен-упрощений, когда вместо

нормативного звука ребенок использовал ранние звуки-заместители. В потоке речи таких ошибок было значительно больше. Это проявление синдрома артикуляторной диспраксии. По нашему мнению, этот синдром при моторной алалии факультативен, хотя встречается весьма регулярно. Однако не менее часто он наблюдается у детей с другими формами недоразвития речи. Кроме того, механизм этого синдрома относится не к языковому, а к практическому уровню. Таким образом, в фонетическом строе речи при моторной алалии наблюдается еще одна диссоциация — между реализацией изолированных звуков и звуков в потоке речи. Наши наблюдения согласуются с данными литературы (Корицкая В. Г., Минашина В. С., 1969, Собонович Е. Ф., 1985, Ковшиков В. А., 1985). Вероятнее всего, это можно объяснить тем, что синдром вербальной диспраксии выражен грубее и является осевым, языковым расстройством. Его сущность — нарушение фонологической организации при порождении слов и словосочетаний. Фонологические матрицы слов долго не автоматизируются при моторной алалии. Поэтому каждый раз слово как бы заново конструируется из слогов и фонем. Из-за этого фонетический облик слов крайне нестабилен, ошибки носят нерегулярный характер и сильно контекстуально зависимы.: В 80% случаев это сопровождается симптомами неполноценности орального праксиса. Особенно затруднено выполнение проб на динамический оральный праксис — воспроизведение серий движений языком.

Обязательный атрибут моторной алалии — грубое нарушение слоговой структуры. Длина слоговой цепочки, которую способен породить и моторно воспроизводить ребенок, крайне ограничена и растет очень медленно. Это связано с синтагматической и сукцессивной недостаточностью и наличием динамической артикуляционной диспраксии, что подтверждается экспериментальными данными. Сукцессивные задания «Повторение цифр», «Воспроизведение ритмов», «Воспроизведение рядов слогов» дети данной категории выполнили достоверно хуже всех остальных в нашей выборке. 90% детей с моторной алалией дошкольного возраста не могли правильно

воспроизвести серии слогов: МИ-МА-МО, ТУ-ТИ-ТА. В словах в большом количестве встречаются пропуски слогов, их перестановка. Из всех фонетических нарушений недостатки слоговой структуры являются наиболее стойкими. При выполнении сенсibilизированных проб ошибки у наших испытуемых сохранялись и в возрасте 10—12 лет.

Суммируя, можно заключить, что фонологические нарушения при моторной алалии складываются из двух разных синдромов: вербальной диспраксии и артикуляционной диспраксии (дисфонологически-динамической). Все это приводит к стойкому фонологическому недоразвитию с нарушением как парадигматических, так и синтагматических (в наибольшей степени) языковых операций. Степень выраженности фонологического недоразвития варьирует у разных детей в широких пределах.

### **Синтактико-морфологические нарушения**

Порождение развернутых высказываний и грамматическое оформление фраз грубо нарушено у всех детей с моторной алалией и является одним из главенствующих, облигатных расстройств. В 83% наших наблюдений, поданным анамнеза, первые фразы у таких детей появлялись после 3 лет, а иногда — после 4 лет. В ряде случаев на начальном этапе процесса овладения фразами эти дети воспроизводят лишь просодический контур фразы, в который вкраплены 2-3 слога. О том, что это фраза, можно лишь догадываться. Порождение высказываний всегда затруднено. Трудности в порождении высказываний наблюдаются у детей с моторной алалией при любом уровне речевого развития. Наши испытуемые к моменту обследования в 90% случаев уже владели фразовой речью. У всех детей фразы были короткие (из трех-четырех слов), редуцированные по структуре, с пропусками служебных слов (чаще — предлогов). В речи преобладали упрощенные синтаксические конструкции — простые, нераспространенные предложения. Эти клинические наблюдения получили подтверждение и в экспериментальных данных. При

анализе фонограмм, записанных при составлении детьми устных рассказов по серии картинок, выяснилось, что большинство фраз были упрощены, часто пропускались служебные слова, почти не использовались сложноподчиненные конструкции.

### *Пример*

Лена М., 8 лет 1 месяц. Рассказ по серии из 3 картинок (вертикальными линиями разделены синтагмы): «Жили..! дома жила кошка..! доме была дверь.., а стенке была полка..! полке стояла цветы..! кошка смотрела на стол ! столе стояла стакан..! он..! кошка зяла..и потянула..(скатерть)!стакан не упал еще.., скатерть упала стакан а бился..! она убежала..! кошка!».

Рассказ по серии из 4 картинок «Снеговик и заяц»: «Зимой была холодно ! дельце была листики..! а за..ка хотел зельте сэ..га (сделать снеговика)! он лепил..! и папылал (попрыгал)! есе нитого не хатаит..! он плинес лесенку.., поставила.. ! поставил и сделал..! стало тепло..! снег стаил ! а он катался, вот он увидел, что снег этот астаил..! а носик остался и шапка осталась!».

С этими данными согласовывались результаты выполнения теста «Повторение фраз», в котором дети обследуемой группы показали очень низкие результаты: 72% из них не достигали средних значений нормы 4 лет. По сведениям литературы, способность повторить фразы определенной длины достоверно коррелирует со способностью продуцировать фразы аналогичной длины в спонтанной речи (Слобин Д., 1976, Graham N., 1980). Аналогичные результаты были получены при исследовании таких же показателей у детей с афазией развития (De Grunberg C. S., Bianco E., Mendilaharsu L., 1975).

Практически во всех случаях моторной алалии сочетались синтаксический и морфологический дисграмматизм. Тем не менее у некоторых детей грубее проявлялись недостатки линейного развертывания фраз и относительно меньше были представлены морфологические аграмматизмы. У других детей картина была обратной. Подобные наблюдения подтверждают гипотезу об

относительной автономности выделенных нами синдромов «синтаксического дисграмматизма» и «морфологического дисграмматизма».

Синдром морфологического дисграмматизма у детей с моторной алалией имеет определенные качественные особенности, отличающие этих детей от детей с другими формами недоразвития речи. В целом он в большинстве случаев выражен грубее. Иногда аграмматизмы были столь грубы и противоестественны для носителя русского языка, что слушателю такая речь казалась похожей на речь иностранца. Среди аграмматизмов встречались практически все, описанные в главе 4. Однако особенно имеет смысл выделить тип аграмматизмов, который чрезвычайно редко встречается у здоровых детей на раннем этапе овладения фразовой речью (конец второго — начало третьего года жизни) и практически не встречается при других формах недоразвития речи. Имеются в виду ошибки выбора падежных окончаний, когда использовано окончание другого падежа — так называемые «межпадежные замены», описанные В. А. Ковшиковым (1985) как специфический для моторной алалии вид аграмматизмов. Примеры таких аграмматизмов приведены в главе 4, в разделе, посвященном описанию симптоматиологии экспрессивных аграмматизмов. В процессе анализа речевой продукции таких детей выявилась любопытная закономерность. Наиболее часто межпадежные замены встречались в обиходной диалогической речи. Например, при совместном с ребенком обсуждении картинки «Нелепицы». В текстах же, представляющих собой рассказ по серии картинок, то есть в повествовательной монологической речи, такие ошибки встречались очень редко. По-видимому, это различие можно объяснить коммуникативной установкой. Рассказ по картинке воспринимается ребенком как задание на проверку его речевых навыков. В связи с этим он более активно контролирует грамматическую правильность собственных высказываний и избегает употреблять фразовые конструкции, в которых чувствует себя нетвердо. Характер построения текстов в двух описанных ситуациях отчетливо различался. В одном случае — типичные для разговорной бытовой речи слабоструктурированные тексты, с

обилием пропусков, повторов. Во втором — тексты, приближенные к монологической, контекстной речи с обилием простых речевых шаблонов.

### **Психологические (патопсихологические и психопатологические) особенности детей с моторной алалией**

Анализ психологических и психопатологических особенностей детей с моторной алалией показал, что, хотя это расстройство избирательно речевое, практически у всех детей имеются симптомы дизонтогенеза как эмоционально-волевой, так и когнитивной сферы. Это согласуется с наблюдениями других авторов (Орфинская В. К., 1963, Белова-Давид Р. А., 1969, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Мартынова Р. И., 1973, Гуровец Г. В., 1974, Давидович Л. Р., 1975, Ковалев В. В., 1979, Собонович Е. Ф., 1985, Логопедия, 1999). При этом нельзя не принимать в расчет, что в работах, выполненных в 60-е и 70-е гг., диагностические критерии моторной алалии были значительно шире, а клиническая картина существенно тяжелее, чем в настоящее время.

Наши наблюдения и данные ряда авторов дают основание утверждать, что моторная алалия представляет собой особый тип психоречевого дизонтогенеза. Психическое развитие детей с этим расстройством происходит своеобразно. Психологические особенности таких детей по происхождению могли быть отнесены к одной из трех категорий:

- к симптомам раннего повреждения;
- к проявлениям дизонтогенеза;
- к реактивным образованиям, обусловленным своеобразием существования таких детей в социуме.

По психологическому содержанию эти особенности относятся к трем сферам:

- личностной (явления эмоционально-волевой незрелости);
- когнитивной (дефицитарность когнитивных функций и интеллекта);

- эмоционально-вегетативной (невротическая и неврозоподобная симптоматика).

По отдельности каждый из симптомов мало отличался от описанных выше в соответствующем разделе. Однако частота встречаемости, степень выраженности, преобладание определенных качественных характеристик позволяют оценивать эту психопатологическую симптоматику как типичную именно для моторной алалии. То, что эти проявления рассматриваются как психопатологические, а не психологические (то есть черты своеобразия личности в рамках нормы), обосновывается рядом обстоятельств: отличием от нормы данного возраста, соответствием классическим описаниям психопатологической симптоматики при психическом дизонтогенезе и тем, что они, по нашим наблюдениям, являлись (постоянно или в определенные периоды детства) причиной дезадаптации. При их заострении степень дезадаптации обычно усиливалась, а при сглаживании — уменьшалась.

Особенности эмоционально-волевой и личностной сферы психопатологически можно квалифицировать как синдром психического инфантилизма.

У большинства детей, находившихся под нашим наблюдением, обнаруживались явления осложненного психического инфантилизма. У детей с неосложненной формой моторной алалии наиболее часто встречался синдром церебрастенической формы психического инфантилизма, который, однако, имел специфические черты, присущие детям сданной формой недоразвития речи! В отличие от детей с ЗПР и детей с дислексией, у которых мы так же наблюдали церебрастеническую форму психического инфантилизма (Корнев А. Н. 1995), при моторной алалии этот синдром отличался большей яркостью и живостью эмоциональной сферы. В неосложненных случаях моторной алалии детей отмечался приподнятый, несколько гипертимный фон настроения. У тех, у кого эмоциональный фон был иным, мы обнаруживали проявления психоорганического синдрома и симптомы интеллектуальной недостаточности. У всех детей описываемой группы мы наблюдали явления логофобии. В неосложненных случаях она была выражена умеренно и проявлялась в

некотором ограничении речевой активности, попытках избежать развернутых высказываний. В осложненных случаях логофобия достигала тяжелой степени выраженности или же отсутствовала совсем. В первом случае речевое общение детей было резко ограничено, доходя порой до элективного мутизма. Во втором случае состояние напоминало анозогнозию: ребенок сохранял высокую речевую активность несмотря на то, что его речь была малопонятной для окружающих.

### **Интеллектуальное развитие**

Интеллектуальное развитие детей с моторной алалией является предметом дискуссий на протяжении уже нескольких десятилетий (Ковшиков В. А., Элькин Ю. А., 1980, Ковшиков В. А., 1985, Собонович Е. Ф., 1989, Корнев А. Н., 1994). В литературе представлены различающиеся (вплоть до диаметрально противоположных) точки зрения на состояние интеллекта при моторной алалии. Одна группа исследователей утверждает, что интеллект при моторной алалии всегда первично сохранен (Ковшиков В. А., 1985, Логопедия, 1999), другая — рассматривает это состояние как вариант общего психического недоразвития (Белова-Давид Р. А., 1969, 1972, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1979, Кириченко Е. И., 1977). Если принять во внимание профессиональную принадлежность обеих групп исследователей, то различие их позиций становится отчасти объяснимым. Первая группа представлена логопедами. Ее представители базируются преимущественно на априорных основаниях. По определению моторная алалия — состояние недоразвития речи при сохранном интеллекте. Поэтому даже те симптомы интеллектуальной недостаточности, которые обнаруживаются, не принимаются в расчет или им приписывается вторичное происхождение, связанное с негативным влиянием недоразвития речи на формирование интеллектуальных способностей (Уманская Н. М., 1973, Гуровец Г. В., 1974).



Вторая группа исследователей представлена клиницистами (психиатрами и невропатологами). Они описывают психопатологическую картину объективно и склонны объяснять интеллектуальную недостаточность биологическими и патофизиологическими причинами. Однако нельзя не принять во внимание, что контингент, на котором проводилось большинство этих исследований, — госпитальный. В психиатрический же стационар или диспансер направляются, как правило, дети с наиболее тяжелыми и осложненными формами недоразвития речи. Сопоставление материалов, полученных разными авторами, затруднено и тем, что оценка интеллектуальных способностей во всех этих работах проводилось только качественными методами, с использованием неодинаковых методик, в различающихся по возрастному и клиническому составу группах. Возраст испытуемых имеет особенно важное значение. Практический опыт показывает, что надежность диагностики моторной алалии значительно снижается у детей младше 5 лет и достигает почти случайного уровня у детей 3 лет и младше (по нашему опыту, у них не более 50% диагнозов подтверждается в более позднем возрасте). Это связано как с объективными, так и с субъективными причинами. К объективным причинам диагностических затруднений можно отнести скудность, рудиментарность речевой продукции, которую можно получить у детей младшего дошкольного возраста. У многих из них еще нет фразовой речи. Это не дает возможности опираться на позитивные диагностические критерии. Субъективной причиной является профессиональная неготовность логопедов к диагностике речевых расстройств в возрасте до 5 лет. Многие десятилетия набор детей в логопедические дошкольные коррекционные учреждения начинали с 5-летнего возраста. Эта традиция сохраняется в большинстве регионов России и сейчас. Поэтому даже в настоящее время логопеды выявляют и производят дифференциальную диагностику недоразвития речи у детей преимущественно с 4,5— 5 лет. Соответственно и основной диагностический опыт распространяется на данную возрастную группу (от 5 лет и старше). В младшем

дошкольном возрасте значительно ниже качество и надежность оценки и интеллектуальных способностей детей.

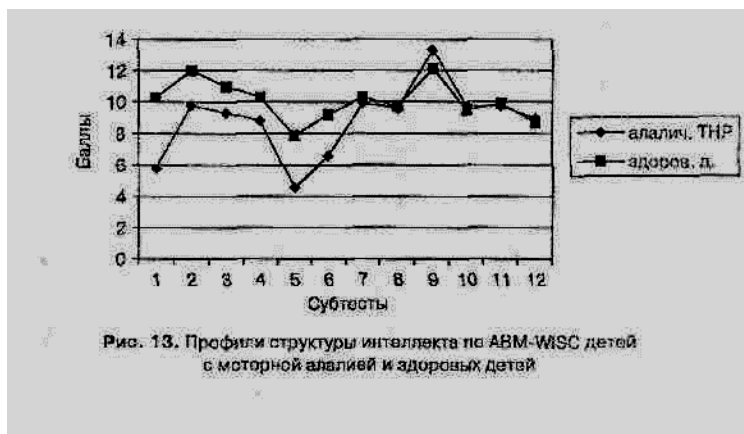
Практический опыт консультирования детей с речевыми расстройствами на протяжении 25 лет позволяет нам утверждать, что состояние интеллектуальной сферы у детей с моторной алалией варьирует в очень широких пределах. Если, диагностируя моторную алалию, опираться на позитивные критерии, то есть на наличие специфической лингвопатологической симптоматики, включая диссоциацию ментального возраста и возраста речевого развития, то окажется, что эту форму НР можно встретить и среди умственно отсталых детей в степени дебильности или нерезко выраженной имбецильности.

Под нашим наблюдением находилось 43 ребенка в возрасте 5—8 лет с моторной алалией. Из них у 11 обнаруживались признаки умственной отсталости в степени дебильности и все типичные симптомы моторной алалии, описанные выше. Как правило, они проявлялись в наиболее тяжелой форме. У 27 детей с моторной алалией показатели невербального интеллекта и социальной адаптивности вполне соответствовали возрастной норме. Таким образом, очевидно, что моторная алалия как особый тип языкового расстройства теоретически может наблюдаться при любом уровне интеллектуальных способностей. Однако у умственно отсталых детей труднее провести дифференциальную диагностику моторной алалии, отделив ее от иных форм недоразвития речи.

Основная задача экспериментального исследования интеллектуальных способностей у детей с моторной алалией — не столько количественная интегральная их оценка, сколько изучение особенностей структуры интеллекта и качественных характеристик когнитивной сферы. Кроме того, нас интересовало, какие показатели развития речи связаны с интеллектуальными способностями детей и в какой степени.

Экспериментальную группу составили 27 детей 5-8 лет с моторной алалией, у которых невербальные интеллектуальные способности находились

на уровне возрастной нормы или несколько ниже, но превышали показатели, соответствующие верхней границе умственной отсталости. Группы сравнения составили 30 здоровых детей 6-8 лет, 50 детей 7-8 лет с дислексией и 30 детей 7-8 лет с задержкой психического развития. По данным клинической оценки, дети основной группы распределились по уровню интеллектуального развития следующим образом: 18% — норма, остальные 84% — пограничная интеллектуальная недостаточность. Оценка интеллектуальных способностей по «Прогрессивным матрицам Raven» дала следующие результаты: 75% — средняя норма (25-75-й процентиля) и 25% — пограничная интеллектуальная недостаточность (< 25-го процентиля). Качественный анализ структуры интеллекта подтвердил имеющиеся в литературе наблюдения о неравномерности психического развития таких детей (Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Собонович Е. Ф., 1989). У 91% детей, обследованных по методике АВМ-WISC, вербальный интеллектуальный показатель (ВИП) на 11-34 балла отставал от невербального интеллектуального показателя (НИП). Во многих случаях ВИП соответствовал легкой дебилности, что не соответствовало истинному общему уровню интеллектуального развития таких детей по данным клинической оценки. Низкие показатели ВИП у детей складывались преимущественно из-за низких оценок в следующих субтестах: № 1 — «Общая осведомленность», № 5 — «Словарь» и № 6 — «Повторение цифр». Субтесты «Арифметический» (№ 3) и «Аналогии - сходство» (№ 4) были незначительно ниже нормы (различия не достигали статистически значимого уровня) (рис. 13). Минимальные (но достоверные) отличия были получены в субтесте «Понятливость» (№ 2) (Корнев А. Н., 1994). Все перечисленные 6 субтестов традиционно относят к вербальным, так как их выполнение предполагает оперирование абстрактными вербализованными понятиями. Однако по своему содержанию они весьма неравноценны и качественно неоднородны (Корнев А. Н., 1995, 1997).



Если проанализировать психологическое содержание субтеста № I, становится очевидным, что знания, оцениваемые в нем, относятся к той категории, которые ребенок в данном возрасте получает почти исключительно в вербальной форме от взрослых. Вот несколько вопросов из этого субтеста: «От какого животного мы получаем молоко?», «Зачем нужен желудок?», «В каком магазине продают сахар?» и т. п. Непосредственного опыта для приобретения таких знаний большинство детей дошкольного возраста еще не имеют. В отличие от этого, в субтесте «Понятливость» от ребенка требуются знания житейского характера, представления о нормах поведения в определенных социальных ситуациях, что приобретает детьми из непосредственного опыта. Например: «Что ты будешь делать, если порежешь себе палец?», «...если потеряешь мячик, который дали тебе поиграть?», «...если маленький мальчишка, меньше тебя ростом, стал бы с тобой драться?» и т. п. Дети с моторной алалией, как правило, не испытывали здесь затруднений: 70% из них справлялись с заданиями не хуже здоровых сверстников. Данное сопоставление двух вербальных заданий позволяет сделать некоторые выводы. По внешней форме и характеру ответных реакций, которые ожидаются от ребенка, оба субтеста выглядят одинаковыми. Однако они адресуются к существенно разным по психологическому содержанию и способу приобретения «пластам» знаний. Как известно из литературы, данное различие в определенной степени связано с участием разных полушарий в приобретении и хранении этих знаний (Деглин В. Л., Черниговская Т. В., 1990, Деглин В. Л., 1995, Semrud-Glikeman M, Hynd G., 1990). Правое полушарие большее участие

принимает в прагматической оценке информации, приобретении и хранении знаний практического характера, а левое — в приобретении и использовании вербализованных, теоретических знаний. Именно последняя категория познавательных процессов у детей с моторной алалией осуществляется хуже всего, достоверно хуже, чем у детей с задержкой психического развития (ЗПР). Приобретение информации прагматического характера происходит у таких детей значительно лучше.

В субтесте «Словарь» дети данной группы получили наихудшие результаты. Однако такие же затруднения испытывали и дети с ЗПР, и дети с дислексией (рис. 12). Надо отметить, что название этого субтеста не совсем точно отражает содержание. Его выполнение зависит не столько от объема словарного запаса, сколько от способности дать определение (категориальное или описательное) словам, обозначающим предметы или явления окружающего мира. Например: «Что такое письмо? подушка? осел? мех? неприятность? храбрый?» и т. п. Эти задания вызывают затруднения, пожалуй, у слишком широкого круга детей с проблемами. Поэтому они не выявляют специфику тех, кто страдает моторной алалией. По существу, этот субтест направлен на диагностику метаязыковых навыков, которые слабо сформированы как у детей с моторной алалией, так и в обеих контрольных клинических группах. В наших экспериментальных данных не было получено достоверных коэффициентов корреляции между результатами тестирования словаря (названия 144 картинок) и выполнением субтеста «Словарь».

Дети основной группы выполнили субтест «Аналогии—сходство» лишь незначительно хуже здоровых детей, но достоверно лучше детей с ЗПР. Данный факт на первый взгляд представляется неожиданным. Этот субтест состоит из заданий, требующих умения подбирать антонимы и сравнивать объекты, выделяя общие признаки. Иначе говоря, создается впечатление, что логические операции с вербализованными понятиями таким детям выполнить легче, чем дать определение слову, обозначающему знакомый предмет. Данный парадокс разъясняется, если проанализировать способ предъявления обоих заданий. В

субтесте «Аналогии—сходство» задача сформулирована весьма конкретно. Например: «Как ты думаешь, что общего имеют слива и вишня, чем они одинаковы?» При неудаче в 1, 2, 5 и 6 заданиях предусмотрено оказание развернутой помощи. В субтесте «Словарь» задача разъясняется крайне лаконично: «Скажи, что такое... (велосипед, нож, шапка и т. д.). Оказание помощи не предусмотрено. При сравнении обоих субтестов субтест № 5 представляется существенно менее регламентированным, более неопределенным по формулировке, чем субтест № 4. По логической сложности они различаются незначительно. В обоих допускаются не только категориальные, но и описательные характеристики объектов. Однако требования к организации мыслительных процессов, степень самостоятельности в определении способа решения данной задачи и выбора формы ответа в субтесте № 5 значительно выше. Нередко дети вообще испытывали растерянность, услышав, например, вопрос типа: «Что такое подушка?» Ребенок явно не понимал, что от него требуется, и нередко отвечал: «Не знаю». С таким предметом, как подушка, и словом, его обозначающим, он был, конечно, хорошо знаком. Но не понимал, какого

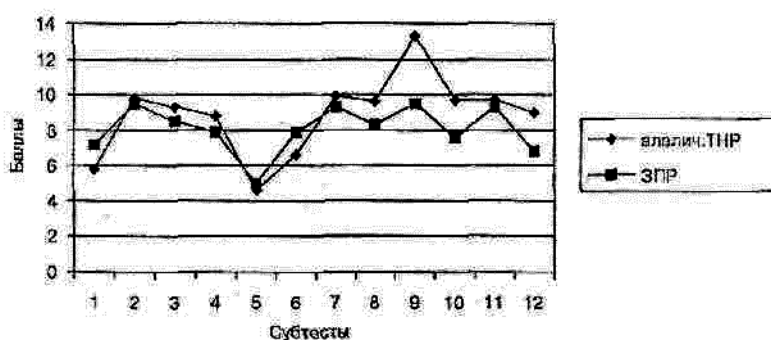


Рис. 14. Профили структуры интеллекта по ABM-WISC у детей с моторной алалией и детей с ЗПР

ответа от него ждут. Трудности именно в самостоятельном поиске решений в нестандартных ситуациях отмечают у детей с SLI и другие авторы (Leonard L., 1998). Кроме того, следует учесть, что даже здоровые дети старше 7 лет, неплохо выделяющие общие признаки предметов, делали это в субтесте № 4 исключительно на конкретном уровне. Например: «У кошки и мышки есть хвост, голова, уши», «Слива и вишня имеют косточку, они сладкие».

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что при неосложненной моторной алалии не все виды вербализованных интеллектуальных операций страдают в одинаковой степени. Более выражена неполноценность усвоения и воспроизведения вербализованных знаний, не подкрепленных непосредственным опытом. Это отражает недостаточно развитую способность к чисто вербальному научению. Не менее труден для таких детей переход прагматического уровня знаний на теоретический, понятийный, от денотативной функции слова к сигнификативной, категориальной. Даже те из них, которые в диагностической ситуации подбирали обобщающие понятия к группе предметов, в не совсем типовых заданиях наглядного типа при исключении пятого лишнего опирались в объяснении чаще на ситуативные признаки или внешние характеристики (в том числе и при верных ответах) и редко самостоятельно использовали категориальные признаки.

Не обнаруживалось достоверных отличий между здоровыми детьми и детьми с неосложненной моторной алалией при выполнении счетных операций и решении арифметических задач.

Полученные нами данные не вполне согласуются с распространенной точкой зрения, что столь тяжелое недоразвитие речи, как моторная алалия, всегда приводит к вторичному недоразвитию вербально-логического мышления (Давидович Л. Р., 1975, Ковалев В. В., 1995). Это, по-видимому, не всегда так, по крайней мере в возрастном диапазоне 5—8 лет. Это можно объяснить тем, что в этом возрасте вербально-логическое мышление только начинает свое формирование. По данным лонгитюдного наблюдения, в подростковом возрасте у детей с ТНР неполноценность вербально-логического мышления выражена значительно отчетливее. При сопоставлении профиля структуры интеллекта детей с моторной алалией и аналогичного показателя у детей с ЗПР без выраженных речевых нарушений оказалось, что обнаруживается значительное сходство между ними в вербальной части шкалы (рис. 14). Тем не

менее в трех субтестах были выявлены достоверные межгрупповые различия. Субтесты «Общая осведомленность» и «Повторение цифр» дети с моторной алалией выполняли достоверно хуже, чем дети с ЗПР, а субтест «Аналогии — сходство» — достоверно лучше. Это дает основание заключить, что, хотя задание «Сравнение понятий» традиционно рассматривается как оценивающее вербально-логические способности к абстрагированию, оно в данном случае вскрывает неоднородность этого рода способностей. Сравнение понятий и выделение существенных признаков, по-видимому, зависит не только от состояния категориального понятийного аппарата, но и от сформированности умственных логических действий сравнения и абстрагирования. Последний род способностей и развел показатели в этих двух группах детей. У детей с ЗПР они сформированы хуже, чем в отобранной нами группе детей с моторной алалией. Это, однако, не означает, что такая картина типична для всех детей с моторной алалией. Это наблюдается только при неосложненных ее формах.

Мнестические процессы при моторной алалии в большинстве случаев нарушены, но избирательно. Наиболее выражен у таких детей дефицит кратковременной слухоречевой сукцессивной памяти. В субтесте № 6 «Повторение цифр» они показали наиболее низкие результаты из всех клинических групп (хуже детей с ЗПР и детей с дислексией). Примерно одинаково снижены были, показатели воспроизведения рядов цифр, как в том же порядке, так и в инвертированной форме.

У большинства детей с моторной алалией значительные затруднения возникали при заучивании даже коротких двустушии. Многократное построчное повторение не приводило к успеху. Нередко при воспроизведении ребенок сохранял общий смысл, но переводил двустушие в прозу.

Пример.

Образец	Воспроизведение
Зоя зайкина хозяйка	«Зоя хозяйка зайки.
Спит в тазу у Зои зайка	Спит зайка в тазу»



В других случаях сохранялся размер стиха, но деформировался текст:

Зойка зайкая хозяйка

Спит тазу у Зойки зайка.

Характер трудностей и ошибки позволяют предположить, что основная причина затруднений — использование во многих стихотворениях низкочастотных синтаксических конструкций с необычным порядком слов. То, что внешне выглядит как мнестические нарушения, вероятно, обусловлено синтаксическими особенностями запоминаемого материала, то есть имеет языковую природу. Трудности синтаксической организации запоминаемого материала значительно осложняют мнестическую задачу и снижают качество воспроизведения.

У многих детей встречались незрелость зрительно-моторной координации и изобразительных навыков, нарушения произвольного внимания. Примерно 2/3 детей испытывали затруднения при воспроизведении звуковых ритмов: только 31% из них справились с этим заданием. Экспериментально-психологическое исследование внимания (таблицы Шульте), памяти (воспроизведение серий цифр в той же последовательности) показало, что нарушения зрительного внимания и слуховой кратковременной сукцессивной памяти свойственны всем детям с моторной алалией. Конструктивный праксис, напротив, в неосложненных случаях не только соответствовал норме, но даже несколько превышал средний уровень здоровых детей (субтест № 9 «Складывание фигур из кубиков» психометрической методики Д. Векслера).

Лонгитюдные наблюдения за группой детей с моторной алалией позволили нам сформулировать закономерность, определяющую прогноз компенсации этой формы речевого недоразвития. При прочих равных условиях, касающихся речевой сферы, прогноз был тем хуже, чем ниже были показатели невербальных интеллектуальных способностей. Даже незначительное их снижение (до уровня пограничной интеллектуальной недостаточности) значительно затягивало процесс компенсации, требовало существенно более интенсивной коррекционной работы. Мы назвали это «Правилом весов»,

которое позволяет определить вероятность благоприятного прогноза компенсации речевых нарушений: чем больше отставание от нормы речевого развития, тем выше должны быть показатели наглядно-действенного и наглядно-образного мышления, невербальный интеллект. В особенности показательным в этом отношении был тест Кооса (то есть субтест № 9). Даже если результаты выполнения его ребенком с моторной алалией соответствовали нижней границе возрастной нормы, прогноз компенсации заметно ухудшался.

### **Осложненные формы моторной алалии**

Вышеописанная клиническая картина, как было отмечено, характерна для детей, у которых церебральное обеспечение ВПФ нарушено избирательно, затрагивая (преимущественно или исключительно) центры, связанные с речевыми функциями. Однако достаточно часто у детей с тяжелым недоразвитием преимущественно экспрессивной речи, имеющих типичные языковые нарушения в фонологии и синтаксической сфере, встречаются более сложные варианты дизонтогенеза, включающие грубые нарушения эмоционально-волевого и/или интеллектуального развития. Такие случаи принято называть осложненными. При осложненных формах моторной алалии значительно утяжеляется лингвопатологическая симптоматика. Речевой онтогенез запаздывает существенно. Среди таких детей нередки случаи, когда в 6-7 лет у ребенка практически отсутствует речь или она ограничивается пятью—десятью лепетными словами. Чаше всего у таких детей, по нашим наблюдениям, заметно страдает понимание речи. После появления фразовой речи (в 7—8 лет) становятся заметными такие симптомы, как скованность речевого акта. Построение высказывания всегда происходит явным напряжением. Подбор слов, построение синтаксических конструкций требует видимых сознательных усилий. Обычный для здоровых детей автоматизм процессов спонтанного порождения высказываний полностью отсутствует.

Иногда в клинической картине присутствуют симптомы грубого органического поражения головного мозга, но без признаков умственной отсталости. В других случаях это сопровождается явлениями общего психического недоразвития. Обычно они вызывают значительные трудности в дифференциальном диагнозе. По нашим наблюдениям, психопатологическая картина у таких детей выглядит существенно иначе. Отличия можно свести к двум категориям психопатологических нарушений: детскому психоорганическому синдрому и явлениям умственной отсталости. Эмоционально-волевая сфера у 16 детей с осложненной моторной алалией, находившихся под нашим наблюдением, характеризовалась чертами незрелости, бедности и уплощенности в той форме, которая соответствует ядерной форме органического психического инфантилизма (см. главу 4). Эмоциональные реакции отличались недостаточной живостью. Иногда выявлялись черты дистимии. Особенно заметен был дефицит дифференцированности эмоциональных реакций. Весьма своеобразной была реакция на трудности в речевом общении. Мы наблюдали два полярных варианта. Одни дети полностью игнорировали собственные речевые недостатки (своеобразная анозогнозия). Речевая активность у них оставалась высокой. Детей отнюдь не смущало то, что их совсем не понимают окружающие. У других наблюдалась тяжелая логофобия, доходившая до степени элективного мутизма. В малознакомой обстановке или с малознакомыми людьми такие дети вообще не пользовались речью. Интеллектуальная недостаточность даже в тех случаях, когда она не превышала пограничного уровня, затрагивала не только вербально-логическую сферу, но и невербальные функции. На невербальном уровне способности таких детей проявлялись гораздо лучше, но значительно отставали от нормы. Например, у ребенка 8 лет житейско-практическая адаптация, состояние наглядно-образного мышления примерно соответствовали тому, что мы наблюдаем у детей 4—5 лет. Речевые и языковые способности в экспрессивной речи соответствовали 1,5—2 годам, а в импрессивной речи — 3 годам. Конструктивные задания, тесты на образное

мышление, пространственную комбинаторику такие дети выполняли примерно так, как в группе детей с задержкой психического развития.

У умственно отсталых детей с моторной алалией интересы были крайне бедными, игровое поведение примитивно и однообразно. В дошкольном возрасте преобладала манипулятивная игра. Рисунок поведения отличался примитивностью, недифференцированностью. У них присутствовали все психопатологические признаки умственной отсталости, но было и немало признаков атипизма. Эмоциональное поведение окрашивалось чертами эйфоричности, дурашливости. Внешне это напоминало поведение детей раннего возраста, что часто вводило в заблуждение специалистов при оценке их интеллекта. Кроме того, интеллектуальное развитие таких детей характеризовалось выраженной неравномерностью. Грубо западал вербально-логический его компонент, и были относительно лучше сформированы так называемый «практический интеллект» и образное мышление. В целом клиническая картина была близка к тому, что в психиатрической литературе описывается как «астеническая форма» психического недоразвития (Исаев Д. Н., 1982).

Опыт практической работы показывает, что довольно часто не только дефектологи и психологи, но и психиатры переоценивают интеллектуальный потенциал таких детей. Это происходит не только из-за неосознанного смещения критериев оценки интеллекта (вниз по возрастной шкале), обусловленного инфантилизмом детей. Существуют и более объективные причины. Дети такого рода до конца дошкольного возраста почти безречевые, что исключает все методы диагностики, требующие вербального контакта и речевых ответов ребенка. Невербальных методов диагностики интеллекта дошкольников немного, и владеют ими специалисты обычно хуже, чем вербальными. Многие ошибки ребенка в процессе выполнения заданий списываются (сознательно или неосознанно) на трудности в речевом общении. Дефектологи склонны объяснять интеллектуальные недостатки таких детей негативным влиянием недоразвития речи, то есть полагают, что интеллект

первично сохранен, а нарушения носят вторичный характер, что не соответствует действительности. Все это приводит к гиподиагностике.

Компенсация таких состояний происходит очень медленно. Многие из детей, находившихся под нашим наблюдением, к 7—8 годам почти не владели фразовой речью. Даже после многолетней логопедической коррекции в условиях специализированной школы или при индивидуальном обучении их уровень сформированности связной речи не превышал показатели, соответствующие в норме 3—4 годам.

### **6.2.2. Параалалическая форма ПНР**

Как показали наши исследования, алалическая форма тотального первичного недоразвития речи составляет лишь небольшую долю детей с ТНР. По нашим наблюдениям, эта доля соответствует 2%. Остальные 98% детей с ТНР весьма слабо изучены клинически и психологически. Эта «группа» неструктурирована и диагностически не квалифицирована. В психолого-педагогической классификации Р. Е.Левинной все эти состояния вместе с моторной алалией включены в рубрику «Общее недоразвитие речи». Однако сравнительное исследование показало, что между этими двумя категориями детей («алаликами» и «неалаликами») больше различий, чем сходства. Общим для них является лишь недостаточная сформированность трех основных языковых средств: фонологического строя речи, лексики и навыков грамматического оформления высказываний. Различия проявляются в качественных, феноменологических особенностях, фонологических и лексико-грамматических нарушений и их механизмах. При значительной тяжести отставания в речевом развитии нередко таким детям тоже ставят диагноз «моторная алалия», хотя по природе и механизмам такие состояния не соответствуют основным признакам моторной алалии, описанным выше. В некоторых публикациях и в логопедической практике применительно к этой категории детей используются такие не вполне корректные заключения, как

«стертая дизартрия с элементами общего недоразвития речи», «полиморфная дислалия с элементами общего недоразвития речи». Ряд исследователей и раньше замечал эту несообразность (Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я., 1972, Собонович Е. Ф., 1981, 1985). В связи с этим давно назрела необходимость дальнейшей разработки таксономических проблем в логопатологии, терминологического разграничения состояний, имеющих разную природу и механизмы. Предлагаемое ниже нововведение — первый шаг в этом направлении.

Параалалическая форма ТНР (ПТНР) по существу представляет собой сборную группу состояний. Их общим свойством является избирательное нарушение формирования всех основных языковых средств или навыков их практической реализации в речевых актах: звуковой стороны речи, лексических, и грамматических ее характеристик (то есть наличие признаков тотального недоразвития речи). При этом отсутствует большинство специфических для моторной алалии симптомов. Все такие случаи ТНР имеют сложносоставную природу, иначе говоря, не являются целостным расстройством, имеющим единый механизм. Общая картина тотального недоразвития речи создается за счет сочетания у одного и того же ребенка нескольких лингвопатологических синдромов с разным механизмом и патогенезом. Словом, все такие состояния, именуемые параалалической формой ТНР, имеют полифакторный патогенез и полифакторные механизмы. Результаты патоморфологических исследований вполне согласуются с возможностью существования таких форм патологии (Landau W., Goldstein R., Kleffner F. R., 1960, Galaburda A. M., Sherman G. F., Rosen G. D., Aboitiz E., Geschwind N., 1985, Cohen M., Campbell R., Yagmai, 1989). Достаточно часто в подобных исследованиях обнаруживается полифокальная картина поражения головного мозга.

Одна из причин выделения такой таксономической единицы — необходимость разграничения первично языковых форм недоразвития речи

(моторной и сенсорной алалий) и неязыковых, гностико-праксических нарушений ее формирования.

Основные критерии отнесения недоразвития речи к данной категории следующие:

- наличие признаков тотального недоразвития речи: нарушения звуковой ее стороны, бедность активного и/или пассивного словаря, несформированность грамматической структуры высказываний (морфологической и/или синтаксической), выходящие за рамки возрастной нормы;
- значительная диссоциация между уровнем развития интеллекта и тяжестью недоразвития речи; этот признак свидетельствует об избирательности недоразвития речи, не сводящегося к влиянию интеллектуальной недостаточности;
- отсутствие лингвопатологических симптомов, типичных для моторной алалий (см. выше);
- отсутствие нарушений слуха.

В приведенных облигатных характеристиках для данной формы ТНР неслучайно отсутствует пункт о состоянии интеллектуальной сферы. Наш опыт и данные литературы свидетельствуют о том, что факт наличия или отсутствия интеллектуального снижения у ребенка с недоразвитием речи еще не означает, что последнее обязательно причинно связано с интеллектуальной недостаточностью. Сложившиеся в практике логопедии представления о четком разделении состояний недоразвития речи на первичные и вторичные слишком упрощают суть дела. Существующее разграничение нарушений речи у умственно отсталых детей и у детей без интеллектуальных нарушений, как принципиально разных, сомнительно и недостаточно аргументировано. Тем не менее те и другие описываются и изучаются отдельно и независимо друг от друга. Имплицитно подразумевается, что природа и механизмы недоразвития речи у детей этих двух категорий совершенно разные. Нам представляется, что далеко не всегда это соответствует действительности. Экспериментальный и

нейропсихологический анализ отдельных случаев показывает, что достаточно часто встречаются первичные по причинам и механизмам формы недоразвития речи у умственно отсталых детей. Тем более это справедливо по отношению к детям с задержками психического развития. Сказанное не означает, что интеллектуальные нарушения не влияют на клиническую картину, структуру лингвопатологической симптоматики. Достаточно часто мы имеем дело со случаями недоразвития речи, имеющими смешанный генез. Их нельзя однозначно отнести ни к первичным, ни к вторичным формам ТНР. Особенно часто это встречается среди детей с параалалической формой ТНР.

### **Фонологическая характеристика речи**

По нашим наблюдениям, параалалическая форма ТНР манифестирует в раннем возрасте. Первые ее проявления — запаздывание в формировании звукопроизношения и медленный прирост активного словаря. Интонационно-мелодическая окраска речи грубо не страдает, но может быть несколько обеднена. Как анамнестические данные, так и непосредственные наблюдения показывают, что у таких детей на втором-третьем годах жизни преобладают слова с выраженным дефицитом звукозаполнения. У ряда детей это так называемые «контуры слов», где лишь один - два слога соответствуют нормативному слову, остальные звуки опускаются, и слово остается узнаваемым лишь за счет сохранения интонационно ритмической его составляющей. В других случаях используются фрагменты слов с расширенной семантикой (так называемые «псевдоомонимы») и упрощением слоговой структуры. В большинстве наблюдавшихся нами случаев это были фрагменты нормативных слов, а не лепетные, звукоподражательные их заменители. С большим запаздыванием у таких детей происходит смена временных субститутов. У детей 6—8 лет могут сохраняться такие субституты, как полумягкие /s/, /l/, /t/ и даже /j/. Количество нормативных звуков, которыми владеет ребенок, существенно отстает от нормы. При этом нами не



обнаруживалось значительной диссоциации в качестве произношения изолированно и в потоке речи. У большинства детей страдает артикуляционная база, у многих имеются и признаки запаздывания в формировании фонологической системы, нарушения фонематических представлений. Они могут выражаться в заменах (наиболее часто заменяющий звук — ранний субститут) или искажениях некоторых фонетических характеристик звука. Замены обычно носят относительно стабильный характер. В отличие от моторной алалий, здесь наблюдается низкая контекстуальная зависимость качества фонемного выбора и произношения звуков. Качество и количество замен не резко различается при произнесении отдельных слов, фраз, текстов.

Запаздывание в формировании слоговой структуры у детей данной группы варьировало в значительных пределах. В конце второго — начале третьего года жизни у таких детей преобладали двусложные слова. В большом количестве слов слоговая структура была редуцирована. Однако по степени выраженности нарушений слоговой структуры у детей этой группы наблюдался большой разброс: от минимальных проявлений недостаточности до тяжелых нарушений. Все эти недостатки значительно превышали проявления возрастной физиологической незрелости, но не достигали той степени тяжести, которая приводит к длительному доминированию лепетных и звукоподражательных слов.

На синдромальном уровне у наблюдавшихся нами детей нарушения звукопроизношения наиболее часто соответствовали клинической картине артикуляционной диспраксии. При обследовании орального праксиса во многих случаях выявляются симптомы оральной диспраксии легкой или средней степени тяжести. Более чем в половине случаев выявлялась неполноценность и пальцевого праксиса.

У 60 % обследованных нами детей обнаруживались симптомы незрелости или недоразвития фонематических представлений. Иначе говоря, у этих детей отмечалась нечеткость, диффузность ментальных перцептивных эталонов основных фонем русского языка (в наибольшей степени это относится к соглас-

ным). Это выявлялось, например, при выполнении таких заданий, как подбор картинок или придумывание слов, в которых содержится определенный звук. Чаще всего смешивались звонкие и глухие смычные согласные звуки. Дети допускали ошибки при воспроизведении серий слогов с оппозиционными согласными.

*Пример*

Саша К., 6 лет 3 мес.

Образец	воспроизведение
ДА-ТА-ДА	да-та-та
ДА-ТА-ДА	да-да-та
ДА-ТА-ДА	да-та-да
ТА-ДА-ТА	та-та-та
ТА-ДА-ТА	та-та-да
СА-ША-СА	са-ша-са
ЗА-ЗА-СА	за-за-са
СА-ЗА-СА	са-за-са

Здесь причиной ошибок, по-видимому, является недостаточная дифференцированность ментальных эталонов звуков Т и Д. Можно было бы предположить, что ошибки в вышеприведенном примере обусловлены трудностями мнестического характера, дефицитом сукцессивной кратковременной памяти. Однако в данном случае это не является основной причиной ошибок. Это видно из того, что серии с другими согласными ребенок воспроизводит без затруднений. Как и в приведенном примере, чаще всего фонематические нарушения носили у детей избирательный характер. Воспроизведение ряда из трех стимулов другого типа (например, трех цифр) было доступно всем. В 32% случаев у детей отмечались нарушения фонематического восприятия. В словах-квазиомонимах дети не различали

фонематические дифференциальные признаки в некоторых парах оппозиционных фонем. Чаще это касалось пар звонкий—глухой. В тестовой ситуации они путали картинки на слова-квазиомонимы, различающиеся соответствующими согласными. В деформированных фразах — не замечали подмены адекватного слова его квазиомонимом (описание методики см. в главе 9). Довольно часто дети с подобными нарушениями, обнаруженными при диагностике, в спонтанной речи соответствующие звуки не смешивали. Иначе говоря, в таких случаях наблюдалась диссоциация между способностью различать дифференциальные признаки фонем на импрессивном уровне и оперированием ими же на экспрессивном уровне в процессе порождения речи и формирования моторной программы высказывания. По-видимому, данные нарушения по механизмам правомерно рассматривать как феномены гностического, а не языкового (фонологического) уровня.

То, что обозначают в логопедии как нарушение «фонематических представлений», указывает скорее на несформированность перцептивных (акустико-артикуляторных) эталонов, определенных фонем (или синлабем), чем на нарушение противопоставленности и дифференцированности самих языковых единиц. В противном случае соответствующие звуки должны были бы во всех подобных ситуациях смешиваться в речи. Когда смешение происходит на обоих уровнях (импрессивном и экспрессивном), более вероятно предположить нарушение формирования системы фонематических противопоставлений. Значительно реже в практике встречается противоположная ситуация: наличие смешений определенных звуков в экспрессивной речи и сохранность их дифференциации на импрессивном уровне.

Собственно языковыми нарушениями фонологического уровня у детей с параалалической формой ТНР следует считать замедление темпа формирования и дифференциации фонологической системы, длительное сохранение незрелых, упрощенных ее форм, свойственных детям раннего возраста.

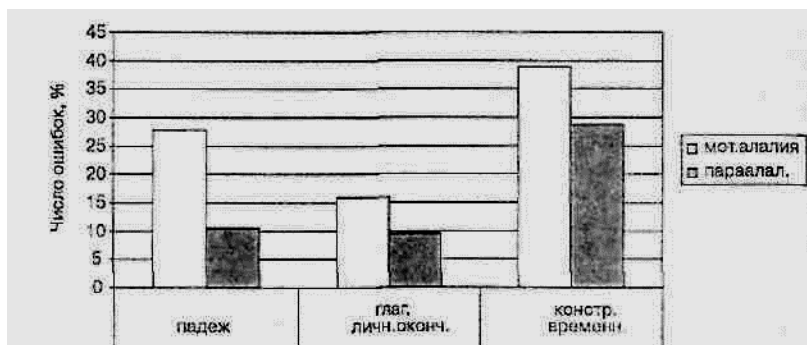
## Лексико-грамматические характеристики

Состояние лексико-грамматической сферы у всех наблюдавшихся нами детей с параалалической формой ТНР было неблагополучным, но по тяжести проявлений варьировало в широких пределах.

Появление первых двусловных высказываний у 85% детей происходило после 2 лет 2 месяцев. У 15% — в начале четвертого года жизни. В отличие от детей с моторной алалией, в таких случаях не наблюдалось столь выраженной диссоциации между уровнем развития экспрессивной и импрессивной речи. По состоянию импрессивной речи эти две категории детей существенно не различались. Иногда мы наблюдали, что у детей с ПТНР понимание речи страдало даже в большей степени, чем это обычно бывает при моторной алалии. В данной группе мы обнаружили весьма тесный параллелизм между состоянием интеллектуальных способностей и уровнем развития импрессивной речи. Это получило подтверждение и в экспериментальном исследовании, подробно результаты которого приведены в главе 8. Здесь мы представим эти данные в кратком изложении.

Изучение грамматических способностей проводилось нами с помощью методики «Деформированные фразы» (Корнев А. Н., 1997). Детям предлагалось, выслушав фразы, оценить их на предмет правильности грамматического оформления. Вопрос звучал так: «Как ты думаешь, так правильно говорить или нет?» Часть фраз соответствовала нормативным, а часть — содержала аграмматизмы (в падежных конструкциях, в личных окончаниях глаголов или во временных конструкциях). Во второй половине задания дети должны были исправить аграмматичные фразы. Результаты выполнения данного задания достоверно отличали экспериментальные группы и от нормы, и друг от друга (рис. 15, 16). Как видно на рисунке, результаты выполнения тестов на оценку деформированных фраз в группе детей с ПТНР были достоверно выше, чем в группе детей с моторной алалией. Однако выявились и существенные качественные различия между этими двумя группами. У детей с

параалалической формой ТНР наихудшие результаты были получены в заданиях на оценку временных конструкций (41% из них допустили 30% ошибок и более), и весьма небольшое число ошибок было допущено ими в заданиях на падежные конструкции (7% допустили 25% ошибок и более).



*Рис. 15.* Выполнение задания «Оценка грамматически деформированных фраз» детьми с моторной алалией и с параалалической формой ТНР

В группе детей с моторной алалией наблюдается существенно иная картина. Как при оценке, так особенно и при исправлении деформированных падежных конструкций дети с моторной алалией справились с заданием в 4 раза хуже, чем дети с ПТНР. Иначе говоря, степень затруднений в оценке и исправлении деформированных конструкций у детей с ПТНР согласовывалась со сроками овладения соответствующими конструкциями в онтогенезе. Чем позже это осваивают здоровые дети, тем больше ошибок допускали дети этой группы в данном задании. Рейтинг трудности заданий у них совпадал со здоровыми детьми.

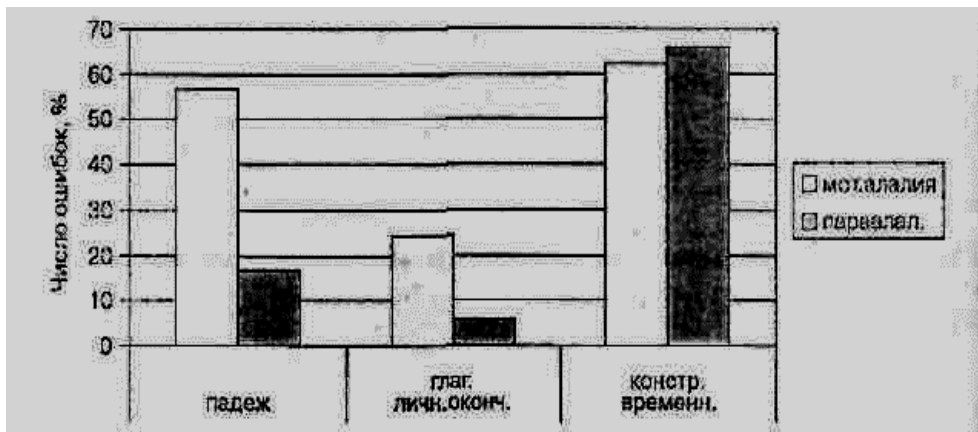


Рис. 16. Выполнение задания «Исправление деформированных фраз» детьми с моторной алалией и с парапаралической формой ТНР

*Пример*

Андрей А., 7,5 лет. Впервые был обследован в 1-м классе речевой школы.

Название картинок:

Изображенный предмет	ягоды	яблоко	елка	лыжи	якорь	корзина	ключ	расческа
Ответ ребенка	/ʔagadʔ/	/ʔablakʔ/	/r'orkʔ/	/ʔyzy/	/r'akoj/	/kojzina/ /kolzina/	/kl'ut'/	/rassoska/

В звукопроизношении наблюдается комплекс разных нарушений фонологического и гностико-праксического уровня (последние явно преобладают).

*Пример*

В приведенных примерах среди звуковых ошибок встречаются несколько их категорий:

А) замены (на звуки-заместители): I - j, c - t', r' - j, r - I;

Б) смешения: r <-> I, j <-> r;

В) ассимиляции: расческа /rassoska/, троллейбус — /trarebus/. Последний вид ошибок встречался редко;

Г) Искажения: ротацизм в форме одноударного произнесения звука P.

Исследование фонематического восприятия не выявило нарушений.

При неврологическом исследовании была отмечена микросимптоматика: асимметрия носогубных складок, язык слегка отклонен вправо. Сухожильные рефлексы: коленные  $D > S$ , слева расширена рефлексогенная зона, ахилловы  $D > S$ . Пробы на оральный праксис мальчик выполнял медленно и с ошибками: лишь после нескольких попыток нащупывает нужное положение языка. Значительно ослаблен кинестетический контроль за положением языка. В процессе выполнения этих проб быстро астенизировался. Праксис губ не был нарушен.

Мальчик правша. Пробы на пальцевой праксис обнаружили признаки нерезко выраженной пальцевой диспраксии: не смог воспроизвести позу «Зайчик» (1-й, 4-й и 5-й пальцы собраны щепотью, а 2-й и 3-й подняты вверх), и перекрест 2-го и 3-го пальцев не смог выполнить. Данные пробы лучше выполнял левой рукой. В пробе «Пересчет пальцев» (поочередное касание всеми пальцами большого) выполнил задание без ошибок лишь со второй попытки. Нейропсихологический тест «Завязывание 5 пар нитей» не смог выполнить. Тест «Переплет» выполнил за 1 мин. 59 с, то есть несколько ниже нормы. Анализ проб на праксис позволяет утверждать, что у мальчика преимущественно нарушено кинестетическое звено праксиса.

Слоговая структура существенно не страдает. Интересной особенностью данного случая является своеобразный недостаток звуковой структуры. Сенсибилизированные фразы для оценки слоговой структуры («Милиционер остановил...», «Рыбки в аквариуме...», «Водопроводчик починил...») мальчик выполнил с незначительными затруднениями. Однако даже через 1 год продолжал допускать перестановки звуков при произнесении чистогово-рок, содержащих те звуки, которые он год назад смешивал (Л, Р, Ш, Щ):

***Щетина — тещина, рояле — ярале, рыла — лыра.***

При повторном исследовании через год большинство замен, смешений, выявленных год назад, исчезли. Сохраняется замена Л на полумягкий временный заместитель. Изредка замены с /X'. Лишь при повторении скорого-

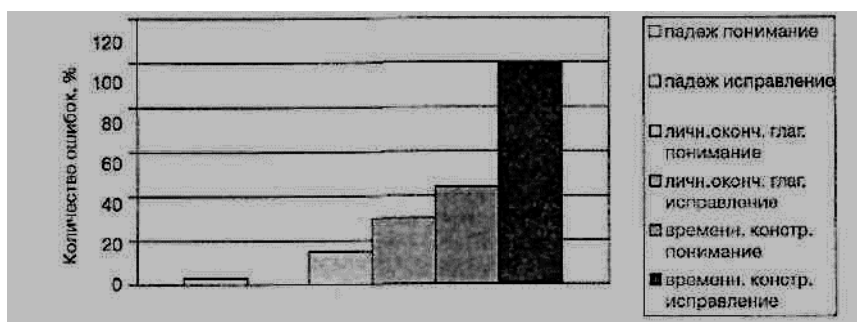
ворок и чистоговорок выявляются смешения, наблюдавшиеся год назад при назывании. Иначе говоря, в спонтанной речи смешения звуков отсутствуют, а в сенсibilизированных пробах (в чистоговорках) сохраняются: Клала Клава лук на полку — «Клала клала лук на полку». 2-я попытка: «Клала клала...л 3-я попытка: «Клала лала...» 4-я попытка: «Клара клала...». Ехал Клим из Крыма в Клин — «Ехал Крим из Крина в Крым». По-видимому, в этих ошибках прослеживается двойной механизм: недифференцированность фонематических представлений парных согласных и нечеткость кинестетической дифференциации соответствующих артикулем. Иначе говоря, механизмы нарушения относятся к двум уровням: фонологическому и гностико-практическому.

Вышеописанная картина звуковых нарушений соответствует синдрому фонологической артикуляторной диспраксии.

Наблюдение за процессом овладения письмом показало, что подобных смешений в письме у данного ребенка не возникало.

Фразовая речь у мальчика — короткими, простыми по синтаксической конструкции фразами. В спонтанной речи встречаются единичные негрубые аграмматизмы. В грамматических тестах он хорошо справился с падежными конструкциями, удовлетворительно — с личными окончаниями глаголов, плохо — с временными конструкциями. При исправлении деформированных фраз последнего типа — 100% ошибок (рис. 17). Результаты Андрея А. в грамматических тестах воспроизводят картину, типичную для детей с параалалической формой ТНР: качество выполнения заданий демонстрирует параллелизм с последовательностью усвоения грамматических форм в онтогенезе. Чем позже усваивается данная грамматическая конструкция, тем хуже результаты выполнения соответствующих заданий (рис. 17).





Виды заданий

Рис. 17. Результаты выполнения грамматических тестов Андреем А.

При назывании дефицит номинативного словаря — 21%, глагольного — 8%. При исследовании словаря был выявлен дефицит существительных — 21% и глаголов — 8% (для сравнения, у Андрея П. из примера, приведенного ниже — соответственно 24% и 15%). В ответах встречались парафазии: газета — письма, сахарница — чайник, трамвай — троллейбус, акула — рыба, жираф — журавль, сковорода — кочерга, желуди — шишки.

Дефицит экспрессивного словаря у детей данной группы не имел каких-либо специфических качественных особенностей.

Подбор антонимов: существительные 50% ошибок, прилагательные — 50% ошибок, глаголы — 80% ошибок. Тест «Повторение фраз» — 21 слог, что соответствует средней возрастной норме.

Составление рассказа по серии из 4 картинок («Заяц и снеговик»): Идет заяц / видит снеговик / принес лестницу / поставил, залез /..и трогает / Значит, засветило солнышко /Снеговик начал таять / Заяц сел на лесенку и думает/ снеговик свалился / и заяц слез с лестницы.

Анализ данного текста обнаруживает проявления дефицита нескольких механизмов:

- недостаточно детализированное представление о ситуации (дефицит смыслового структурирования семантического целого);
- использование упрощенных синтаксических конструкций (негрубый дефицит поверхностного синтаксирования);

- дефицит связности текста, обусловленный как трудностями самостоятельного установления причинно-следственных связей, так и неспособностью к построению связного повествовательного текста (незрелость контекстной, монологической речи).

При оказании помощи в виде наводящих вопросов степень детализации текста повысилась, мальчик смог установить причинно-следственные связи, но недостатки построения связного текста остались прежними.

*Исследование когнитивной сферы показало следующее.*

Мальчик старательный, с высокой мотивацией достижения. При затруднениях начинает комментировать свои действия, рассуждать вслух (эгоцентрическая речь). Эмоционально-волевая сфера соответствует картине церебрастенического варианта психического инфантилизма. Не уверен в себе. Робок. Эмоционально лабильный. Общая осведомленность низкая. Обобщающими понятиями владеет слабо. Самостоятельный подбор обобщающих понятий: деревья (+), цветы (+), посуда (-), одежда (-), мебель (-); понимание обобщающих понятий (подбор объектов, относящихся к названному экспериментатором обобщающему слову: посуда (+), мебель (-), одежда (+), обувь (+), овощи (+), фрукты (+). При повторном исследовании через 5 месяцев справился с заданием «Сравнение понятий»: мяч-арбуз (+), кукла-девочка (+), дерево-бревно (-).

При выполнении конструктивных заданий не смог сложить картинку из 4 кубиков.

Исследование интеллектуальной сферы по методике Raven (возраст 7 лет 6 мес):

Серии: A B C D E

Баллы: 118 7 4 2

Результат исследования соответствует высокой норме.

Исследование интеллекта по методике WISC: ОИП — 95, ВИП — 92, НИП — 99. В целом результаты соответствуют уровню нижней границы

возрастной нормы, а по вербальной части шкалы — пограничной интеллектуальной недостаточности. Особенности трудности мальчик испытывал в субтесте «Словарь». Временами находился в состоянии полной беспомощности при подборе определения заведомо знакомым словам: «Что такое шапка? гвоздь? мех?»



Рис. 18. Профиль структуры интеллекта по ABM-WISC Андрея А. и группы здоровых детей

Как видно из рисунка 18, слабее всего мальчик справился с такими субтестами, как «Общая осведомленность», «Арифметический», «Словарь», «Последовательные картинки», «Кодирование». Анализ профиля в целом свидетельствует о выраженной неравномерности развития разных категорий когнитивных способностей.

Ниже приводится профиль структуры его интеллекта по данным отдельных субтестов в сравнении с другим ребенком, Андреем П., 6 лет 3 мес, страдающим моторной алалией, ОИП которого 94 (рис. 19). Как видно из рисунка, профили структуры интеллекта у этих детей существенно различаются. Андрей А. (параалалическая ТНР) показал более низкие результаты в субтестах «Арифметический» (№ 3), «Последовательные картинки» (№ 8) и «Составление фигур из кубиков» (№ 9), и более высокие — в субтестах «Словарь» (№ 5), «Повторение цифр» (№ 6), «Складывание объектов» (№ 10) и «Лабиринты» (№ 12).

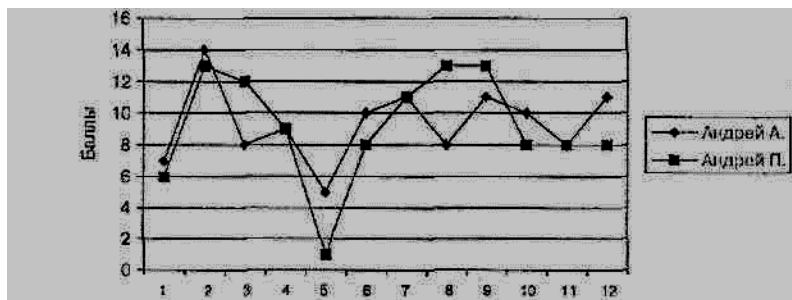


Рис. 19. Результаты выполнения ABM-WISC Андреем А. (ПТНР) и Андреем П. (мот. алалия)

Диагноз: задержка психического развития. Психический инфантилизм, це-ребрастеническая форма. Тотальное недоразвитие речи, параалалическая форма, синдром артикуляторной диспраксии, дисфонологический вариант, смешанная форма лексико-грамматического недоразвития.

Для того чтобы оценить степень связи оценок в грамматических тестах и уровня интеллектуального развития, нами была подсчитана корреляция между показателями выполнения грамматических заданий и оценками в отдельных субтестах шкалы Векслера, полученными теми же детьми.

Обнаружен ряд корреляций грамматических тестов с вербальными субтестами, что было до определенной степени ожидаемо. С невербальными же субтестами коррелировали только задания на понимание и оценку падежных конструкций, и только в группе с ПТНР (рис. 20).

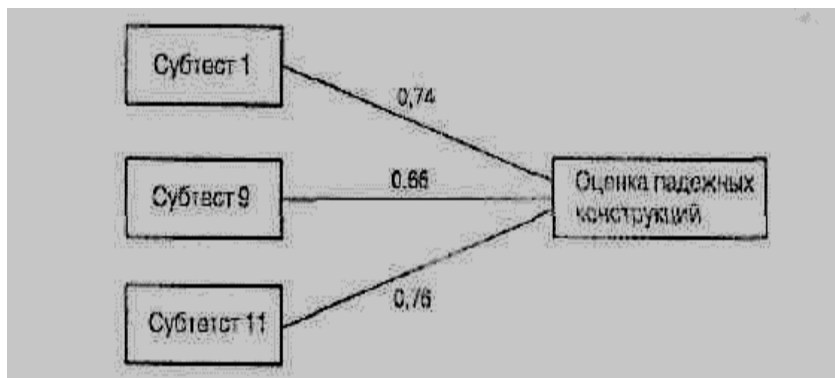


Рис. 20. Корреляционные связи субтестов WISC и теста «Оценка падежных конструкций» в группе детей с параалалическим ТНР

Это подтверждает наличие связи между пониманием грамматических конструкций, оценкой их нормативности и уровнем интеллектуальной зрелости. С этим выводом согласуются и данные других авторов (Martin J., 1981, Bates E., Thai D., Marchman V., 1991), обнаружившими связь невербальных интеллектуальных показателей преимущественно с параметрами импрессивной речи.

Анализ качественных особенностей нарушения лексико-грамматической сферы позволил у всех детей с ПТНР констатировать наличие синдрома морфологического дисграмматизма разной степени выраженности. Аграмматизмы у этих детей обычно носили негрубый характер. Например, в падежных конструкциях дети правильно учитывали падежную принадлежность флексии, но ошибались в выборе нужного ее варианта с учетом склонения.

#### *Примеры*

Костя Е., 7 лет: «Арбузов срывают из ветки и кушают».

Саша Я., 6 лет 11 мес: «Аесть на дееву» (Залезть на дерево).

Как видно на приведенных выше рисунках 15, 16 и 17, в наибольшей степени эти дети затрудняются в употреблении временных конструкций, которые усваиваются в онтогенезе в числе последних.

Синтаксическое структурирование фраз у детей с ПТНР чаще всего грубо не страдало. Большинство из них использовали упрощенные синтаксические конструкции. Сложносочиненные предложения использовались, а сложноподчиненные — редко. При этом, однако, длина фраз отставала от нормы, но значительно превышала соответствующие показатели у детей с моторной алалией. Это подтверждают и результаты выполнения теста «Повторение фраз» (лишь 25% из таких детей не достигли нормы 4 лет, что у детей с моторной алалией встречалось в 72% случаев).

Приведенные выше материалы позволяют сделать вывод, что в генезе лингвопатологических симптомов и синдромов у детей с параадалическим ТНР участвует по меньшей мере 2 механизма: артикуляционная диспраксия (в ряде

случаев — дизартрия или ринолалия) и дефицит когнитивных способностей. С первым связаны нарушения звуковой стороны речи. Со вторым — лексико-грамматическое недоразвитие.

Для того чтобы лучше понять механизмы формирования клинической картины у детей с ПТНР, необходимо принять вышеприведенную точку зрения на законы развития основных языковых средств и соответствующих функциональных систем мозга. В частности, имеется в виду известная автономность формирования этих функциональных систем. Такой взгляд не противоречит принципу системности в развитии языка и речи, сформулированному еще Р. Е. Левиной. Системность, то есть взаимодействие и взаимовлияние языковых средств, уровней языка, когнитивных систем в рамках большой системы, обеспечивающей регуляцию речевой деятельности, в широком смысле слова, безусловно, является реальностью. Тем не менее это не исключает специфики и определенной независимости в формировании подсистем. Таким образом, созревание разных подсистем может по разным причинам и в разной степени нарушаться. При этом в зависимости оттого, какое количество подсистем функционируют неэффективно и в какой степени, эффективность работы всей системы будет существенно разной. При этом тяжесть дисфункции всей системы может быть сопоставима с тем, что наблюдается в случаях так называемого «системного недоразвития», моторной алалии, например, когда первично нарушена ключевая функция — языковое программирование высказывания. Наше исследование параалалической формы ТНР показало, что его механизм носит сложный, неоднородный характер. Общая картина недоразвития речи является суммой двух или трех качественно разных дисфункций, обусловленных разными причинами. Такие случаи правомерно именовать микстными, то есть имеющими смешанную природу и механизмы.

В качестве примера альтернативного подхода к диагностике таких микст-ных форм НР можно привести исследование Н. В. Серебряковой (1987), объектом которого были дети с так называемой «стертой дизартрией,

осложненной элементами общего недоразвития речи» (в терминологии автора). Не останавливаясь здесь на грамотности использования выражения «элементы общего недоразвития речи», хотим подчеркнуть: данный пример — один из тех, когда налицо явления тотального недоразвития речи, но нет признаков алалии. В нашей интерпретации здесь имеет место сочетание синдрома артикуляционной диспраксии с лексико-грамматическим недоразвитием. Какова же природа последнего? Данные, приведенные автором, позволяют ответить на этот вопрос, хотя автор, по-видимому, не ставил такой цели. В экспериментальной части исследования детям предлагалось объяснить значение двух групп слов: обобщающих понятий и существительных, обозначающих конкретные предметы. В первой группе слов дети экспериментальной группы достоверно чаще, чем их здоровые сверстники, давали описательные, ситуативные или функциональные характеристики слов и значительно реже — категориальные, понятийные объяснения. Во второй группе слов достоверных межгрупповых различий не было. Приведенные данные позволяют заключить, что дети экспериментальной группы отставали от сверстников в зрелости категориального мышления и метаязыковых способностей. По-видимому, именно это и послужило причиной отставания в созревании лексико-грамматических способностей, что автор именовал «элементами ОНР». Некорректность же термина «элементы общего недоразвития речи» заключается в том, что термин ОНР правомерно использовать при наличии всех обязательных диагностических признаков. Если часть из них отсутствует, это состояние уже не может быть так названо.

Приведенная характеристика параалалической формы ТНР выглядит несколько общо и как бы не имеет своего достаточно четко очерченного «клинического лица». Такое впечатление складывается неслучайно. По существу, это сборная группа. Требуется дальнейшее ее изучение для выделения отдельных подтипов. Схематически это представлено в главе 8 на рис. 33. Однако на данном этапе нам представляется оправданным введение такого диагностического термина, необходимого для отграничения этих форм ТНР от алалии. В таблице

8 сведены их дифференциально-диагностические признаки. Обоснование необходимости такого отграничения приводится в главе 8, где обсуждаются нейропсихологические механизмы и синдромологическая структура разных форм ТНР.

**Таблица 8**

Дифференциально-диагностические характеристики параалалической и алалической форм НР

<b>Моторная алалия</b>	<b>Параалалическая форма ТНР</b>
фонология	
Резко выраженная ассоциация между изолированным произнесением звуков(близко к возвратной норме) и произнесением тех же звуков в потоке речи(многочисленные замены)	Нет существенной разницы между качеством произнесения звуков изолированно и в потоке речи
Высокая контекстуальная зависимость(имеется в виду звуковой контекст) качества произнесения звуков	Низкая контекстуальная зависимость или ее отсутствие
После 3-4 лет(до 6-7 лет)значительное количество нерегулярных, нестабильных замен. Заменяемые и заменяющие звуки часто меняют свои роли: звук- заменитель легко может стать заменяемым и наоборот	Отсутствие нерегулярных замен. Преобладают искажения и/ или замены звуков, близких по слухо-произносительным характеристикам. Характер замен достаточно стабилен
Тяжелые, стойкие нарушения слоговой структуры	Нерезко выраженные нарушения слоговой структуры или их отсутствие
лексика	
До 3-4 лет резко выражается бедность	Нерезко выраженная бедность



активного словаря. Преобладание лепетных слов	активного словаря. Активный словарь состоит из редуцированных по звуконаполнению слов, их фрагментов или просодических контуров.
До 4 лет резкое преобладание дефицита глагольного словаря	Дефицит словаря примерно пропорционален представленности разных частей речи в речи детей дошкольного возраста
Выраженная диссоциация между активным и пассивным словарем (последний, относительно сохранен)	диссоциация между объемом активного и пассивного словаря немного превышает норму.
морфология	
С момента появления двух – трехсловных фраз (после 3,5-4 лет и до 6-7 лет) наряду с другими аграмматизмами значительное количество межпадежных замен	Аграмматизмы представлены внутрипадежными заменами, ошибками согласования в роде, числе и др. Практически почти не встречаются межпадежные замены (у детей старше 3 лет)
синтаксис	
Тяжелая и стойкая неполноценность линейного развертывания фраз (т.н. «поверхностного синтаксирования»). Резко выраженная редуцированность синтаксической структуры даже простого предложения: пропуск как служебных, так и знаменательных слов	Нерезко выраженное запаздывание в освоении основных синтаксических конструкций. Преобладает простое нераспространенное предложение (до 6-7 лет). Опускаются служебные слова, слова с перцептивно бедной или абстрактной семантикой
Скованность, неавтоматизированность процесса порождения высказывания.	

Как следствие значительное снижение речевой активности	Процесс порождения высказываний страдает негрубо. Речевая активность может быть даже высокой. Связная речь бедная, неразвернутая
интеллект	
В неосложненных случаях (15-20% всех случаев) невербальный интеллект соответствует норме. По некоторым невербальным тестам( например, тест Кооса) может быть превышение нормы	В большинстве случаев – незрелость наглядно – образного мышления и некоторое снижение невербального интеллекта (иногда неравномерное и мозаичное, а иногда – равномерное)
Соотношение мальчиков и девочек	
6,2:1 (в неосложненных случаях – 26:1)	4,3:1

## **Динамика психоречевых расстройств у детей с недоразвитием речи**

### **7.1. МОДЕЛИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СУБЪЕКТА И СРЕДЫ ПРИ ДИЗОНТОГЕНЕЗЕ**

В главах 4 и 6 были представлены типичные, обобщенные описания симптомов, синдромов, отдельных клинических форм недоразвития речи, так сказать, в статике. Однако в реальности мы встречаем самые разнообразные вариации этих проявлений дизонтогенеза у детей в разные возрастные периоды. Наблюдая одного и того же ребенка с определенной формой речевой патологии, мы видим постоянные изменения симптоматики, происходящие в ходе развития.

Вопросы динамики пограничных нервно-психических расстройств, возникших в детском возрасте, изучены весьма неравномерно. Лучше всего исследованы в этом отношении неврозы, неврозоподобные состояния, психопатии и патохарактерологические развития (Ушаков Г. К., 1978, Личко А. Е., 1983, Гурьева В. А., Гиндикин В. Я., 1980, Буянов М. И., 1986).. Значительно меньше данных о динамике состояний психического недоразвития и задержек психического развития (Фрейеров О. Е., 1964, Крыжановская И. Л., 1978, Лупандин В. М., 1978, Лычагина Л. И., 1987, Коробейников И. А., 2002). Проблема возрастной эволюции лингвопатологической симптоматики освещена крайне недостаточно. Имеются лишь единичные работы катamnестического характера (Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Давидович Л. Р., 1975) и одна работа лонгитюдного типа (Корнев А. Н., 1995).

Нами было предпринято лонгитудинальное исследование 470 детей с недоразвитием речи. Дети наблюдались на протяжении 3—5 лет. Это позволило

накопить факты, касающиеся динамики речевых и психических нарушений на протяжении дошкольного и младшего школьного возраста. Они свидетельствуют о том, что динамическая картина психического развития детей с дизонто-генезом оказывается значительно сложнее той схемы, которая представлена в патопсихологической литературе (Лебединский В. В., 1985). Традиционно основное содержание понятия «дизонтогенез» представляется как совокупность явлений дефицитарности определенных церебральных систем и функционально связанных с этим психологических недостатков (то есть проявления когнитивной и/или эмоциональной, личностной незрелости), эффектов вторичного недоразвития и компенсаторных перестроек в организации некоторых психических процессов. Генетически такое представление связано с психиатрическим подходом к патогенезу психических аномалий. Было бы неверно утверждать, что социальные факторы в этой парадигме не рассматривались совсем. Соотношению биологического и социального в патогенезе психических заболеваний у детей посвящен ряд публикаций (Ковалев В. В., 1981, 1986, Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф., 1985, Тайхман Х., Хайдер Б., Мейер-Пробст Б., Камман Г., 1985). Социальным факторам отводится достаточно значимое место. Тем не менее при обсуждении вопросов взаимодействия «среды» и «почвы» больной рассматривается скорее как носитель дезадаптивных качеств, оказавшийся в благоприятных или неблагоприятных социальных условиях. Последние обсуждаются на достаточно абстрактном уровне. Содержательная сторона жизни индивида остается за кадром. Проблема проживания и переживания ребенком с аномалией развития конкретных социально-психологических ситуаций не затрагивается совсем.

В психопатологической литературе подобный подход описывается в рамках так называемой медицинской модели (Rutter M., 1979, Garmezy N., 1989). При этом все основные закономерности дизонтогенеза выводятся из биологических особенностей организма или наследственности. Подобная модель, как справедливо утверждает М. Lewis (1990), применима лишь к тяжелым психи-

ческим заболеваниям (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз), в основе которых лежат нарушения на биохимическом уровне. Аналогичного мнения придерживается и И. А. Коробейников (2002).

Другую крайность представляет собой «средовая модель» (environmental model), которая на Западе базировалась на исследованиях В. Skinner (1953), а у нас в стране — на теории условных рефлексов И. П. Павлова. Основным в данной модели является гипертрофированное представление о влиянии среды как главной детерминанты, формирующей личность. При этом недооцениваются природные задатки, конституциональные особенности личности, которые при одних и тех же средовых влияниях приводят к разному результату у разных детей. В советской возрастной психологии достаточно долго переоценивался «социальный фактор». Тем не менее еще в 30-е гг. в работах Л. С. Выготского была заложена основа содержательного анализа переживаний аномального ребенка в конкретных кризисных ситуациях, влияющих на формирование его личности и вырабатываемые им формы защитного поведения (Выготский Л. С, 1983). Однако социальная ситуация рассматривалась при этом как неизменная и неизменяемая (так называемая «презумпция правоты социума»).

**«Интеракционная модель»** и ее вариант — «трансформационная модель» рассматривают процесс формирования личности как результат взаимодействия организма и среды (Lewis M., 1972, Sameroff A., 1975). В процессе взаимодействия изменяются как индивид, так и среда. В каждой следующей точке кривой онтогенеза изменившийся индивид взаимодействует с изменившейся средой. Это приводит к дальнейшим изменениям. Такой подход делает онтогенез трудно прогнозируемым процессом. Точнее, прогноз может быть лишь вероятностным, что, по-видимому, недалеко от истины. В качестве примера можно рассмотреть процесс взаимодействия гиперактивного ребенка и его микро-социума, то есть семьи. Как реакция на шумного, беспокоящего ребенка (в случае неспособности к его эмоциональному принятию) в некоторых семьях формируется репрессивный, третирующий ребенка тип отношения к нему. В ответ у ребенка может выработаться протестный тип поведения, который, в

свою очередь, еще более усиливает репрессивные тенденции родителей. В результате высока вероятность формирования у такого ребенка психопатоподобного поведения. Если не принимать в расчет вышеописанных интеракций и трансформаций, то основные патогенетические механизмы будут связываться с резидуально-органическим поражением головного мозга или генетическими задатками, то есть трактовка будет соответствовать «медицинской» модели, что представляется несколько односторонним взглядом на проблему.

Еще одна модель, названная «**моделью благополучного соответствия**» (goodness-of-fit model), формально примыкает к интеракционистской, но, по сути, имеет много отличий принципиального характера. Она была предложена А. Thomas, S. Chess (1977), позднее получила развитие в работах J. Lerner(1984). Согласно концепции, представленной в этой модели, дезадаптация возникает как следствие несовпадения особенностей психики ребенка, способностей, интересов, манеры его поведения установкам, принятым в конкретном социуме. В связи с этим данная модель может быть названа «релятивистской». Она близка позициям адептов так называемой «антипсихиатрии».

## **7.2. КОНЦЕПЦИИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА ПРИ НЕДОРАЗВИТИИ РЕЧИ**

Как уже отмечалось выше, своеобразие психического развития детей с недоразвитием речи имеет сложный механизм и «многослойную» структуру. Патогенез в таких случаях имеет мультифакторный характер. Одновременно несколько разных патогенетических механизмов ответственны за то, по какому пути пойдет развитие ребенка с проявлениями дизонтогенеза. Только на основе такой мультифакторной, многоуровневой модели можно понять и объяснить многочисленные факты, свидетельствующие о высокой частоте психопатологических расстройств среди детей с недоразвитием речи (Davison F. M. & Howlin P., 1997; Group for the Advancement of Psychiatry, 1999).

Для объяснения вышеуказанных сочетаний психических и речевых расстройств в литературе выдвигается несколько гипотез. Согласно одной из них, психические нарушения возникают как следствие неполноценности языковых и коммуникативных функций, создающих у ребенка повышенную фрустрационную уязвимость и сниженную адаптивность (Слинько О. А., 1992, Balta-хе С. А., Simmons J. Q., 1988). Существует достаточно большое число клинических наблюдений, подтверждающих эту гипотезу. Известно, что у многих детей с недоразвитием речи наблюдается логофобия в той или иной степени выраженности, то есть невротическая реакция на трудности в речевой коммуникации. Эта гипотеза правомерна по отношению к поздно возникшим психическим расстройствам, манифестирующим в старшем дошкольном, школьном и подростковом возрасте. Однако известно, что в некоторых случаях они обнаруживаются (по данным анамнеза) еще до первых проявлений речевого недоразвития.

Есть другая гипотеза, из которой следует, что речевые и психопатологические феномены независимы друг от друга в каузальном смысле или имеют общую причину — органическое поражение головного мозга (Beitchman J. H., 1985, Baker L., Cantwell D. P., 1987). Для такого предположения тоже имеется достаточно оснований. Весьма часто в клинической картине детей с недоразвитием речи выявляется полиморфная психоорганическая симптоматика: церебральная астения, осложненные формы психического инфантилизма, гипердинамический синдром, эмоциональная лабильность, неврозоподобные синдромы (подробнее см. главу 4). Психический дизонтогенез, возникающий на резидуально-органической основе, имеет ряд специфических черт: явления асинхронии в развитии, неравномерность структуры «дефекта», своеобразные проявления детского варианта психоорганического синдрома (Мнухин С. С., 1968, Ковалев В. В., 1985, 1995, Gollnitz G., 1962). При раннем органическом поражении головного мозга разные его отделы обычно страдают в разной степени, а некоторые совсем не затронуты. В связи с этим одной из характерных черт, присущих психическому дизонтогенезу, является асинхрония развития

(Ушаков Г. К., Гёльнитц Г., Эггерс Г., 1974, Лебединский В. В., 1985). Ее сущность заключается в нарушении согласованности взаимоотношений между развивающимися психическими функциями. Одни из них развиваются в нормальном темпе, а другие — с задержкой. Нарушается гармония этих взаимоотношений, предусмотренная в норме генетической программой развития. Широкий спектр разнообразия проявлений дисгармонии у разных детей является одной из причин полиморфизма симптоматики. Таким образом, у детей с резидуально-органическим поражением головного мозга сочетаются «эффекты очага» (то есть локальные нарушения ВПФ) и общемозговые психоорганические психопатологические симптомы и синдромы, являющиеся реакцией на повреждение и последующие репарационные процессы (Gollnitz G., 1962, 1974).

В каждом из возрастных периодов характер дисгармонии может существенно меняться и тем самым приводить к трансформации психопатологических и лингвопатологических синдромов. Кроме того, возрастная эволюция психопатологической симптоматики связана и с изменением так называемого «регистра реагирования». В. В. Ковалев (1985) выделяет 4 основных возрастных уровня преимущественного нервно-психического реагирования на те или иные экзогенные вредности: а) соматовегетативный (0-3 года), б) психомоторный (4-7 лет), в) аффективный (5-10 лет) и г) эмоционально-идеаторный (11-17 лет). В данной схеме совмещены представления о регистрах реагирования и о периодизации развития, что связывает психологические и физиологические закономерности развития ребенка. На ее основе можно объяснить и изменения доминирующей психопатологической симптоматики у одних и тех же детей в разные возрастные периоды.

Третья гипотеза представляет собой **«транзакционную модель»** возникновения психических расстройств у детей с недоразвитием речи (Sameroff A., 1987, A. Sameroff & M.J. Chandler, 1975). Авторы рассматривают ребенка в контексте интеракций, возникающих у него с окружающим миром. Отклонения в развитии вносят определенную дисгармонию в его взаимоотношения с родными и сверстниками. Это, в свою очередь, может быть причиной невротизации ро-



дителей, гипо- или гиперопеки, провоцирует реакции отвержения со стороны сверстников и т. п. В результате вокруг ребенка создается психотравмирующая ситуация, которая может вызывать или спровоцировать у него психические расстройства. Анализируя вышеуказанные гипотезы, В. Prizant с соавторами замечают, что в каждой из гипотез присутствует некая односторонность. В реальности многое зависит от конкретных клинических, возрастных и социальных особенностей случая (характер речевого расстройства, возраст, темперамент ребенка, особенности семейной ситуации и др.) (Prizant V. et al., 1990).

Таким образом, резюмируя вышеприведенные материалы и теории, можно заключить, что совокупность проявлений дизонтогенеза, наблюдаемых у детей с недоразвитием речи, определяется одновременно несколькими патогенетическими механизмами. Ниже приводятся некоторые из них.

**а) Биологические детерминанты**, то есть характер и структура повреждения мозга. Диффузное повреждение головного мозга является неблагоприятным обстоятельством, так как снижает когнитивные, энергетические ресурсы и адаптивные возможности ребенка, становится причиной возникновения определенных патологических форм аффективного реагирования (аффективной неустойчивости, дистимии), приводит к церебрастении. Довольно часто это сопровождается явлениями гиперактивности, нарушениями внимания. Уже одних этих перечисленных обстоятельств достаточно для возникновения состояния дезадаптации (Мнухин С. С., 1968, Ковалев В. В., 1985, 1995, Gollnitz G., 1962). В сочетании с нарушениями речевой коммуникации это нередко приводит к формированию невротических и неврозоподобных расстройств, патологических форм поведения, патохарактерологического развития, и даже психопатоподобных состояний.

Очаговые поражения головного мозга по-разному влияют на особенности формирующегося коммуникативного, эмоционального и когнитивного поведения в зависимости от локализации очага. Большое значение имеет полушарная локализация повреждения. Рядом исследователей были получены данные, свидетельствующие о том, что правополушарный дефицит приводит к

снижению семантически-прагматической компетенции, социальной интуиции (An-g net M., 1973, Semrud-Clikeman M., Hynd C. W., 1990). При преимущественном поражении левого полушария в большей мере страдает вербальное научение, а интуитивно-практическое остается сохранным. На особенности когнитивного развития влияет характер церебральных компенсаторных перестроек. Перенос центров из поврежденного левого полушария в правое нередко приводит к перегрузке правополушарных структур, то есть к crowding-эффекту. Вследствие этого, например, у детей с поражением речевых центров левого полушария могут возникнуть вторичные нарушения пространственного мышления (Carlsson G., Uvebrant P. et al., 1994).

б) **Генетические детерминанты**, возможно, определяют не только аномальное формирование когнитивной и языковой систем, но и конкретные психопатологические синдромы, затрагивающие личностную (в узком, клиническом смысле слова) сферу. Например, своеобразную форму психического инфантилизма. По нашим наблюдениям, это наблюдается у подавляющего большинства детей с моторной алалией, проявляясь в виде благодушия, беспечности, иногда несколько повышенного фона настроения. Поскольку почти в половине случаев у них встречались родственники с речевой патологией, есть основания полагать, что подобный психический инфантилизм возникает в случаях генетически детерминированного НР. Следовательно, он у этих детей тоже может быть генетически детерминирован, что согласуется с данными литературы (Глезерман Т. Б., Портнов В. А., 1978, Лебединская К. С., 1980, 1982, Маринчева Г. С., Глезерман Т. Б., 1986).

в) **Средовые факторы**. Дефицит общения и недостаточная успешность владения прагматикой общения (то есть коммуникативная депривация и фрустрация), приводящие к дисгармонии формирования личности и когнитивной сферы. Неполюценность речевого общения создает трудности в социальных интеракциях, в создании так называемого «социального дискурса» (Val-lance D. D., Cummings R. L., Humphries T., 1998). Переживания детей с недоразвитием речи в чем-то сравнимы с чувствами человека, оказавшего за

рубежом, но плохо знающим иностранный язык. Кроме того, у таких детей складывается неполноценная система вербальной репрезентации сложившихся представлений о мире, играющая весьма важную роль как в личностном формировании, так и в развитии познавательной сферы (Nelson K., 1996).

г) **Психологические рефлексивные переживания** ребенком собственной неадаптированности, ущербности. В психологической и психиатрической литературе, посвященной детям с проявлениями когнитивной, эмоционально-волевой незрелости, как правило, недооценивается их способность достаточно глубоко переживать собственную неприспособленность. На них переносятся давно сложившиеся (и изрядно устаревшие) представления о неспособности к глубокому переживанию умственно отсталых детей. Консультируя детей с недоразвитием речи, трудностями в обучении, мы много раз убеждались в том, что внешняя беспечность, благодушие довольно часто оказываются компенсаторными, защитными реакциями. Они в чем-то схожи с известными психогенными реакциями по типу пуэрилизма, которые могут наблюдаться у вполне интеллектуально сохраненных взрослых и детей. В основе лежат формы психологической защиты по типу подавления и вытеснения (Никольская И. М., Грановская Р. М., 2000). Достаточно рано у детей с ТНР становится заметной высокая фрустрационная уязвимость (Слинько О. А., 1992, Baltha С. А., Simmons J. Q., 1988). Это выражается в логофобии, негативистических реакциях на тестирующие вопросы типа: «Скажи...», «Как это называется?», «Составь рассказ по картинке» и т. п. Не умея правильно произнести слово, ребенок предпочитает промолчать и не ответить на вопрос. В школе это усугубляется нарушениями чтения и письма (Корнев А. Н., 1997).

д) **Требования, предъявляемые социумом** к тем способностям, которые формируются у ребенка неблагополучно. Особенностью патологии речевого развития является тот факт, что неполноценными оказываются те виды способностей, которые высоко востребованы в обществе, существенно влияют на социальный статус. Коммуникативная компетентность имеет большое

значение как в неформальных, так и формальных социальных взаимодействиях. Особенно большое место занимает вербальная коммуникация в системе школьного обучения. Положение ребенка даже с легкими проявлениями языковой недостаточности в системе школьного обучения заставляет его идти на разнообразные уловки и хитрости, чтобы скрыть недостаточное понимание синтаксически и терминологически сложных монологов учителя. Порой он длительное время скрывает свое непонимание предмета, а это становится причиной растущей педагогической запущенности, и трудности нарастают как снежный ком. Дети с языковой недостаточностью плохо усваивают высокоабстрактные, категориальные понятия, а ими изобилует современная школьная программа.

**е) Реакция микро- и макросоциума** на проявления речевой и когнитивной недостаточности у ребенка. В рамках описанной выше «интерактивной модели» значимость этих реакций для ребенка с НР представляется особенно важной. К сожалению, не всегда уровень толерантности как родителей, так и педагогов к недостаткам ребенка оказывается достаточно невысоким. В реакциях взрослых дети чаще сталкиваются с поучениями или критикой своей несостоятельности, чем с деликатной психологической поддержкой. Чем больше такого негативного опыта в анамнезе у ребенка, тем сильнее обычно выражена логофобия. Попав в общеобразовательную школу, такой ребенок сталкивается с жесткой оценочной системой, где приоритетны как раз наиболее слабые у него категории способностей. В результате типичные для детей с НР недостатки делают их социально маркированными, что усугубляет состояние школьной и социальной дезадаптации.

### 7.3. СИСТЕМНО-ДИНАМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

Лонгитюдные наблюдения подтвердили известные представления о дизонтогенезе как о явлении сложносоставном, многокомпонентном, динамически меняющемся на протяжении детства (Выготский Л. С, 1983). Клиническая картина, психологические характеристики на протяжении периода наблюдения менялись, как количественно, так и качественно.

В онтогенезе детей с недоразвитием речи можно наблюдать четыре ряда процессов:

- психическое развитие;
- вторичное недоразвитие высших психических функций, генетически связанных с первично нарушенными;
- компенсаторные перестройки (то есть компенсацию);
- явления декомпенсации (временные или стойкие).

Это согласуется с классическими описаниями общих закономерностей психического дизонтогенеза, сделанными Л. С. Выготским (1983).

Ход психического развития у детей с НР принципиально ничем не отличается от свойственного здоровым детям. Несмотря на наличие признаков дизонтогенеза, общие закономерности, логика психического и речевого развития, последовательность этапов развития у детей наблюдавшейся нами экспериментальной группы были теми же, что и в норме. Однако при рассмотрении в системном аспекте отчетливо проявились черты дисгармоничности, асинхронии в развитии. Неравномерность когнитивного и речевого развития была характерной чертой, присущей всем детям с недоразвитием речи. Эта дисгармония прослеживалась на протяжении всего периода детства. В разные возрастные периоды это по-разному определяло своеобразие психического облика детей.

В дошкольном возрасте дети с НР обычно производят более благополучное общее впечатление, чем это есть на самом деле. Это происходит оттого, что общий рисунок поведения у них в связи с личностной незрелостью походит на

то, что свойственно детям двумя годами младше. Они чрезмерно непосредственны, несколько гипертимны, шаловливы и временами дурашливы. Все это в дошкольном возрасте обычно не воспринимается как существенный недостаток. Как было описано в главе 4, у части из них отмечается физический инфантилизм, что как бы гармонирует с чертами психической незрелости. Невербальное мышление — наиболее сильная их сторона, и это создает впечатление интеллектуальной нормы. Все это, несмотря на коммуникативно-речевые проблемы, способствует неплохой социальности таких детей. По контрасту с выраженными речевыми нарушениями вся остальная психическая сфера часто диагностируется как норма. Такая ошибочная диагностика отклонений в психическом развитии происходит довольно часто, что отразилось даже на определенных научных позициях, которые обсуждались в главах 1 и 4. Мы имеем в виду концепцию «первично сохранного интеллекта» у детей с ТНР. На самом деле уже в этот период детства углубленная психологическая диагностика выявляет у значительной части из них недостаточную сформированность ряда когнитивных функций, незрелость ориентировочной фазы деятельности, слабость контроля промежуточных результатов, что подробно описано в главах 4 и 8.

В школьном возрасте те же явления дисгармонии приводят к иному результату. В этот период становятся востребованными как раз те качества и способности детей с НР, которые составляют наиболее слабое звено в структуре их психической организации. Складываются два ряда эффектов, приводящих к низкой социальной адаптации и к дезадаптации.

*Первый ряд связан с объективными проявлениями когнитивной недостаточности. Как отмечалось выше, дефицитарность некоторых церебральных систем проявляется с отставленным во времени эффектом: в тот период, когда они начинают играть ключевую роль в регуляции психических актов. У наблюдавшихся нами детей это были системы, относящиеся к церебральному «блоку планирования и контроля». В наибольшей степени это затрагивало способность к произвольной самоорганизации, произвольной*

организации интеллектуально-мнестической деятельности. Со значительным опозданием происходило у многих из них формирование категориального мышления. Это проявлялось даже в тех заданиях, которые не требовали использования вербализованных обобщающих понятий.

*Второй ряд* эффектов связан с изменением в школьном возрасте формы и содержания социальных интеракций ребенка. В наибольшей степени это относится к учебному процессу и социальному статусу ребенка в школьной системе. Как известно, в школьный период жизни ребенку особенно важно чувствовать себя успешным, социально компетентным (Эриксон Э., 1996). В этот период жизни социальная среда предъявляет значительно более высокие требования к коммуникативно-речевым способностям. От этого существенно зависит рейтинг ребенка в школьном микросоциуме. У детей с НР он обычно невысок, а в ряде случаев — крайне низок.

Явления вторичного недоразвития высших психических функций (ВПФ) как научная проблема на теоретическом уровне обсуждаются с момента их описания Л. С. Выготским. Практически во всех исследованиях, посвященных детям с отклонениями в развитии, эта тема затрагивается. Не составляют исключения и дети с недоразвитием речи (Левина Р. Е., 1951, 1968, Белова-Давид Р. А., 1969, 1972, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Гуровец Г. В., 1974, Гуровец Г. В., 1975, Давидович Л. Р., 1975, 1980, Переслени Л. И., Фотекова Т. А., 1993, Фотекова Т. А., 1994, Власенко И. Т., 1990). В рамках проблемы вторичного недоразвития ВПФ обсуждаются два ряда феноменов: *межсистемные* и *внутрисистемные*. Как пример межсистемных негативных феноменов часто приводится влияние недоразвития речи на формирование интеллектуальных способностей. Или наоборот — влияние интеллектуальной недостаточности на развитие речи. Предполагаемые внутрисистемные негативные влияния рассматриваются как причина вторичного недоразвития определенных речевых функций вследствие первичного недоразвития других. Например, несформированность фонематического восприятия у детей нередко возникает как следствие влияния стойких дефектов звукопроизношения и

дефектных артикуляторно-кинестетических' образов на сенсорное звено речевого анализатора (Бельтюков В. И., 1977).

В большинстве цитированных выше исследований, посвященных взаимоотношению речи и интеллекта, отсутствует экспериментальная база, необходимая для обоснования вторичности или первичности обнаруженных симптомов интеллектуальной недостаточности. Вторичность негрубых недостатков категориального, вербально-логического мышления обосновывается аксиоматически, то есть *a priori*, на основании известных теорий Л. С. Выготского и Ж. Пиаже о взаимоотношения мышления и речи в онтогенезе. Наши исследования показали, что вышеописанное допущение далеко не всегда верно. В главе 8 будет приведен материал, свидетельствующий о мозаичности интеллектуальных недостатков. Нередко сохранными оказываются те интеллектуальные способности, которые теоретически считаются связанными с развитием речи и, казалось бы, должны страдать при НР.

В такой же мере преувеличена достоверность логических построений, «обосновывающих» вторичность (внутрисистемную) происхождения ряда недостатков в сфере языка и речи. Подобная аргументация обычно апеллирует к теоретическому «принципу системности» Р. Е. Левиной, лежащему, согласно ее концепции, в основе онтогенеза языка и речи. В ее понимании языковые средства в онтогенезе функционально взаимосвязаны друг с другом так же, как уровни языка иерархически связаны в рамках системы языка. Иначе говоря, при этом смешиваются понятия «функциональной системы» и «категориальной системы» или «семиотической системы», что неправомерно. Более подробно данный вопрос обсуждается в главе 8. Наши экспериментальные данные значительно чаще демонстрируют диссоциацию между нарушениями в разных звеньях ФСЯР, что скорее ассоциируется с первичной автономностью их недоразвития. Среди достоверно вторичных по происхождению лингвопатологических феноменов с большой долей уверенности можно назвать нарушение формирования метаязыковых способностей, редукцию синтаксической структуры высказываний и текстов, дефицит категориальной лексики. Но даже и в



этих случаях механизм недоразвития носит обычно сложный характер. Определенную роль в формировании указанных симптомов может играть когнитивная недостаточность (сопутствующая), имеющая первичный генез.

**Компенсаторные перестройки** у детей с НР выражаются в качественном усложнении, в новообразованиях в той или иной сфере психики, которые переводят их на онтогенетически более высокую ступень развития, приближая к норме. Компенсаторные перестройки затрагивают разные сферы: речевую, когнитивную, эмоционально-волевою, поведенческую и др. Однако степень выраженности этих перестроек может очень различаться в каждой из перечисленных сфер, что нередко формирует своеобразную дисгармонию даже у детей, в целом адаптированных. Например, по нашим наблюдениям, черты эмоционально-волевой незрелости сохраняются и тогда, когда полностью компенсировался речевой дефект. Это же может относиться и когнитивным функциям.

Логичен вопрос: «В чем же заключается различие между феноменологией естественного, но отклоняющегося развития от того, что мы называем явлениями компенсации?» В обоих случаях мы наблюдаем движение вперед, расширение определенных функциональных возможностей, рост способностей. Однако в первом случае степень отличия по ряду психических и речевых показателей развития ребенка от нормы данного возраста не уменьшается, а часто даже увеличивается. Последнее происходит в связи с постепенным падением «цены возраста», то есть закономерным снижением темпов психического развития. Например, ребенок 4 лет, страдающий тотальным недоразвитием речи, отстает от здоровых сверстников на 1,5—2 года. Тот же ребенок (если он не получил коррекционной помощи) в семилетнем возрасте отстает от сверстников уже на 3—3,5 года. В 10 лет по показателям связной речи, синтаксическим характеристикам, звукопроизношению (при тех же условиях) отставание может достигать 4—5 лет. Если мы вычтем из биологического возраста во всех трех примерах величину отставания в развитии речи, выраженную в годах, то получим «возраст речевого развития» в трех точках онтогенеза. Этим точкам будет соответствовать возраст 2—2,5 года, 3,5—4 года и 5—6 лет. Таким образом, дви-

жение вперед, развитие происходит, а разрыв по сравнению с нормой увеличивается. При наличии же процессов компенсации этот разрыв будет постепенно сокращаться, приближая ребенка к показателям нормы данного возраста. Таким образом, истинным показателем эффективности коррекционной работы ( $D_k$ ) является общее продвижение ребенка в развитии ( $D_0$ ) минус спонтанное развитие ( $D_c$ ), которое обычно происходит у детей данного возраста за соответствующий отрезок времени и без коррекционной помощи. Это может быть представлено в виде соответствующей формулы:  $D_k = D_0 - D_c$

Декомпенсация у детей с НР проявляется в виде полиморфного, качественно разнообразного комплекса симптомов и синдромов. Их можно условно объединить в несколько групп. Ниже приведены наиболее часто встречающиеся.

- Снижение когнитивных ресурсов, умственной продуктивности.
- Дефицит операционального обеспечения процессов порождения и декодирования высказываний и снижение эффективности этих процессов.
- Нарастание склонности к аффективному типу реагирования, усиление эмоциональной лабильности и аффективной неустойчивости.
- Невротические реакции на трудности.
- Неврозоподобные состояния.
- Патохарактерологические реакции: оппозиции (протеста), реакции компенсации и гиперкомпенсации (Ковалев В. В., 1995).

Первые два пункта по существу являются описанием общего характера изменений когнитивной и речевой деятельности. Внешне это выглядит как своеобразный регресс в интеллектуальных способностях, обучаемости, коммуникативно-речевых навыках. В наибольшей степени страдает организация интеллектуально-мнестической деятельности. В связи с дефицитом когнитивных ресурсов ребенок не может в полной мере использовать свой интеллектуальный потенциал. Происходит деавтоматизация, казалось бы, упроченных навыков. В речи усиливаются затруднения в построении развернутых высказываний, текстов. Речь становится в большей степени ситуативной, фразы —

редуцированными. В ряде случаев отчетливо заметны затруднения в поиске нужных слов при построении высказывания, учащаются парафазии.

Динамические аспекты изменения состояния детей с НР на протяжении онтогенеза были охарактеризованы выше с качественной, содержательной стороны. Однако это может быть оценено и с точки зрения особенностей самой динамики, то есть направленности происходящих изменений (прогресса/регресса), их непрерывности, наличия обратимых или необратимых перемен в направленности изменений (временная или постоянная смена прогресса регрессом). Подобная характеристика используется в медицине как показатель «типа течения» болезненного процесса. Она применима и как показатель особенностей развертывания во времени процесса онтогенеза у детей с отклонениями в развитии (Ушаков Г. К., 1974, 1978, Ковалев В. В., 1985, Буянов М. И., 1986).

Собственные наблюдения позволяют свести особенности динамики процесса психического развития у детей с НР к нескольким типологическим вариантам:

- регрессиентному с полной компенсацией;
- диссоциированному регрессиентному;
- регрессиентному с неполной компенсацией;
- регрессиентному, перемежающемуся «обострениями» и псевдопрогрессиентному (Корнев А. Н., 1995).

Мы намеренно не приводим процентное распределение разных типов динамики, так как этот показатель носит достаточно случайный характер. По нашим наблюдениям, он зависит от состава экспериментальной группы, критериев ее комплектования, учреждения, в котором подбирались дети, и других обстоятельств.

В наиболее благополучных случаях в процессе коррекционной работы происходит постепенная компенсация речевых недостатков: сначала ребенок обычно осваивает правильное произнесение звука изолированно, затем в потоке

речи с определенным непостоянством и, наконец, после того, как навык автоматизировался, звук стабильно воспроизводится во всех ситуациях. Компенсация дисграмматизма выражается в постепенном исчезновении аграмматизмов в речи ребенка, росте словаря производных слов, более широком использовании сложноподчиненных синтаксических конструкций, с окончаниями косвенных падежей. Вначале ребенок осваивает это в ситуациях произвольного контроля, в учебной обстановке, а затем и в спонтанной повседневной речи. Все это непосредственно влияет на формирование связной речи. Высказывания становятся более развернутыми.

Параллельно происходит выравнивание явлений психической незрелости и выход в состояние практически полной адаптированности, равноценное практическому здоровью. Подобный вариант регрессионной динамики с полной компенсацией наблюдается у детей с парциальными формами ПНР по типу простой функциональной дислалии, у части детей с артикуляционной диспраксией, у части детей с неосложненной рано прооперированной ринолалией. В единичных случаях мы наблюдали подобную динамику у детей с тотальным НР, синдромом моторной алалии (2 наблюдения). В полной мере этот вариант компенсации (в 10-15% случаев) реализовывается к 6-7 годам, а у остальных детей — к 9—10 годам. У большинства таких детей в клинической картине из психопатологических синдромов преобладает простой неосложненный инфантилизм. Предикторами подобного типа динамики являются: парциальность речевых расстройств, гармоничность психического и интеллектуального развития, своевременность начала коррекционной работы (в 3—5 лет), благополучная микросоциальная и психологическая обстановка в семье с позитивной установкой родителей и ребенка по отношению к коррекционной работе.

При этих условиях определенные трудности в речевой коммуникации переносятся детьми относительно легко. Практически во всех подобных ситуациях отсутствуют невротические реакции на речевые трудности. У таких детей

отмечается высокая социабельность, ровные отношения как со сверстниками, так и с взрослыми.

Диссоциированный регрессионный вариант динамики наблюдается преимущественно у детей со сложными формами патологии, речевое нарушение у которых представляет собой комплекс нескольких разных по механизмам и патогенезу лингвопатологических синдромов. В качестве примера можно привести все варианты параалалической формы тотального недоразвития речи, моторную алалию, осложненную дизартрией, и др. При подобных неоднородных состояниях темпы компенсации разных синдромов могут различаться. Кроме их нейropsychологической специфики и различия в степени тяжести диссоциация бывает связана и с тем, какую коррекционную тактику избрал логопед. Имеет значение пропорция распределения усилий логопеда и смежных специалистов на разных коррекционных направлениях.

Характерной чертой динамики этого типа является расслоение симптомокомплекса, когда некоторые синдромы частично или полностью компенсируются, а другие выходят на первый план. Например, так называемое «общее недоразвитие речи» на определенном этапе коррекционной работы трансформируется в парциальный синдром лексико-грамматического недоразвития или в синдром артикуляционной диспраксии. Подобные наблюдения приводятся в литературе (Фотекова Т. А., 1999). Именно такие диссоциированные типы регрессионной динамики наглядно свидетельствуют о неоднородности клинической картины и патогенеза большинства случаев, именуемых «общим недоразвитием речи». Согласно традициям педагогической классификации, подобные проявления обозначают как «остаточные явления общего недоразвития речи», «нерезко выраженное общее недоразвитие речи» (НОНР) или еще менее удачным образом — «элементы общего недоразвития речи». Логичнее и правильнее в таких случаях просто менять логопатологический диагноз «тотальное недоразвитие речи, параалалическая форма», на «парциальное недоразвитие речи, дисграмматизм» или «парциальное недоразвитие речи, артикуляционная диспраксия».

Диссоциированный регресс лингвопатологической и психопатологической симптоматики нередко позволяет уточнить диагностику интеллектуального развития. В дошкольном возрасте массивные речевые и языковые нарушения как бы маскируют, заслоняют интеллектуальную недостаточность. Нередко специалисты склонны объяснять затруднения детей при выполнении тестов, оценивающих интеллект, неполноценностью речевой коммуникации. По мере компенсации речевых нарушений отчетливее выступает истинная картина интеллектуальной недостаточности или становится ясно, что ее действительно нет.

Регрессионный вариант динамики с неполной компенсацией наиболее распространен у детей с НР. Среди наших испытуемых это наблюдалось примерно у половины детей. Постепенное редуцирование речевой и психопатологической симптоматики является составной частью процессов выравнивания психоречевого дизонтогенеза. Периодически, равномерно поступательный процесс компенсации сменяется скачкообразным. Наиболее ярко это проявляется в отношении речевых нарушений и происходит преимущественно в дошкольном возрасте. За полгода-год ребенок иногда демонстрирует сдвиги, которые до этого не происходили и за 2 года. У нас имеются отдельные наблюдения, когда ребенок, молчавший (практически безречевой) до 3 лет, внезапно совершал скачок в речевом развитии и за полгода овладевал развернутой фразовой речью. Особенность этого варианта динамики заключается в том, что в коррекционной работе с такими детьми не удается добиться полной компенсации речевых и психических нарушений. Речевые функции, навыки коммуникации удается сформировать лишь до социально приемлемого уровня. В большинстве подобных случаев речевая активность остается несколько ограниченной, высказывания — упрощенными по грамматической конструкции. Остаточные явления НР проявляются также в виде резидуальных нарушений звукопроизношения (особенно часто это наблюдается при дизартрии), среди которых наиболее стойки нарушения слоговой структуры слов. Сохраняющаяся синтаксическая недостаточность дает о себе знать в неполных, недостаточно

развернутых высказываниях и текстах. Неполюценной у многих остается коммуникативно-речевая деятельность, что выражается в дефиците контекстной, монологической речи, преобладании ситуативной речи. У большинства детей этой категории сохраняются явления интеллектуальной недостаточности преимущественно в сфере вербально-логического мышления, возрастает диссоциация между обыденно-практическими и теоретическими знаниями и навыками в пользу первых. У многих из таких детей довольно долго сохраняется психический инфантилизм. По нашим наблюдениям, примерно к 9,5-10 годам данный исход вполне определялся, и в дальнейшем клиническая картина менялась мало. В целом же сохранившиеся недостатки не создавали детям существенных затруднений в бытовом общении, достигалась полная социальная адаптация. Подобный вариант динамики свойственен тотальным формам НР, но наблюдается и в части случаев парциальных форм НР

В среднем школьном возрасте многие из детей с подобной динамикой речевых расстройств в речевом поведении мало отличаются от детей с задержкой психического развития. Иначе говоря, речевой статус приходит в соответствие с психическим статусом, возраст речевого развития — с умственным возрастом. Как правило, к моменту поступления в школу у детей сохраняется неполноценность метаязыковых операций и незрелость ряда предпосылок интеллекта, значимых для овладения чтением и письмом: успешивных способностей, вербализации образных представлений, изобразительных навыков, автоматизации речевых рядов, оперативного образования зрительно-зрительных и зрительно-моторных ассоциаций. В тех случаях, когда у ребенка имеется сочетание нескольких из перечисленных нарушений, создаются предпосылки для развития дислексии и дисграфии (Корнев А. Н., 1995).

Для определения предикторов возникновения дислексии при данном типе динамики ТНР нами была составлена батарея тестов, позволяющих оценить вышеперечисленные функции. В нее вошли следующие задания: «Рядоговорение», «Воспроизведение звуковых ритмов», тест на динамический праксис «Кулак—ребро—ладонь», «Повторение цифр», «Срисовывание геометрических фи-

гур», рисунок «Дом, дерево, человек», дифференциация понятий «право—лево», составление устного рассказа по картинкам. С помощью этих тестов были обследованы 50 детей 7—8 лет с первичным недоразвитием речи, начинавшие обучение в речевой школе. Через 1 год у всех этих детей по стандартной методике были исследованы чтение и навыки устного счета. После этого была вычислена корреляция между результатом каждого из тестов и оценкой навыков чтения и устного счета (Корнев А. Н., 1995, 2004). Наиболее надежный прогноз обеспечивает сочетание таких тестов, как «Рядоговорение», «Повторение цифр», дифференциация понятий «право—лево» и «Составление рассказа по картинкам».

Исход зависел от большого числа привходящих факторов: возраста начала коррекционной работы, выраженности психоорганической симптоматики, состояния интеллектуального развития, микросоциальных факторов в семье и школе (реакции взрослых на трудности ребенка), своевременности и полноценности медикаментозного лечения, типа недоразвития речи. Примерно в половине случаев остаточные явления ТНР ограничивались вышеописанной резидуальной симптоматикой. У остальных детей с началом обучения в школе развивалась дислексия и/или дисграфия, сохранявшиеся на протяжении нескольких лет, а иногда и в зрелом возрасте. У таких детей формировалось состояние школьной и социальной дезадаптации. По нашим наблюдениям, наиболее стойкой среди нарушений письменной речи оказалась дислексия.

39 детей с дислексией наблюдались нами в течение нескольких лет: от 1 года до 4 лет. У большинства из них (72%) нарушения чтения оказались стойкими. Более полно компенсировались нарушения письма и счета. Сопоставив результаты экспериментально-психологического исследования с данными катамнеза, мы определили критерии, на которых можно построить прогноз компенсации нарушений письменной речи и, прежде всего, дислексии. Наиболее надежен прогноз, построенный на результатах выполнения трех субтестов методики АВМ-WISC: «Недостающие детали» (№ 7), «Составление фигур из кубиков» (№ 9) и «Кодирование» (№ 11). Если в любых двух из них оценка оказывается ниже пороговой (в № 7 и № 11 ниже 8 баллов и в № 9 ниже 11 баллов), то



прогноз с уверенностью можно расценивать как неблагоприятный. Апробация данных критериев на группе из 39 детей с дислексией показала, что прогноз оправдывается в 73% случаев (Корнев А. Н., 1995).

Регрессионный вариант динамики, перемежающийся обострениями, встречался у 21 % детей экспериментальной группы. Здесь до определенного момента динамика носила отчетливо регрессионный характер. Иногда компенсация речевых нарушений достигала весьма значительной степени или была почти полной. Этого нельзя было сказать про психопатологическую симптоматику. Тем не менее и она постепенно регрессировала. Наиболее стойким был, по нашим наблюдениям, синдром осложненного психического инфантилизма. Однако в определенные периоды детства психопатологическая симптоматика претерпевала количественные и качественные колебания в сторону ухудшения, которые можно было рассматривать как декомпенсации. Мы наблюдали как возрастные, так и сезонные колебания. Особенно отчетливый характер они приобретали у детей с выраженной психоорганической симптоматикой. Сезонные декомпенсации обычно не достигали значительной степени тяжести, были кратковременны и в части случаев без дополнительной помощи редуцировались при снижении учебной нагрузки. В 1 -м классе подобные явления наблюдались в начале учебного года и выглядели как патологически протекающий адаптационный период при поступлении в школу. При создании щадящей атмосферы в классе эти явления могли сглаживаться до минимума. Трудности адаптации при поступлении в школу таких детей усугубляются еще тем обстоятельством, что у многих из них уровень психической зрелости отстает от «паспортного возраста». Характеристики эмоционально-волевой и мотивационной сфер больше соответствует дошкольному возрасту. Таким образом, полная психологическая готовность к поступлению в школу у них наступает через 1 —2 года после поступления в нее. Соответственно стиль, методы обучения, наиболее адекватные для них, ближе по форме к методам дошкольной педагогики. В школе этим часто пренебрегают. В подобных ситуациях адаптация к школьной жизни проходит

болезненно и нередко приводит к дезадаптации. Продолжительность периодов декомпенсации, по нашим наблюдениям, достигала от нескольких месяцев до полугода. Во 2-м и последующих классах декомпенсация наблюдалась в конце учебного года.

Значительно более выраженный характер носили возрастные декомпенсации, которые происходили чаще всего в период одного из так называемых возрастных кризов. Существуют разнообразные периодизации психического развития детей (Ушаков Г. К., 1973, Vallon H., 1967, Piaget J., 1967). Границы между ними соответствуют решающим качественным перестройкам в церебральной организации и психической деятельности, что может сопровождаться состояниями неустойчивости церебральных систем и приводить к повышенному риску возникновения нервно-психических нарушений (Выготский Л. С., 1984, Ушаков Г. К., 1973). Нам удалось определить, в какие возрастные периоды декомпенсация происходила наиболее часто. За 5 лет лонгитюдного наблюдения нами был зарегистрирован 101 случай впервые установленных декомпенсаций. Из них у 21% это произошло в возрасте 7—8 лет, у 50% — в 9,5—11,5 лет и у 18% — в 13 лет и старше. Таким образом, наиболее неблагоприятным для обсуждаемой группы детей являлся возраст 9,5—11,5 лет. Экстенсивные показатели, то есть частота декомпенсации в данной возрастной когорте детей с ПНР, были следующими: в 9,5—11,5 лет — у 27% детей, в 7—8 лет — у 17% детей, в 13 лет и старше — у 14% детей. Частота декомпенсации в первом из перечисленных возрастных периодов (9,5—11,5 лет) была достоверно более высокой, чем в остальных двух ( $P < 0,05$  и  $0,01$  соответственно). Наши данные о критическом периоде 9,5 лет— 11,5 лет, относительно малоизученном в детской психиатрии, согласуются с данными М. К. Ковалевой (1990), полученными при изучении возрастных аспектов генезиса биоэлектрической активности мозга. В ее исследованиях обнаружилось, что возраст 10—11 лет — критический для формирования биоэлектрического поля мозга по показателям частоты альфа-ритма. По клинической картине

психопатологические проявления декомпенсации можно было отнести к одной из 4 групп:

- 1) синдромы с преобладанием церебрастенической симптоматики;
- 2) неврозоподобные синдромы;
- 3) синдромы нарушенного поведения и
- 4) психотические расстройства.

Характер психопатологической симптоматики, преобладавшей в картине декомпенсации, зависел от целого ряда как эндогенных, так и экзогенных факторов: степени выраженности психоорганической симптоматики, фрустрационной уязвимости ребенка, возраста, психологических реакций учителей и родителей на проявления дезадаптации у ребенка, давности существования декомпенсации.

К *первой группе* мы отнесли детей, у которых декомпенсация выражалась в значительном утяжелении церебральной астении, резком снижении умственной работоспособности, значительном ухудшении внимания и памяти, что нередко сопровождалось головными болями на фоне утомления. При этом обычно снижалась успеваемость, и до определенной степени ухудшалось качество речевой продукции, если до этого компенсация нарушений устной речи была неполной. Нередко ухудшалось качество звукопроизношения, речь становилась смазанной, нечеткой. У многих на этом фоне усиливались явления гипердинамии, которые в неблагоприятных случаях перерастали в синдром психомоторной расторможенности. По данным психопатологического анализа, причин нарастания гипердинамии было несколько. У одних детей усиление гипердинамических явлений происходило синхронно с нарастанием астенизации. В других случаях патогенез этих проявлений декомпенсации был сложным. Нарастание неуспешности усиливало явления фрустрации. Ее выраженность существенно зависела от личностных особенностей и позиции учителя. Недооценка объективных трудностей ребенка и переоценка его личной вины всегда усиливали фрустрированность. Результатом обычно становилось нарастание тревожности, которая усиливает двигательное беспокойство.

В письме увеличивалось число ошибок, значительно ухудшался почерк. По нашим наблюдениям, ухудшение почерка было самым ранним симптомом декомпенсации. В разные дни, в зависимости от общего психического состояния, почерк то резко ухудшался до степени полной нечитабельности, то улучшался. У некоторых детей появлялись ошибки по типу зеркального письма. При неблагоприятном стечении обстоятельств (отсутствие помощи со стороны родителей и учителей, репрессивная тактика в связи со школьной неуспеваемостью) указанные явления приводили к школьной дезадаптации и утяжелению психопатологической картины.

Ко *второй группе* были отнесены случаи, когда на фоне углубившейся церебрастении появлялись или значительно усиливались невротические или неврозоподобные расстройства. Особенно рано неврозоподобные расстройства I возникали при декомпенсации у тех детей, которые страдали ими в прошлом. Это касается таких синдромов, как заикание, ночной энурез, диссомнии (сомнамбулизм, ночные страхи). При этом у многих детей отмечался рост тревожности, снижение самооценки, нарастала эмоциональная лабильность. Особенно выраженными подобными явлениями были у детей, склонных к тормозным, интрапунитивным реакциям, что согласуется с данными литературы (Skulova M., 1978, Thomson M., Hartley C, 1980). Развитие невротической симптоматики можно объяснить сочетанием нескольких причин. Практически у всех детей к моменту манифестации невротических расстройств, по нашим наблюдениям, имелся сложившийся преневротический комплекс, или, как его иначе называют, «преневротический радикал» (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977). Стойкое снижение успеваемости на фоне сохранения прежней учебной нагрузки и уровня требований создает для ребенка психотравмирующую ситуацию. Хронический неуспех порождает состояние фрустрации и возникновение психогенных, невротических расстройств. По нашим наблюдениям, психотравмирующие переживания детей были больше обусловлены негативным отношением взрослых, чем объективными свидетельствами снижения уровня достижений.

Психотравмирующая ситуация часто усугублялась неадекватной реакцией взрослых (родителей и учителей), расценивающих снижение успеваемости как следствие лени и прибегающих в связи с этим к дисциплинарным мерам воздействия. Невротические расстройства, в свою очередь, еще более усиливали дезадаптацию, трудности в усвоении учебного материала. Таким образом, создавался порочный круг.

Иногда наблюдались симптомы «фобии чтения» (при наличии у ребенка дислексии) или «школьной фобии». В других случаях — невротический энкопрез, невротические расстройства сна с трудностью засыпания, частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями.

*Третья группа* случаев характеризовалась преобладанием в клинической картине поведенческих и патохарактерологических реакций. Декомпенсация манифестировала у этих детей утяжеления церебрастении, падения умственной продуктивности, снижения успеваемости. Однако довольно быстро состояние дезадаптации осложнялось аффективной неустойчивостью, протестными поведенческими реакциями, агрессивным поведением. Часто это создавало конфликтную ситуацию во взаимоотношениях учителя и ученика. Если учитель (или родители) реагировал на это репрессивными мерами воздействия, нарушения поведения нарастали и становились привычными, демонстрируя тенденцию к генерализации и стереотипизации. В других случаях преобладали реакции «ухода»: появлялись прогулы, побеги из школы-интерната, в ряде случаев отмечались эпизоды бродяжничества. У некоторых детей при этом возникали или усиливались расстройства влечения типа пиромании, клептомании.

В 3 случаях мы наблюдали эпизоды подострых психотических состояний, по клинической картине напоминавших так называемые «олигофренические психозы» (Мнухин С. С., 1968). При этом манифестация психического расстройства проявлялась в нарастании тревоги, беспокойства, страха. Затем возникали отрывочные идеи отношения и преследования: «никто не любит, хотят навредить», «ребята смеются, издеваются, собираются избить»,

«страшный мужик следит, ходит по пятам, собирается убить». Эпизодически это сопровождалось нестойкими просоночными зрительными галлюцинациями. В двух случаях отмечалась астеническая спутанность.

Длительность декомпенсации у разных детей варьировалась в широких пределах, и ее завершение могло быть тоже разным. У одних детей симптоматика, манифестировавшая во время обострения, постепенно редуцировалась, и состояние возвращалось к тому уровню компенсации, который существовал до ухудшения. В других случаях полной редукции не происходило, и в психопатологической картине следовали стойкие изменения в сторону утяжеления. Нередко с этого начиналось изменение характера динамики в направлении псевдопрогредиентного. В большинстве случаев вышеописанный вариант динамики наблюдался у детей с тотальным ПНР.

Псевдопрогредиентный вариант динамики встречался у наших испытуемых достаточно редко. Иногда его можно было заметить с самого начала наблюдения за ребенком. У таких детей речевые нарушения компенсировались достаточно медленно, но психопатологическая симптоматика постепенно эволюционировала в сторону утяжеления. В большинстве случаев это касалось явлений психического инфантилизма, психоорганической и неврозоподобной симптоматики и нарушений поведения. Чаще же имела место смена типа динамики, переход от предыдущего варианта (регрессиентный вариант, чередующийся с обострениями) к псевдопрогредиентному. При таком развитии событий психопатологическая симптоматика, манифестировавшая во время декомпенсации, не редуцировалась, а приобретала стойкий характер или продолжала эволюционировать в сторону утяжеления. Этому способствовали позднее начало логопедической коррекции, отсутствие психологической и медикаментозной помощи на начальном этапе развития декомпенсации, профессионально неграмотная тактика педагога, неблагоприятные условия в семье.

Наиболее часто встречавшиеся варианты последовательной смены психопатологических синдромов были следующими:

- церебрастенический синдром — синдром аффективной неустойчивости — психопатоподобный синдром;
- синдром психического инфантилизма — патохарактерологическое развитие личности — краевая психопатия;
- церебрастения — неврозоподобный синдром — неврозоподобное развитие личности (по М. И. Буянову, 1986).
- Наши наблюдения позволяют утверждать, что существует определенная типологическая закономерность смены лингвопатологических синдромов:
- фонетическое недоразвитие — фонематическое недоразвитие — несформированность навыков правописания;
- лексико-грамматическое недоразвитие — несформированность диалогической речи — несформированность речевой коммуникативной деятельности;
- недоразвитие речи — коммуникативная фрустрация — логофобия — редукция речевой коммуникации — патохарактерологическое формирование личности.

В целом динамика речевых нарушений происходила в соответствии с общими закономерностями развития речи в онтогенезе. При всем разнообразии конкретных проявлений компенсации можно выделить некоторые типологические системные ее закономерности. Как указывалось выше, основные компоненты функциональной системы речи и их механизмы обладают определенной автономией, проявляющейся как в процессе развития, так и случае дизонтогенеза (Goodglass H., 1983). При наблюдении в динамике за процессом устранения признаков недоразвития речи иногда особенно отчетливо прослеживалось наличие или отсутствие взаимосвязи между несколькими лингвопатологическими симптомами и синдромами. В первом случае симптомы патологии речевого развития устранялись синхронно, одновременно. Такой тип компенсации правомерно было бы назвать синхронным вариантом

регрессивной динамики речевых расстройств. Обычно мы наблюдали это при темповой задержке развития речи: задержке фонологического развития или задержке лексико-грамматического развития. Но в нашей группе детей значительно чаще встречался диссоциированный тип регрессивной динамики. Устранение дефектов произношения звуков (в виде замен или искажений), например, довольно часто диссоциировало с нормализацией слоговой структуры. По нашим наблюдениям, неполноценность слоговой структуры сохранялась у детей в течение нескольких лет после того, как произношение звуков становилось нормативным и достигало автоматизированности. В других случаях рост компетенции в использовании морфологических конструкций заметно диссоциировал с прогрессом в линейном синтаксировании. И наконец, очень часто компенсация лексико-грамматических нарушений диссоциировала с темпами устранения дефектов звукопроизношения. Все это убедительно свидетельствует в пользу автономности, независимости механизмов развития описанных выше подсистем ФСЯР.



# МЕХАНИЗМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ

## 8.1. КОГНИТИВНЫЕ МЕХАНИЗМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Механизмы отклонений речевого развития у детей остаются весьма слабоизученной проблемой. Понимание этих вопросов находится в тесной взаимосвязи с изученностью процессов развития языка и речи в норме, их детерминант и механизмов. По существу, материал патологии речевого развития является пробным камнем для проверки на валидность существующих моделей освоения языка и развития речи.

С системной точки зрения гипотезы о психологических механизмах речевого дизонтогенеза строятся на основе одной из двух парадигм. Одна имеет давнюю историю и традиции. Эта парадигма выражается в выделении конкретного звена, операции, группы однотипных операций, несформированность или дисфункция которых является непосредственной причиной нарушения формирования той или иной речевой функции. Ее можно было бы назвать аналитической и монокаузальной или монистической. Например, механизм ротацизма при таком подходе объясняют парезом тех мышечных пучков, которые ответственны за поднятие кончика языка вверх или ограничением подвижности языка в связи с короткой уздечкой. Смещения звуков объясняется нарушением «фонематического слуха» или «несформированностью фонематических (фонетических) представлений». Большая часть таких объяснений не имеет экспериментальной доказательной базы и носит скорее гипотетический характер. Одиночные примеры, подтверждающие гипотезу, априорно принимаются за типичные случаи. Численно среди таких гипотетических механизмов преобладают имеющие отношение к нарушениям звуковой стороны речи.

Другая парадигма является достижением последних десятилетий. Она предполагает использование системной модели коммуникативно-речевой деятельно-

сти и ее формирования. Ее можно было бы назвать системной мультикаузальной. В этом случае термин «системность» используется в духе теории функциональных систем П. К. Анохина. Согласно этой теории, «Системой можно назвать только комплекс таких избирательно вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношения принимают характер взаимодействия компонентов для получения... полезного результата» (Анохин П. К., 1978, с. 72).<sup>1</sup> Это понимание системности принципиально отличается от широко распространенной его трактовки как взаимодействия отдельных компонентов живого организма, его структурных или функциональных образований (П. К. Анохин назвал такую ситуацию «содействием»). Иное значение имеет термин «система» в лингвистике. Система языка — это комплекс иерархически организованных языковых единиц и правил их использования для построения текстов. Поэтому большинство закономерностей, свойственных функциональным системам живых организмов, на языковую систему не распространяются. Однако в логопедии часто смешиваются эти два разных понятия (Левина Р. Е., 1968, Логопедия, 1999).

П. К. Анохин выделяет «большие системы» и «субсистемы», каждая из которых решает определенный комплекс задач, подчиненных достижению конечной цели, выполняющей системообразующую функцию. С этой точки зрения речь (как и язык) не является функциональной системой, так как ее деятельность не имеет самостоятельной цели. Исключение, пожалуй, составляют лишь некоторые сценические жанры. В большинстве случаев основная цель производства речевых актов — коммуникация. Поэтому «большой системой» при таком подходе будет коммуникативно-речевая система.

В духе теории функциональных систем П. К. Анохина для правильного понимания механизмов недоразвития речи важно рассматривать не только неэффективно работающие субсистемы (и их отдельные операционально слабые звенья), но и нарушение их взаимодействия. Последнее может приобретать негативный характер — негативного взаимодействия. Тогда дефицит одной

субсистемы усиливает негативные эффекты, обусловленные функциональной слабостью другой субсистемы.

Например, незрелость артикуляторного праксиса, существующая у ребенка в изолированной форме, может явно не проявиться в онтогенезе речевого поведения. Достаточно эффективно функционирующая система слухового, фонетического контроля мобилизует его на активный поиск достижения необходимого звукового эффекта. Иногда это происходит даже посредством атипичных артикуляторных движений. При сочетании же вышеуказанного недостатка с нарушением слухового внимания, неполноценностью фонетического восприятия формирование звуковой стороны речи будет, вероятнее всего, протекать аномально. Аналогичный результат можно наблюдать не столько вследствие функциональной слабости слухоречевой субсистемы, сколько из-за общей инактивности, слабости самоконтроля, низкой мотивации в отношении достижения правильной речи (например, при интеллектуальной недостаточности у ребенка). В обоих примерах слабость обратной связи, слухового самоконтроля (то есть обратной афферентации в терминологии П. К. Анохина) усугубляет эффекты незрелости артикуляторного праксиса.

В других случаях дефицит языковой способности может привести к задержке лексико-грамматического развития, то есть легкому, временному запаздыванию в освоении некоторых сложных грамматических категорий. В сочетании же с общим снижением когнитивного ресурса (например, при задержке психического развития) этот же недостаток оказывается причиной лексико-грамматического недоразвития со стойкими грубыми аграмматизмами. Аналогичные примеры можно обнаружить в случаях приобретенной патологии у взрослых. Их приводит И. М. Тонконогий в коллективной монографии, посвященной приложению системного подхода в психиатрии. Например, при зрительной агнозии сопутствующее расстройство оперативной памяти и процесса принятия решения может значительно утяжелять агностические симптомы (Волков П. П., 1976).

Возможны и противоположные ситуации. Например, высокий интеллектуальный потенциал и когнитивный ресурс содействуют более успешной компенсации недоразвития речи, что хорошо известно практикующим логопедам.

### **8.1.1. Механизмы нарушений звуковой стороны речи**

В литературе по данному вопросу рассматриваются шесть видов механизмов, ответственных за нарушения звуковой стороны речи (Ляпидевский С. С, 1969, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985, Логопедия, 1999, Morley M., 1972, Bernthal J., Bankson N., 1988):

- 1) нарушения иннервации артикуляторных органов (то есть неврологический механизм);
- 2) несформированность артикуляционного праксиса;
- 3) сенсорные (перцептивные) нарушения;
- 4) сочетание сенсорных и моторных механизмов;
- 5) фонематические или фонологические, то есть языковые механизмы;
- 6) малые анатомические аномалии артикуляторных органов и зубочелюстного аппарата-
- 7) «функциональные нарушения»;
- 8) влияние интеллектуальной недостаточности.

1) *Нарушения иннервации артикуляторных органов* как возможный механизм нарушений звукопроизношения обсуждаются почти регулярно во всех исследованиях, посвященных этим речевым расстройствам. Однако нельзя не отметить, что «нарушение иннервации» как клиническое понятие в научной литературе трактуется очень широко и не всегда определено. Поэтому есть необходимость сразу оговорить интерпретацию этого термина в данной книге. С нашей точки зрения, это клиническое понятие правомерно использовать в случаях достаточно грубых нарушений элементарных форм нервной регуляции мышечных сокращений. Это относится к таким параметрам, как сократительные возможности (совершение движений в полном объеме), мы-

шечный тонус (включая сохранение оптимального баланса тонуса мышц-агонистов и антагонистов), способность произвольно совершать движения. Все, что относится к действиям, то есть произвольным, целенаправленным двигательным актам, на основе которых формируются двигательные навыки, следует обозначать как нарушения высших корковых функций (ВКФ). Расстройства неврологического уровня включают такие синдромы, как паралич, парез, дискинезия, гиперкинезы, атаксия и т. п. К расстройствам ВКФ относятся апраксии, диспраксии, агнозии и т. п. (Лурия А. Р., 1969, 1975, Бернштейн Н.А., 1990).

Фонационный аппарат представляет собой сложноорганизованную систему, включающую большое количество групп мышц гортани, глотки, языка, губ. Теоретически нарушение иннервации даже одной из мышц может привести к каким-то недостаткам в звуковых характеристиках акта фонации. Однако такое предположение будет ошибочным. Следует принять во внимание, что этот комплексный «орган», как и любая функциональная самоорганизующаяся система, имеет достаточную степень гибкости, мобильности, адаптивности, чтобы сохранить рабочие свойства даже при возникновении каких-то сбоев в одном из своих звеньев. Это происходит даже при приобретенных нарушениях уже завершившей свое созревание артикуляционной моторики. Тем более степень пластичности, компенсаторные резервы высоки в формирующейся в процессе онтогенеза системе артикуляторных органов (Винарская Е. Н., Пулатов А. М., 1989, Бернштейн Н. А., 1990, Bernthal J., Bankson N., 1988, Thelen E., 1991). Однако серьезных клинических исследований по данному вопросу очень мало. Большая часть из существующих работ посвящена тяжелым формам патологии у детей с детским церебральным параличом (Панченко И. И., 1975, Панченко И. И., Щербакова Л. А., 1975, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985). Нарушения звукопроизношения при этом заболевании практически всегда наблюдаются на фоне явлений пареза, паралича, экстрапирамидной дискинезии, хореоатетоза или мозжечковой атаксии. Часть из них соответствует классическим критериям дизартрии. Другие же имеют иную природу. В каче-

стве одного из вероятных механизмов называется артикуляционная диспраксия (Логопедия, 1999). Таким образом, даже при столь тяжелых неврологических дисфункциях далеко не все нарушения звуковой стороны речи объясняются «нарушениями иннервации артикуляционных органов». Последнее словосочетание неслучайно взято в кавычки. В логопедической литературе оно используется как своеобразная метафора. Во многих педагогических работах любая неврологическая симптоматика рассматривается как потенциальная причина нарушений звукопроизношения. При этом в один ряд ставятся такие неравноценные по тяжести симптомы, как асимметрия носогубных складок, девиация языка, «моторное беспокойство языка», явления пирамидной недостаточности (симптом Бабинского, хоботковый рефлекс и т. п.), быстро наступающий цианоз кончика языка, спастичность и гипертонус языка (Соботович Е. Ф., 1970, Сизова Э. Я., Макарова Э. К., 1979, Логопедия, 1999). Некоторые авторы этот ряд включают и затруднения при выполнении проб на оральный праксис (Логопедия, 1999). По существу, не выработано общепринятых критериев решения вопроса о том, какие неврологические синдромы достоверно являются причиной отклонений в формировании звуковой стороны речи, а какие носят лишь сопутствующий характер. Нелишним в этом случае будет напомнить известный принцип в теории каузальности: «post hoc — propter hoc». Дефицит необходимой информации клинического характера обусловлен тем, что явления резидуальной неврологической недостаточности у детей фактически не были объектом специального клинического исследования.

Анализ результатов неврологического обследования детей наших экспериментальных групп и данных, которые приводят другие авторы в отношении детей с разными типами патологии, свидетельствует о том, что примерно такая же неврологическая симптоматика и микросимптоматика приблизительно с такой же частотой наблюдаются как при НР, так и при «минимальной мозговой дисфункции», задержках психического развития (Тржесоглава З., 1986, Марковская И. Ф., 1993). Во всех этих клинических группах аналогичная симптоматика иногда сопровождается речевыми расстройствами, в других же слу-

чаях — нет. Следовательно, безосновательно приписывать этим проявлениям резидуальной неврологической недостаточности ведущую каузальную роль при всех нарушениях звукопроизношения. Надежным основанием для такого заключения может быть сочетание двух условий: а) наличие симптомов нарушения сократительной способности артикуляционных мышц (гипертония или атония, ограничение объема как произвольных, так и произвольных движений) и/или явления дискинезии (хореоатетоз или атаксия), и б) тотальный, неизбирательный характер искажения звуковых характеристик речи. Последнее условие требует уточнения и разъяснения.

Чаще всего неврологическую микросимптоматику имплицитно относят к проявлениям пирамидной или экстрапирамидной недостаточности. Этот уровень иннервации движений обеспечивает поддержание оптимального мышечного тонуса, сократительную способность мышц, совершение произвольных движений в полном объеме. Все это является фоновым уровнем в регуляции артикуляционных действий (уровни В и С1 по Бернштейну Н. А., 1990). Формирование же так называемой «формулы артикуляционного действия» происходит на более высоких уровнях (С2, D и E) с участием вторичных зон корковых моторных центров (нижние отделы премоторной зоны и постцентральная извилина). Именно здесь, по-видимому, создаются микропрограммы, релевантные артикулемам и моторные программы слов и словосочетаний. Следовательно, нарушения нервной регуляции уровня В и О будут недифференцированно затрагивать все моторные компоненты речи, обеспечивающие как интонационно-мелодическую окраску речи, так и произношение гласных и согласных. Нарушения этого уровня не могут избирательно затрагивать одни движения и не влиять на другие, так как в них участвуют одни и те же мышцы. Избирательность нарушения звуковых характеристик речи означает, что дисфункция при надлежит более высокому уровню иннервации, который относится к высшим психическим функциям (гнозису и праксису). Маловероятно предположения некоторых авторов (Сизова Э. Я., Макарова Э. К., 1979) о том, что у детей с резидуально-органическими поражениями головного мозга и т. н.

«стертой дизартрией» может избирательно страдать сократительная способность отдельных мышечных пучков. Это невозможно потому, что иннервация большинства артикуляционных мышц имеет двусторонний характер (то есть обеспечивается обоими полушариями) (Винарская Е. Н., Пулатов А. М., 1989). Поэтому очаговое поражение моторных центров одного полушария компенсируется за счет второго полушария. Наличие же зеркальных очагов поражения в обоих полушариях, совпадающих по локализации, весьма маловероятно и пока не доказано.

Только в тех случаях, когда в той или иной степени нарушены все звуковые характеристики сегментарного и супrasegmentарного уровня, имеются достаточные основания объяснять это неврологическими механизмами. Именно такое расстройство соответствует классическому понятию «дизартрия» (Винарская Е. Н., 1971, 1982, Винарская Е. Н., Пулатов А. М., 1989, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985, Morley M, 1972). Неврологический субстрат и клиническая симптоматика дизартрий (псевдобульбарной, подкорковой, мозжечковой) и дизартрии развития описаны в литературе весьма подробно в работах вышеперечисленных авторов.

2) *Несформированность артикуляционного праксиса.* Как известно, необходимым условием для реализации высказываний в звуковой форме является способность к произвольной тонкой, целенаправленной координации артикуляционных мышц. В процессе овладения звукопроизношением должны сформироваться и автоматизироваться моторные программы, релевантные фонологическим единицам или их сочетаниям (слогу, слову и т. д.). Далее эти программы должны приобрести топологические свойства, присущие только символическим действиям (Бернштейн Н. А., 1990). Иначе говоря, центральное место в так называемой «артикуляционной базе» речи занимает многоуровневая система артикуляционного праксиса, описанная в главе 1. На протяжении среднего периода речевого онтогенеза все три уровня артикуляционного праксиса достигают зрелости, что обеспечивает возможность образования инвариантных схем артикуляционных действий (то есть артикулем) и моторных мак-



ропрограмм, соответствующих фонетическому слову или синтагме. В случаях отклонения в речевом развитии имеет место асинхрония в созревании этой трехуровневой системы. При избирательной дисфункции или незрелости одного из уровней системы артикуляционного праксиса наблюдаются соответствующие фонетические или фонологические нарушения (Kornev A. N.. 1993, 2000).

При дисфункции уровня 1 страдает точность совершения артикуляционных действий, их пространственные характеристики (рис. 21). Имеется в виду пространство резонаторных полостей и в первую очередь— полости рта. В процессе становления артикуляционного действия (артикулемы) уровень I, по-видимому, дважды становится ведущим. Первый раз — в самом начале выработки нужного комплекса движений и их пространственной координации. Второй раз — на завершающем этапе уточнения тонких произносительных и звуковых характеристик и их автоматизации. Поэтому неполноценность этого уровня артикуляционного праксиса иногда может проявляться довольно рано. Уже первые приблизительные артикуляции нового осваиваемого звука у некоторых детей имеют ненужные призвуки, от которых ребенок долго не может избавиться. Артикуляционные и звуковые характеристики остаются переменными, нестабильными.

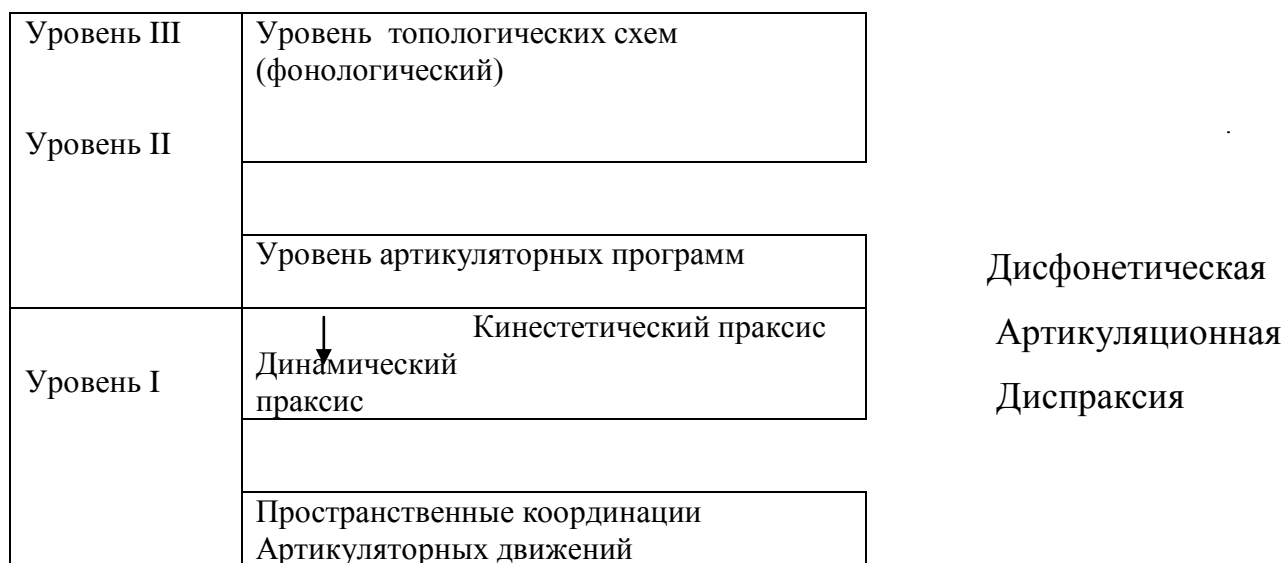


Рис. 21. Механизмы дисфонетической артикуляторной диспраксии.

В других случаях (менее грубых) неполноценность этого уровня проявляется лишь на завершающем этапе уточнения и автоматизации артикулемы. На этом этапе важную роль играют слуховой контроль и слухоартикуляторные координации. При недостаточности как кинестетических коррекций этого уровня, так и слуховых коррекций ребенок перестает замечать недостатки своего произношения. В такой ситуации происходит системное санкционирование (по П. К.Анохину) дефектной артикуляции и она автоматизируется. Уровень I становится фоновым, и спонтанное исправление дефекта делается маловероятным.

Например, при межзубном сигматизме кончик языка при произнесении С и З несколько больше необходимого продвигается вперед, занимая положение между зубами. В результате, например, звуки С и З (а иногда еще Ш и Щ) приобретают необычный призвук, напоминающий английский звук [ТН]. Иногда при произнесении тех же звуков недостаточно поднимаются края языка, которые должны быть прижаты к верхним зубам. Вследствие этого струя воздуха проходит в пространстве между щеками и языком (с одной или с двух сторон). С и З в этом случае приобретают характерный хлюпающий призвук. Эти явления были подробно изучены и описаны Э. Я. Сизовой (1978). Иначе говоря, общая конфигурация движения позволяет произнести звуки близко к нормативным, что делает их узнаваемыми, но недостаточно точными фонетически. Именно фонетическая близость полученного звука к нормативным звукам тормозит у детей поиск более точной артикуляции. Недостаток слухового внимания к собственному произношению, неполноценность слухоартикуляторной межанализаторной интеграции увеличивает стойкость подобных дефектов.

При дисфункции **II уровня** системы артикуляционного праксиса могут наблюдаться 2 ряда симптомов, в зависимости от преобладания недостаточности кинестетических или динамических компонентов этого уровня (рис. 22). При незрелости или дисфункции кинестетического артикуляционного праксиса страдает формирование координационных программ артикуляции отдельных звуков (или, что вероятнее, слогов) на основе ансамбля движений разных групп

мышц, симультанно участвующих в создании нужного звукового эффекта. На основе операций кинестетического сенсорного синтеза и обратной кинестетической афферентации формируется акцептор действия, то есть образ-схема совокупного комплекса движений разных групп мышц. Этот кинестетический образ-схема становится инвариантой, прототипом артикуляторного действия, релевантным фонеме. Поэтому нарушения координации этого уровня могут тормозить формирование и дифференцировку фонологической системы в целом. Система фонологических противопоставлений остается упрощенной, с сохранением дольше обычного ранних звуков-субститутов. В этих случаях на фонетические характеристики речи оказывают влияние по меньшей мере два ряда факторов: ограниченная способность к артикулированию сложных звуков и незрелость фонологической системы.

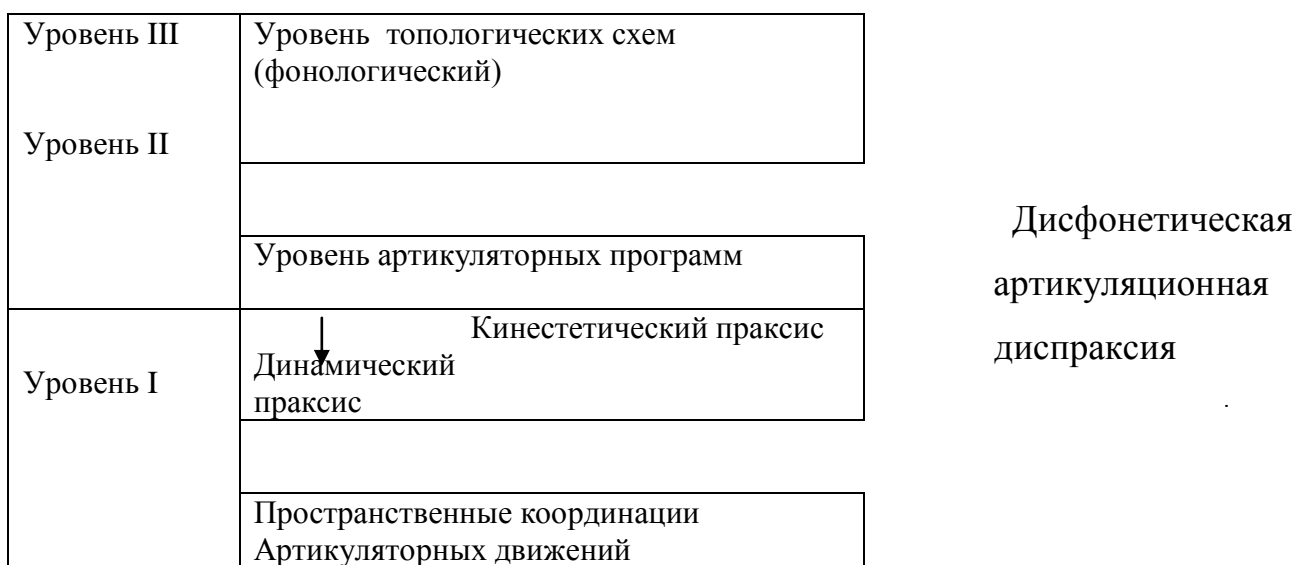


Рис. 22. Механизмы дисфонологической артикуляторной диспраксии

При незрелости динамического артикуляционного праксиса главным образом страдает слоговая структура слов (рис. 23). Дети длительное время используют упрощенные слоговые конструкции, при попытках произнесения сложных слоговых конструкций пропускают слоги, допускают их перестановки. По-видимому, в таких случаях у детей имеют место более тяжелые наруше-

ния артикуляционного праксиса и этот фактор является главенствующим в фонетических нарушениях.

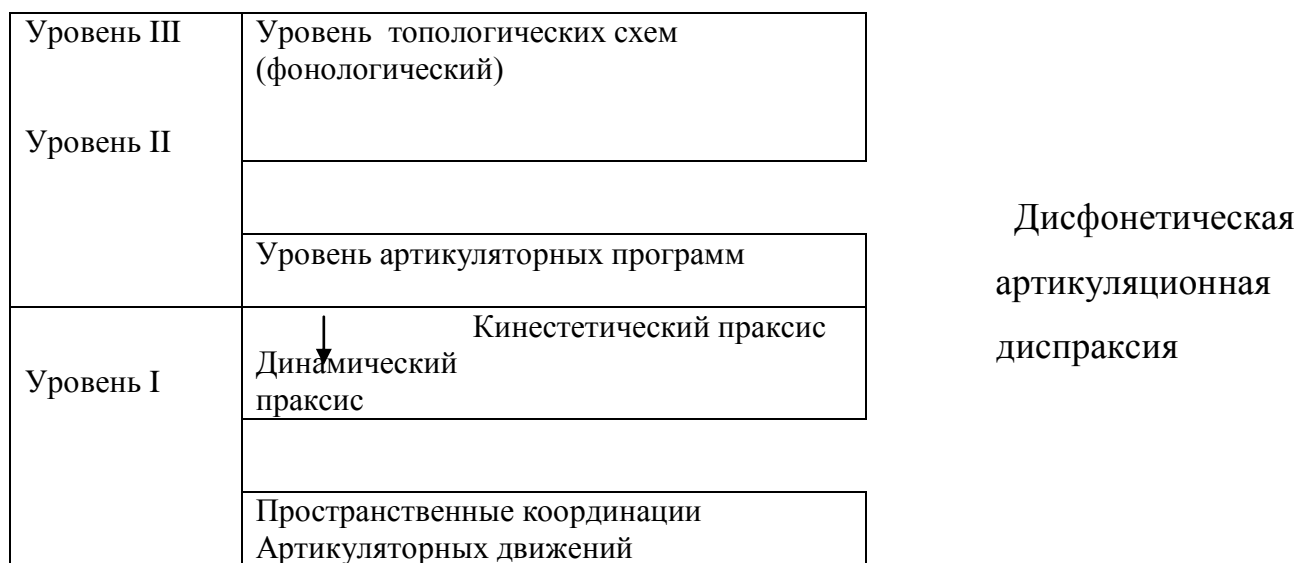


Рис. 23. Механизмы динамической артикуляторной диспраксии

По нашим наблюдениям, фонетические нарушения второго типа, наблюдающиеся при дисфонологической артикуляционной диспраксии (связанные с неполноценностью ↓ кинестетического праксиса), довольно часто встречаются в изолированной форме, без нарушений слоговой структуры. В тех случаях, когда имеются нарушения слоговой структуры, как правило, им сопутствуют и нарушения второго типа. В изолированной форме нарушения слоговой структуры встречаются крайне редко.

Для получения экспериментального подтверждения ведущей роли диспрактических механизмов при вышеописанных видах нарушений звукопроизношения нами было предпринято исследование. Под нашим руководством Н. А. Логиновской был проведен эксперимент. В нем участвовало 74 ребенка 4 лет — 4 лет 11 месяцев с нарушениями звукопроизношения и без них. Проводились следующие нейропсихологические исследования: оценивался оральный праксис, кинестетический и динамический пальцевой праксис, артикуляционный праксис с помощью пробы «Артикуляционный диадехокнез» (скорость повторения слогов па-па-па..., та-та-та..., та-та-та..., и серии слогов

патака-натака-патака-...). Результаты оценивались в баллах. Для количественной оценки степени выраженности нарушений звукопроизношения детям предлагалось повторить скороговорки и чистоговорки двух типов. Шесть из них оценивали парадигматические операции (далее — «параметр П» — выбор и произнесение звуков) и были насыщены артикуляторно сложными звуками: аффрикатами, фрикативами, сонорами. В большинстве из них систематически чередовались С-Ц, Ч-Щ, Л-Р. Например: «Стоит воз овса, возле воза — овца», «Клара у Вали играла на рояле». В четырех чистоговорках оценивались синтагматические операции (далее «параметр С» — воспроизведение ряда слогов и звуков, автоматизированность переключения в ряду). В них было немало многосложных слов со стечением согласных. Например: «Милиционер остановил велосипедиста», «Сыворотка из-под простокваши». В скороговорках первого типа количественно, в баллах оценивались ошибки в виде замен и смешений звуков (то есть параметр П). В скороговорках второго типа — пропуски и перестановки слогов и, звуков, то есть параметр С.

Все исследованные дети были разделены на 4 группы: 1) дети с показателями произношения звуков на уровне возрастной нормы («норма П») — 52 человека (27 девочек и 25 мальчиков), 2) дети без нарушений слоговой структуры («норма С») — 44 человека (25 девочек и 19 мальчиков), 3) дети с нарушениями звукопроизношения в виде замен или искажений («патология П»), 4) дети с нарушениями слоговой структуры звукопроизношения («патология С»).

На рисунке 24 видно, что, как в группе в целом, так и в подгруппах мальчиков и девочек показатели орального праксиса были хуже в группе «патологии П», то есть у тех, кто допускал больше ошибок в первой группе текстов. Различия достигали уровня достоверности (Т-тест,  $P < 0,05$ ).

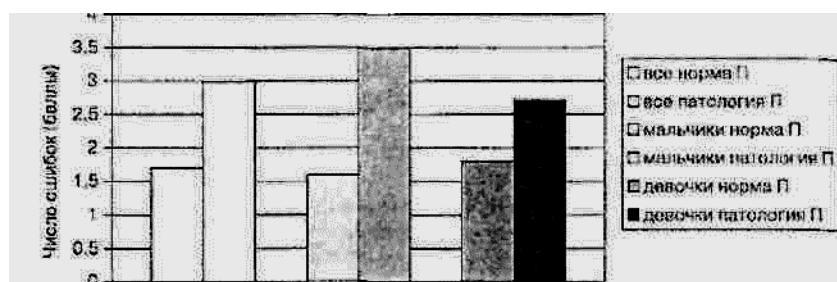


Рис. 24. Показатели орального праксиса в группах с нормой и патологией параметра «П»

У мальчиков различия в состоянии орального праксиса были выражены больше, чем у девочек. Эти же показатели в группах «нормы С» и «патологии С» достигали уровня достоверности только у мальчиков. У девочек различий практически не было. Таким образом, только среди мальчиков нарушения слоговой структуры и незрелость синтагматических операций сопровождалась незрелостью орального праксиса (рис. 25).



Рис. 25. Показатели орального праксиса в группах с нормой и патологией параметра «С»

Из 4 проб на артикуляторный праксис («артикуляторный диадохокинез» по К. Yoss, F. Darley, 1974) наиболее информативным было задание на повторение серии слогов ПА-ТА-КА. Как в группах нормы и патологии параметра П, так и в группах нормы и патологии параметра С выявились достоверные различия (рис. 26). Наиболее выраженными эти различия были в группах, различавшихся по состоянию слоговой структуры (параметр С).

Таким образом, приведенные экспериментальные данные подтверждают связь показателей произношения согласных позднего онтогенеза, дифференцированности в произношении парных согласных и слоговой структуры с состоянием артикуляторного и орального праксиса.

Данный вывод подтверждается наличием достоверной корреляции (нелинейной) между результатами выполнения теста «ПА-ТА-КА» на артикуляционный праксис и числом ошибок в обеих группах текстов:  $r = 0,90$  для мальчиков и  $r = 0,72$  для девочек. Обнаруженные различия, связанные с

полом, могут иметь разные объяснения. Одно из них — некоторое опережение в созревании мозговых структур и артикуляционных функций у девочек (Geschwind N., Galaburda A., 1985). Более высокий уровень зрелости предполагает большую степень дифференциации психических функций (Чуприкова Н. И., 1997). Иначе говоря, на более высокой ступени зрелости праксис разных функциональных уровней диссоциирует.

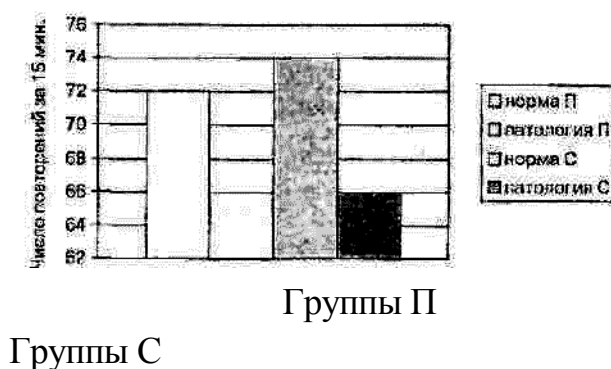


Рис. 26. Результаты выполнения теста на артикуляторный праксис в группах с нормой и патологией параметров «П» и «С»

Использовавшиеся нами методики затрагивают относительно низкие уровни артикуляционных механизмов. Оральный праксис лишь косвенно связан с артикуляционным праксисом. Поэтому можно предположить, что по мере совершенствования артикуляционных навыков операциональное обеспечение речевых актов становится более узкоспециализированной, автономной подсистемой. Ее связь с другими двигательными навыками ослабевает.

Приведенные экспериментальные данные свидетельствуют против устаревшей статической модели, в которой артикуляционные профили (типовые положения языка и губ, необходимые для достижения нормативного звукового эффекта) рассматривались как эталон нормативности акта артикуляции. Отклонения же от них — как показатели и причины патологии звукопроизношения. Значительно важнее сформированность тонких координационных механизмов и динамических паттернов, связанных с

артикуляторным праксисом, от которых зависит эффективность выработки необходимых артикуляционных навыков и их автоматизация.

Особое место среди механизмов нарушений звуковой стороны речи занимает нарушение высшего, III уровня системы артикуляционного праксиса (рис. 27). Это тот уровень двигательных координации, который управляет совершением действий, приобретших символическое значение. На этом уровне действие приобретает свойства знака. Принадлежность к этому уровню не зависит от исполнительного органа или группы мышц. Н. А. Бернштейн в качестве примеров приводит действия, выполняемые пальцами музыканта, пальцами пишущего грамотного человека и артикуляторные действия, выполняемые языком и губами. Возникновение и развитие этого уровня системы праксиса сопровождается снижением варибельности звуковой структуры слов, снижением контекстуальной зависимости в реализации артикуляторных программ, прогрессом в формировании фонологической системы. Наблюдения за развитием звуковой стороны речи в норме и патологии позволяют предположить, что на этом же уровне формируются устойчивые артикуляторные паттерны, симультанные регуляторные схемы, релевантные словам или словосочетаниям.

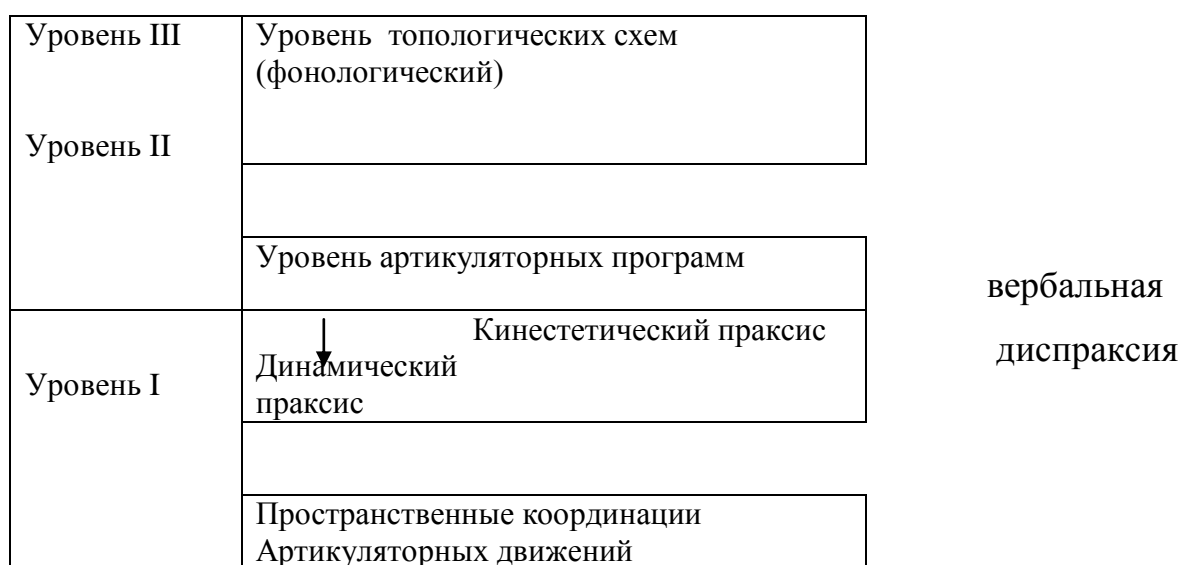


Рис. 27. Механизмы вербальной диспраксии



Несформированность этого уровня порождает симптоматику, объединяющую фонологические и фонетические нарушения, дисфункции языкового и практического уровня. Соответствующая клиническая картина в главе 4 была описана в рамках синдрома «вербальной диспраксии», встречающегося почти исключительно у детей с моторной алалией. Полиморфные, нерегулярные звуковые замены и смещения позволяют сделать вывод о нарушении избирательности фонемного выбора при фонологическом программировании слов. Наблюдающиеся при этом звуковые ошибки с одинаковой вероятностью затрагивают разные фонетические группы звуков. С другой стороны, эти феномены вербальной диспраксии практически всегда сопровождаются симптомами, свойственными артикуляторной диспраксии: обилием звуков-субститутов, не адекватных возрасту ребенка, значительными трудностями переключения с одной артикуляции на другую в сложных по слоговой структуре словах. Это, на наш взгляд, доказывает функциональную и структурную близость церебрального субстрата, стоящего за этой феноменологией. Это корковые центры кинестетического и кинетического (динамического) артикуляторного праксиса.

Как отмечалось выше, дети с вербальной диспраксией обычно не испытывают затруднений в различении и распознавании звуков как изолированно, так и в потоке речи. Иначе говоря, налицо диссоциация навыков фонологического программирования и фонологического декодирования. Это порождает вопрос: можно ли считать языковыми нарушениями, которые ограничиваются только экспрессивным уровнем речи? Если на него ответить положительно, то придется признать, что семиотическая подсистема ФСЯР имеет два автономных уровня: экспрессивный и импрессивный. Или, выражаясь иначе, существуют две ментальные языковые системы: экспрессивная и импрессивная. Таковую точку зрения поддерживает, например, В. Б. Касевич (1988).

3) *Сенсорные (перцептивные) нарушения.* Говоря о перцептивных механизмах НР, целесообразно различать несколько уровней дисфункции:

а) *Собственно сенсорный уровень*, то есть нарушения тонального слуха (периферическая и сенсоневральная тугоухость), что приводит к специфическим нарушениям развития речи, являющимся предметом изучения в сурдопедагогике. Как известно, нарушения остроты слуха приводят к недоразвитию, прежде всего, звуковой стороны речи. Но, кроме того, как полагают некоторые авторы, они тормозят и развитие лексико-грамматической сферы (Рау Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И., 1961, Боскис Р. М., 1963). Согласно их точке зрения, последнее происходит потому, что нарушение распознавания фонетических и фонематических дифференциальных признаков аффиксов (окончаний, приставок, суффиксов) тормозит формирование морфологической системы. В соответствующей литературе они подробно описаны, что позволяет опустить их здесь. Имеются данные о наличии связи между минимальными нарушениями слуховой функции, возникшими после перенесенного отита, и отклонениями в фонологическом развитии (Shriberg L, Kwiatkowski J., 1982).

б) *Первично-гностический уровень* нарушения — первичные нарушения слухоречевого гнозиса, «фонематического слуха» (Лурия А. Р., 1962), или, точнее, фонематического восприятия. Дисфункции этого рода приводят к неспособности распознавать отдельные звуки речи и звукокомплексы и сопровождаются резким снижением способности к образованию условных связей между звуковыми образами и их значением (Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1966). Подобные явления наблюдаются у детей с сенсорной алалией (Логопедия, 1999).

в) *Вторично-гностический уровень* — вторичные избирательные нарушения фонематического восприятия (Бельтюков В. И., 1977). Смысл термина «фонематическое восприятие» представляется относительно ясным, но терминологически не вполне корректным. Объектом восприятия, по видимому, являются не фонемы, а звуки речи, то есть «фоны». Следовательно, более адекватно отражающим это содержание был бы термин «фонетическое восприятие». Тем не менее первый из двух приведенных терминов прочно

вошел в практический обиход, и мы будем пользоваться им в дальнейшем. Сущность этих механизмов прямо связана с интегративной природой фонем, которые включают акустические, так и артикуляторные дифференциальные признаки (Бельтюков В. И., 1977, Бондарко Л. В., 1981, 1998). Следовательно, психофизиологической основой онтогенеза фонологической системы является интеграция акустического и кинестетического анализаторов. Акустический и кинестетический образы звуков речи, взаимодополняя друг друга, ассоциируются вместе и порождают единое (по-видимому, надмодальное, по: Л. А. Чистович, 1976) пространство признаков. В тех случаях, когда один из этих двух образов оказывается деформированным, страдает и дифференцированность соответствующих фонем. Чаще всего длительное существование дефектной артикулемы приводит к формированию искаженного кинестетического образа соответствующего звука, который, в свою очередь, лишает релевантную фонему части дифференциальных признаков или наделяет ее атипичными признаками, не включенными в систему фонологических противопоставлений данного языка. Однако количество дифференциальных признаков фонем избыточно, что позволяет различать их, даже опираясь на неполный список этих признаков. Это и происходит при оптимальном балансе взаимодействия акустической и кинестетической подсистем. При неполноценности слухоартикуляторной интеграции дефектный кинестетический образ оказывает интерферирующее влияние на первично сохранный акустический образ. Именно этим, вероятно, объясняется тот факт, что далеко не у всех детей дефектное звукопроизношение приводит к вторичному нарушению фонематического восприятия. В школьном возрасте неполноценность межанализаторной интеграции явственно проявляется при овладении ребенком навыками письма, приводя к дисграфическим ошибкам (Корнев А. Н., 1995, 1997).

Диагностировать это нарушение в раннем возрасте очень затруднительно из-за психической незрелости ребенка, а в дошкольном возрасте уже трудно

дифференцировать первичные нарушения фонематического восприятия от вторичных.

г) Теоретически возможна, как считают М. Morley (1972) и В. И. Бельтюков (1961), *первичная парциальная дисфункция «фонематического восприятия»*, то есть нарушение дифференцированного восприятия узкой группы фонем при сохранном тональном слухе. Подобное нарушение, по их мнению, должно было бы расстроить фонологическое развитие ребенка. И, хотя такая связь экспериментально не доказана, во многих описаниях фонологических расстройств на нее ссылаются как на реально существующую. Основываясь на этой гипотезе, объясняют механизмы звуковых замен и строят классификации форм дислалии Савченко М. А. (1969), Токарева О. А. (1969), Гриншпун Б. М. (1989), Becker K.-R, Sovak M., (1981). F. Waldman (1978) в своем экспериментальном исследовании детей с функциональными нарушениями звукопроизношения не обнаружил значимой корреляции между способностью к слуховому различению фонем и качеством их артикуляции. По мнению D. Sherman и A. Geith (1967), данный вопрос остается открытым.

4) В практике довольно часто встречается *сочетание сенсорных и моторных механизмов*.

Один из примеров таких расстройств — вторичное нарушение фонематического восприятия у детей с нарушениями звукопроизношения. Достаточно часто в этих случаях отмечается такой недостаток, как дефицит слухового самоконтроля и слухового внимания. Убедительным является предположение, что в сочетании оба механизма приводят к более стойким дефектам звукопроизношения (Бельтюков В. И., 1977, Лопатина Л. В., 1966, Логопедия, 1999). Однако достоверность наличия такой связи требует экспериментального подтверждения.

5) *Фонематические или фонологические, то есть языковые, механизмы*. В логопедии существует и другая, *лингвистическая точка зрения* на механизмы нарушений, феноменологически похожих (или идентичных) тем, что были описаны выше. В этом случае смешения фонем (точнее, соответствующих

имфонов) рассматриваются как признак недостаточной сформированности, недоразвития семиотической системы фонологических противопоставлений (Левина Р. Е., 1968, Рау Ф. Ф., 1968, Логопедия, 1999). Гипотеза о фонематических или фонологических, то есть языковых механизмах нарушений формирования звуковой стороны речи принимается на основании критериев исключения и отчасти — особенностей симптоматики. Под критериями исключения здесь подразумевается отсутствие явных, видимых нарушений артикуляционной моторики и снижения остроты слуха. К особенностям симптоматики следует отнести доминирование замен артикуляторно освоенных ребенком звуков и наличие смещений звуков. Если преобладают смещения звуков, делается заключение о несформированности «фонематического слуха» или «фонематических представлений» (Каше Г. А., 1965, Фомичева М.Ф., 1989). Прямых доказательств обычно не приводится. Подобные версии о механизмах в таком случае остаются не более чем предположением (Bernthal J., Bankson N., 1988).

б) *Малые анатомические аномалии* артикуляторных органов и зубочелюст-ного аппарата.

В логопедии существует давно сформировавшаяся гипотеза о влиянии малых анатомических аномалий артикуляторных органов и зубочелюстного аппарата на формирование звукопроизношения. К ним относят аномалии прикуса, отсутствие некоторых зубов, укорочение подъязычной уздечки, высокий свод твердого нёба (так называемое «готическое нёбо»), аномалии строения языка (макро- или микроглотия). В связи с этим выделяются так называемые механические дислалии (Правдина О. В., 1973, Волкова Л. С, Шаховская С. Н., 1999). Указанные аномалии рассматриваются как причины нарушений звукопроизношения лишь на основании их сосуществования в ряде случаев с нарушениями звукопроизношения. Однако есть много свидетельств высокой степени гибкости и приспособляемости артикуляторной системы, которая позволяет выработать навыки нормативного произношения даже при довольно грубых дефектах артикуляторных органов (Правдина О. В., 1973, Панов М. В.,

1967, Becker K.-R, Sovak M., 1981, Бернштейн Н. А., 1990). Как отмечают почти все цитированные авторы, в логопедии часто преувеличивают значение анатомических аномалий в патогенезе нарушений звукопроизношения. Серия экспериментальных исследований показала, что перечисленные аномалии в разной степени ответственны за нарушение формирования произносительных навыков. Среди разных форм аномалий прикуса детей и взрослых с дефектным произношением чаще, чем в норме, встречался открытый прикус (Bernstein M., 1954). В то же время J. Sutelny, J. Mestre, J. Subtelny (1964) установили, что не менее часто аномалии прикуса или расположения зубов обнаруживаются и у людей с нормальным звукопроизношением. В исследовании Fairbanks G., Vebout B. (1950) не было получено достоверных подтверждений связи особенностей строения языка и качества звукопроизношения. Специальное исследование на 1000 испытуемых было посвящено изучению связи укорочения подъязычной уздечки и овладения звукопроизношением (McEneaney E., Gaines F., 1941). Они не нашли убедительных доказательств причинной связи укороченной уздечки и нарушений звукопроизношения. Сходные результаты были получены и в другом, менее масштабном исследовании (на 40 испытуемых) (Fletcher S., Meldrum J., 1968). Все вышеприведенные данные позволяют предполагать, что малые аномалии строения зубочелюстного аппарата являются лишь условно патологическим фактором. Формирование произносительных навыков в конечном счете, вероятно, зависит от зрелости и индивидуальной пластичности функциональной системы артикуляторного праксиса и системы слухо-артикуляторной интеграции, способствующей подстройке артикуляторных механизмов для достижения оптимального звукового эффекта. Исключение, вероятно, составляют лишь крайние по степени выраженности аномалии. Например, крайне короткая (практически отсутствующая) подъязычная уздечка, практически иммобилизирующая кончик языка.

7) *«Функциональные нарушения»* и их механизмы.

Сначала необходимо проанализировать само понятие и термин «функциональные нарушения». По существу, от трактовки этого клинического понятия

зависят и критерии отграничения данного синдрома, и понимание механизмов. В медицине термин «функциональное» применительно к патологии трактуется по-разному в зависимости от рода патологии. Например, при патологии внутренних органов характеристика «функциональный характер нарушений» означает отсутствие морфологических изменений в органах и тканях (например, функциональные нарушения желчевыводящих путей или дисфункция). В неврологии «функциональное» противопоставляется «органическому», то есть тому, что имеет в основе повреждение нервных тканей (нейронов, проводящих путей). В логопедии довольно долго термин «органическое» подразумевал анатомическую аномалию органов, участвующих в речепорождении (Хватцев М. Е., 1959, Ляпидевский С. С., 1969). В 70-е гг. и по настоящее время термин «функциональное» применительно к нарушениям звуковой стороны речи означает отсутствие: а) нарушений в строении артикуляционного аппарата и б) сохранную иннервацию артикуляционного аппарата (Логопедия, 1999). Последнее условие, к сожалению, носит скорее декларативный, чем операциональный характер. Ни в неврологической, ни в логопедической научной литературе не приводится достаточно внятной характеристики того, что называют «сохранностью иннервации артикуляционного аппарата». Само выражение «нарушение иннервации» является достаточно неопределенным по содержанию. В зависимости от позиции автора оно может трактоваться и широко, и узко. В первом случае подразумеваются отклонения в нейромускулярной координации двигательного акта. Во втором — повреждения пирамидного или экстрапирамидного тракта на центральном или периферическом уровне, что сопровождается явлениями пареза (центрального или периферического), атаксии, экстрапирамидного гиперкинеза и дистонии. Задача диагностировать нарушения иннервации в узком смысле слова (второй вариант) не всегда легкая (при слабо выраженных нарушениях), но практически выполнимая. Верифицировать же первое (то есть наличие «отклонений в нейромускулярной координации двигательного акта») порой крайне затруднительно. В настоящее время отсутствуют данные о возрастных нормах

параметров состояния артикуляционного аппарата. Достаточно подробно описаны лишь признаки грубого нарушения иннервации у детей (Семенова К. А., Мاستюкова Е. М., Смуглин М. Я., 1972, Бодалян Л. О., 1975, Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В., 1985). В отношении легких нарушений координационных возможностей и иннервации артикуляционного аппарата в литературе встречается очень много дискуссионных, априорных суждений. Часто смешиваются явления физиологической незрелости иннервации с патологическими формами иннервационной недостаточности.

Учитывая такое состояние вопроса, в большинстве случаев, например, так называемые «функциональные нарушения звукопроизношения» правильнее именовать идиопатическими, то есть имеющими неясные этиологию и механизм.

Вышеописанный вид механизмов, называемых языковыми, фонологическими или фонематическими, с достаточным основанием можно отнести к функциональным, так как в их основе лежит несформированность функциональных образований — фонем и системы фонематических противопоставлений.

8) Возможность негативного влияния *интеллектуальной недостаточности* на фонологическое развитие проблематична. Среди умственно отсталых детей, поданным Г. А. Каше (1957), нарушения звукопроизношения встречаются в 65% случаев. Сходные показатели приводит Р. И. Лалаева (1988). По данным F. Wilson (1966), это происходит в 53%, В. Schlangern R. Gottsleben (1957) — в 78% случаев. Тем не менее М. Powers (1971) утверждает, что у основной массы детей (исключая умственно отсталых) состояние интеллекта играет незначительную роль в происхождении фонологических расстройств. Отчасти такой вывод подкрепляют результаты сравнения вышеприведенных данных о распространенности фонологических нарушений среди детей с ЗПР и умственно отсталых. Сравнение показывает, что распространенность этих нарушений практически не различается в этих двух клинических группах детей, несмотря на значительную разницу в интеллектуальном развитии. Более высокие показатели распространенности фонологических нарушений у детей с интеллектуальной недостаточностью можно объяснить тем, что у них часто встречаются



состояния резидуально-органического поражения головного мозга. В связи с этим велика вероятность нарушений звукопроизношения церебрально-органического генеза. Нельзя исключить депрессорного влияния дефицита когнитивного ресурса, утяжеляющего эффекты других механизмов и симптоматику фонологического недоразвития. Однако для получения достоверных данных необходимы сопоставительные экспериментальные исследования качественных особенностей фонологических нарушений у детей с разными формами и степенями интеллектуальной недостаточности в сравнении с группой детей, имеющих нарушения звукопроизношения на фоне интеллектуальной нормы.

### **8.1.2. Механизмы нарушения лексико-грамматической и прагматической стороны речи**

Представления о механизмах лексико-грамматического недоразвития прямо связаны с пониманием закономерностей формирования этой сферы языка. При всем разнообразии гипотез, представленных в главе 1, касающихся механизмов формирования лексико-грамматических способностей, их можно свести к двум базовым позициям. Согласно первой, существует генетически детерминированный синтаксический компонент языковой способности, который целиком определяет развитие этой сферы. Другая позиция подразумевает что формирование языковой компетенции и развитие связной речи прямо зависят от уровня когнитивной зрелости. Приверженцы первой позиции опираются на примеры диссоциации интеллектуального и речевого развития (Chomsky N., 1962, Gardner H., 1985, Grodzinsky Y., 1986). Сторонники второй — на экспериментальные данные, свидетельствующие о связи интеллектуального и синтаксического развития (Piaget J., 1962, 1967, Zazzo R., Bruner J., 1971, 1984, Slobin D., 1984). Более подробно эти вопросы обсуждались в главе 1.

Многочисленные клинические наблюдения в психиатрии и патопсихологии свидетельствуют, что при умственной отсталости практически всегда обнаруживаются нарушения речевого развития, и в наибольшей степени это проявляется в лексико-грамматической сфере (Сухарева Г. Е., 1965, Мнухин С. С.,

1968, Рубинштейн С. Я., 1979, Исаев Д. Н., 1982, Лалаева Р. И., 1988). Особенно заметно влияние интеллектуальной недостаточности на импрессивную речь. Нарушение понимания речи и импрессивный дисграмматизм настолько часто сопровождают умственную отсталость, что рассматриваются как дифференциально-диагностический признак отличия первичного недоразвития речи от вторичного.

В психологических и клинических исследованиях у детей с недоразвитием речи довольно регулярно обнаруживались признаки интеллектуальной недостаточности (Белова-Давид Р. А., 1969, 1972, Ковалев В. В., Кириченко Е. И., 1970, Гуровец Г. В., 1974, Переслени Л. И., Фотекова Т. А., 1993, Фотекова Т. А. | 1994). Это дает основания для предположения о наличии каузальной связи между интеллектуальной и языковой недостаточностью. В связи с этим имеет смысл более подробно рассмотреть исследования, посвященные изучению речевого развития у детей с интеллектуальной недостаточностью.

Большое количество наблюдений свидетельствует, что развитие речи при умственной отсталости и задержке психического развития, как правило, протекает аномально (Парамонова Г., 1973, Симонова И. А., 1974, Слепович Е. С., 1975, Петрова В. Г., 1977, Рубинштейн С. Я., 1979, Соботович Е. Ф., Гопиченко Е. М., 1979, Лалаева Р. И., 1988, Bensberg G., Sigelman C., 1976, Rosenberg S., 1982, Becker K.-P., Sovak M., 1981). Так, например, речевая патология обнаруживалась среди детей с ЗПР, по данным В. А. Ковшикова и Ю. Г. Демьянова (1967), в 95% случаев, по данным В. А. Ковшикова (1970) — в 75% случаев, по данным Е. В. Мальцевой (1990) — в 39,2% случаев. В последнем исследовании у 32% детей обнаруживались лексико-грамматические нарушения. Г. Н. Рахмакова (1987) отмечает, что 59,4% обследованных ею детей с задержкой психического развития допускали много ошибок при составлении предложений из заданных слов. Большинство исследователей, изучавших синтаксические способности умственно отсталых, отмечают их значительное отставание от нормы (Лалаева Р. И., 1988, Lackner J., 1968, McLeavey V. et al., 1982). J. Rondal (1995), обобщая обширные литературные материалы по изучению речи у умственно

отсталых детей, делает вывод о тесной связи MLU (показателя синтаксической зрелости) и «умственного возраста». По вопросу о корреляции речи и интеллекта она же приводит убедительные данные ряда авторов о диссоциации между лексикой, прагматикой, семантикой, синтаксисом (длиной фраз) с одной стороны, и фонологией и морфологией — с другой. Если состояние первой группы перечисленных показателей обычно согласуется с тяжестью умственной отсталости, то второй — нет. Фонологические нарушения, проблемы морфологического оформления фраз, построения (и понимания) сложных синтаксических конструкций часто выражены значительно тяжелее, чем можно было бы предположить при данной степени интеллектуального снижения.

Тем не менее западные исследователи склонны заключить, что аномалии в развитии указанных речевых характеристик носят скорее количественный, чем качественный характер. Иначе говоря, характер языковых процессов и языковая компетенция находятся в полном согласии с умственным возрастом (Rondal J. A., 1995, Leonard L. B., 1998). Нельзя не отметить, что, поскольку психическое недоразвитие весьма часто возникает в результате органического поражения головного мозга, во многих случаях остается не вполне ясным, недоразвитие речи обусловлено поражением речевых зон головного мозга или влиянием интеллектуальной недостаточности. Весьма вероятно в таких случаях взаимодействия того и другого.

Следует отметить, что есть наблюдения противоположного рода: иногда встречается относительно хорошая сформированность речевых функций при выраженном интеллектуальном дефекте (Rondal J., 1995). В то же время значительное число детей с недоразвитием речи имеют достаточно сохранные общие интеллектуальные способности. Из приведенных фактов можно сделать вывод, что определенный, минимально необходимый интеллектуальный потенциал — условие обязательное, но недостаточное для полноценного развития лексико-грамматической стороны речи.

Обсуждая данную проблему, оперируя понятием «интеллект», нельзя забывать о его многозначности. Экспериментальные исследования структуры ин-

теллектуальных функций свидетельствуют о неоднородности такого образования, как интеллект (Дружинин В. Н., 1995, Холодная М. А., 1997, Guilford J., 1967, Gardner H., 1983, Undheim J., 1989). Поэтому, изучая связь интеллекта и речи, не вполне корректно оперировать категорией «интеллект» как чем-то качественно единообразным. Следует оговаривать вид когнитивных операций, которые рассматриваются в качестве показателей зрелости интеллекта в целом, и способ их диагностики (Лубовский В. И., 1989). Научные исследования и диагностическая практика показывают, что разнообразные тестовые методики диагностики интеллекта содержательно неравноценны (АнастасиА., 1982, Лубовский В. И., 1989). Если в каких-то экспериментальных исследованиях не удалось получить доказательств функциональной связи когнитивных способностей и синтаксиса или грамматики, это еще не исключает возможности обнаружить такую связь при использовании других диагностических методик. Экспериментальные данные разных авторов, приведенные ниже, наглядно подтверждают это.

В ряде исследований были получены результаты, дающие основание предполагать наличие неполноценности образного мышления у детей с SLI. В серии экспериментов изучалось состояние образного мышления, зрительно-пространственной памяти, способность к децентрации. Дети с SLI отставали от здоровых сверстников, но несколько опережали здоровых детей контрольной группы, соответствующих им по показателю MLU (средней длине высказывания) (Johnston J., Weismer E. S., 1983, Camarata S., Newhoi TM., Rugg B., 1981). В исследованиях А. Kamhi, Н. Catts, L. Koenig, В. Lewis (1984) была обнаружена корреляция между пассивным словарем и качеством выполнения заданий на образное мышление.

L. В. Leonard (1998) приводит данные серии исследований, в которых оценивалось состояние классических показателей (по Ж. Пиаже) сформированности логических операций сериации и представлений о сохранении количества вещества у детей с SLI. Достоверных различий по сравнению со сверстниками контрольной группы обнаружено не было. Другой род логических

операций тестировался в исследовании O. Masterson, L. Evans, M. Aloia (1993). Детям предлагались задания типа логических аналогий (например, «телевизор — глаза, радио — ?»). Дети с SLI показали результаты достоверно хуже контрольной группы, подобранной по умственному возрасту. В другом исследовании аналогичной группе детей давались логические задачи типа «Как перевезти на другой берег реки волка, козу и капусту». Дети должны были разыграть правильное решение с помощью игрушечных персонажей. Дети с SLI также показали результаты достоверно ниже контрольных (Kamhi A., Gentry B., Mauer D., Gholson B., 1990). Аналогичные результаты были получены при изучении способности детей с SLI к самостоятельной организации поисковой познавательной деятельности.

В ряде экспериментов оценивалась способность детей с SLI выдвигать и проверять гипотезы в процессе решения задач на выявление закономерностей. В большинстве таких исследований дети с SLI справлялись с заданиями хуже здоровых сверстников (Masterson J., 1993, Weismer E. S., 1991, Nelson L., Kamhi A., Apel K., 1987). В тех случаях, когда искомая закономерность была сформулирована детям заранее в готовом виде и ее нужно было только применить, дети с SLI справлялись значительно лучше. Отличия от здоровых детей наблюдались лишь в заданиях, которые имели комплексный характер.

Суммируя приведенные материалы, можно сделать вывод, что определенные виды логических операций, особенно тех, которые подразумевают оперирование вербализованными понятиями, у детей с SLI отстают в развитии. Также можно отметить дефицит организации эвристической деятельности, способности к самостоятельному выявлению закономерностей. Таким образом, неполноценность ряда вышеперечисленных интеллектуальных операций и низкая способность к организации умственной деятельности могут рассматриваться как вероятные механизмы SLI.

В проведенном нами экспериментальном исследовании интеллектуальных способностей у детей с недоразвитием речи и у здоровых детей были получены неоднозначные результаты. Интеллект оценивался с помощью методики АВМ-

WISC, методики «Прогрессивные матрицы Raven» и методики Н. Б. Венгер «Систематизация». В эксперименте участвовали три группы детей: № 1 — дети с моторной алалией (24 чел.), № 2 — дети с параалалической формой ТНР (26 чел.) (исключались умственно отсталые дети) и группа № 3 из 20 детей с т. н. «общим недоразвитием речи» (по показателям речевого развития они соответствовали параалалической форме ТНР) из подготовительной речевой группы детского сада. В первых двух группах интеллект исследовался по АВМ-WISC и выборочно по «Прогрессивным матрицам Raven» (19 детей), в 3-й группе — посредством методик «Прогрессивные матрицы Raven» и «Систематизация» Н. Б. Венгер. Кроме того, в качестве контроля с помощью всех перечисленных методик обследовались 30 здоровых детей 6-7 лет. В первых двух группах «Вербальный интеллектуальный показатель» (ВИП) и «Общий интеллектуальный показатель» (ОИП) достоверно отличались от нормы в худшую сторону. «Невербальный интеллектуальный показатель» (НИП) соответствовал норме. В 3-й группе, как в методике Raven, так и в методике «Систематизация» дети с недоразвитием речи показали достоверно более низкие результаты, чем в контрольной группе ( $P < 0,001$ ). Показатели выполнения методики Raven во 2-й группе также были достоверно ниже, чем в контрольной группе. Таким образом, из приведенных данных следует, что у детей с недоразвитием речи нарушены некоторые интеллектуальные механизмы, относящиеся не только к вербально-логическим способностям, но и определенные виды способностей, причастных к невербальному интеллекту. В сфере невербальных интеллектуальных способностей достоверно снижена была лишь способность к выполнению перцептивных и логических операций с образным материалом в мысленном плане. В заданиях конструктивного типа (например, в кубиках Кооса) дети с недоразвитием речи демонстрируют высокий уровень успешности — высокую норму.

Отдельно следует отметить данные, касающиеся своеобразия структуры интеллектуальных способностей у детей с параалалической ТНР (ПТНР). Из группы детей с ПТНР были выделены две подгруппы:

- дети с ПТНР, звуковые нарушения у которых соответствовали дисфонетической диспраксии (16 чел.);
- дети, чьи звуковые нарушения соответствовал и дисфонологической диспраксии (20 чел.).

Профиль структуры интеллекта в этих двух подгруппах оказался существенно различным (рис. 28). Достоверно различались результаты всех вербальных субтестов и двух невербальных — «Недостающие детали» и «Последовательные картинки». Во всех указанных заданиях более высокие результаты получили дети с параалалическим ТНР, в структуру которого входил синдром дисфонетической артикуляторной диспраксии.

В ходе исследования вычислялась корреляция между результатами диагностики интеллектуальных функций и такими экспериментальными показателями развития лексико-грамматической сферы, как дефицит номинативного и глагольного словаря (по данным называния), максимальная длина фраз (в слогах), которые ребенок способен повторить без ошибок, количество ошибок в тесте «Оценка нормативности грамматически деформированных фраз» и «Исправление грамматически деформированных фраз». У здоровых детей были получены значимые корреляции всех речевых параметров и вербальных интеллектуальных показателей. С невербальными интеллектуальными показателями («Прогрессивные матрицы Raven», «Систематизация») значимо коррелировали только результаты теста «Повторение фраз» (соответственно  $r$  — 0,68 и 0,58). У детей с недоразвитием речи с невербальными интеллектуальными показателями не коррелировал ни один параметр речевого развития. У детей с моторной алалией были получены значимые корреляции (при  $P < 0,01$ ) ряда вербальных субтестов АВМ-WISC (рис. 29).

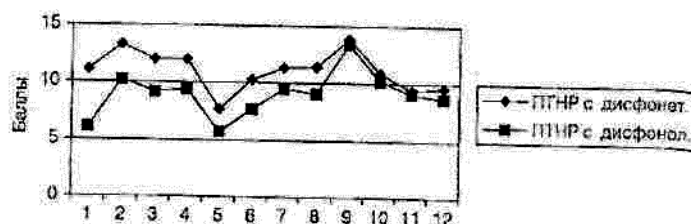


Рис. 28. Профиль структуры интеллекта по WISC в группах ПТНР с дисфонетической диспраксией и ПТНР с дисфонологической диспраксией

В приведенной корреляционной плеяде обращает на себя внимание избирательность связей словаря и вербальных субтестов. Можно было бы предположить, что эта связь — лишь свидетельство негативного влияния дефицита номинативного словаря на вербальные интеллектуальные способности. Однако это, по-видимому, не так. Наиболее низкие результаты, достоверно отличающиеся от нормы, дети с моторной алалией показали в субтестах № 1, № 5 и № 6. Ни один из этих субтестов не коррелировал с номинативным словарем. Из данных корреляционного анализа можно сделать вывод, что дефицит номинативного словаря имеет связь (возможно, функциональную) с определенным вербальным интеллектуальным фактором, который оценивается субтестом «Понятливость». Данный субтест содержательно ориентирован на оценку знания социальных норм поведения в определенных типовых ситуациях, то есть в определенной степени характеризует социальную зрелость (иногда это качество называют «социальным интеллектом»). Существуют данные, позволяющие полагать, что подобные интеллектуальные способности имеют отношение к прагматике поведения (и речи) и связаны с правополушарными функциями (Деглин В. Л., 1995, Semrud-Clikeman M., Hynd C, 1990). С этим согласуется и тот факт, что в данном субтесте дети с моторной алалией показывают лучшие среди вербальных заданий результаты. По-видимому, данный вид связи имеет отношение к денотативному аспекту номинативной лексики. Показатели глагольной лексики не имели достоверных корреляций ни с одним субтестом. Это подтверждает точку зрения, что механизмы усвоения глаголов



отличаются от механизмов формирования номинативной лексики (Касевич В. Б., 2001, Maratsos M., 1991, Tomasello M., Kruger C. A., 1992).

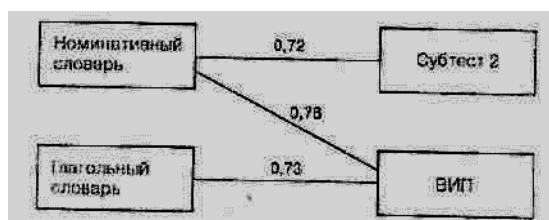


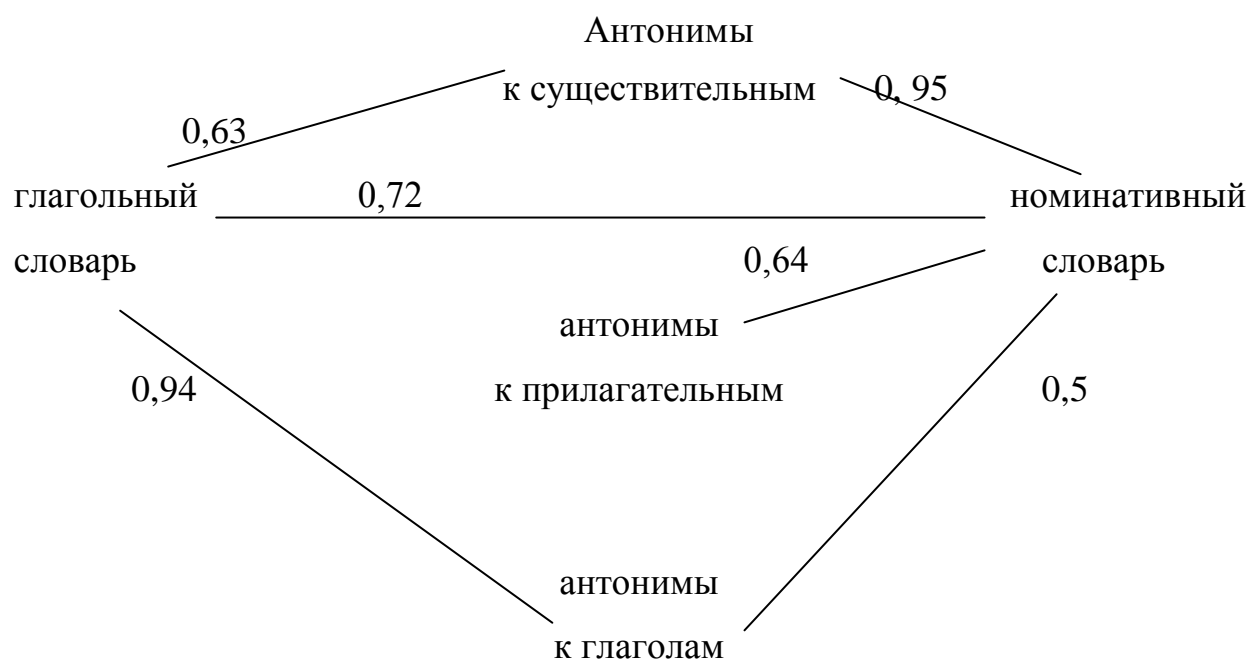
Рис 29. Корреляции результатов исследования словаря и интеллекта по АВМ-WISC (субтест № 2 — «Понятливость», ВИП — Вербальный интеллектуальный показатель) у детей с моторной алалией

Данные экспериментального исследования позволяют полагать, что когнитивные механизмы, оказывающие наиболее сильное влияние на формирование лексики, различаются в группе детей с моторной алалией и в группе с па-раалалическим ТНР. В первом случае не было получено значимых корреляций между лексическими характеристиками и невербальными интеллектуальными показателями.

Своеобразие механизмов формирования номинативного и глагольного лексикона при разных формах недоразвития речи проявилось и в различии взаимосвязи речевых показателей между собой. Были вычислены коэффициенты корреляции между результатами выполнения задания «Подбор антонимов» (по 10 на существительные, прилагательные и глаголы) и показателями экспрессивного словаря существительных и глаголов (рис. 30, 31).

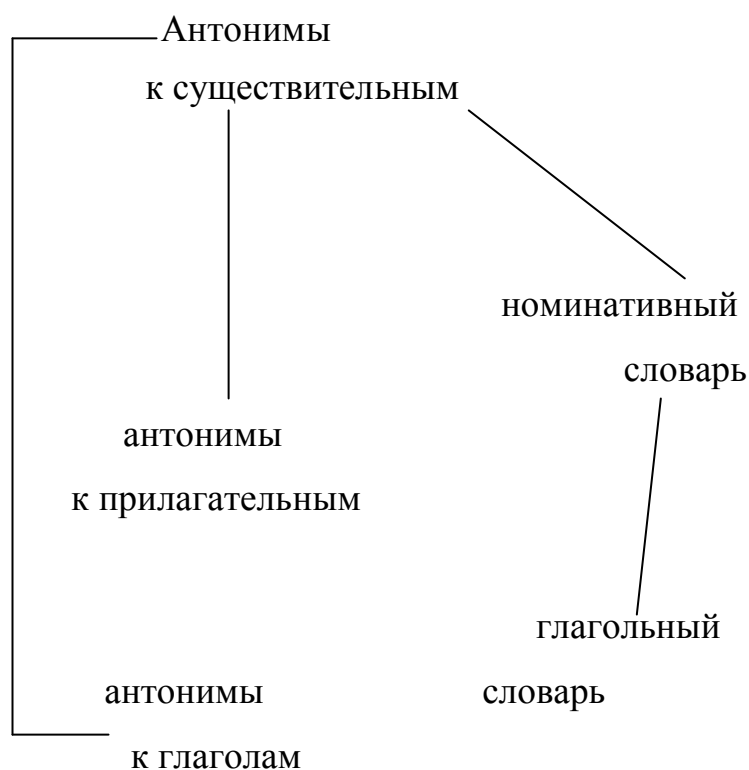
Приведенные корреляционные плеяды демонстрируют два ряда фактов. Как видно из сравнения рисунков 30 и 31, характер внутрисистемных корреляционных связей разных языковых подсистем между собой различается в двух клинических группах детей с ТНР. Следовательно, структурная организация языковой системы у детей с АТНР и с ПТНР существенно различается. Это, в свою очередь, подтверждает принципиальный характер различий между данными формами недоразвития речи. Разные компоненты

словаря являются относительно автономными компонентами лексикона как подсистемы языка, особенно в аспекте парадигматической организации. Это особенно отчетливо проявляется в заданиях на подбор антонимов. Их диссоциированность у детей с параалалической формой ТНР выражена в наибольшей степени. Избирательно высокая связь (практически — функциональная) между успешностью подбора антонимов и объемом словаря на одни и те же части речи у детей с моторной алалией доказывает ведущую роль объема лексики и ее парадигматической организации в выполнении этого задания. У детей с параалалической формой ТНР этого не наблюдалось. Возможно, у этих детей различная успешность в подборе антонимов в большей степени зависит от сформированности логических операций противопоставления. Логический аспект задания дифференцирует этих детей в большей степени, чем языковой.



*Рис. 30.* Корреляции результатов выполнения заданий «Подбор антонимов» (на существительные, прилагательные, глаголы) и «Исследование; словаря» в группе детей с моторной алалией (алалическое ТНР)

Рис. 31. Корреляции результатов выполнения заданий «Подбор антонимов» (на существительные, прилагательные, глаголы) и «Исследование словаря» в группе детей с параалалическим ТНР



Другой ряд экспериментальных данных, полученных нами, также подтверждает вышеуказанное различие природы и механизмов алалической и параалалической форм ТНР. Эти данные приведены в главе 6. Экспериментальное исследование грамматических способностей с помощью оценки нормативности и исправления деформированных фраз показало, что у детей с параалалической формой ТНР (ПТНР) рейтинг заданий по качеству выполнения пропорционален срокам освоения соответствующих грамматических форм в онтогенезе: чем позже — тем хуже. Детями из группы с алалической формой ТНР (АТНР) избирательно, диспропорционально много ошибок допускалось в заданиях на оценку и исправление падежных окончаний (рис. 2 и 22). Межгрупповые различия при оценке нормативности фраз достигали уровня достоверности только в тестах на падежные окончания, а в заданиях на исправление — в тестовых заданиях на падежные окончания и

личные окончания глаголов. Дети с моторной алалией практически одинаково плохо справлялись с заданиями во всех трех категориях грамматических задач. Таким образом, различия в когнитивной сложности грамматических заданий определяли ранжирование результатов в группе ПТНР, но не оказывали существенного влияния на сравнительное качество решения разных задач детьми из группы АТНР. Следовательно, избирательно большие затруднения в заданиях на оценку и исправление падежных конструкций у детей с моторной алалией (АТНР) обусловлены специфической недостаточностью языковой компетентности. Из этого, по нашему мнению, следует вывод о том, что первичный дефицит языковой способности у детей из группы АТНР является ведущим механизмом дисграмматизма. В группе ПТНР таким механизмом был дефицит когнитивных функций. Только в этой группе были получены достоверные показатели корреляции невербальных субтестов WISC (субтесты № 9 и № 11) и результатов выполнения тестов на оценку деформированных фраз (соответственно  $r = 0,66$  и  $r = 0,76$  в тестах на падежные окончания).

Разумеется, высказанные соображения по поводу связи интеллектуальных факторов и лексико-грамматического развития у детей с недоразвитием речи носят предварительный характер и требуют дальнейшего экспериментального исследования.

## **8.2. НЕИРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ**

### **РЕЧИ**

Как показали наши клинические наблюдения, описанные выше, у большинства детей с недоразвитием речи (особенно при тотальных его формах) обнаруживается симптомокомплекс резидуально-органического поражения головного мозга. Об этом свидетельствуют как неврологическая симптоматика, так и проявления детского психоорганического синдрома. Однако, как было показано в главе 3, этиология недоразвития речи у большинства детей имеет слож-

ную природу: сочетание генетически обусловленной дефицитарности определенных церебральных систем и последствий органических повреждений головного мозга. Нейропсихологические исследования детей с НР демонстрируют отчетливые проявления неравномерности в развитии разных функциональных систем. В качестве причин могут выступать три ряда обстоятельств: а) очаговые церебральные поражения или дисфункции, б) негативные влияния экзогенных факторов, тормозящих созревание нейронов и проводящих путей определенных мозговых систем (согласно принципу хроногенной избирательности экзогенных повреждений), и в) генетически детерминированные асинхронии развития и функциональная слабость определенных функциональных систем мозга. Феномены наследственной передачи определенных нейропсихологических синдромов в литературе описаны (Gordon H., 1980).

Известно, что стертость и атипичность клинических проявлений очаговых поражений головного мозга у детей (по сравнению со взрослыми) выражена в разной степени, в зависимости от локализации повреждения. При корковых и левополушарных очагах атипизм больше, а при субкортикальных и правопо-лушарных — существенно меньше (Симерницкая Э. Г., 1985, Stiles J., Bates E. A., Thai D., Trauner D., Reilly J, 1998). В последних случаях клиническая картина тяжелее той, что наблюдается у взрослых. Об этом писал еще Л. С. Выготский (1982). С. С. Ммухин (1940, 1948) одним из первых обратил внимание на то, что у детей нарушения психических функций при повреждениях субкортикальных структур проявляются значительно тяжелее, чем при корковых деструкциях, и нередко по ряду признаков схожи в симптоматике с корковыми синдромами взрослых. Впоследствии эти клинико-психологические наблюдения были подтверждены экспериментально и другими исследователями.

Дети с резидуально-органическими заболеваниями ЦНС демонстрируют целый ряд существенных отличий от тех, кто получил прижизненные (после Злет) органические повреждения головного мозга (Ковалев В. В., 1985, Gol-Initz G., 1974). Ранние повреждения мозговой ткани, приводя к дизонтогенезу

психических функций, одновременно вызывают компенсаторные перестройки деятельности церебральных функциональных систем. В результате целый ряд психических функций может формироваться на отличной от нормы церебральной основе. Нарушение развития психических функций может быть связано как с повреждением мозговых центров, с которыми они связаны генетически, так и с перегрузкой отделов мозга, выполняющих викарирующую функцию (так называемый «crowding-эффект») (Satz P. et al., 1988, Strauss E. et al., 1990). Кроме того, поскольку психические функции в онтогенезе связаны иерархическими отношениями, некоторые из них могут страдать опосредованно (так называемые эффекты «вторичного недоразвития» по Л. С. Выготскому). Как отмечает В. В. Лебединский (1985), первичный дефект может нарушить развитие «отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично (ведущая координата нарушения развития — «снизу вверх»)» (там же, с. 30). При некоторых локализациях поражений головного мозга у детей наблюдается своеобразный отставленный эффект. При повреждении корковых зон, поздно созревающих в онтогенезе (лобных и теменных), последствия повреждения в полной мере проявляются в том возрасте, когда у здоровых детей они начинают активно участвовать в регуляции психических процессов (обычно в младшем и старшем школьном возрасте).

Сведения о мозговом субстрате недоразвития речи у детей весьма малочисленны и противоречивы. Известны несколько секционных наблюдений у детей с недоразвитием речи (Landau W., Goldstein R., Kleffner F. R., 1960, Galaburda A. M., Sherman G. E., Rosen G. D., Aboitiz E., Geschwind N., 1985, Cohen M., Campbell R., Yagmai J., 1989). В указанных работах описаны результаты исследования б случаев. Во всех были обнаружены патологические изменения в перисильвиевой области левого полушария. Однако во всех описанных ситуациях больные при жизни страдали не только недоразвитием устной речи, но другими психическими нарушениями. К сожалению, неизвестно ни одного секционного наблюдения случаев неосложненного недоразвития речи. Неинвазивно церебральный субстрат недоразвития речи исследовался посредством метода

магнитно-ядерного резонанса (MRI). Объектом исследования были дети с SLI (Plante E., Swisher L., Vance R., Rapcsak S., 1991). Были получены данные об уменьшении или отсутствии разницы между площадью *planum temporale* (точнее, перисильвиевой области, включающей часть нижнелобной извилины кпереди и супрамаргинальной извилины кзади) в правом и левом полушариях. Это невеликование различий происходило за счет атипично большой площади этой области справа. В норме это редкий феномен, но все же встречающийся у 1/4 здоровых людей (Geschwind N., Levitski W., 1968).

Какова причина этой симметрии? По мнению E. Plante, это может быть обусловлено высоким уровнем тестостерона (Plante E., Boliek C, Binkiewicz A., Erly W., 1996). Повышенная частота SLI и симметрия перисильвиевой области наблюдалась у детей с врожденной адренальной гиперплазией, которая сопровождается повышенным уровнем тестостерона в крови. Увеличение задней части перисильвиевой области (между постцентральной и супрамаргинальной бороздой), наличие дополнительной извилины было обнаружено у 2/3 детей с дислексией. У 90% здоровых детей этого не наблюдалось (Leonard C. M. et al, 1993, Jackson T., Plante E., 1997).

В тестах на дихотическое прослушивание не было обнаружено эффекта правого уха (Witelson, Rabinovitch, 1972) у детей с SLI. В эксперименте M. Cohen, S. Gelinas, R. Lassonde, M. Geoffroy (1991) в одно ухо предъявляли пары слогов, различавшихся по звонкости-глухости или по месту образования, а в другое ухо — белый шум. У детей с SLI качество различения было хуже контроля. Но различий по латерализации не было. Однако звонкость-глухость они хуже различали правым ухом, а место образования — левым.

M. Annet (1973) в исследовании детей со спастическим гемипарезом установила, что задержка развития речи встречается с одинаковой частотой при право- и левосторонних гемипарезах. Нарушения звукопроизношения наблюдались достоверно чаще при правосторонних гемипарезах. По нашим данным, полученным на группе из 730 детей со спастическим гемипарезом, не было обнаружено достоверных различий встречаемости дизартрии в зависимости от

стороны поражения. Частота дизартрии распределилась следующим образом (табл. 9). Представляют интерес проявления полового диморфизма: при левостороннем гемипарезе у девочек более чем в 2 раза чаще встречалась дизартрия. Выполнение синтаксических и грамматических заданий детьми 9—12 лет из вышеописанной методики нейропсихологического исследования не выявило достоверных различий в право- и левосторонней группах. В исследовании же G. Carlsson, P. Uvebrant, K. Hugdahl et al., (1994), выполненном на группе из 31 ребенка 10—16 лет с право- и левосторонними гемипарезами, были получены достоверные межгрупповые различия. Вербальные и вербально-логические задания хуже выполнялись детьми с правосторонним гемипарезом. В наибольшей степени эти различия были выражены у девочек. Проявления полового диморфизма при гемипарезах у детей обнаруживаются и в невербальных заданиях. При поражении одного и того же полушария мальчики и девочки демонстрируют существенно различные, а иногда противоположные результаты (Корнев А. Н., Молчанов А. И., 1990, Kornev A. N., Molchanov A. I. 1996).

В лонгитюдном исследовании группы ученых из исследовательского центра в Сан-Диего проводилось нейропсихологическое исследование группы детей с перинатальным очаговым поражением головного мозга. Локализация поражения верифицировалась посредством СТ или MRT. У детей с левополушарным поражением головного мозга дефицит речевых функций был слабо выражен. По степени выраженности эти симптомы значительно уступали тому, что описывается у детей с SLI. К 5—6 годам эти недостатки у многих детей компенсировались (Stiles J., Bates E. A., Thai D., Trauner D., Reilly J., 1998). D. M. Aram и J. A. Eisele (1994), исследуя детей с ранними локальными поражениями коры левого полушария, пришли к выводу, что клинически отчетливо выраженная речевая патология наблюдается только в тех случаях, когда одновременно имеется повреждение подкорковых структур.

Таким образом, очевидно, что вышеприведенные данные достаточно противоречивы и не дают однозначного ответа на вопрос, может ли раннее по-



вреждение левого полушария быть главной и единственной причиной недоразвития речи у детей.

Приведенные выше соображения и клинические наблюдения склоняют нас к выводу, что в случае резидуальных поражений топический диагноз в буквальном смысле этого слова вряд ли возможен. Закономерности, полученные при изучении очаговых поражений головного мозга взрослых, неправомерно использовать при нейропсихологической интерпретации детских расстройств (Выготский Л. С, 1960, 1982). В детской психоневрологии встречается достаточно много фенокопий очаговых синдромов, описанных у взрослых больных. Симптоматика может быть сходной, а церебральный субстрат иным. В качестве иллюстрации разницы в топико-диагностических решениях у детей и взрослых можно привести нарушение фонематического восприятия. У взрослых обычно это связано с поражением височных отделов левого полушария (Тонконогий И. М., 1973, Лурия А. Р., 1975). У детей же, как упоминалось выше, несформированность фонематического восприятия чаще возникает как следствие системных влияний стойких нарушений звукопроизношения, дефектных артикуляторно-кинестетических образов на сенсорное звено речевого анализатора (Бельтюков В. И., 1977). В таком случае интерпретация этого феномена у детей как фокального симптома, по-видимому, была бы ошибочной. Другой пример — понимание логико-грамматических конструкций. У взрослых больных трудности в выполнении этого теста рассматриваются как свидетельство поражения зоны ТРО левого полушария (Лурия А. Р., 1962, 1975). У детей же (старше 7 лет), по нашим наблюдениям, подобные трудности очень часто возникают при интеллектуальной недостаточности (даже в легкой степени).

Таблица 9

Частота дизартрии у детей с право- и левосторонними гемипарезами

Клиническая группа детей	Частота дизартрий	
	Мальчики (423 чел)	Девочки (307 чел)
Правосторонний гемипарез	34	44
Левосторонний гемипарез	21	50

Все эти обстоятельства позволяют некоторым исследователям считать топический диагноз в детской нейропсихологии принципиально невозможным (Johnson M. H., 1997). При всем том есть основания полагать, что фундаментальные принципы функциональной организации головного мозга, основные виды высших корковых функций (зрительный гнозис, слуховой гнозис, разные виды праксиса и т. п.), операциональное обеспечение отдельных видов деятельности, по-видимому, и в случаях дизонтогенеза остаются примерно теми же, что и норме, поскольку это базовые видовые характеристики мозга человека. С точки зрения нейропсихологического подхода у нас остается возможность синдромологического и функционального «факторного» (в терминологии А. Р. Лурия) анализа симптоматики недоразвития речи. Нельзя не согласиться с мнением Т. В. Ахутиной, что «...основной, уверенно решаемой задачей нейропсихологической диагностики детей является оценка состояния компонентов функциональных систем, реализующих ВПФ, то есть функциональный диагноз» (Ахутина Т. В., 1998, с. 202-203). Для понимания механизмов и выбора коррекционных стратегий это имеет даже большее значение, чем топический диагноз. В качестве факторов можно рассматривать формы обработки информации (сукцессивный/симультанный) или виды операций программирования коммуникативно-речевой деятельности, которые вносят особое, специфическое качество, свойственное определенной функциональной системе или подсистеме мозга и языка. При таком анализе

весьма продуктивен нейролингвистический подход, объединяющий нейропсихологические и психолингвистические методологические принципы (Лурия А. Р., 1975). В рамках такого подхода, например, в качестве факторов рассматриваются парадигматические или синтагматические типы операций, дефицитарность которых вносит весьма специфические черты в симптоматику речевых и языковых нарушений и играет синдромообразующую роль.

Собственный опыт нейропсихологического исследования разных форм когнитивной и речевой патологий у детей с общим психическим недоразвитием, дислексией, спастическими гемипарезами и с недоразвитием речи позволяет нам высказать некоторые общие соображения по поводу принципов нейропсихологического анализа клинической картины у детей с психоречевым дизонтогенезом (Корнев А. Н., 1975, 1976, 1981, 1993, 1994, 1995, 1997, Корнев А. Н., Молчанов А. И., 1990, Kornev A. N., 2000, Kornev A. N., Molchanov A. I., 1996).

1. При нейропсихологическом подходе к анализу клинической и психологической симптоматики большое значение имеет то, какими будут минимальные единицы членения полиморфной симптоматики. В большинстве случаев совокупность симптомов весьма пестра, полиморфна по характеру. Для того чтобы идентифицировать базовую природу расстройства, необходимо выделить типовые синдромы, имеющие единые нейропсихологические механизмы. Тактика здесь примерно такая же, как и при клинической диагностике. Диагноз заболевания устанавливается при выявлении синдромов, патогномичных для него. При этом важно отделить основную, облигатную симптоматику от сопутствующей или осложняющей, то есть факультативной. *Признаками самостоятельного расстройства или типовой формы недоразвития речи правомерно считать совокупность симптомов, имеющих единый нейропсихологический механизм и регулярно встречающихся в данном сочетании. В динамике такой симптомокомплекс обычно меняется синхронно, единообразно, как единое целое. Если в динамике происходит*

расслоение синдрома, это обычно свидетельствует о том, что синдром имеет сложносоставной характер, то есть представляет собой совокупность двух разных симптомокомплексов. Если синдром встречается в неполном составе, это тоже означает, что часть его симптомов факультативна или принадлежит другому синдрому. При сложных формах недоразвития речи у детей обнаруживаются сочетания нескольких синдромов. Если такие сочетания встречаются регулярно, есть основания полагать, что это носит неслучайный характер и, вероятно, вызвано особенностями структуры церебральной недостаточности. В таких случаях подобный сложный симптомокомплекс может получить статус самостоятельной клинической формы недоразвития речи. Так обстоит дело, например, у детей с моторной алалией. Таким образом, целесообразно различать минимальные синдромные образования или «малые» синдромы и сложные, комплексные синдромные образования или «большие синдромы». Большие синдромы могут быть сочетанием первичных и вторичных (см. ниже) речевых нарушений. В других случаях они представляют собой комплекс нескольких первичных синдромов, имеющих разные механизмы.

2.Еще одним основанием для выделения синдрома как минимальной единицы анализа является *критерий диссоциации*, который не раз уже упоминался в этой книге. Данный критерий давно применяется как один из основополагающих в нейропсихологическом анализе (Лурия А. Р., 1973, Teiber Н. L., 1964). Симптомокомплексы, диссоциирующие относительно друг друга в популяции детей с НР, с большой вероятностью можно рассматривать как минимальные синдромальные образования, имеющие единые нейропсихологические механизмы.

3.При нейропсихологическом анализе необходимо различать *первичные* (то есть первично дефицитарные) и *вторичные* (то есть дизонтогенетические) феномены (Выготский Л. С, 1983, Лурия А. Р., 1983). Последние обычно более вариабельны по проявлениям в разных формах речевой продукции, легче поддаются коррекции (при своевременном ее проведении). Аналогичные наблю-

дения приводит и Т. В. Ахутина (1998). Например, вторичные нарушения фонематического восприятия, фонетических (фонематических) представлений, обусловленные дефектной артикуляцией, при раннем начале коррекции устраняются раньше, чем артикуляторные недостатки. Более того, это является условием быстрой и полноценной компенсации фонологических нарушений. При расслоении «больших синдромов» в процессе коррекционной работы вторичные синдромы устраняются в первую очередь. Например, вторичные лек-сико-грамматические нарушения (обусловленные интеллектуальной недостаточностью) в процессе коррекции компенсируются легче и быстрее, чем первично языковые аналогичные синдромы (например, при моторной алалии). В речевой патологии детского возраста подобную дифференциацию провести весьма сложно. Один из приемов, облегчающих решение этой задачи, — соотнесение уровня функциональной зрелости исследуемой дефицитарной функции с уровнем общей зрелости речевого поведения (так называемым «возрастом речевого развития») и «ментальным возрастом». Первичные по природе синдромы обычно значительно диссоциируют с «возрастом речевого развития», что выглядит как западение функции. В качестве примера можно привести описанный выше феномен западения способности оперировать падежными конструкциями у детей с моторной алалией. Он выбивается из ряда остальных грамматических нарушений и является более стойким в процессе коррекции. Другим примером может быть грубый дефицит формирования слоговой структуры, обусловленный динамической диспраксией. Он может наблюдаться как при моторной алалии, так и при параалалической форме ТНР. Он выражен обычно значительно грубее всех прочих симптомов и синдромов недоразвития речи и сохраняется как парциальный синдром даже на этапе почти полной компенсации НР.

4. Нейропсихологический синдромологический (или синдромный, в терминологии А. Р. Лурия) анализ разных форм недоразвития речи у детей свидетельствует о том, что *недоразвитие речи не является самостоятельной*

нозологической единицей в медицинском смысле этого понятия, целостным однородным расстройством с единым патогенезом и механизмами. Обычно это совокупность нескольких синдромов, различающихся по механизмам. Эти синдромы отражают неполноценность разных подсистем ФСЯР. Каждый из малых синдромов соответствует неполноценности одной подсистемы. Их сочетания образуют большие синдромы. Если такие сочетания носят повторяющийся характер, большие синдромы рассматриваются как типы недоразвития речи, как таксономические единицы в рамках той или иной классификации.

На основе вышеописанных принципов совокупность лингвопатологических феноменов была подвергнута анализу до уровня симптомов, описанных в главе 4. Далее с нейропсихологических позиций была произведена качественная квалификация симптомов. Мы основывались на принципиально важном положении А. Р. Лурия о месте симптома в нейропсихологическом анализе. «Ближайшая задача исследователей сводится к тому, чтобы, изучив *структуру наблюдаемого дефекта, квалифицировать симптом*. Только такая работа, приводящая к *выделению основного фактора, стоящего за наблюдаемым симптомом*, позволяет прийти к заключению о локализации очага, лежащего в основе дефекта» (Лурия А. Р., 1973, с. 80). После такой работы была произведена синдромологическая группировка. Методологической базой нейропсихологического анализа было учение А. Р. Лурия о динамической локализации ВПФ и его модель структурно-функциональной организации мозга (Лурия А. Р., 1973, 1975), а также теория уровневой организации движения Н. А. Бернштейна (1990).

Разграничивая синдромы, мы в качестве нейропсихологических факторов рассматривали следующие функциональные параметры:

а) Дефицитарный уровень церебральной организации, функциональная слабость которого играет основную синдромообразующую роль:

- сенсомоторный уровень (парезы и дискинезии);

- гностико-праксический уровень (диспраксии, вторичные нарушения речевой деятельности).

Семиотический или языковой уровень (первично языковые синдромы).

б) Тип нарушенных когнитивных операций, неполноценность которых доминирует в механизмах лингвопатологического синдрома:

- сукцессивные/симультанные когнитивные операции;
- синтагматические/парадигматические семиотические операции.

В оппозиции синтагматическое/парадигматическое нарушение различие заключается не только в механизме и характере языковых нарушений. Практически всегда преимущественно синтагматические по механизму синдромы (как фонологические, так и синтаксические) встречаются при наиболее тяжелых формах недоразвития речи. Парадигматические же синдромы малоспецифичны, наблюдаются чаще и при относительно более легких формах недоразвития речи, и даже при задержке лексико-грамматического развития. Они одинаково часто встречаются при первичном и вторичном недоразвитии речи. Синтагматические же нарушения наблюдаются при моторной алалии или при первичном недоразвитии речи, осложненном умственной отсталостью. Если принять во внимание, что синтагматическая грамматика свойственна более раннему этапу онтогенеза, чем парадигматическая (Леонтьев А. А., 1997), то данная закономерность получает объяснение. Как известно, в онтогенезе раньше осваиваются когнитивно более простые операции. Те психические функции, которые усваиваются в более раннем возрасте, обычно менее уязвимы к воздействию патогенных факторов (Мнухин С. С, 1946, 1968, Ковалев В. В., 1985, Gollnitz С, 1962, 1974). Они страдают при более грубых вредностях или повреждениях или при избирательном повреждении соответствующих мозговых структур. Поздно созревающие, сложноорганизованные функции более уязвимы и страдают при разнообразных негрубых повреждающих воздействиях. Интересно, что аналогичное соотношение этих двух типов языковых нарушений наблюдается и при афазиях. Морфологический аграмматизм клинически

менее специфичен. Он встречается при разных формах афазии, как при передних, так и при задних очагах поражения (Глозман Ж. М., 1975). Синтаксический аграмматизм наблюдается преимущественно при заднелобных очагах поражения (Ахутина Т. В., 1989).

Оппозиция сукцессивные/симультанные операции применима в отношении нарушений гностико-праксического уровня.

в) Подсистема ФСЯР, неполноценность которой определяет доминирующие качественные параметры лингвопатологического синдрома:

- фонетическая/фонологическая недостаточность;
- морфологическая недостаточность;
- синтаксическая недостаточность;
- коммуникативно-прагматическая недостаточность.

Кроме качественной дифференциации перечисленные типы синдромов имеют различия и по тяжести состояния и распространенности в популяции. Распространенность их убывает в порядке перечисления в списке. Общая тяжесть состояния, наоборот, возрастает. Последний, наиболее редкий тип нарушений — коммуникативно-прагматический. Он встречается преимущественно у детей с ранним детским аутизмом — тяжелой формой аномалии психического развития. Кроме этого, в более легкой форме аналогичное состояние наблюдается у детей с правополушарной недостаточностью (Semrud-Clikeman M., Hynd C. W., 1990). При рассмотрении лингвопатологических синдромов детского возраста с позиций «факторного» анализа нельзя не отметить трудности подобной интерпретации, вызванные сложностью их природы и механизмов. Большинство из них имеет мультифакторный характер. Закономерным является сочетание факторов, относящихся к разным категориям. Например, факторы семиотический + фонологический + парадигматический или гностико-праксический + фонетический + симультанный. Наряду с этим встречаются случаи, когда актуальны одновременно два фактора одной и той же категории. Это обуслов-



лено их системной связью в рамках ФСЯР. Например, нейропсихологические механизмы синдрома вербальной диспраксии в качестве доминирующего фактора имеют неполноценность синтагматических операций в фонологической сфере, то есть фонотаксиса. Это проявляется в значительной контекстуальной зависимости звуковых ошибок, высокой частоте дистантных ассимиляций, зависимости числа ошибок от длины и сложности слова или синтагмы. Однако не менее выражены при этом и симптомы, связанные с парадигматическим фактором, — нерегулярные замены и смещения звуков. В определенной степени последние обусловлены влиянием синтагматических нарушений, но весьма вероятно и наличие первичной недостаточности парадигматических операций. У ряда детей это подтверждается в ходе динамического наблюдения.

Нарушение формирования некоторых речевых механизмов на разных этапах онтогенеза может демонстрировать влияние как сукцессивного, так и симультанного дефицита. В главе 1 описывается модель формирования артикуляторной базы и важной ее составляющей — артикуляторного праксиса. На начальных этапах овладения слоговой структурой у большинства детей преобладают сукцессивные механизмы моторного программирования (исключение составляют дети с доминированием холистической стратегии). Иначе говоря, моторная программа фонетического слова (его слоговой структуры) представляет собой последовательный ряд артикулем, релевантных отдельным слогам. При незрелости динамического артикуляторного праксиса и дефиците сукцессивных операций страдает способность выполнять несколько операций:

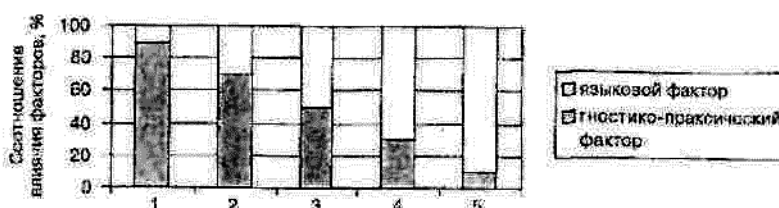
- программировать и реализовать длинные ряды артикулем, то есть многосложные слова (об этом свидетельствуют ошибки в виде редукции слогового ряда, пропусков или перестановок слогов; в тяжелых случаях редукция может доходить до сохранения лишь одного слога);
- в быстром темпе переключаться с одной артикулемы на другую (то, что А. Р. Лурия называл «воспроизведением кинетической мелодии»); ошибки, обусловленные этой трудностью, заключаются в персеверации (итерации) слогов, уподоблении слогов друг другу.

В ряде случаев ребенок способен произнести слова МИЛИЦИОНЕР ВЕЛОСИПЕДИСТ, ПРОСТОКВАША только скандированно, с паузами между отдельными слогами. Каждое артикуляторное действие совершается как отдельный моторный акт, сознательно контролируемый, а не как элемент серийно организованного ряда. В тяжелых случаях это приводит к резкому доминированию лепетных, звукоподражательных слов типа СГ-СГ. На следующем этапе формирования слоговой структуры происходит консолидация ряда артикулем в единую симультанную программу. Это приводит к автоматизации, повышению стабильности произношения многосложных слов. В большей мере это заметно на примере высокочастотных (в субъективном смысле) слов. При запаздывании наступления этого этапа или грубом нарушении такой способности к симультанизации артикуляторной программы в моторном программировании слоговой структуры резко возрастает нагрузка на успешивные операции. Произношение многосложных слов длительное время остается нестабильным, контекстуально зависимым. Если синтагма насыщена многосложными словами (во фразах типа «Милиционер остановил велосипедиста»), возникает много сбоев в реализации слоговой структуры отдельных слитов. При изолированном произнесении тех же слов качество реализации слоговой структуры значительно выше. По нашим наблюдениям, дефицит успешивной организации ряда артикуляторных действий препятствует переходу на этап симультанизации. В легких случаях этап успешивной регуляции слогового ряда серьезно не страдает, а способность симультанизации (то есть автоматизации слогового ряда как целостной композиции) долго не наступает. Поэтому в спонтанной речи этот изъян не очень заметен, а при выполнении сенсibilизированных проб — повторении синтагм, насыщенных многосложными словами, — возникают многочисленные ошибки.

У многих детей происхождение синдромов дисграмматизма (особенно морфологического) связано с механизмами как семиотического, так и гностико-праксического уровней. Соотношение весов того и другого фактора весьма вариативно у разных детей. В популяции детей с НР оно распределено между

крайними вариантами этого соотношения, включая множество промежуточных вариантов (рис. 32).

Результат клинико-нейропсихологического анализа лингвопатологической симптоматики при тотальном недоразвитии речи схематически представлен на рисунке 33. Как видно, в блок-схеме выделено 8 основных, типовых синдромов, различные сочетания которых образуют основные формы тотального недоразвития экспрессивной речи у детей (исключая вторичные его виды). На схеме представлены несколько вариантов параалалической формы тотального недоразвития речи, образованных разными сочетаниями фонологических и лексико-грамматических нарушений. В настоящее время особенности лингвопатологических и психологических характеристик этих вариантов (как целостных образований) не изучены. Выше приводились лишь некоторые особенности варианта ПТНР, образованного сочетанием дисфонетической артикуляторной диспраксии + морфологическим дисграмматизмом, отличающие его от другого типа ПТНР, где артикуляционная диспраксия была представлена дисфонологическим ее вариантом. Оказалось, что даже структура интеллектуальной недостаточности здесь различается. Данная схема могла бы стать основой для дальнейшего клинико-нейропсихологического изучения этих вариантов.

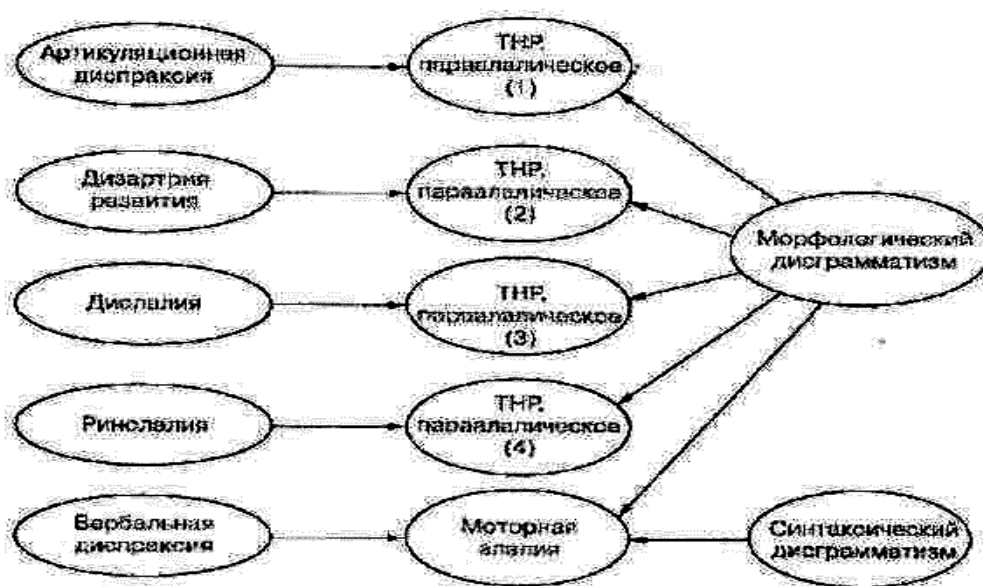


Варианты синдромов дисграмматизма

Рис. 32. Соотношение гностико-праксического и языкового факторов в механизмах дисграмматизма

Как следует из синдромной модели НР, приведенной на рисунке 33, различия в клинической картине разных вариантов параалалической формы ТНР

обусловлены констелляцией разных синдромов. Это не означает, что общая клиника НР есть механическая сумма разных синдромов. На системном уровне (в рамках ФСЯР) эти синдромы взаимодействуют друг с другом, модифицируя симптоматику друг друга. Проявления синдрома морфологического дисграмматизма в рамках варианта ПТНР 2 (синдром дизартрии развития + морфологический дисграмматизм) имеют определенные отличия от аналогичного синдрома в рамках варианта ПТНР 4 (синдром ринолалии + морфологический дисграмматизм).



**Рис. 33.** Синдромная структура разных форм тотального недоразвития речи (ТНР)

Принципиальной позицией, положенной в основу данной нейропсихологической модели, является принятие гипотезы об относительной независимости дисфонологических и дисграмматических синдромов, имеющих разные механизмы. Как видно из блок-схемы, различные сочетания 8 основных синдромов образуют формы тотального недоразвития экспрессивной речи у детей (исключая вторичные его виды). Происхождение этих синдромов не выводится друг из друга, как нередко делается в рамках концепции «системного недоразвития речи» Р. Е. Левиной.

# ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

## 9.1. ОБЩИЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ

Понятие «диагноз» встрогом, первоначальном смысле слова связано с медициной и считается сферой компетенции врача. В медицине диагнозом принято называть квалификацию болезни или болезненного состояния в соответствии с общепринятой классификацией болезней, с указанием ее этиологии и патогенеза, синдромологической характеристики и характера течения (Энциклопедический словарь медицинских терминов, 1982, Ковалев В. В., 1985). Однако при проведении «психологической диагностики», «логопедической диагностики», «педагогической диагностики» не ставится задачи установления диагноза, поскольку в соответствующих дисциплинах такая категория отсутствует. Целью диагностики в этих случаях не является обнаружение болезни. В работах А. Гезелла (1930) и Л. С. Выготского (1983) была создана методологическая основа для использования такой категории, как «диагноз», в психологии аномального развития и в дефектологии. Однако дальнейшего развития эти идеи не получили. В работе Л. С. Выготского «Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства» (1936, 1983) обсуждается содержание таких понятий, как «симптоматический педологический диагноз» и «диагноз развития». Особенно важной и конструктивной нам представляется концепция «диагноза развития». «Диагноз развития», как его представлял Л. С. Выготский, — интегральное понятие, включающее оценку уровня развития разных систем организма (как психологических, так и физиологических), рассмотренных в их системном взаимодействии. Под «уровнем развития» понимается определенный этап онтогенеза, которому присуще особое качество. По мнению автора, есть смысл оценивать уровень развития разных систем орга-

низма отдельно, дифференцированно, так как каждой из них присущи свои особые закономерности развития. При диагностике уровня развития у детей с дизонтогенезом важно не ограничиваться симптоматологическим, описательным уровнем диагностики. Необходим качественный, содержательный анализ всего симптомокомплекса, «динамических процессов» и причинных механизмов, лежащих в их основе. Центральной проблемой в такой диагностике Лев Семенович считал «вскрытие механизма симптомообразования: как развился, с помощью какого механизма возник... данный симптом» (там же, с. 320). Для более надежного суждения о природе аномального развития он считал необходимым не ограничиваться амбулаторным однократным исследованием, а дополнять его динамическим наблюдением. Подобная диагностика должна включать и определение прогноза дальнейшего развития. Автор очень тонко подметил тот факт, что диагноз развития одновременно является и прогнозом: «Содержание прогноза то же, что и диагноза, но первый строится на умении настолько понять внутреннюю логику... процесса развития, что на основе прошлого и настоящего намечает путь детского развития при всех прочих условиях, сохранившихся в прежнем виде» (там же, с. 320). В последующие годы особенности развития патопсихологии детского возраста в России были таковы, что задача целостной оценки состояния фактически не ставилась. Психологическое исследование ограничивалось частными заключениями о состоянии личностной сферы, познавательных способностей, интеллекта, мышления, памяти. Заключение медицинского психолога оставалось лишь дополнением к психиатрическому диагнозу.

Новые возможности и перспективы появились благодаря введению понятия «функциональный диагноз» (Воловик В. М., 1975, Ковалев В. В., 1985, Коробейников И. А., 1995, 2002). Функциональный диагноз имеет психологические, логопедические, социальные аспекты и в силу этого обязательно носит мультидисциплинарный характер. По существу, в нем отражаются индивидуальные особенности психического развития, уровня социально-психологической адаптации, своеобразие переживания индивидом своих проблем и недо-

статков, характерологических и патологических форм реакции личности на трудности, связанные с дизонтогенезом, особенности компенсаторных психологических образований и явления декомпенсации. В случаях дизонтогенетических состояний, строго говоря, не являющихся болезнью, роль и содержание функционального диагноза значительно возрастает по сравнению с нозологическим диагнозом. Основные принципы диагностики аномального развития были заложены в трудах Л. С. Выготского (1983). Позже В. И. Лубовским (1989) этот вопрос был методологически проанализирован, и им предложены принципы, выработанные на основе идей Л. С. Выготского. Они включают:

- комплексный подход;
- принцип целостного системного изучения ребенка;
- принцип динамического изучения;
- принцип качественного анализа данных, полученных в процессе психологической диагностики.

*Комплексный подход*, как один из основных принципов диагностики аномального развития, означает требование всестороннего обследования и оценки особенностей развития ребенка, охватывающей не только интеллектуальную, познавательную деятельность, но и поведение, эмоции, уровень владения навыками... Таким образом, психологическое исследование составляет органическую часть диагностической системы» (Лубовский В. И., 1989, с. 50—51). На практическом уровне это требует решения задачи «бригадного консилиума» (Коробейников И. А., 2002).

*Принцип целостного, системного изучения ребенка* «предполагает... обнаружение не просто отдельных проявлений нарушений психического развития, а связей между ними, определение их причин, установление иерархии обнаруженных недостатков... то есть того, что Л. С. Выготский определял как взаимосвязанную систему дефектов — первичных, вторичных и т. д.» (там же, с. 51).

*Принцип динамического изучения* как же вытекает из цитированных выше положений, высказанных Л. С. Выготским. В особенности важно, как отмечает

автор, положение о том, что «основные закономерности развития нормального ребенка сохраняют свою силу и при аномальном развитии» (там же, с. 53). Хотя необходимо учитывать и специфические закономерности детей с аномалиями развития. Другим важным положением, с которым связан этот принцип, является концепция Л. С. Выготского о зонах актуального и ближайшего развития. Для характеристики зоны ближайшего развития динамическое наблюдение крайне важно.

*Принцип качественного анализа* данных, полученных в результате психологического исследования, автор рассматривает в комплексе с дополняющим его количественным анализом, позволяющим дифференцировать варианты нормы от патологии. Это ставит задачу разработки диагностических методик, которые, будучи стандартизованными, позволяли бы в то же время судить о том, какие именно способности, процессы и операции сформированы недостаточно. Это должно носить не декларативный характер, а базироваться на результатах валидации методик. Таких русскоязычных методик в настоящее время очень мало.

В логопедии результатом диагностического процесса принято считать «логопедическое заключение» или так называемый «логопедический диагноз» (Логопедия, 1999, Лалаева Р. И., 2000). В соответствующей литературе описаны «принципы анализа речевых нарушений»:

- принцип развития;
- принцип системного подхода;
- принцип рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития (Левина Р. Е., 1968, Логопедия, 1999).

Перечисленные принципы перекликаются отчасти с вышеприведенными. Однако при сходном наименовании они не всегда совпадают по сути. Это, например, касается «принципа системности». Существует множество трактовок термина «система» и «системность»: совокупность элементов, находящихся в



иерархических или логических отношениях друг с другом (например, Периодическая система элементов Д. И. Менделеева, «система понятий»); совокупность живых организмов, находящихся в определенных взаимосвязях друг с другом (экосистема); множество языковых элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом (система языка). Как мы уже отмечали в другой главе, принцип системности, сформулированный Р. Е. Левиной, опирается на понимание «системы», близкой к той, которая используется, например, применительно к системе языка в лингвистике. По-иному трактуется понятие «функциональной системы» организма, сформулированное П. К. Анохиным. Функциональная система в его понимании способна к самоорганизации, ее организующим началом является достижение конечной цели. Ближе по смыслу к «принципу системности» в психологической диагностике находится «принцип связи с другими сторонами психического развития», сформулированный Р. Е. Левиной, так как речь в отрыве от ментальной и коммуникативной деятельности лишается цели, организующего начала и способности к самоорганизации, то есть к развитию. Речь — это подсистема ФСЯР, целью и организующим началом которой является коммуникация. Нельзя не отметить, что по существу данные принципы регламентируют «педагогическое исследование», а не процесс установления диагноза. Диагностика в строгом смысле слова (особенно клиническая) в логопедии должна соотноситься с клинической классификацией речевых нарушений, которая на сегодняшний день достаточно устарела и в последние десятилетия уступила приоритет психолого-педагогической классификации.

Недоразвитие речи у детей в большинстве случаев представляет собой определенную форму психоречевого дизонтогенеза. В связи с этим диагностическое исследование таких детей составляет весьма обширную программу. Собственный опыт как исследований, так и практического консультирования детей с разными формами психического дизонтогенеза, позволяет утверждать, что дети с речевой патологией — наиболее сложный контингент для диагностики и дифференциальной диагностики. Это связано с тем, что у них тесно сплетена

симптоматика, включающая речевые, когнитивные, коммуникативные и эмоционально-волевые нарушения. Потребности абилитационной работы делают обязательным исследование механизмов выявленных расстройств, что включает целый ряд разнопрофильных клинических исследований: неврологическое, психопатологическое, патопсихологическое, логопатологическое, логопедическое, психолингвистическое и нейропсихологическое. Кроме того, во многих случаях необходимо провести аудиометрию, ЭЭГ-исследование, транскраниальную доплерографию и др.

Симптомы и механизмы, относящиеся как к когнитивной, интеллектуальной сферам, так и к собственно речевой и языковой сферам, существуют у детей не рядоположенно (как сопутствующая симптоматика). Довольно часто они имеют одни и те же патогенетические корни, но разные психологические и психолингвистические механизмы. Кроме того, они вступают в системное взаимодействие. Иначе говоря, именно их включенность в ФСЯР в качестве подсистем и приводит не только к кумулятивному, но и к ингибирующему эффектам. Это затрудняет порой однозначную идентификацию состояний как в семиотическом, так и в патогенетическом аспектах.

При сочетании интеллектуальной и языковой/речевой недостаточности выбор диагностического ярлыка осложняется. Возникает вопрос, какой же диагноз выбрать в качестве основного. При любом выборе следует помнить об известной степени его условности. Соотношение разных синдромов по степени выраженности и месту в общей клинической картине, наблюдающаяся пропорция, определяющая вес и значимость каждого из них, приводят к принятию определенного диагностического решения. На него обычно влияют и чисто прагматические соображения, такие как приоритет потребности в помощи специалиста определенного профиля, особенности программы того или иного специализированного образовательного учреждения и даже формальные условия приема в эти учреждения (так называемые показания и противопоказания).

В большинстве случаев клиническая картина у детей с недоразвитием речи настолько сложна и полиморфна, что выбор диагноза приходится

производить, руководствуясь не принципом «или-или», а принципом «и-м». Одно и то же состояние включает признаки, позволяющие отнести его к нескольким таксономическим группам. Например, избирательное нарушение формирования языка и/или речи в онтогенезе является основанием для причисления данного случая к группе «специфических нарушений развития речи» (F80). Однако психопатологический анализ нередко выявляет у того же ребенка симптомы и синдромы, типичные для таксономической группы «смешанные специфические расстройства развития» (или «задержка психического развития» в традиционной классификации): психический инфантилизм, своеобразные проявления пограничной интеллектуальной недостаточности. Выражаясь метафорически, на практике мы чаще видим (если умеем это видеть!) не черное или белое, а разные оттенки серого. Тем не менее практические нужды заставляют нас уложить конкретный случай в прокрустово ложе официально принятых классификаций, несмотря на то что даже самые совершенные из них сильно упрощают реальную картину патологии. А это, в свою очередь, деформирует, упрощает представления о личности ребенка, являющегося объектом диагностики. Парадокс психологии экспертных решений заключается в том, что выбранный экспертом диагностический ярлык уже сам начинает менять наш взгляд, установку, наше видение ребенка. Сказываются эффекты «фигуры и фона», описанные в гештальтпсихологии. Все, что имеет прямое отношение к диагнозу, вписывается в него, начинает восприниматься контрастнее, ярче, значимее. То, что не вписывается в диагноз, постепенно перестает замечаться или рассматривается как фон, как сопутствующая симптоматика. В чем-то это напоминает феномен зрительных иллюзий и установки, когда в одних и тех же известных изображениях мы видим «зайца» или «утку», «жену» или «тещу», но не то и другое одновременно (Leeper R. W., 1935).

Диагностический процесс при исследовании детей с отклонением в развитии речи состоит из нескольких этапов или может быть представлен как последовательный ряд решений (Ковалев В. В., 1985).

## 9.2. ЭТАПЫ И СОДЕРЖАНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А) *Этап симптоматологической диагностики.* Первое, что обычно необходимо определить, — это наличие/отсутствие отклонения в речевом развитии по какому-либо из параметров. Иными словами, это означает, что специалист должен определить факт наличия лингвопатологических симптомов или признать ребенка здоровым. На этом этапе принципиально важно отличать проявления физиологической незрелости речи и языка, соответствующие норме данного возраста (что не соответствует понятию «симптом»), от проявлений, выходящих за рамки нормы. Это возможно в том случае, когда специалист достаточно хорошо знает норму речи в разные возрастные периоды. Кроме того, необходимы экспериментально верифицированные данные о возрастных границах, в пределах которых определенные явления физиологической незрелости языка и речи допустимы. То есть в идеале для каждого ненормативного феномена детской речи необходимо знать минимальные показатели данного возраста, отделяющие норму от патологии.

В случае обнаружения лингвопатологических симптомов встает задача правильно квалифицировать их. От первичной квалификации симптомов в конечном счете может зависеть заключение или логопатологический диагноз. Например, некоторые виды отклонений фонетических характеристик звука от эталонного могут с формальной точки зрения интерпретироваться и как искажение, и как замена. В частности, использование смягченного (полумягкого) варианта ряда согласных (С, Т', Л' и др.) с формальной точки зрения может интерпретироваться и как палатализация (то есть искажение), и как использование временного субститута (то есть как замена). В большинстве случаев правильным является второй тип интерпретации. Лексическая ошибка при назывании картинок может рассматриваться как парафазия (то есть как ошибка выбора нужной лексемы) или как ошибка узнавания изображения (то есть ошибка уровня восприятия или гностическая ошибка). Неспособность назвать определенное изображение, действие или признак может быть проявлением

дефицита словаря, следствием ограниченности знаний сданном явлении (дефицит опыта или интеллектуального развития), следствием нарушения зрительного гнозиса (трудностью распознавания) или трудностью в произнесении соответствующего слова, из-за чего ребенок предпочитает промолчать или сослаться на незнание (следствие логофобии). Можно привести много аналогичных примеров и из сферы грамматики (словообразования и словоизменения), где атрибуция ошибок может носить неоднозначный характер.

Б) *Этап диагностики развития.* На следующей ступени диагностического процесса необходимо установить общие характеристики дизонтогенеза. Обычно для полноценного решения этой задачи необходимо участие нескольких специалистов: логопеда (логопатолога), психолога/нейропсихолога, невропатолога, психиатра. Подходя к этой проблеме с системных позиций, необходимо установить состояние психоречевого развития в целом, масштабы, структуру, степень выраженности дизонтогенетических проявлений и место речевой симптоматики в контексте дизонтогенеза.

Важную роль в этом процессе занимает оценка интеллектуальных способностей ребенка. Диагностика интеллекта у детей с недоразвитием речи, пожалуй, одна из наиболее трудных задач. Тесная связь речи и мышления затрудняет в процессе диагностики разграничение трудностей понимания вербальной инструкции к заданию, трудностей формулировки ответа и собственно несформированности вербально-логических форм мышления (Лубовский В. И., 1989). Все это часто приводит как к гипо-, так и к гипердиагностике интеллектуальной недостаточности. Удобным выходом из этого сложного положения является использование невербальных методик исследования интеллекта или «тестов действия» (Anastasi A., 1982). Однако нельзя не принять во внимание то обстоятельство, что «тесты действия» оценивают лишь некоторые компоненты такого сложного, комплексного явления, как интеллект (Холодная М. А., 1997, Spearman C, 1904, Thurstone L. L., 1938, Guilford J. P., 1967). Кроме того, разные диагностические задания,

рассматривающиеся как тесты действия, неравноценны, имеют разную содержательную валидность. Например, в собственной практике исследования интеллекта с помощью стандартизированных методик ABM-WISC (невербальной части субтестов) и «Прогрессивных матриц Raven» мы не раз получали различающиеся результаты у одних и тех же детей. Психологическая организация деятельности при выполнении субтестов «Последовательные картинки», «Складывание фигур из кубиков», «Складывание объектов» существенно сложнее в звене программирования и контроля по сравнению с заданиями в матрицах Raven. С другой стороны, в заданиях последнего типа предъявляются более высокие требования к ориентировочной основе умственного действия (по П. Я. Гальперину) и к способности действовать в мысленном плане. Даже по внешне схожим субтестам ABM-WISC «Складывание фигур из кубиков» (аналогтеста Кооса) и «Складывание объектов» (усложненный вариант разрезных картинок) результаты у некоторых детей диссоциируют. Отсутствие данных по содержательной валидности отдельных субтестов еще более усложняет интерпретацию. Наши экспериментальные данные (см. главу 8) и многолетний клинический опыт свидетельствуют, что из невербальных диагностических методик у детей с НР наибольшими прогностическими возможностями обладает тест Кооса (или субтест ABN4-WISC «Складывание фигур из кубиков»). Чем выше результаты в этом задании, тем шире когнитивный ресурс и благоприятнее прогностические ожидания.

Очень важно, чтобы состояние неречевых функций рассматривалось не как фон, а как системный контекст выявленных речевых симптомов. Системный подход в логопедической диагностике чаще используется для обоснования связи, взаимовлияний разных психических и речевых функций друг на друга (Левина Р. Е., 1968). Однако представление о функциональной системе как о структурированном, сложноорганизованном образовании, объединяющем качественно разные компоненты, подсистемы, требует исследовать эти компоненты, принимая их самобытность и известную автономность в развитии. Следовательно, в диагностике необходимо оценивать

и анализировать состояние этих подсистем сначала отдельно друг от друга. Только тогда можно понять закономерности сочетанного влияния компенсаторных и дисфункциональных свойств этих подсистем на эффективность работы функциональной системы языка и речи в целом.

Например, независимость формирования сегментарной, фонологически-артикуляторной подсистемы с одной стороны, и супrasegmentарной подсистемы ритмико-слоговой организации речевого акта — с другой, позволяет понять их диссоциацию у детей с моторной алалией. Более того, в норме они на ранних этапах онтогенеза находятся в конкурентных отношениях. Введение ребенком в инвентарь собственных артикуляторных навыков нового звука сопровождается временным упрощением слоговой структуры тех слов, в которые он впервые вводится (см. главу 1). Стойкие нарушения слоговой структуры заставляют ребенка сознательно избегать употребления этих слов и тем обедняют словарный состав его речи. Примерно аналогичная ситуация наблюдается при синдроме морфологического дисграмматизма. Ребенок сознательно избегает трудных для него грамматических ситуаций и упрощает синтаксическую конструкцию используемых высказываний. Во всех этих примерах прослеживается действие «принципа минимального обеспечения», описанного П. К. Анохиным. Функциональная система в целом самоорганизуется таким образом, чтобы получить конечный результат даже при минимальной зрелости отдельных ее компонентов, или упрощает функциональную структуру деятельности при неполноценности определенных ее звеньев.

По всем вышеуказанным причинам при исследовании состояния ФСЯР необходимо отдельно оценивать и описывать фонетику и фонологию (сегментарный и супrasegmentарный уровни), их артикуляторную базу, синтаксис и морфологию не только качественно, но и количественно (оценивая степень зрелости по возрастной шкале). Импрессивный и экспрессивный уровни перечисленных показателей также оцениваются отдельно. Количественная оценка позволяет не только оценить гармоничность/дисгармоничность формирования системы языка и речи, но и сопоставить их с так называемым «ум-

ственным возрастом». А это позволяет определить степень зависимости дефицита речевых навыков и языковых способностей от общей когнитивной зрелости ребенка, то есть установить вклад интеллектуальной недостаточности в механизмы лингвопатологической симптоматики (Лубовский В. И., 1989).

С другой стороны, известно, что природа, закономерности функциональных систем не выводятся из составляющих ее компонентов. Как целое ФСЯР не равноценна сумме входящих в нее подсистем. Она обладает свойствами, которые возникают только на уровне целого. Из этого следует, что показателем эффективности работы системы в целом, уровня ее зрелости является способность к порождению высказываний, соответствующих языковым нормам, коммуникативным целям и задачам, с учетом конкретной коммуникативной ситуации (Сахарный Л. В., 1989). Иначе говоря, это означает необходимость включения в число диагностических задач оценку коммуникативно-прагматической способности.

В) *Этап синдромологической диагностики.* После того, как решен вышеперечисленный круг задач, появляется возможность произвести синдромологический анализ всей совокупности выявленных симптомов. По существу, одновременно решается вопрос и о предполагаемых механизмах нарушений речевого развития. Выделение лингвопатологических синдромов, их логопа-тологическая и нейролингвистическая квалификация фактически подразумевают принятие решения о ведущих механизмах, «факторах», определяющих данный вариант речевого или психоречевого дизонтогенеза. Например, обнаружение у ребенка явлений синтаксического дисграмматизма в большинстве случаев подразумевает первичное нарушение языковой способности. Это встречается преимущественно у детей с моторной алалией.

Выделение синдрома диспраксии (в одном из ее вариантов) означает, что ведущую роль в механизмах играет незрелость или дефицитарность артикуляционного праксиса. Описание синдрома как дизартрического предполагает неврологический (то есть низший в вертикальной иерархии) уровень механизмов и относительно плохой прогноз. Именно поэтому синдромологическая



характеристика речевой сферы при ее дизонтогенезе необходима. Это важно потому, что состояние недоразвития речи представляет собой неоднородный комплекс разных синдромов (подробнее об этом см. главу 8).

Принципиально различны синдромологический и нозологический диагнозы. Последний предполагает квалификацию болезненного состояния с учетом его этиологии, патогенеза и особенностей динамики (Снежневский А. В., 1972, Ковалев В. В., 1985, 1995). Однако следует признать, что методологические вопросы нозологического диагноза в логопатологии практически не разработаны.

Г) *Этап квазинозологического диагноза.* На этом этапе производится выбор интегрального обозначения конкретной формы недоразвития речи. Даже в тех случаях, когда нет полной ясности в отношении природы состояния, традиция вынуждает делать это. Это скорее выбор из нескольких типологических (то есть описательных) вариантов недоразвития речи, чем патогенетический диагноз. Диапазон выбора зависит, естественно, от содержательности и дифференцированности существующих классификаций. В соответствующей главе мы охарактеризовали реальное положение дел в проблеме систематики недоразвития речи. Она слабо разработана, ее решения порой внутренне противоречивы или умозрительны. Поэтому весьма часто индивидуальный вариант недоразвития речи не находит себе адекватного обозначения ни в одной из существующих классификаций. В таком случае специалисты нередко совершают выбор методом исключения. Подобный диагноз, разумеется, малоинформативен; формален и не отражает истинную картину состояния. По-видимому в таких ситуациях значительно более полезен и информативен синдромологический диагноз. Поэтому не следует ограничиваться единичным ярлыком, обозначающим состояние в целом. Надо обязательно дополнять его синдромологической характеристикой, то есть указанием ведущих синдромов.

Д) *Этап функционального диагноза.* Принципы функциональной диагностики в психологии пока разработаны весьма слабо (Ковалев В. В., 1985,

Коробейников И. А., 1995, 2002). В логопатологии они не разработаны совсем. По мнению В. В. Ковалева, «функциональный диагноз — диагноз индивидуальных особенностей заболевания, болезненно измененных и сохранных черт личности, реакций личности на болезнь... социальной адаптации... в условиях болезни» (Ковалев В. В., 1985, с. 251). Многие из этого приложимо к состояниям психоречевого дизонтогенеза.

С учетом специфики речевой патологии функциональный диагноз в логопатологии детского возраста включает следующие характеристики:

*Состояние коммуникативной функции.* Необходимо охарактеризовать состояние коммуникативной компетенции, наличие вторичных коммуникативных нарушений, обусловленных речевой патологией, состояние неречевых форм коммуникативного поведения. Последнее особенно важно у детей раннего возраста.

*Характер личностных реакций* на речевые недостатки и трудности в общении, с ними связанные. Важно отметить как патологические фрустрационные реакции (например, логофобию), так и недостаточность осознания собственных проблем (игнорирование речевых недостатков, акозогнозию). Отмечаются патохарактерологические, компенсаторные и гиперкомпенсаторные личностные реакции ребенка.

*Индивидуальные особенности лингвопатологической и психопатологической симптоматики,* от которых зависит общая оценка тяжести состояния и прогноз компенсации. При этом отмечаются такие особенности, как сложный характер речевого нарушения (например, сочетание двух разных речевых нарушений — дизартрии и моторной алалии), наличие пепхоорганического синдрома, невротических или психопатоподобных синдромов. Все это может существенно тормозить процессы компенсации и требует комплексной аби-литационной работы.

*Уровень социальной адаптации.* Важно отметить уровень социализированности ребенка, способность адаптироваться в коллективе сверстников, статус ребенка в среде сверстников.

Особенности семейной микросоциальной обстановки. Отмечается доминирующий тип воспитания в семье, характер отношений между родителями и ребенком, родителями между собой (так называемый «диагноз семьи»), особенности реакции родителей на недостаток ребенка.

### **9.3. ПРИНЦИПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕЧЕВОЙ, ЯЗЫКОВОЙ И МЕТАЯЗЫКОВОЙ СФЕР**

Существует много свидетельств того, что на функционирование той или иной подсистемы значительное влияние оказывает общий контекст деятельности, в рамках которой программируется и реализуется высказывание. Например, речь ребенка «диалоге со взрослым по синтаксическим показателям?!» отличается от высказываний в диалогах между детьми (Рузская А. Г., 1988, Юрьева И. М., 2001, Лемяскина Н. А., 2001). Вопросно-ответный диалог и инструктивный диалог представляют собой разные формы речевой коммуникации, что влияет как на семантику, так и на структурное оформление высказываний. Все это в известной степени затрудняет выбор подходов при исследовании и оценке результатов вычленение параметров каждой подсистемы отдельно. В подтверждение этого можно привести много примеров. Например, оценка эффективности функционирования фонологической и произносительной подсистем дает разные результаты при анализе различных речевых продуктов: связных высказываний, разрозненного набора слов, отдельных смогов или изолированных звуков. Условия и содержание программирования целого высказывания оказывают влияние на фонологические выборы и моторное программирование. Так, диалог с иностранцем или с ребенком потребует более тщательного артикулирования произносимых звуков в соответствии с нормативом. Речь в условиях дефицита времени, в ускоренном темпе, скорее всего, будет изобиловать звуковыми элизиями, проявлениями ассимиляции. Речь в условиях тестирования обычно более правильна за счет усиления сознатель-

ного самоконтроля. Таким образом, используя однократные тестовые пробы, не следует переоценивать надежность полученных результатов.

Оценка лексико-грамматической системы дает разные результаты при анализе спонтанной речи в естественной коммуникативной ситуации и при использовании специально созданных экспериментальных фраз или текстов в ситуации тестирования. Весьма большое значение имеет, изолированно тестируются отдельные подсистемы или в контексте выполнения комплексных речевых или речемыслительных задач. Высокая степень комплексности, когда одновременно выполняется несколько операций, провоцирует ошибки в наиболее слабой из подсистем и является более жестким испытанием. Это объясняется ограниченностью «когнитивного ресурса» в понимании З. Н. Дружинина (2001) или теорией «дефицита ресурсного обеспечения» (Haarmann H. J., Just M. A., Carpenter P. A., 1997). Изолированное выполнение отдельных операций — значительно более легкая для ребенка задача, уменьшающая вероятность сбоев. Все эти обстоятельства целесообразно учитывать при выборе методик исследования и анализе полученных результатов.

Все перечисленные обстоятельства положены в основу нескольких принципиальных моментов, которые следует учитывать в практической диагностике состояний недоразвития у детей.

1) Диагностика должна быть построена на принципах системного подхода. Это означает, что речь следует рассматривать в контексте коммуникативной и когнитивной деятельности. Поэтому оценке состояния частных речевых показателей должно предшествовать исследование познавательной сферы, уровня ее зрелости и коммуникативной компетенции ребенка. Уровень развития речи и языка следует соотносить с уровнем зрелости этих двух базовых показателей (рис. 34). Коммуникативное поведение ребенка зависит не только от константных характеристик личности, но и от ситуативных факторов. Отношение ребенка к обследующему и к обследованию в значительной степени определяет особенности его коммуникативного поведения. Характер коммуникативного поведения существенно влияет на уровень речевой активности и на такие по-

казатели, как развернутость высказываний и богатство, разнообразие их лексического наполнения. Степень когнитивной зрелости, интеллектуальный потенциал являются факторами, от которых зависит лексический запас, особенно импрессивный. В наибольшей степени эта детерминация проявляется в абстрактной и понятийной лексике. Это следует учитывать при диагностике понимания грамматических конструкций. Например, нарушение понимания фраз может быть обусловлено как незрелостью семантической стороны речи, так и несформированностью грамматических операций анализа высказываний



*Рис. 34.* Схема реализации системно-уровневого принципа в диагностике у детей с речевой патологией

2) При исследовании речевых функций следует оценивать не только успешность выполнения соответствующих операций, но и способность пользоваться этими операциональными навыками в практических целях. Иначе говоря, необходимо выяснить, насколько успешно ребенок использует языковые средства в естественной коммуникативной деятельности. Исследование в эксперименте нужно соотносить с данными полевых наблюдений за ребенком в есте-

ственных для него ситуациях общения. Довольно часто дети, прошедшие определенный курс логопедической коррекции, демонстрируют установочное речевое поведение: воспроизводят стереотипы, усвоенные ранее на занятиях. В свободной речи, за пределами кабинета специалиста они продолжают пользоваться значительно менее зрелыми формами высказываний. Подобные учебные «навыки» вряд ли правомерно приравнивать к истинным навыкам, которые регулярно используются ребенком вне учебных ситуаций. Они скорее отражают зону ближайшего развития речевой функции.

3) Каждое из языковых средств следует рассматривать как достаточно автономную подсистему и независимо от остальных оценивать уровень ее зрелости. Необходимо оценивать не только качественные особенности языковых и речевых навыков, но и количественно характеризовать степень их зрелости. Для измерения зрелости наиболее удобной является возрастная шкала или шкала онтогенеза. Имеет смысл соотносить уровень сформированное™ фонологии, лексики, синтаксиса и морфологии с возрастом, в котором такое их состояние является нормой. В результате будут получены такие качественно-количественные показатели, как «фонологический возраст» (или «возраст фонологического развития»), «лексический возраст», «синтактико-морфологический возраст». Эти показатели удобно сравнивать как с хронологическим, так и «умственным возрастом» ребенка. Такое сравнение позволяет оценить как тяжесть отставания в развитии языка и речи, так и степень избирательности этого отставания. Чем больше диссоциация между «умственным возрастом» и «возрастом развития речевой функции» (в пользу первого), тем больше оснований считать недоразвитие речи специфическим, избирательным. Подобный подход давно и успешно используется зарубежными специалистами. Так называемый «критерий диссоциации» в зарубежной патолингвистической литературе является основным при диагностике «специфического нарушения языкового развития» (SLI).

4) При исследовании качества речевой продукции по любому из параметров следует учитывать контекстные влияния, которые возникают как на языковом,

так и на речевом уровнях. Иначе говоря, владение той или иной языковой операцией надо оценивать в речевой продукции разного уровня сложности. Самая простая шкала контекстной сложности представляет собой лестницу высказываний разной сложности: изолированный звук – слог – слово — фраза — высказывание — текст. Высокая степень контекстуальной зависимости речевых ошибок по качественным и количественным показателям свидетельствует обычно о слабой автоматизированности операций языкового программирования высказываний и низкой языковой компетенции. Это наблюдается, например, при моторной алалии.

Помимо речевого контекста на качество речевой продукции влияет прагматический контекст. В частности, правильность синтаксических конструкций и морфологическое их оформление зависят от того, насколько сложные коммуникативные задачи выполняет ребенок. В исследовании J. L. Evans (1996) были получены данные, подтверждающие наличие такой связи. Ситуации в диалоге, требующие наибольшей гибкости и оперативности (например, при смене темы), чаще всего провоцируют ошибки морфологического оформления фраз. По мнению автора, такая зависимость выражена в наибольшей степени при формах недоразвития речи (SL1 в данном исследовании), когда нарушена не языковая компетенция, а процессуальная сторона порождения высказываний. Из этого делается вывод, что обнаружение такой зависимости свидетельствует скорее в пользу речевого, а не языкового нарушения.

5) Методика исследования должна быть адекватной возрастным возможностям ребенка. В раннем возрасте, например, используются преимущественно наблюдения за спонтанной речью детей в естественной для них ситуации. Могут быть использованы итак называемые «режимные моменты» (в детском учреждении) или бытовые ситуации (в домашней обстановке). Естественно, как и любая форма коммуникативной активности, речевая активность, связность, богатство речевой продукции в этом возрасте весьма зависимы от системы отношений, сложившихся в семье или в детском саду (между воспитателем и ребенком), от эмоционально тона интеракции логопеда / психолога и ребенка в

момент исследования. Весьма информативным в этом возрасте является наблюдение за коммуникативно-речевым поведением ребенка в общении с матерью. Следует помнить, что в первые три года жизни диагностическое заключение относится не только (а может быть, не столько) к ребенку отдельно, а скорее к диаде (мать—дитя) или триаде (мать—дитя—отец). Поэтому не менее важно оценить и характер, особенности коммуникативно-речевого поведения самой матери в той же ситуации. Оцениваются такие характеристики, как реципрокность коммуникативных реплик матери и ребенка, речевая активность матери, адресованная ребенку, откликаемость матери на коммуникативные интенции ребенка, стилевые (жанровые) особенности речи матери в общении с ребенком (адекватность речевому и ментальному возрасту ребенка) и др. Это необходимо оценить в связи с тем, что перечисленные характеристики оказывают сильное влияние на особенности формирующегося коммуникативно-речевого поведения ребенка.

б)Итогом проведенного диагностического исследования является объединение полученных симптомов в синдромы, их квалификация с позиций логопатологии, нейропсихологии и нейролингвистики, выделение ведущих синдромообразующих факторов и механизмов.

## **9.4. ИССЛЕДОВАНИЕ ИМПРЕССИВНОГО УРОВНЯ РЕЧЕВЫХ И ЯЗЫКОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙ**

### **9.4.1. Исследование фонематического восприятия**

Фонематическое восприятие представляет собой наиболее элементарный уровень распознавания речевых высказываний. Обычно под этим понятием подразумевают способность к дифференциации и категориальной идентификации всех фонем данного языка. Оценка этой способности производится на лексическом материале или при сравнении отдельных звуков или слогов.



а) *Дифференциация слогов, различающихся одной из парных согласных.* Например, ПА-БА, СА-ЗА, ТА-ДА, КА-ГА. Ребенку предлагается поднять руку, если он услышит определенный слог.

б) *Дифференциация изолированных парных согласных:* П-Б, С-З, К-Г, Ж-Ш и т. п. Реакция ребенка аналогична реакции на предыдущее задание.

Данные пробы до известной степени дают представление о некоторых формах фонематического восприятия. Однако реальные процессы распознавания звуковых характеристик речи намного сложнее. Одна из важнейших операций — инвариантное распознавание аллофонов, модифицированных у разных людей индивидуальными особенностями артикуляции, как релевантных фонем. На ранних этапах развития речи важную роль играет распознавание просодических контуров слов и словосочетаний. Поэтому безусловный интерес представляет диагностика способности к распознаванию интонационной окраски высказываний. Методика исследования этих процессов пока слабо разработана.

в) *Дифференциация слов-квазиомонимов, различающихся одной фонемой, обычно одной из парных согласных.* Например, БОЧКА — ПОЧКА, КОЗА — КОСА, КРЫША — КРЫСА и т. п. Ребенку предлагается соотнести одно из слов соответствующей картинкой.

г) *«Деформированные фразы».* При исследовании детей 8 лет и старше уместнее использовать следующий прием. Ребенку предлагается прослушать приведенные ниже деформированные фразы, найти и исправить ошибку.

*Инструкция:* «Выслушай фразы, которые я тебе скажу. В некоторых из них есть ошибки. Найди эти ошибки и исправь их».

З-С 1. Хозяйка сварила зуб. 2. Мальчик перелез через сабор и -забрался в огород. 3. У девочки болел суп. 4. На лугу паслась коса.

П-Б 1. Воду хранили в почке. 2. На цветке сидела папочка. 3. Мальчик бил воду из стакана. 4. Из чайника шел бар.

Д-Т 1. В этом томе я живу. 2. У меня взрослая точка. 3. На лугу росла густая драва. 4. В конце предложения надо ставить домку.

Г-К 1. Футболисты забили гол. 2. Собака грызла гости. 3. В этом доме я живу 3-й кот. 4. Учитель поставил мальчику гол.

Ж-Ш 1. В руке у мальчика воздушный шар. 2. После дождя образовалась большая луша. 3. Летом я шил у бабушки. 4. Раскаленная печка давала сильный шар.

Ш-С I. В нашем доме отремонтировали крысу. 2. Я люблю пить томатный сок. 3. Из норы выбежала большая черная крыша. 4. Продавец взял острый нос и отрезал кусок колбасы.

Следует подчеркнуть, что, в отличие от взрослых больных, у детей первичные нарушения фонематического восприятия встречаются очень редко: только при сенсорной алалии и тугоухости (Трауготт Н. Н., Кайданова С. И., 1975). Чаще наблюдаются вторичные расстройства, возникающие в раннем возрасте в результате отрицательного влияния стойких дефектов произношения на становление слуховых эталонов фонем. В таких случаях нарушена дифференциация одной или нескольких групп фонем при сохранной способности к различению остальных (даже более сложных) звуков. Иногда те же звуки смешиваются и в экспрессивной речи. При этом у детей обычно обнаруживается неполноценность артикуляционных кинестезии.

#### **9.4.2. Исследование фонематических (фонетических) представлений**

а) Повторить слоги с оппозиционными звуками.

Серии из 2-х слогов можно предъявлять детям старше 4 лет, из 3 слогов — 5 лет и старше.

са-ша, ша-са, са-за, за-са, за-жа, жа-за, ща-жа, жа-ша

са-са-ша, ша-са-ша, ша-ша-жа, жа-ша-жа,

по-бо, бо-по, та-да, да-та, ла-ра, ра-ла

па-па-ба, ба-ба-па, да-та-да, та-да-та

На качество выполнения данного задания влияют по меньшей мере два фактора: а) состояние сукцессивной кратковременной слухоречевой памяти и б) дифференцированность перцептивных эталонов фонем (точнее, аллофонов), составляющих ряд. Известно, что легче запомнить и правильно воспроизвести комплекс максимально различающихся стимулов по сравнению с совокупностью минимально различающихся, сходных по ряду признаков стимулов. Развести влияние этих двух факторов довольно просто. При трудностях воспроизведения ряда из трех стимулов ребенок будет допускать ошибки в сериях, составленных из любых слогов. Если же более сильное влияние оказывает фонематическая близость стимулов в ряду, ошибки будут носить избирательный характер. Если у ребенка фонематические представления, соответствующие определенным парам согласных, нечетко дифференцированы, то при воспроизведении серий слогов, содержащих эти пары, он обычно допускает устойчивые ошибки. При этом остальные серии воспроизводятся правильно.

б) Отобрать картинки, названия которых содержат заданный звук или начинаются с заданного звука: П и Б, Ш и С, З и С, Д и Т. Предварительно необходимо убедиться в том, что ребенок знает названия изображенных предметов. При оценке результатов этого задания следует принять во вниманиесостояние навыков фонематического анализа. Если ребенок не владеет выделением согласного в начале слова, он может не справиться с данным заданиемпо этой причине. Поэтому предварительно необходимо оценить состояние навыков фонематического анализа.

в) Придумать слова, начинающиеся с определенных звуков или содержащие определенный звук. Например, Р, С, Ш, П, Д, Т и др. Данное задание является психологически более сложным, чем в пункте (б). Оно требует большей степени произвольности от ребенка, зависимо от объема активного словаря. Поэтому его лучше использовать применительно к детям старшего дошкольного и школьно возраста. Если заданный звук произносится ребенком дефектно, это задание лучше не использовать. Некоторые дети стараются избегатьиспользовать в речи слова, содержащие звуки, еще им недоступные.

Выраженность такого избегания зависит от выраженности логофобии. Комментарий к пункту (б) в равной мере относится и к данному заданию.

### 9.4.3. Оценка состояния импрессивного словаря

Поскольку имеются данные о том, что усвоение существительных, глаголов и прилагательных происходит с некоторыми различиями как по темпу (гетерохронность), так и по механизмам, целесообразно отдельно оценивать представленность разных частей речи в словре.

а) *Словарь существительных.* Ребенку предъявляется набор картинок, на которых изображены предметы. Детям второго года жизни при исследовании предлагают показать знакомые им игрушки или бытовые предметы. При исследовании импрессивного словаря у детей раннего возраста необходимо создавать игровые ситуации, в которых поиск названной (или подсказанной) картинки, предмета или игрушки мотивируется не указанием взрослого, а игровой или практической ситуацией. Легче получить желаемую реакцию с помощью предложения типа: «Возьми машинку», «Возьми куклу», «Дай маме куколку». В случаях нарушения понимания речи для получения более достоверных данных при назывании предмета не следует смотреть в его сторону или указывать рукой. При трудностях достижения контакта в условиях диагностического кабинета аналогичные ситуации поручай -г создать родителям в домашних условиях и записать полученные результаты.

б) *Словарь глаголов.* Для исследования необходим набор картинок, на которых один и тот же персонаж совершает разные действия: девочка сидит, девочка стоит, девочка бежит, девочка стирает, девочка гладит, мальчик рисует, мальчик пишет, мальчик входит, мальчик выходит и т. п. У детей раннего возраста это выясняется в процессе совместной игры.

в) *Словарь прилагательных.* Для исследования необходимы предметные изображения с выделенным качественным признаком (цвет, форма, величина и др.). В диагностический комплект должны входить изображения одинаковых предметов, различающихся только называемым признаком: красный мяч, синий

мяч, большая собака, маленькая собака, чистое полотенце, грязное полотенце и т. п. По названному словосочетанию ребенок должен указать на соответствующее изображение. При исследовании детей раннего возраста используются реальные предметы и игрушки.

Таким образом оценивается общий объем словаря и представленность в нем существительных, глаголов, прилагательных. У детей старше 2,5 лет специально следует отметить количество производных слов, которые понимает ребенок (чайник, сахарница, чайная ложка, столовая ложка, бумажный, стеклянный и т. п.).

#### **9.4.4. Понимание фраз**

Понимание фраз зависит от нескольких факторов: понимания слов, из которых состоит фраза, понимания грамматических значений аффиксов и сочетаний служебное слово + аффикс, интерпретации сложных синтаксических конструкций (пассивных оборотов, инвертированных конструкций). Данное обстоятельство следует учитывать при интерпретации результатов исследования. При обнаружении трудностей в понимании фраз необходимо установить, какой из вышеперечисленных факторов в наибольшей степени затрудняет эту операцию.

- Понимание привычных (частотных) словосочетаний («Дай маме ручку!», «Обними маму»).
- Понимание простых фраз-инструкций («Возьми машинку», «Посади куклу в машинку», «Положи кубик в коробочку», «Возьми кубик из коробочки» и т. п.).
- Понимание фраз, содержащих косвенные падежи: «Покажи, чем рисуют, кому дали мячик, с кем играет девочка, кого ловит мишка?»
- Понимание значения словообразовательных (суффиксы, приставки) и словоизменительных (флексии) элементов, предложных конструкций.

Для исследования удобно использовать материалы книги А. Н. Корнева и Н. Е. Старосельской «Как научить ребенка говорить, читать и думать» (СПб., 1999).

При итоговой оценке сформированности импрессивной речи можно рекомендовать уровневую шкалу оценки понимания речи, предложенную Н. С. Жуковой (Жукова Н. С, Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б., 1990).

**Нулевой уровень** понимания речи. Ребенок с сохранным слухом не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения; у детей старше 1 года это свидетельствует о возможном отставании в психомоторном развитии или о сенсорной алалии.

**Ситуативный уровень** сформированности понимания речи. Ребенок понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром. Знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, у родителей, у куклы, но не понимает наименований изображений предметов, игрушек, хорошо знакомых ему в быту. У детей старше 1,5 лет это свидетельствует о возможном отставании в психомоторном развитии или о сенсорной алалии.

**Номинативный уровень.** Ребенок хорошо понимает названия предметов на отдельных картинках, но плохо понимает названия действий, изображенных на них (идет, сидит, читает и т. п.). Совсем не понимает вопросов косвенных падежей (чем? кому? с кем? и т. п.). У детей с сохранным слухом старше 2 лет подобное состояние импрессивной речи может наблюдаться в двух случаях: при общем психическом недоразвитии или при осложненной форме первичного ТНР

**Предикативный уровень** развития понимания речи. Ребенок знает много названий действий, легко ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках, различает значения нескольких первообразных предлогов (положи на коробку, в коробку, около коробки). Не различает грамматических форм слов (единственного и множественного числа существительных, глаголов, уменьшительно-ласкательных суффиксов и др.). У детей с сохранным слухом старше 3 лет подобное состояние импрессивной речи может наблюдаться в двух случаях: при общем психическом недоразвитии или при осложненной форме первичного ТНР.

**Расчлененный уровень** развития понимания речи. Ребенок различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (морфами) — флекси-

ями, приставками, суффиксами (стол — столы, улетел — прилетел, одевает - одевается и т. п.).

При качественном анализе нарушений понимания речи следует отличать нарушение понимания отдельных слов (избирательное или тотальное) от нарушения понимания фраз. Абсолютное непонимание слов большинства частотных (если есть уверенность, что ребенок их услышал) с большой вероятностью свидетельствует о наличии сенсорной алалии (при условии отсутствия глубокой умственной отсталости). Нарушение понимания фраз при сохранности понимания отдельных слов наблюдается при импрессивном дисграмматизме или умственной отсталости, осложняющей тотальное недоразвитие речи.

#### **9.4.5. Понимание логико-грамматических конструкций**

В нейропсихологии взрослых данные пробы используются как тест, оценивающий способность к совершению операций квазипространственного синтеза и анализа, что страдает чаще всего при поражении нижних отделов зоны ТПО (Лурия А. Р., 1969, 1973, 1975). Наши наблюдения на большом контингенте детей дошкольного и младшего школьного возраста с разными формами патологии (недоразвитие речи, ЗПР, умственная отсталость, детский церебральный паралич) свидетельствуют о том, что в детском возрасте результаты данного исследования зависят от двух факторов: интеллектуального развития и грамматических способностей. Причем в большей мере на результат влияет первый из этих двух факторов. Иначе говоря, нарушение понимания логико-грамматических конструкций с большим постоянством встречается при снижении интеллекта. Это согласуется с данными Ж. Пиаже, исследовавшего способность детей понимать фразы, содержащие грамматические конструкции, передающие логические отношения событий. Поданным Ж. Пиаже, причинные грамматические конструкции с союзом «потому что», противительные с союзом «хотя», «несмотря на» начинают употребляться с заметной регулярностью лишь после 8 лет. Частота их употребления непрерывно растет до 12 лет, но еще не достигает уровня взрослых (Piaget J., 1932). Автор объясняет это не-

достаточной способностью к совершению формальнологических операций в этом возрасте.

Ребенку дается два типа инструкций. 1. Я сейчас скажу что-то, а ты оцени, правильно ли я сказал или сделал ошибку. 2. Я скажу тебе что-то. Выслушай внимательно. Потом я задам тебе вопрос, а ты ответь на него.

**Диагностические вопросы:**

А. «Правильно ли я сказал?»

Телега везет лошадь. Кошка поймала мышку. Лошадь везет телегу. Мышка поймала кошку. Земля освещается солнцем. Море омывается берегами. Солнце освещается землей. Берега омываются морем. Фонарь освещается улицей. Улица освещается фонарем.

Б. «Ответь на вопросы».

Учитель наказал мальчика. Кто провинился? Собаку укусила оса. Кто кусался? Мама зовет домой дочку. Кто дома? Кто на улице? Витю слушал учитель. Кто говорил? Петю ударил Ваня. Кто драчун? Володю ждет Лена. Кто задержался?

В. «Правильно ли я сказал?»

Я взял зонт, потому что шел дождь. Зима пришла, потому что река замерзла. Шел дождь, потому что я взял зонт. Река замерзла, потому что пришла зима. Светит солнце, потому что на улице тепло. Мы попали в кино, хотя у нас не было билетов. На улице тепло, потому что светит солнце. Мы попали в кино, хотя у нас были билеты. Самолет разбился, хотя мотор был сломан. Цветы не поливали, потому что они засохли. Самолет разбился, хотя мотор был цел. Цветы засохли, потому что их не поливали.

Г. «Ответь на вопрос».

Ваня шел впереди Пети. Кто шел позади? Лес позади дома. Что впереди? Автобус впереди грузовика. Что позади? Кошка больше собаки. Кто меньше? Мальчик ниже девочки. Кто выше? Дедушка старше бабушки. Кто моложе? Дуб выше березы. Что ниже?



Д. «Ответь: что я сделал раньше?»

Я позавтракал после того, как нарубил дров. Я выпил чаю после того, как пришел с улицы. Я много тренировался, прежде чем выступил на соревнованиях. Прежде чем пойти в школу, я позавтракал. Я поздоровался, прежде чем начать разговор.

Е. «Покажи на картинке».

Где собака хозяина? Где хозяин собаки? Где мамина дочка? Где мама дочки? Где дочка мамы?

Такой набор проб можно использовать и для количественной оценки сформированности данной способности. Для этого подсчитывается процентное отношение ошибочных ответов ко всем заданиям в данной пробе. Например, в пробе I ребенок допустил 3 ошибки. Его результат будет оценен как 30 (%).

## **9.5. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭКСПРЕССИВНОГО УРОВНЯ РЕЧЕВЫХ И ЯЗЫКОВЫХ СПОСОБНОСТЕЙ**

### **9.5.1. Исследование звуковой стороны речи**

Исследуя звуковые характеристики речи, мы оцениваем состоя<sup>1</sup> ие звукопроизношения, слоговую структуру, артикуляционный праксис, качество фонации и ритмико-интонационную окраску, а на языковом уровне — операции фонологического программирования и декодирования (выбор фонем, их линейную организацию).

#### **Оценка артикуляционного праксиса**

В отечественной логопедии до настоящего времени не существует методов непосредственного исследования артикуляционного праксиса. Обычно производится исследование орального праксиса (см. ниже), что косвенно может подтвердить (но не опровергнуть!) вероятность неполноценности

артикуляторного праксиса. Несмотря на то, что при исследовании орального праксиса ребенок по подражанию производит языком и губами движения, похожие на некоторые статические компоненты артикуляторных действий, это не может рассматриваться как равноценная замена. По мозговой организации бессмысленные движения и целенаправленные действия принципиально различаются (Бернштейн Н. А., 1990).

Зарубежными исследователями была разработана методика непосредственного исследования артикуляторного праксиса, названная «тест на артикуляторный диодохокинез» (Yoss K., Darley F, 1974). В процессе тестирования ребенку предлагается с максимальной скоростью повторять одиночные слоги: ПА-ПА-ПА-ПА , затем ТА-ТА-ТА-ТА затем КА-КА-КА-КА и, наконец, серии слогов ПАТАКА. Каждое задание выполняется в течение 15 секунд. Затем результат умножался на 4. Таким образом, подсчитывалось число повторений слога (или серии слогов) в 1 минуту.

Под нашим руководством Логиновской Н. А. были получены возрастные нормативы на 60 детях (30 мальчиков и 30 девочек) 4—5 лет (средний возраст 4 года 7 мес):

испытуемые	па		та		ка		патака	
	м	σ	м	σ	м	σ	м	σ
мальчики	227	38,4	232	31,3	212	27,6	72	17,2
девочки	231	25,9	235	34,7	212	26,7	72	12,8

Признаками незрелости артикуляторного праксиса по данным этого теста для возраста 4—5 лет можно считать показатели, выходящие за пределы значения М—σ.

### **Оценка артикуляционных навыков**

Исследование качества произнесения звуков речи:

- 1) отраженное произнесение изолированных звуков;
- 2) отраженное произнесение изолированных слогов (открытых, закрытых, со

стечением согласных);

3) название слов, в которых исследуемый звук находится в начальной, срединной и конечной позиции;

4) произнесение фраз, включающих исследуемый звук;

5) произнесение текстов («чистоговорок»), насыщенных исследуемым звуком.

Последний прием представляется удобным и информативным экспресс-методом, позволяющим выявить даже скрытые, стертые дефекты звукопроизношения. В процессе обследования ребенку предлагается повторять нижеприведенные двестишья или фразы, насыщенные сложными для произнесения звуками. Материал включает две части: А) двестишья, включающие наиболее часто смешиваемые, артикуляционно сложные согласные и Б) фразы со сложной слоговой структурой.

А) 1) Щеткой чищу я щенка,

Щекочу ему бока.

2) Часовщик, прищурив глаз,

Чинит часики для нас.

3) Стоит воз овса,

Возле воза — овца.

4) Клала Клава лук на полку.

5) Зоя зайкина хозяйка,

Спит в тазу у Зои заяка.

6) Клара у Вали играла на рояле.

Б) 7) Рыбки в аквариуме (повторить 2 раза).

8) Милиционер остановил велоседиста.

9) Сыворотка из-под простокваши.

10) Полполдника проболтали.

При исследовании каждая фраза или двестишье произносятся ребенку 1 раз, после чего предлагается повторить ее самому.

Оценки: А) если после повторного прочтения ребенок не мог повторить двустишие или фразу — 1 штрафной балл, замена звука — 0,5 балла, искажение звука — 0,25 балла; Б) пропуск слога или звука — 0,5 балла, перестановка слогов — 0,5 балла, скандированная речь (послоговое произнесение слов) — 0,5 балла, общая нечленораздельность — 1 балл. По экспериментальным данным, полученным на 50 детях 5 лет, средние показатели у девочек по разделу А — 0,9, стандартное отклонение — 0,63, по разделу Б — 2,82, стандартное отклонение — 1,92. У мальчиков по разделу А среднее — 0,68, стандартное отклонение — 0,67, по разделу Б, соответственно, 2,4 и 1,6.

В зависимости оттого, в каких чистоговорках (А или Б) ребенок испытывает наибольшие трудности, можно судить о том, какие церебральные системы страдают в большей степени: кинетический (динамический) артикуляторный праксис (больше нарушено переключение) или кинестетические (дефектное произнесение сложных звуков).

При анализе результатов исследования необходимо обращать внимание на следующие параметры:

- *тотальность/избирательность* звуковых нарушений (определенные фонетические группы, только согласные, гласные и согласные); тотальные фонологические и фонетические нарушения больше характерны для нарушений неврологического уровня, то есть тех, которые обусловлены нарушением подвижности, силы, тонуса артикуляторных мышц (это типично для дизартрии развития); избирательные фонетические и фонологические нарушения более типичны для диспраксий или дислалии;
- отмечается *преобладающий вид ошибок*: пропуски, замены, смешения, искажения;
- отмечаются *позиционные характеристики ошибок*: во всех позициях в слове, в определенных позициях (начало, середина, конец, предударная, заударная позиция, в кластерах), в спонтанной речи, в отраженной речи.

Важно отметить такой показатель, как *степень постоянства* замен/смешений (постоянный, эпизодический, нерегулярный). Эпизодический характер замен обычно связан с позицией заменяемого звука в слове; у разных детей можно выявить определенные тенденции в отношении замены звука в определенных позициях и отсутствия замен в других позициях; это связано, по-видимому, не только с фонологическими и фонотаксическими факторами, но и с индивидуальными предпочтениями. Особенное значение имеет наличие нерегулярных замен. Это свидетельствует о грубом нарушении избирательности фонемного выбора при программировании звуковой структуры слов. Обычно этому сопутствует высокая контекстуальная зависимость ошибок. Следует отметить степень контекстуальной зависимости (высокая, низкая, наличие ассимиляций). Обычно контекстуальная зависимость резко снижается после появления первых двусловных сочетаний (Ncttelbladt U., 1983, Vihman M. M., 1988). Наиболее часто высокая контекстуальная зависимость замен сочетается с высокой степенью нерегулярности ошибок. Наиболее часто это наблюдается в структуре синдрома вербальной диспраксии у детей с моторной алалией.

Нейролингвистический анализ ошибок позволяет оценить состояние синтагматических фонологических операций и фонотаксиса, то есть способности к продуцированию линейно организованных фонемных комплексов, представляющих разные по сложности сочетания фонем (по наличию редупликаций и частоты случаев дистантной ассимиляции, пропусков согласных в стечении, перестановок звуков).

### **Исследование орального праксиса**

Оценка состояния орального праксиса является обязательной процедурой при исследовании детей с нарушениями звукопроизношения. Иногда обнаруженные нарушения в этой сфере прямо рассматривают как механизм нарушений звукопроизношения. Однако, строго говоря, это не вполне правомерно. Явления, наблюдаемые при этом тестировании, — бессмысленные движения, а при артикуляции совершаются целенаправленные действия. Это в корне меняет

нейропсихологическую суть организации этих процессов. Тем не менее экспериментальные данные, приведенные в главе 8, показывают, что существует значимая корреляция между нарушениями артикуляторного и орального праксиса. Возможно, это объясняется анатомической близостью церебральных структур, поражение которых вызывает оральную диспраксию и артикуляторную диспраксию. Поэтому исследование орального праксиса имеет смысл и в определенной степени информативно. При выявлении оральной диспраксии высока вероятность наличия сопутствующей артикуляторной диспраксии. У детей с артикуляторной диспраксией мы в 75% случаев обнаруживали оральную диспраксию. Однако достаточно часто мы встречали детей с отчетливыми явлениями оральной диспраксии и безупречным звукопроизношением.

Оральный праксис исследуется следующим образом. По подражанию ребенку предлагается выполнить // *действий*:

- 1) улыбнуться,
- 2) надуть щеки.
- 3) сделать губы трубочкой (как при звуке «У»),
- 4) сделать губы как при звуке «О»,
- 5) «покатать орешки за щеками» (кончиком языка),
- 6) высунуть язык лопаткой (сделать его широким),
- 7) поднять кончик языка вверх и положить его на верхнюю губу,
- 8) опустить кончик языка вниз и положить его на нижнюю губу,
- 9) поместить кончик языка в правый угол рта,
- 10) то же — в левый угол рта,
- 11) высунуть язык и сделать его кончик узким.

Оцениваются точность движений и способность к переключению в случае воспроизведения серии 3 движений. Оценки: невозможность выполнить движение штрафуеться оценкой в 1 балл, движение, выполненное неточно — 0,25 балла, наличие спнкинезий (сопутствующих движений губами, челюстью) — 0,5 балла за каждую пробу, асимметричное выполнение движения — 0,5 балла.

По нашим данным, здоровые дети 6 лет и старше ошибок в этом задании практически не допускают. По экспериментальным данным, полученным на 50 детях 5 лет, средний показатель в баллах по 11 вышеприведенным пробам у мальчиков — 1,59, стандартное отклонение — 1,49, у девочек — 1,81, стандартное отклонение — 1,5. Таким образом, в норме использовавшиеся нами показатели зрелости орального праксиса не имеют существенных отличий по полу. В патологии же у мальчиков показатели хуже. Нарушения орального праксиса обычно встречаются у детей с артикуляционной диспраксией, дизартрией и нередко при моторной алалии. В первых двух случаях, по нашим наблюдениям, тяжесть оральной диспраксии коррелирует с выраженностью нарушений звукопроизношения. При сопоставлении результатов исследования детей со спастическими гемипарезами мы убедились, что симптомы оральной диспраксии примерно одинаково часто встречаются как при право-, так и при левополушарном раннем повреждении мозга.

Полученные результаты интерпретируются с позиций предполагаемых механизмов ошибок. Это несформированность артикуляторной базы (отсутствие необходимых артикуляторных навыков), отсутствие автоматизированности артикуляторного навыка (в конкретной артикулеме), нарушение избирательности фонемного выбора, отсутствие стабильных моторных программ на уровне слова, тотальные нарушения сократительной способности артикуляторных мышц, нечеткость перцептивных эталонов, релевантных фонеме. В большинстве случаев при анализе механизмов следует учитывать возможность сочетания нескольких разных механизмов и взаимодействия между ними.

### **Оценка сформированности слоговой структуры слов**

Сформированность слоговой структуры слов — способность продуцировать динамические комплексы артикуляционных действий, соответствующих слогу, переключаясь с одного действия на другое, воспроизводить «кинетическую мелодию» слова. На определенном этапе этот сукцессивно организованный комплекс артикуляторных действий превращается в целостную симультанную

программу. Чем больше степень симультанизации слоговых структур слов, тем устойчивее их воспроизведение даже в артикуляторно сложных текстах типа чистоговорок. Если ребенок не достиг в определенном многосложном слове автоматизации слоговой моторкой программы, он может произносить его без ошибок только в медленном темпе или скандированно. Однако наблюдения за детьми с динамической артикуляторной диспраксией и с моторной алалией показывают, что определенное число многосложных слов такие дети все-таки могут произносить быстро и без ошибок. Обычно это часто повторяющиеся в речевой практике детей слова. В связи с этим при исследовании данной сферы может встречаться диссоциация по качеству между произнесением тестового материала в экспериментальной ситуации и высокочастотных многосложных слов в спонтанной речи.

Для исследования состояния слоговой структуры используются следующие приемы:

- 1) Повторение/называние многосложных слов со стечением согласных: простыня, сковорода, милиционер, экскаватор, аквариум, водопроводчик, велосипедист и т. п.
- 2) Повторение чистоговорок с многосложными словами: «Водопроводчик починил водопровод», «Милиционер остановил велосипедиста», «Пол-полдника проболтали» (см. выше).
- 3) Оценка элементарной способности воспроизводить ряд слогов в квази-словах типа ПАТАКА (см. выше).

## **9.5.2. Исследование грамматического строя речи**

### **Исследование синтаксических показателей речи**

Информативными показателями сформированности синтаксических операций являются средняя длина, распространенность фраз и структурная сложность используемых синтаксических конструкций. Среднюю длину фраз можно исследовать посредством анализа свободных высказываний (точнее, их



фонограмм). Это достаточно трудоемкий процесс. Более простым, но косвенным методом оценки способности к синтаксированию является тест «Повторение фраз». В этом случае оценивается максимальная длина фраз, которые ребенок способен повторить безошибочно.

Ребенку предлагается повторить фразу, произнесенную обследующим. В случае ошибки опыт повторяется с другой фразой той же длины и сложности.

Данное задание входит в методику обследования интеллекта Бине-Симона. Еще в 1925 г. оно в расширенном виде было адаптировано для русской популяции и стандартизовано А. П. Нечаевым. Задание может использоваться для оценки синтаксического компонента языковой компетенции детей и диагностики лексико-грамматического недоразвития. По данным литературы, предельная длина фразы, которую ребенок способен повторить, близка к той, которой он может пользоваться в спонтанной речи. Можно полагать, что выполнение этого задания зависит от функциональных возможностей премоторных отделов мозга. Дети с тотальным избирательным недоразвитием речи обычно демонстрируют весьма низкие результаты в этом задании. При этом нередко способность строить развернутые высказывания и уровень речевой активности тоже низки.

Для повторения предлагаются следующие фразы (длина оценивается в слогах):

№	Фразы для повторения	Длина фраз (к-во слогов)
1	Дети, ложитесь спать! Дети пошли гулять	6
2	Часы висят на стене. Чашка стоит на столе	7
3	Лошадь бежит по дороге. В лесу весной поют птицы	8
4	Кошка побежала за мышкой. Зимой на улице холодно	9

5	Посмотри в окошко на детей. Бедная собачка замерзает.	10
6	Летом солнышко греет очень сильно. Книга и карандаш лежат на столе	11
7	Курочка повела своих деток гулять. Уточка быстро плавает по озеру	12
8	Поросята любят валяться в грязной куче. Сердитый мороз нарумянил детям щеки	13
9	Вечером няня рассказывает детям сказки. Дети пошли за грибами и за ягодами	14
10	Грузовая машина быстро едет по дороге. Страшная буря разрушила избушку рыбака	15
11	Лиса залезла в курятник и утащила петуха. Первый чистенький снежок падает на мерзлую землю	16
12	Мама ходила сегодня в сад и принесла нам много груш. Ранней весной прилетела птичка и стала вить гнездышко	17
13	Ваня любит сказку про серого волка и хитрую лису. Бабушка и Миша уходили после обеда погулять в лес	18
14	Летом после дождя дети очень любят бегать по сырой земле. Во время дождя все птички в лесу перестают петь свои песни	19
15	Мама подарила Кате книгу с очень красивыми рисунками. Сегодня утром дети очень хорошо убрали свою комнату	20
16	Мальчики ходили гулять в лес и поймали там маленького	21

	зайчика.маша выучила стихи, положила книги в сумку и пошла гулять	
17	Маленькие котятя целыми днями возятся и играют друг с другом. После лета наступает осень и с каждым днем становится холоднее	

А. П. Нечаев приводит следующие возрастные нормы для этой пробы теста, которые, на наш взгляд, для современных детей представляются заниженными (табл. 10).

**Таблица 10**

Возрастные нормы выполнения задания «Повторение фраз»  
(мальчики/девочки)

параметры	возраст				
	4г.	5л.	6л.	7л.	8л.
Средняя длина фразы	10/10	12/12	13,5/4	16/15,5	16/16,5
Размах колебаний	8-12	11-13	12-16	13-19	13-19
	8-11	11-14	12-16	13-18	14-19
Собственные данные (Корнев А.Н. 1997)	9-16	13-18	15-20	-	21-29

Оценкой в данном задании является длина фразы в слогах, которую смог повторить ребенок (засчитывается лучший из всех полученных результатов).

По нашим наблюдениям, наиболее низкие оценки в этом задании получают дети с моторной алалией.

### **Исследование морфологических показателей**

Основная задача в исследовании этих показателей — соотнесение успешности оперирования ребенком системами аффиксов при словоизменении и словообразовании с возрастной нормой. Обычно для этого ребенку предлагают ответить на определенные вопросы (с опорой на картинку), предусматривающие использование определенного падежного окончания существительного или прилагательного, временных или числовых окончаний глаголов и т. п. Более адекватной представляется фиксация использования соответствующих грамматических форм в спонтанной речи. Однако это создает некоторые технические сложности и более трудоемко. Еще одним методическим приемом может быть использование деформированных (аграмматичных) фраз, которые ребенок должен оценить с точки зрения их правильности и исправить ошибки. Ниже приводится диагностический материал для такого исследования.

Приведенные ниже задания включают модифицированные приемы, описанные в книге Э. С. Бейн, М. К. Бурлаковой, Т. Г. Визель (1982).

Опыт использования этих заданий позволяет предполагать, что первая часть каждого из разделов (оценка правильности грамматической конструкции) характеризует преимущественно состояние метаязыковых функций, а вторая — собственно языковых операций.

Перед исследованием ребенку дается инструкция: «Выслушай предложение, которое я тебе прочитаю, и ответь: правильно оно построено или нет, так говорят или допущена ошибка?» Во второй половине задания ребенок должен не только оценить, но и исправить неверную грамматическую конструкцию. За каждый неверный ответ испытуемый получает I штрафной балл. Таким образом, суммарный результат будет соответствовать количеству ошибочных ответов. Хотя в разных разделах содержится неодинаковое количество заданий и абсолютное количество полученных штрафных баллов

неравноценно, после перевода сырых оценок в шкальные данное различие нивелируется.

*А. Падежные окончания существительных.*

1) «Правильно ли я сказал?»

Девочка ест каша. Девочка ест кашу. Мальчик читает книгу. Мальчик читает книга. Он читает книгой. Мужчина пьет чая. Мужчина пьет чай. Он пьет чаем. Мама довольна сыном. Мама довольна сыну. Она довольна сына. Кошка сидит на стула. Кошка сидит на стулом. Она сидит на стуле. Женщина идет в магазин. Женщина идет в магазином. Мышка залезла в шкафом. Мышка залезла в шкаф. Собака вышла из будки.

Собака вышла в будку. Учитель ставит отметку ученик. Учитель ставит отметку ученику. Дети подходят к школу. Дети подходят к школе. Мама шьет дочери нарядным платьем. Мама шьет дочери нарядное платье. Птичка клюет зерен. Отец читает книгу детям. Отец читает книгу дети. В лесу выросли грибами. В лесу выросли грибы.

2) «Исправь ошибки».

Собака сидит около будка. Лошадь скачет по дороге. Машина стоит перед дома. Я часто вспоминаю о домом. Он пишет шариковой ручку.

*Б. Личные окончания глаголов.*

1) «Правильно ли я сказал?»

Я ешь суп. Ты едим суп. Я ем суп. Мы ешь суп. Мы едим суп. Мы едят суп. Они есть суп. Они едят суп. Мы читаешь книгу. Мы читаем книгу. Они читают книгу. Ты читаешь книгу. Они читает книгу.

2) «Исправь ошибки».

Он летишь на самолете. Мы пишет письмо. Мама кормишь ребенка. Мальчик идут в школу. Дети смотрю кино. Люди идем по улице. Часы идет точно. Собака громко лаем. Кошка ловлю мышку. Девочка пою песню.

*В. Времена глаголов.*

1) «Правильно ли я сказал?»

Я вчера буду купаться. Я вчера купалась. Я завтра буду купаться. Мы завтра пойдем в лес. Мы завтра были на даче. Он завтра был в кино. Он завтра будет в кино. Он вчера пойдет в кино.

2) «Исправь ошибки».

Мальчик вчера будет читать книгу. У нас в школе завтра была экскурсия. Иван Петрович в детстве будет маленького роста. Все старики когда-то будут молодыми. Помнишь, как завтра мы были в этом доме? Раньше он будет трусливым, а теперь смелый. Ты придешь вчера? Ты был там завтра?

Г. *Родовые окончания прилагательных.* ,

1) «Правильно ли я сказал?»

Дорогой друг. Родной дочь. Дорогая друг. Родная дочь. Высокое небо. Золотой кольцо. Высокий небо. Золотое кольцо. Голубая небо. Большая город. Золотая кольцо. Большой город. Большое город.

2) «Исправь ошибки».

Красивый ручка. Высокая дом. Плохой погода. Сильная ветер. Большое лужа. Спортивная велосипед. Куриный яйцо. Злой собака. Железный дорога. Красивая кот.

К сожалению, до настоящего времени сведения о возрастных нормах в словообразовании и словоизменении носят весьма приблизительный характер и базируются на крайне малочисленной статистике. Большинство ориентиров в развитии морфологической системы взяты из работ А. Н. Гвоздева. Они были систематизированы и сведены в таблицу Н. С. Жуковой и представлены в двух публикациях: Жукова Н- С., Мастюкова Е. М., Филичева Г. Б. (1990) и Жукова Н. С. (1994). В первой из цитированных книг довольно подробно описаны приемы исследования навыков словообразования и словоизменения удошкольников. Однако по понятным причинам не указаны возрастные границы усвоения тех или иных падежных окончаний, окончаний единственного и множественного числа и т. п. Нет точных данных о том, в каком возрасте ненормативное (по критериям речи взрослых) употребление определенных

аффиксов является патологическим признаком, симптомом отклонения в речевом развитии. Это существенно затрудняет дифференциальную диагностику возрастной нормы, темповой задержки и недоразвития морфологической системы. Нет единодушия даже в представлениях о том, в каком возрасте у здоровых детей морфологических аграмматизмов не должно быть совсем: в 5, 6 или 7 лет. Еще более неопределенны границы нормы и патологии у детей младшего дошкольного и раннего возраста. Необходимы статистические исследования на репрезентативных выборках по каждому показателю.

## **9.6. ИССЛЕДОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ И ДИАЛОГИЧЕСКОЙ РЕЧИ**

Диагностика коммуникативной компетенции у детей как методологически, так и на практическом уровне почти не разработана. В логопедии сложилась традиция оценивать способности к общению у детей только с точки зрения владения речевыми средствами. Невербальные средства общения обычно недооцениваются. А. Г. Арушанова, характеризуя развития диалога в дошкольном возрасте, подчеркивает, что «эмоциональные контакты между детьми, их личностное общение обеспечиваются не только и даже не столько при помощи речи, а прежде всего использованием несловесных средств — взглядов, мимики, жестов, поз, предметных действий» (Арушанова А. Г., 1999, с. 137). По мнению автора, именно общение детей со сверстниками является наиболее показательным сточки зрения коммуникативной компетентности. В формировании коммуникативной способности автор выделяет два аспекта: овладение языком (то есть фатический компонент) и умение применять язык для целей общения в разнообразных коммуникативных ситуациях (то есть прагматический компонент). Такой же точки зрения придерживаются С. Н. Цейтлин и В. Л. Рыскина (2001). Они выделяют в коммуникативной компетенции ребенка системно-языковой и прагматический компоненты.

В оценке зрелости диалога подчеркивается наличие трех компонентов: инициативного высказывания, ответа на него и встречной ответной реакции на ответ. А. Г. Арушанова справедливо отмечает: «Овладение диалогом — больше, чем овладение просто композиционной формой речи. Это прежде всего формирование диалогической позиции, активного вопрошающего и ответного отношения к партнеру, умение слышать и понимать товарища, привлечь его внимание к себе и своей деятельности, интересоваться собеседником и быть интересным ему» (там же, с. 137—138).

Особенно мало данных, относящихся к раннему возрасту. С. Н. Цейтлин и В. Л. Рыскина справедливо отмечают, что в этом возрасте необходимо фиксировать, «в какой степени ребенок овладел способностью быть полноправным партнером в коммуникации со взрослым или с другим ребенком — привлекать внимание взрослого к заинтересовавшей его ситуации, просить тот или иной предмет, реагировать на вопросы взрослого и самому задавать вопросы, вербальным или невербальным образом реагировать на побуждение совершить то или иное действие...» (Цейтлин С. Н., Рыскина В. Л., 2001, с. 87).

## **9.7. ИССЛЕДОВАНИЕ НАВЫКОВ ЧТЕНИЯ**

Как известно, синдром алексии у взрослых рассматривается как значимый топико-диагностический признак. У детей старше 5 лет, перенесших острое церебральное повреждение, нарушения чтения или письма нередко являются единственными признаками частично компенсировавшейся афазии. Иное явление представляет собой дислексия — *избирательное нарушение способности к усвоению навыка чтения при сохранных функциях слухового и зрительного анализаторов и достаточном уровне умственного развития*. Один из важнейших критериев диагностики дислексии как избирательного специфического нарушения чтения — наличие значительной диссоциации между т. н. «умственным возрастом» или коэффициентом интеллектуального развития и уровнем владения чтением. В связи с этим для диагностики дислексии удобно использовать



стандартизованный тест, разработанный в Чехословакии З. Матейчком (1972), несколько модифицированный, адаптированный и стандартизованный нами при участии В. Пробстовой для русской популяции (Корнев А. Н., 1995) (см. приложение 3).

Тест рассчитан на учащихся 2—6-х классов. Ребенку предлагается прочитать текст № 1, а затем — № 2. Фиксируется число прочитанных слов за 1-ю минуту. Секундомер включается после прочтения ребенком заголовка. Слова, прочитанные неправильно, вычитаются. После этого по таблице 3 находят значение «коэффициента техники чтения» (КТЧ) на пересечении строки, соответствующей числу верно прочитанных слов, и столбца, соответствующего классу (году обучения), в котором учится ребенок, и номеру текста. Поскольку исследование проводится по двум текстам, ребенок получает 2 оценки: КТЧ-1 и КТЧ-2. В норме эти два показателя незначительно отличаются друг от друга и соответствуют 95 и более баллам. Поскольку КТЧ является относительным показателем, его норматив от возраста не зависит. В некоторых случаях КТЧ-2 отстает от КТЧ-1 на 10 и более баллов, что свидетельствует о выраженной нестабильности, неавтоматизированности навыка чтения. Понимание прочитанного проверяется отдельно путем пересказа или ответа на стандартный набор вопросов. Вопросы, приведенные ниже, охватывают фрагмент текста № 1 объемом 98 слов. В связи с этим в процессе тестирования ребенок должен прочитать отрезок текста не меньше вышеназванного. Понимание прочитанного считается удовлетворительным, если ребенок дал верные ответы на 7 и более вопросов из 10.

Коэффициент техники чтения может быть для каждого из текстов найден в таблице (приложение 3). Для дифференциации первичных, специфических нарушений чтения от вторичных, обусловленных отставанием в умственном развитии, проводится сопоставление величины КТЧ и «Общего интеллектуального показателя» (ОИП), полученного при обследовании ребенка по психометрической методике АВМ-WISC. У детей с первичным нарушением чтения (то есть с дислексией) КТЧ должен быть меньше ОИП на 20 баллов и более (у

умственно отсталых — на 15 баллов и больше). Методы углубленного анализа дислексических нарушений и их механизмов приведены нами в опубликованной ранее монографии (Корнев А. Н., 1995, 2003).

### **Основные принципы оказания помощи детям с отклонениями в речевом развитии**

В предыдущих главах было представлено много фактов, свидетельствующих о том, что недоразвитие речи — это целый комплекс когнитивных, языковых, коммуникативных, эмоциональных, соматопсихических, социальных проблем, изменяющих весь жизненный уклад ребенка. Без преувеличения можно сказать, что это определяет качество его жизни, его социальный статус. У здоровых детей с того момента, когда начинает формироваться речь, появляется не только новое средство общения, но и новая форма репрезентации внутреннего мира, собственных переживаний. С другой стороны, они обретают новое средство получения знаний об окружающем мире, которые не могут получить в непосредственном опыте. Владение речью дает возможность через социальное взаимодействие приобрести социальный опыт, познать законы социального взаимодействия между людьми. Умело пользуясь этими эксплицитными и имплицитными законами, дети приобретают определенный статус в макро- и микросоциуме, среди взрослых и сверстников. Как известно, умение эффективно строить дискурс в процессе социальных интеракций сильно влияет на статус ребенка в среде сверстников (Осорина М. В., 1999).

Как отмечалось в предыдущих главах, у многих детей с недоразвитием речи все это происходит иначе, с опозданием, менее благополучно, нередко становится источником хронической фрустрации. Причина этого понятна: у них нарушено формирование самой значимой в социальном и психологическом смысле функции — коммуникативно-речевой. Все виды социального взаимодействия как со взрослыми, так и со сверстниками происходят посредством вербальной коммуникации. Поскольку у большинства детей с НР это слабое

место, социальные интеракции у них происходят недостаточно успешно. Практически у всех это приводит в той или иной степени к недостаточной социальной успешности, низкому социальному статусу, социальной дезадаптации, проявляющейся как на уровне микро-, так и макросоциума. Сложность положения таких детей усугубляется тем фактом, что в силу сложившего стереотипа мышления общество склонно видеть лишь верхушку этого айсберга — речевой недостаток ребенка, не подозревая обо всех остальных проблемах, переживаниях в его жизни. Именно поэтому сложилось ошибочное представление, что все, в чем нуждаются дети с недоразвитием речи, — это логопедическая помощь.

Учитывая столь широкий круг проблем, имеющийся у таких детей, оказание помощи следует рассматривать шире — как *абилитацию, то есть формирование широкого круга способностей, необходимых для нормальной жизнедеятельности*. Конечная цель — повышение уровня адаптивности достигается за счет опоры на сохраненные функции, формирование коммуникативных навыков с учетом тех речевых и неречевых возможностей, которые имеются у ребенка, создания резервных средств коммуникации и более активного использования невербальных форм мышления.

В отечественной логопедической литературе общие положения, на которых строится работа логопеда (в дополнение к общедидактическим принципам), формулируются следующим образом: «Логопедическое воздействие опирается... на специальные принципы: этиопатогенетический... системности и учета структуры речевого нарушения, комплексности, дифференцированного подхода, поэтапности, развития, онтогенетический, учета личностных особенностей, деятельностного подхода, использования обходного пути, формирования речевых навыков в условиях естественного речевого общения» (Логопедия, 1999, с. 70). Применительно к методике коррекционно-педагогической работы формулируются следующие положения: «учет закономерностей развития детской речи в норме, взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка,

единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности, одновременное коррекционно-воспитательное воздействие на сенсорную, интеллектуальную и аффективно-волевою сферу» (Логопедия, 1999, с 626).

В ходе дальнейшего описания методик коррекционной работы приводятся описания определенных методических приемов в зависимости от вида нарушения и от «уровня недоразвития речи». Вышеперечисленные принципы остаются скорее декларативными, чем методологическими. Практически не анализируются стратегии логопедической работы, зависящие от психологических особенностей детей разного возраста, особенностей их коммуникативно-речевой и познавательной деятельности. Ребенок как субъект коррекционного обучения недостаточно принимается в расчет.

В зарубежной логопедической литературе систематизация и типологизация коррекционного опыта разных школ и направлений представлена в виде описания разных моделей коррекционно-развивающей работы.

## **10.1. ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕСЯ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ**

Большинство моделей оказания помощи детям с недоразвитием речи строится на существующих теориях усвоения языка ребенком, которые были описаны в главе 1.

*Имитационный подход.* В 60-е и 70-е гг. методика логопедической работы была построена на повторении ребенком за взрослым высказываний разного уровня сложности (Gray B., Ryan B., 1973, Hester P., Hendricson J., 1977). Позже имитацию стали использовать вместе с приемами, когда в диалоге с логопедом ребенку предлагают ответить на вопросы по картинкам. Если он затрудняется, то логопед оказывает помощь, давая эталонные фразы-описания (Warren S.,

Kaiser A., 1986). По существу, этот принцип близок ориентации на подражательность, но с созданием элементов проблемной ситуации. Дальнейшим развитием этого подхода стали методики, в которых логопедом задавались образцы синтаксических структур разной сложности. Последовательно разные авторы использовали следующие конструкции: а) субъект-глагол, б) глагол-объект, в) субъект — глагол-объект. Стимулируя синтаксическое развитие, логопед в задаваемых образцах включает флексии более высокого уровня сложности (Leonard L., 1998). В отечественной логопедической литературе подобные приемы используются и рекомендуются преимущественно в случаях тяжелого недоразвития речи, например, при моторной алалии (Белова-Давид Р. А., 1969, 1972). Однако в той или иной форме подобный подход используется и в других, менее тяжелых случаях (Логопедия, 199.9).

*Моделирующий подход.* По существу, этот метод несколько сходен с имитационным. Ребенку задают образец грамматической конструкции (модель), а он должен использовать ее при самостоятельном построении фраз, например, по картинкам. Модель задает логопед, или кукла, или компьютер. Этот подход базируется на когнитивной модели освоения языка. Используются и такие приемы, когда логопед (за куклу, например) намеренно продуцирует аграмматич-ные фразы, и сам их исправляет (Leonard L., 1998).

*Фокусированная стимуляция.* Этот подход весьма близок к моделирующему подходу. На протяжении серии занятий с ребенком в разнообразный контекст (рассказы, диалоги, беседы) вставляется грамматическая конструкция, которую предстоит освоить. Эту конструкцию ребенок многократно слышит в однозначном по смыслу контексте. Затем в игровой ситуации у ребенка стимулируют самостоятельное использование этой грамматической конструкции (Leonard L, 1998).

*Milieu-leaching (обучение через ситуацию, обстановку).* Последние 20 лет наблюдается тенденция использовать в коррекции более естественные, реалистические ситуации, совпадающие с повседневной жизнью ребенка. Milieu-подход относится к этой категории (Warren S., McQuarler R., Rogers-

Warren N., 1984, Kaiser A., Yoder P., Keetz A., 1992). Подход используют в игровой ситуации. В естественной игровой обстановке у ребенка создают потребность высказаться. Игровая ситуация подбирается таким образом, чтобы мотивировать это. Когда и как это произойдет, решает ребенок. В случае необходимости логопед помогает ребенку построить фразу. Если ребенок правильно сформулировал просьбу, то ему, например, дают ту игрушку, которую он попросил. В этом методе акцент делается на стимуляции коммуникативных актов. В литературе преобладают работы по использованию этого метода в работе с детьми с общей отсталостью в развитии.

*Conversational recasting* (коммуникативно-речевая перестройка, трансформация, рекастинг). Суть метода заключается в том, что в ситуации диалога с ребенком логопед, отвечая на его вопрос или реплику (адекватно теме, заявленной ребенком), отчасти повторяет сказанное ребенком и включает в свой ответ грамматическую форму, которой необходимо его научить (Nelson K. E., Camarata S., Welsh J., Butkovsky L., Camarata M., 1996). Речевые реплики взрослого можно считать рекастингом, если они удовлетворяют следующим условиям: а) если они соответствуют по смыслу и предметной или событийной отнесенности тому, что лежит в основе высказывания ребенка; б) если они возникают немедленно после высказывания ребенка (в пределах 3 с); в) содержат синтаксические изменения (Nelson K. E., 1991). В другом исследовании использовался похожий метод, но с одним отличием: логопед давал задание ребенку описать серию картинок. Если ребенок редуцировал фразы, логопед произносил их в грамматически правильной форме. Заметного результата это не дало (Connell P., 1980). L. B. Leonard делает вывод, что отсутствие активного начала со стороны ребенка (в этом случае не он был инициатором диалога) снизило эффект.

*Метод развертывания* (expansion approaches). В этом случае используется прием, который интуитивно применяют матери, разговаривая со своими маленькими детьми. Отвечая или слыша редуцированное синтаксически высказывание малыша, они повторяют сказанное им, но в грамматически

развернутом виде. Этот подход близок к коммуникативной трансформации. Исследований, посвященных этому методу, пока еще мало (Leonard L., 1998).

Проводились сопоставительные исследования, в которых сравнивался эффект, полученный при использовании разных подходов. На основании обзора многочисленных публикаций L. Leonard (1998) приходит к выводу, что сопоставление имитационного метода и моделирующего подхода не дает убедительных свидетельств превосходства какого-либо из них. По мнению автора, на отдаленные результаты коррекции больше влияет тяжесть исходного состояния, чем продолжительность и выбор какого-то из перечисленных методов. Явное преимущество продемонстрировал лишь метод коммуникативно-речевой перестройки (Nelson K. E., Camarata S., Welsh J., Butkovsky L., Camarata ML, 1996). Помимо большего продвижения в развитии этот метод давал более заметное повышение речевой активности. L. Leonard (1998) считает, что преимущество связано с коммуникативной адекватностью воздействий и высказываний логопеда. Трансформируются (исправляются) высказывания, инициированные ребенком, близкие ему по замыслу. Хотя от ребенка не требуется исправлять несовершенные конструкции и упражняться в попытках правильно строить фразы, этот метод дает эффект.

Проводилось сравнение еще двух методик. Одна заключалась в том, что родителей обучали использовать в общении со своими детьми (дети с SLI) методы типа фокусированной стимуляции, коммуникативного рекастинга, наводящих вопросов для обучения детей грамматически правильной речи. Другая группа с SLI получала аналогичную помощь у специалиста. Обе группы дали заметное продвижение в речевом развитии, но во втором случае это продвижение было более выраженным (Fey M., Cleave P., Long S., Hughes D., 1993). Из этого можно сделать вывод, что обучение родителей подобной методике является достаточно эффективным подходом. Если же сочетать оба подхода, результат должен быть еще выше.

L. Leonard полагает, что каждый метод хорош для определенной категории детей с речевой патологией. Например, для начинающих коррекцию



(то есть в более тяжелом состоянии) эффективнее имитационная техника. У более продвинутых в речевом развитии детей эффективен метод фокусированной стимуляции.

В отечественной логопедии не практикуется использование тех или иных моделей логопедического воздействия. Опыт оказания логопедической помощи организуется не через систему моделей, построенных на разных концептуальных основаниях, а через набор теоретических принципов, на основе которых строится логопедическое воздействие. Выбор стратегии, конкретных развивающих приемов, подстройка коррекционно-развивающего процесса под индивидуальные особенности того или иного случая недоразвития речи производится эмпирически логопедом. К сожалению, такой опыт с трудом транслируется, поддается анализу и обобщению. Исключение составляют некоторые формы патологии, такие как ринолалия, дизартрия у детей с ДЦП, заикание. В этих случаях приводятся определенные специфические для этих форм патологии методы воздействия.

## **10.2. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И СТРАТЕГИИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ**

Результатом обобщения сведений, относящихся к методологии абилитации детей с НР, существующих в отечественной логопедической литературе, и опыта, представленного в зарубежных публикациях, являются предлагаемые ниже принципы абилитации детей с недоразвитием речи. Само понятие абилитации предполагает широкий подход к формированию коммуникативно-речевых способностей у детей с НР.

**Комплексность.** Данный принцип подразумевает организацию помощи одновременно в нескольких направлениях, включающих коррекционно-развивающую логопедическую помощь, психологическую личностно и когнитивно

ориентированную помощь, психотерапевтическую и лечебно-профилактическую медикаментозную помощь. Степень комплексности в каждом конкретном случае различна и зависит от тяжести НР, осложненности психоорганическими, невротическими, психическими нарушениями, состояния интеллектуальной сферы и других обстоятельств.

**Природосообразность.** Следование естественным закономерностям овладения языком и речью. Это относится к стратегиям, используемым детьми в разные возрастные периоды, и к индивидуальным типологическим предпочтениям в овладении речью. Как отмечалось выше, овладение детьми языком происходит посредством разных когнитивных стратегий: аналитической и холистической, имитационной и эвристической. В соответствии с доминирующим когнитивным стилем, присущим ребенку, целесообразно по-разному строить коррекционную работу.

**Деятельностный принцип.** Его использование в формировании речевых и языковых навыков означает использование естественно мотивированных форм коммуникативно-речевой деятельности. Наиболее адекватной для формирования речевых навыков является коммуникация в совместной деятельности взрослого и ребенка и ребенка со сверстником. Следует учитывать, что ребенок регулярно оказывается в коммуникативных ситуациях двух типов: ребенок-взрослый и ребенок—ребенок. Чем он старше, тем больше преобладание ситуаций второго типа. Поэтому в коррекционной работе должны быть предусмотрены обе коммуникативные ситуации. В повседневном общении наиболее востребованным является жанр «разговорной речи», а не «литературного кодифицированного языка» (Фрумкина Р. М., 2001) в форме монологической, контекстной речи, на который тем не менее порой делают основной акцент в логопедической работе (особенно в работе с детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста). Поэтому формирование, совершенствование, прагматическое использование разговорной, диалогической речи должно стать самостоятельной задачей в абилитационной работе. Наиболее употребляемой формой коммуникации в

повседневной практике у дошкольников является эмоционально окрашенный мотивированный, непринужденный диалог в совместной игре, в бытовых ситуациях или в т. н. «режимных, моментах».

Нельзя не считаться, однако, с тем обстоятельством, что в школьной практике монологические формы речи наиболее востребованы. Поэтому в конце дошкольного возраста хотя бы элементарными ее формами ребенок должен владеть. При психологически грамотной постановке коррекционной работы должны учитываться и формироваться обе формы речи.

**Принцип системности** в данном контексте имеет два аспекта: деятельностный и операционально-функциональный. Речевые действия представляют собой составную часть деятельности общения и мотивированы коммуникативными целями и задачами. В связи с этим формирование речевых навыков, операций речепорождения должно происходить в контексте естественно мотивированной коммуникативно-речевой деятельности. Это обеспечивает более высокую эффективность, стойкость коррекционных результатов и наличие переноса в широкий круг коммуникативно-речевых форм деятельности. Чем младше ребенок, с которым проводится коррекционно-развивающая работа, тем важнее соблюдение этих условий. Кроме того, учет конкретных особенностей коммуникативных ситуаций, в которых оказывается ребенок, подводит к необходимости принимать в расчет проблему владения речевыми жанрами. Иначе говоря, формировать связную речь следует в рамках конкретных коммуникативных ситуаций, варьируя их. Это, с одной стороны, сделает речь ребенка богаче, живее, с другой — повысит уровень его социализации.

Операционально-функциональный аспект принципа системности указывает на наличие взаимосвязи между когнитивными, языковыми и собственно речевыми механизмами на операциональном уровне в процесс речепроизводства. Отклонения в речевом поведении у детей с НР являются результатом влияния одновременно гностических, практических и семиотических «факторов» (в понимании А. Р. Лурия). Поэтому при

коррекционно-развивающей работе необходимо учитывать все три направления. Учитывать — не означает обязательно работать во всех направлениях одновременно. Скорее это близко принципу «разделения трудностей». Формируя трудные для ребенка формы порождения речевой продукции, целесообразно делать это, снижая сложность задач в одном-двух звеньях (релевантных соответствующим факторам). В качестве примера можно привести известный прием в виде лексико-синтаксической опоры на заданный вопрос при продуцировании ответа в вопросно-ответном диалоге. Этот прием широко используют при обучении иностранным языкам. Составление ответа при этом облегчается за счет возможности применения синтаксической конструкции и словосочетаний, содержащихся в вопросе.

**Принцип избирательности** по существу дополняет предыдущий системный принцип. Он предполагает выделение в функциональной системе языка и речи относительно автономных функциональных подсистем, оценку уровня зрелости каждой из них в отдельности, степень и качество их дефицитарности, включая значимость негативных последствий этой дефицитарности на данном этапе онтогенеза. Процесс формирования каждой из подсистем строится в соответствии с природными закономерностями развития и с учетом основных детерминант, от которых зависит созревание всей системы. В связи с этим в диагностике и коррекционной работе необходимо учитывать весь этот комплекс обстоятельств, но выбирать приоритетные, главенствующие направления работы. Если принцип системности относится преимущественно к стратегии, то принцип избирательности — к тактике: выбору ближайших по значимости мишеней и реализации определенных коррекционно-развивающих технологий. То и другое методологически связано с использованием нейропсихологического принципа в коррекционной работе.

**Принцип выбора психологически оптимальной коррекционной стратегии** с учетом природы, механизмов и тяжести недоразвития речи.

*Стратегия опоры на имитацию.* Приемы, построенные на имитации, довольно широко используются в догопедии. Это мотивировано значительной ролью имитационных механизмов в естественном усвоении речи. Однако, как было отмечено выше, этот механизм имеет разный вес у разных детей. Особенно это заметно на разных стадиях речевого развития. Чем младше ребенок, тем большую роль играет имитация. В зависимости от сформированности речи в коррекционной работе используют разные имитационные техники.

а) Имитация на сенсомоторном уровне (имитация отдельных звуков, криков), которая происходит вне гностического и языкового уровней. Данная форма имитации используется у детей с почти полным отсутствием речи, например с сенсорной алалией. Такой элементарный уровень коммуникации обычно включает двустороннюю имитацию. Это стимулирует имитационную активность ребенка, создает у него иллюзию «общего языка».

б) Вызывание имитации на уровне речевых шаблонов — весьма распространенный прием как в педагогике, так и в спонтанной материнской практике. Эта стратегия используется в работе с детьми, владеющими весьма элементарными и несовершенными фразовыми конструкциями. При этом взрослый старается минимизировать вариативность грамматических конструкций, используемых в общении с ребенком. Меняется лексическое наполнение, но достаточно часто повторяются одни и те же синтаксические конструкции. В некоторых типовых коммуникативных ситуациях уместно использовать типизированные фразы, которые ребенок использует как клише.

в) Имитация на высшем уровне языкового программирования. Строго говоря, это следовало бы назвать антиимитацией. Ребенку предлагается своеобразная речевая игра, в которой ответ должен представлять грамматическую противоположность вопросу: актив превращается в пассив, пассив — в актив и т. п. Пример. Вопрос: «Таня вымыла посуду?» Ответ: «Нет, посуда была вымыта мамой». Вопрос: «Мышка была поймана кошкой?» Ответ: «Нет, кошкане поймала мышку». Близкий к этому прием — имитация с дополнением или введением новых членов предложения. Данная стратегия

может быть рекомендована детям с низкой склонностью к речевому творчеству (т. н. «подражателям») на этапе введения сложных и разнообразных грамматических конструкций.

*Глобальная коммуникативно-речевая стратегия* — обогащение речевой среды с опорой на адекватный возрасту, интеллекту и интересам ребенка коммуникативный контекст. Данная стратегия обычно используется как фоновая, не основная. Обогащение речевой среды создает большие возможности для продвижения в речевом развитии, но не гарантирует этого. Большое значение имеет то, насколько активно будет ребенок включен в речевой контекст и насколько психологически актуальным для него является содержательный аспект текстов, составляющих этот контекст. Данная стратегия может быть использована как основная при профилактической работе с детьми.

*Когнитивно-аналитическая стратегия* — освоение грамматического правила на основе ряда образцов и перенос его на аналогичный речевой материал. Ее использование оправдано в работе с интеллектуально благополучными детьми с преобладанием аналитического когнитивного стиля. Это наиболее употребимо при формировании словообразования и словоизменения. В этом случае логопед посредством совместного анализа ряда типовых примеров выделяет типовой алгоритм, который предлагает применить ребенку сначала на простых словосочетаниях, затем на более сложных, а позже — в спонтанной речи. Слабым местом данной стратегии является опасность отсутствия переноса в спонтанную речь.

*Коммуникативная ситуационно-мотивирующая стратегия.* При использовании данной стратегии создаются игровые или бытовые ситуации, семантика которых порождает необходимость использовать в процессе общения фразовую речь, определенные синтаксические или лексические конструкции. Ситуации не должны носить явно дидактического характера. Основная цель данной стратегии — вызывать высказывания (например, при запаздывании формирования фразовых конструкций), повышать речевую активность, формировать диалогическую и связную речь. Одним из путей

создания таких ситуаций является совместное выполнение детьми задания с разделением между ними ролей, что вынуждает их договариваться между собой (Арушанова А. Г., 1999), то есть вести инструктивный диалог.

*Стратегия коммуникативно-речевого рекастинга*, которая более подробно описана выше в рамках соответствующей модели, может быть использована на любом уровне развития речи. Она может найти приложение при формировании навыков словоизменения, при введении в речь новых, более сложных синтаксических конструкций. Еще одним ее достоинством является то, что ее приемам можно обучать родителей для использования в повседневном общении.

Описание конкретных методов и приемов логопедической коррекции речевых расстройств у детей здесь не приводится, поскольку этому вопросу посвящена огромная литература. Анализ, систематизация существующих в российской логопедии коррекционных методик, сравнительное изучение их эффективности заслуживают специального научного исследования.

### **10.3. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста — относительно новый опыт в отечественной логопедии. Поэтому мы сочли необходимым выделить эту тему в самостоятельный раздел. Возраст 1—3 года, который принято называть «ранним возрастом», в жизни детей имеет особое значение. В этот период происходит первичная социализация ребенка. Рождаясь потенциально существом социальным, с отчетливой тенденцией к установлению контактов и отношений с людьми, ребенок уже в данный период реализует эту базовую потребность. На первом году формируется

индивидуальная привязанность к родителям (или людям, их заменяющим), определяются ее специфические особенности. В классификации М. Ainsworts (1979) отражена типология форм привязанности, которая в значительной мере определяет как характер отношения ребенка к близким и посторонним людям, так и некоторые типовые характеристики личности. Данный подход в дальнейшем получил свое развитие в работах Р. Krittenden (1999).

Психологические особенности ребенка раннего возраста существенно влияют на стиль и методы коррекционной работы. Как известно, дети от 0 до 3 лет не способны к произвольной самоорганизации поведения, усваивают материал посредством непроизвольного запоминания, понимают речь фрагментарно, с опорой на невербальный контекст. Главным побуждением к освоению новых единиц и правил является коммуникативная потребность. Поэтому лишь при высоком уровне коммуникативной мотивированности ребенок включается в коррекционные игры-занятия. Значительная часть языкового материала усваивается в так называемых «режимных моментах» и в свободной коммуникации дома или вне его.

Программа работы с детьми группы риска или имеющими отклонения в речевом развитии включает следующие основные направления.

1) **Формирование оптимальной коммуникативной среды.** Повышение речевой активности и расширение языковых способностей в этом возрасте возможно лишь при условии, что у ребенка имеется высокая коммуникативная мотивация и комфортная коммуникативная ситуация. Как отмечалось выше, наилучшие коммуникативные партнеры для ребенка в этот период — эмоционально близкие ему люди. Чаще всего это родители (по меньшей мере один из них). Иногда их функцию выполняют прародители, живущие вместе с семьей. В типовой ситуации, характерной для российской популяции, наиболее близким коммуникантом является мать. Характер отношений, сложившийся в диаде мать—дитя, тип привязанности ребенка оказывают значительное влияние на его коммуникативное поведение (следовательно, и на речевое развитие). Во многом это зависит от двух качеств матери: а) *уровня*



свнситивности и б) уровня реактивности (Исенина Е. И., Барановская Т. И., 2001).

**Уровень сенситивности** означает чуткость, восприимчивость матери по отношению к любым проявлениям активности ребенка. Это зависит не только от личностных особенностей матери, ее темперамента, но и оттого, что можно было бы назвать «материнской позицией». Материнская позиция начинает формироваться, по существу, задолго до рождения ребенка. Большое влияние на нее оказывают особенности семейной ситуации, имевшей место у родителей в их детстве. Очень часто, например, молодые матери, которые в детстве не имели душевной близости с собственной матерью, лишены были готовности к сочувствию и пониманию с ее стороны, сами непроизвольно начинают вести себя похожим образом по отношению к собственному ребенку. Они оказываются слабовосприимчивыми по отношению к нему как к личности. На формирующуюся материнскую позицию большое влияние оказывает запланированность беременности, желанность рождения ребенка. Сенситивность матери после рождения ребенка подвергается серьезным испытаниям в случаях возникновения физического или неврологического неблагополучия младенца. Если ребенок длительное время остается беспокойным по непонятной для матери причине (как это бывает, например, при невропатии), уровень сенситивности сначала растет в связи с повышением тревожности, а потом может резко снизиться (как защитная реакция).

*Реактивность* матери или откликаемость означает склонность реагировать коммуникативно на проявления активности (или неблагополучия) со стороны ребенка. Это качество имеет когнитивную и эмоциональную составляющую. Когнитивная составляющая представляет собой осознанную позицию, представления о способности ребенка понимать обращения матери к нему, о его потребности в общении. Многие молодые матери не подозревают о том, что младенец способен к общению и извлекает определенную, преимущественно эмоциональную информацию из высказываний матери, обращенных к нему. Реактивность матери зависит и от ее индивидуальных

коммуникативных качеств: общительности, эмоциональной экспрессивности, уровня речевой активности.

Большое влияние на коммуникативное поведение ребенка оказывает способность матери к *«эмоциональному присоединению»*. Это означает своеобразную подстройку матери к младенцу в процессе общения с ним. Это делает общение с матерью чрезвычайно комфортным для младенца. Обеспечивает настройку коммуникативной активности матери, манеры ее коммуникативного поведения в оптимальном для младенца режиме.

Все перечисленные обстоятельства оказывают серьезное влияние на коммуникативно-речевое развитие ребенка. Поэтому важная составная часть программы помощи детям с отклонением в речевом развитии — психологическое или психотерапевтическое консультирование матери. Основным содержанием и целью такого консультирования является формирование у матери высокого уровня сенситивности и оптимального уровня реактивности. Консультант помогает матери стать для своего ребенка *«достаточно хорошей матерью»* (Винникот Д., 1995). Другая задача — помощь в формировании у матери способности к присоединению в процессе общения или игры с ребенком.

**2) Обучение матери/отца/бабушки игровому взаимодействию с ребенком** как средству стимуляции языкового развития. Как было подробно описано в главе 1, сторонники когнитивной модели освоения языка справедливо полагают, что речевое поведение и язык формируются на тех же принципах, что и поведение в широком смысле слова. Сама структурная организация языка имеет много параллелей с *«грамматикой поведения»*. В первые годы жизни ребенок осваивает главные универсалии синтаксиса высказываний в процессе совместной деятельности и совместной игры с родителями. Как отмечает Дж. Брунер, *«...матери пытаются сами «стандартизировать» определенные формы совместного с ребенком действия — главным образом в игре, но также и вне ее. Это обычно заключается в создании общей формы стандартного действия, где ребенку можно помочь интерпретировать сигналы,*

жесты и интенции матери. Общие формы, или рамки, стандартного действия представляют собой повторяющиеся ситуации, которые дают ребенку возможность не только предсказать намерения матери, но и регулировать свое внимание в соответствии с ее вниманием. Подобные формы взаимодействия также позволяют ребенку сформировать более или менее стандартные способы сообщения о своем намерении независимо оттого, относится ли оно к объекту или сигнализирует какое-либо желание» (Брунер Дж., 1984, с. 38).

Обучение родителей по использованию игрового взаимодействия или игры-коммуникации для стимуляции развития речи условно можно разделить на несколько направлений.

А) Проявление активной заинтересованности к игровым действиям ребенка. Немало матерей весьма слабо представляют себе, с чем и как их ребенок предпочитает играть. Кроме того, они не догадываются, что во время своих манипуляций с игрушкой ребенок нуждается в заинтересованном зрителе и партнере. Заинтересованность выражается родителями эмоционально позитивными реакциями в процессе наблюдения за игрой, речевыми комментариями, подтверждающими интерес к происходящему и понимание смысла происходящего.

Б) Формирование умения присоединяться к игре, не лишая ребенка инициативы и права выбора. Важно, чтобы мать/отец научились становиться в процессе игры равными с ребенком партнерами. Для многих родителей не просто дается переход от позиции «сверху-вниз» к позиции «на равных». Это подчеркивается как физически (сесть на ковер, приблизив свое лицо к уровню, на котором находится лицо ребенка), так и психически. Последнее означает, что взрослый принимает и разделяет с ребенком важность игровых задач и действий.

В) Формирование умения вести речевой диалог с ребенком в процессе игры. Игра как средство речевого развития ребенка используется для выделения определенных объектов или ситуаций в качестве повода, предмета речевых комментариев. В ситуациях, когда внимание ребенка и взрослого

сосредоточено на одном и том же (так называемый «феномен разделенного внимания»), взрослый называет предмет или совершаемое действие. Ответной репликой ребенка могут быть мимико-пантомимические реакции, взгляд в глаза взрослому или вокализации. В любом случае взрослый реагирует на это как на понятную ему реплику. Если реплика ребенка была малочленораздельной, то взрослый проговаривает ее за ребенком (как бы дублируя) в членораздельной и более-грамматически развернутой форме. Этим он демонстрирует понимание и одновременно дает образец нормативной вербальной конструкции. Попытка исправления ненормативного высказывания ребенка с указанием на ошибку действует негативно и часто блокирует продолжение диалога.

Г) Стимуляция у ребенка имитации на вербальном и невербальном уровнях. У неговорящих детей особенно важно стимулировать подражательность как в неречевом поведении, так и в вокализациях. Родителей учат подражать действиям ребенка, что облегчает вызывание ответного подражания у детей. В контексте невербальной имитации легче возникает и вербальная имитация.

Д) Обучение родителей использованию своих реплик и речевых комментариев в процессе игры или совместного взаимодействия для направленной стимуляции развития речи в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. В этом случае необходимо постоянное руководство со стороны логопеда для составления индивидуальной программы речевой стимуляции и введения новых слов или языковых конструкций. Вербальное поведение родителей в контексте взаимодействия с ребенком может сильно различаться по многим параметрам: а) контекстной привязке к тому, что находится в поле внимания ребенка; б) степени реципрокности и диалогичности, то есть согласованности с репликами ребенка; в) степени сложности используемых синтаксических конструкций; г) преобладанию определенной лексики (номинативной, глагольной, описательной); д) выразительности, интонационной яркости; е) степени вариативности используемых конструкций (то есть склонности повторять одни и те же

конструкции или постоянно менять их). Этот далеко не полный перечень индивидуальных характеристик «материнской речи» должен стать предметом анализа для логопеда. С учетом индивидуальных проблем в речевом развитии ребенка матери даются соответствующие рекомендации, и проводится обучение по их применению. Например: «чаще комментировать наблюдаемые действия и регулярно использовать определенные глаголы», «упрощать свои высказывания до трехсловных конструкций типа «субъект-действие—объект», «чаще использовать грамматические конструкции с окончаниями родительного падежа» и т. п.

3) Вызывание, стимуляция высказываний/вокализаций ребенка в работе со специалистом, в контексте игрового взаимодействия (Milieu-метод). Одновременно можно использовать и метод «реконструкции высказывания», когда специалист повторяет спонтанное высказывание ребенка в грамматически правильной или синтаксически развернутой форме. Одновременно логопед демонстрирует присутствующим родителям наиболее адекватные для этих целей виды игрового взаимодействия и образцы коммуникативного поведения в диалоге. Образцы высказываний, которые логопед задает посредством приема «реконструкции», не должны усложняться слишком быстро. Они должны следовать естественному порядку освоения языковых конструкций и находиться в зоне ближайшего развития данного ребенка.

4) Проведение групповых игровых занятий, в которых участвуют дети и их родители. Содержанием могут быть подвижные игры под музыкальное сопровождение, игры-инсценировки на темы знакомых сказок, игры-потешки. Во время игр логопед попутно демонстрирует родителям коррекционные приемы по развитию определенных сторон речи, которые можно использовать дома в игровой ситуации. Выигрышным моментом в таких занятиях является взаимодействие родителей в группе. В этом случае более коммуникативно успешные родители становятся образцом для подражания для менее успешных. Кроме того, совместное обсуждение в группе проблем взаимоотношений с

детьми, трудностей в формировании речи, общении с ребенком под руководством специалиста оказывает своеобразный психотерапевтический эффект на членов группы.

#### **10.4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ**

Описанные в предыдущих главах разнообразные психологические проблемы, возникающие в жизни ребенка с недоразвитием речи, — достаточно веский аргумент, свидетельствующий, что таким детям помощь психолога необходима. Дети с отклонениями в развитии речи являются группой повышенного риска возникновения аффективных расстройств, неврозов, нарушений поведения. К сожалению, как организационные, так и методические аспекты психологической помощи таким детям мало разработаны и в литературе почти не представлены. К числу редких работ, затрагивающих эту проблему, относится исследование В. Prizant, L. Audet, G. Burke, L. Hummel, S. Maher, G. Theodore (1990). Рассматривая речевые расстройства как маркеры высокого риска психиатрических расстройств, авторы намечают меры психологической первичной и вторичной профилактики последних. Они приводят рекомендации Комитета по предупреждению нарушений языка, речи и слуха при Американской Ассоциации слуха и речи (ASHA). Подчеркивается важность психологической и социальной поддержки родителей детей с коммуникативными нарушениями как средства предупреждения развития у детей эмоциональных и психиатрических расстройств. По мнению авторов, современные данные о ранних симптомах речевых нарушений позволяют выявлять детей группы риска еще на предречевом этапе и оказывать помощь уже в этот период. Нельзя не согласиться с точкой зрения авторов, что тактика «давайте подождем, понаблюдаем» на современном этапе уже неприемлема. При существующих ныне программах «раннего вмешательства», разработанных методиках медико-психологической помощи детям 0-2 лет

бездействие недопустимо. В США оказание такого рода помощи регламентировано законодательным актом 99-457. Главным объектом внимания в системе ранней помощи является семья.

Практический опыт работы с такими детьми позволяет наметить три основных направления психологического сопровождения:

- 1) психологическое консультирование родителей;
- 2) психологическая помощь ребенку;
- 3) психологическое консультирование педагогов, работающих с такими детьми.

Необходимость в так называемом «психологическом сопровождении» возникает практически с момента появления первых симптомов недоразвития речи. В реальной практике все три направления объединяются в единый комплекс, так как в равной мере необходимы. Мы разделяем их здесь лишь для того, чтобы подчеркнуть особенности каждого из них.

#### **10.4.1. Психологическое консультирование родителей**

Наиболее часто в практике встречаются два основания, по которым возникает такая необходимость:

- формирование адекватной родительской позиции в отношении такого недостатка, как отставание в речевом и коммуникативном развитии;
- помощь родителям в выборе адекватного стиля их коммуникативного поведения по отношению к ребенку для создания оптимальных условий компенсации отклонений в развитии.

По существу, одно с другим довольно тесно взаимосвязано. Родители переживают факт отклонения в развитии у своего ребенка подчас так же, как собственное заболевание, а часто даже более остро. Поэтому вполне уместно описывать характер этих переживаний в той же терминологии, что и отношение больного к собственной болезни, то есть как «нозогнозию». Анализ родительских реакций на речевой недостаток у ребенка позволяет выделить несколько их

типологических вариантов: гипонозогнозию, гипернозогнозию и нормонозогнозию (Исаев Д. Н., 1984). Степень озабоченности родителей проблемой ребенка зависит от тяжести его состояния. Чем грубее проявляется отставание в развитии речи, тем раньше родители начинают понимать, что развитие ребенка протекает атипично и необходимо обратиться к специалисту за помощью. По нашим наблюдениям, в дошкольном возрасте среди родительских реакций количественно превалирует гипонозогнозия. В школьном возрасте у детей с нарушениями письменной речи чаще встречаются родительские реакции по типу гипернозогнозии.

*Гипонозогнозия*, то есть игнорирование проблемы или недооценка ее серьезности, особенно часто наблюдается у родителей на втором-третьем годах жизни ребенка. В первые три года жизни ребенка многие из них не принимают всерьез отставание в развитии речи, считая это вариантом нормы. Выжидательная тактика оказывается причиной позднего оказания помощи, упускаются возможности раннего вмешательства. При этом, как отмечалось выше, манера коммуникативного поведения родителей создает эффект депривации. Многие непроизвольно упрощают, обедняют речевое общение с ребенком. По существу, взрослый общается на уровне речевого возраста ребенка и этим непроизвольно обедняет коммуникативное содержание общения с ним.

Однако нам встречались случаи, когда имела место обратная картина: родители не считали нужным адаптировать свою речь даже с учетом нормы конкретного возраста, разговаривая с ребенком «по-взрослому», используя взрослую лексику и речевые обороты. Это не позволяет ребенку использовать речь взрослых как образец для подражания и совершенствования собственной речи, так как слишком велика дистанция между речевыми возможностями ребенка (как в понимании, так и в порождении речи) и используемыми речевыми оборотами у взрослых.

Психологическое консультирование таких родителей имеет несколько основных целей. Первая по значимости — **формирование готовности к**



**пониманию и поддержке своего ребенка.** Как правило, у таких родителей обнаруживается недостаточная включенность в душевную жизнь ребенка, эмоциональная закрытость. Создающаяся ситуация эмоциональной депривации особенно болезненна для ребенка, если перечисленные черты свойственны матери. Иногда мать переживает свою неспособность полностью раскрыться в отношениях с ребенком как собственную невротическую проблему. Как правило, это бывает связано с аналогичными сложными отношениями матери с собственными родителями в детстве. Опыт консультирования таких семей демонстрирует поразительно высокую частоту совпадений в двух-трех поколениях характера эмоциональных проблем в детско-родительских отношениях. Задача психолога или психотерапевта — **формирование у родителей открытой позиции в общении с ребенком**, умения выражать свои чувства понятным ребенку образом и в конечном счете изменение сценария родительского поведения в позитивном направлении. Для этой же цели может быть использована техника, описанная А. Крафтом Г. Лэндретом в книге «Родители как психотерапевты». Основным в данной методике является обучение родителей адаптированной форме игровой терапии, которая осуществляется ими в домашних условиях. Для этого с родителями проводятся групповые аналитические семинары, на которых обсуждается опыт их игровых занятий в домашних условиях. Главным является постижение родителями языка поведения ребенка, умения адекватно интерпретировать его поступки, эмоциональные реакции.

*Гипернозогнозический тип отношения.* При этом переживание родителями неблагополучий у ребенка выглядит чрезмерным, утрированным, неадекватным серьезности проблемы. Это может проявляться в разной форме. Одни родители демонстрируют высокий уровень тревожности, переоценивают тяжесть отклонений в развитии), пессимистически смотрят на перспективы компенсации. В беседе со специалистом они настойчиво интересуются прогнозом, хотят получить категоричные заверения в том, что все недостатки будут устранены. При этом такая высокая степень озабоченности далеко не

всегда сопровождается готовностью помочь своему ребенку. Многие предпочитают, чтобы всю работу выполнил специалист. В других случаях преобладает оценочная позиция. Озабоченность родителей в основе имеет переживание недуга у ребенка как своеобразного «негативного маркера» семьи: «У вседети какдети, а у нас до сих пор не говорит», «Я в этом возрасте уже стихи наизусть читала, а сын еще говорить не научился». Подобная позиция порой приводит к скрытому неприятию ребенка, третированию его, создает психотравмирующую ситуацию в семье.

Иногда недоразвитие речи переживается родителями как признак неполноценности ребенка. Чем старше ребенок, тем сильнее это выражено. Часто это усугубляется затруднениями в обучении, связанными с недоразвитием речи.

Таким образом, одно из направлений психологической поддержки семьи заключается в повышении степени толерантности родителей к особенностям ребенка, формированию психологического принятия его и достижения осознания, что он способен к более глубокому пониманию и общению, чем кажется родителям. Важно показать им, насколько велики внутренние ресурсы ребенка и насколько значительна их собственная роль в создании условий для максимальной реализации этих ресурсов. Необходимо перенести фокус их внимания с негативных явлений на позитивные качества личности ребенка.

Как отмечалось выше, качество общения родителей с ребенком с НР имеет важное абилитационное значение. Поэтому обучение их партнерским, неавторитарным формам коммуникации, игровому общению и игровому взаимодействию с ребенком является необходимой задачей при любых вариантах родительской позиции. Важно помочь родителям научиться понимать ребенка даже на уровне невербальной коммуникации.

*Нормонозогнозия* представляет собой достаточно сбалансированный вариант родительской позиции. При этом деловая озабоченность трудностями, возникшими у ребенка, сопровождается активной его психологической поддержкой, принятием, желанием сотрудничать со специалистом в

коррекционной работе. По существу она и является конечной целью психологической помощи.

#### **10.4.2. Психологическая помощь ребенку**

Содержание психологической помощи, ориентированной непосредственно на ребенка с НР, определяется психологическими особенностями дизонто-генеза, характером психопатологической симптоматики, формой недоразвития речи. Выше отмечалось, что у многих детей с Н Р дезадаптация усугубляется личностной незрелостью, низкой коммуникативной компетентностью, заниженной самооценкой, наличием вторичных невротических расстройств. Все возможные варианты помощи можно свести к двум основным направлениям: когнитивно ориентированному и ориентированному на эмоциональные и коммуникативные проблемы.

##### **А. Когнитивно ориентированная психологическая помощь**

Основными задачами когнитивно ориентированной помощи является: формирование отстающих в развитии когнитивных функций: внимания (в том числе слухового), наглядно-образного мышления, ориентировочной основы действия, перцептивных действий, категориального мышления, конкретных форм гнозиса или праксиса. Определение сферы компетенции психолога в такой работе зависит от ряда конкретных обстоятельств, связанных с организацией помощи детям с НР По-разному будет решаться этот вопрос в условиях специализированного образовательного учреждения логопедического профиля и в ПМС-центре. В первом случае программа педагогической коррекции достаточно обширна в том, что касается развития когнитивных способностей, особенно в тех случаях, когда в штате есть дефектолог. Роль психолога заключается при этом в диагностической работе и в консультировании педагогов по поводу индивидуализации педагогической помощи. При отсутствии дефекто-лога на психолога ложится определенная

ответственность за коррекцию когнитивного развития. В круг его задач входит все то, что не может быть решено посредством индивидуализации «образовательного маршрута». Обычно это относится к детям с выраженными проявлениями дисгармонии в развитии, явно выбивающимся из группы сверстников по качественным и количественным показателям. Чаще всего это осложненные варианты НР.

При оказании помощи в условиях ПМС-центра сфера деятельности психолога значительно расширяется. Содержание, характер ее организации зависят оттого, имеется в Центре логопед или этот вид помощи оказывает логопед другого учреждения. В последнем случае программа психологической помощи должна включать все когнитивные задачи, актуальные для данного ребенка. В первом случае есть возможность распределить решение этих задач между логопедом и психологом.

Психокоррекционная когнитивно ориентированная работа строится на следующих принципах:

**а) Адресность.** Программа должна быть избирательной, ориентированной на развитие тех когнитивных способностей, навыков, неполноценность которых была выявлена в процессе диагностики. Диагностика когнитивных способностей и выбор коррекционных мишеней должны быть очень конкретными и определенными. Например, малоинформативным является такое заключение: «недостаточная сформированность пространственного мышления». Необходимо конкретизировать модальность неполноценных операций, род задач, которые не может решать ребенок (например, дифференциация пространственных характеристик формы или ориентация на плоскости, в двумерном пространстве), уровень сложности мыслительных операций, доступный ребенку (практический, действенный уровень задач, решение в мысленном плане и т. п.), степень самостоятельности решения задач, необходимый объем и тип помощи. После установления коррекционных мишеней определяются их приоритеты, рейтинг. Программа

должна быть по распределению акцентов пропорциональна рангам обнаруженных коррекционных мишеней.

**б) Принцип системности.** Формирование определенных когнитивных операций проводится с учетом их системной связи с другими когнитивными операциями, от которых они функционально зависят. Для того чтобы определить эту связь, необходимо произвести компонентный анализ формируемых навыков, операций, способностей. После этого с учетом онтогенетических закономерностей формирования когнитивных функций (Выготский Л. С, 1983, Pиа-гет J., 1967, 1994) выявляются операции, сформированность которых — необходимое условие решения задач по коррекционным мишеням.

В качестве примера можно привести ситуацию, когда коррекционной мишенью являются логические операции сериации. Известно, что овладение этими операциями предполагает наличие способности сравнивать предметы по величине, которая должна стать предметом диагностики. Но оба типа умственных действий невозможны, если ребенок не освоил умственного действия сравнения как такового. Поэтому при выработке программы и тактики коррекционной работы необходимо выяснить, созданы ли необходимые условия для освоения операций сериации. Если нет, то приоритетной коррекционной задачей становится создание таких функциональных условий.

Другим примером может быть ситуация коррекции графомоторных навыков, которые часто нарушены у детей с НР. Двумя основными функциональными компонентами этих навыков являются пальцевой праксис и зрительно-моторная координация. При неполноценности того или другого (или обоих вместе) коррекционный фокус смещается на них.

**в) Принцип «разделения трудностей».** Он предполагает разделение сложных, комплексных задач на более элементарные, трудности в которых связаны с одной несформированной функцией. Лишь после компенсации

отдельных компонентов функциональной системы можно переходить к комплексным задачам.

**г) Нейропсихологический подход.** Данный подход к коррекционной работе является особенно плодотворным, но осуществить его достаточно трудно. Необходимое условие для этого — владение нейропсихологической диагностикой дизонтогенетических состояний. В настоящее время методический уровень таких разработок остается еще весьма незрелым, хотя уже есть ряд публикаций по этому вопросу (Симерницкая Э. Г., 1991, Марковская И. Ф., 1993, Микадзе Ю. В., Корсакова Н. К., 1994, Корнев А. Н., 1997, Ахутина Т. В., 1998). Психокоррекционная работа проводится в соответствии с нейропсихологической структурой дефекта, ведущими «факторами» (по А. Р. Лурия), с учетом состояния основных блоков («программирования и контроля», «приема, переработки и хранения информации, «активации»).

**д) Индивидуализация типа помощи.** Помощь может быть ориентирована на формирование адекватной организации деятельности в том или ином звене или облегчать выполнение определенных гностических или практических операций.

*Деятельностно ориентированная помощь (5 уровней):*

- помощь-поощрение, психологическая поддержка;
- стимулирующая помощь, необходимая детям с дефицитом целенаправленности, недостаточностью организации внимания, «выученной беспомощностью»;
- организующая помощь, необходимая детям с неполноценностью организации деятельности в звеньях ориентировочной фазы действия, планирования, этапного и финального контроля действий;
- помощь-разъяснение, когда ребенку дается развернутое объяснение алгоритма действий, способа решения задачи, последовательности действий;

- помощь, включающая как разъяснение, так и развернутую демонстрацию решения задачи.

*Операционально ориентированная помощь* — создание ориентировочных опор, разделение трудностей, снижение «мнестической нагрузки», выбор модальности (ведущей), выбор ведущего «фактора» (по А. Р. Лурия), создание дополнительных опор в перцептивном звене (как, например, в заданиях с кубиками Кооса, где на фигуру-задание накладывается прозрачная сетка, выделяющая сектора, соответствующие граням кубиков).

### **Б. Психологическая помощь, ориентированная на эмоциональные и коммуникативные проблемы**

Как отмечалось выше, дети с НР составляют группу риска по невротическим расстройствам и нарушениям поведения психогенного происхождения. У многих обследованных нами детей с ТНР был обнаружен симптомокомплекс, который может рассматриваться как «преневротический радикал» (Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. Н., 1977). Такие дети имеют повышенную фрустрационную уязвимость. Она особенно отчетливо проявляется в кризисные периоды жизни, что подробно описано в главе 7. У большинства из таких детей есть сложности в самоопределении в группе сверстников, что выражается в их низком социометрическом статусе.

В данном виде работы может быть использован широкий круг психотерапевтических методик в зависимости от особенностей личности ребенка, характера эмоциональных проблем и личных предпочтений специалиста. По сути дела, психологическое консультирование и психотерапевтическая помощь в этих случаях принципиально не отличаются от тех, что используются у других категорий детей (мы опустим подробное изложение этого вопроса). Существуют многочисленные руководства по терапии невротических проблем, работе с тревожными детьми, формированию коммуникативной компетентности и др. Нельзя не отметить, однако, что более

эффективны в работе с такими детьми методики из арсенала игровой терапии, арттерапии, телесно-ориентированной терапии.

### **10.4.3. Психологическое консультирование педагогов**

В тех случаях, когда психолог работает в образовательном учреждении коррекционного типа, важный раздел его работы — консультирование педагогов по широкому кругу проблем.

*1. Обучение приемам коррекционной работы в рамках образовательного процесса.*

а) Опыт показывает, что стиль поведения воспитателя, характер его отношений с детьми оказывает сильное влияние на самооценку, коммуникативную активность ребенка. Психолог помогает педагогу овладеть партнерским стилем общения, способностью к «присоединению» в игре и диалоге. В беседах, диалогах предпочтительно идти от инициативы ребенка, вписываться в тему, инициированную им (разумеется, с учетом возраста и тяжести состояния недоразвития речи).

б) Педагог должен, сотрудничая с психологом, научиться формировать у ребенка психологический компонент коммуникативной компетенции, расширять арсенал средств невербальной коммуникации, совершенствовать у детей сценарий коммуникативного поведения в диалоге.

*2. Создание в детском коллективе психологически комфортной среды, атмосферы морально-психологической поддержки.* Данное направление психологического консультирования мотивировано необходимостью создания условий для личностного роста ребенка с НР, формирования у него адекватных форм психологической защиты, чувства собственного достоинства, раскрытия адаптационных ресурсов, позволяющих ему реализовать собственный потенциал, несмотря на недостатки в коммуникативно-речевой и когнитивной сферах. Консультирование воспитателей направлено на формирование у них партнерского стиля общения с детьми, дето цен три стекой, личностно-



ориентированной позиции. Одна из главных проблем, с которой приходится работать, — это чрезмерная обучающая активность воспитателей, слишком высокая степень организованности и управляемости образовательного процесса. Даже при работе с детьми с НР необходимо создавать условия для личной инициативы, творческой активности детей. Разумеется, возможности такого рода у детей с речевой патологией сильно различаются. В наиболее тяжелых случаях способность к самостоятельной активности у детей невелика и потребность в организующем и направляющем руководстве взрослых значительна. Однако психологические резервы детей заранее оценить крайне трудно. Нередко они остаются невостребованными в связи с привычной установкой педагогов специализированных учреждений на руководство всей жизнедеятельностью детей.

Как было отмечено выше, даже в логопедической коррекции более эффективны модели, ориентированные на спонтанную активность ребенка. Воспитательную и развивающую работу необходимо тактически строить, идя «от ребенка». Важно учить воспитателей приемам «психологического присоединения» к спонтанной активности детей, гибко подстраиваться к особенностям поведения детей в процессе занятий или совместной деятельности.

## **10.5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ**

Многочисленные клинические факты, приведенные выше, свидетельствуют о том, что имеются клинические и патогенетические основания для включения врача в число специалистов, участвующих в реабилитационном процессе детей с недоразвитием речи. Наиболее востребованные при этом специалисты — это невропатолог, психиатр, сурдолог, ЛОР-врач, специалисты по лечебной физкультуре и массажу.

Показания для включения медикаментозного лечения в комплекс реабилитационных мероприятий имеет большинство детей с недоразвитием речи. Исключение могут составить лишь легкие формы функциональной дислалии. Медикаментозные средства, используемые в лечении детей с недоразвитием речи, можно разделить на две категории: а) преимущественно с патогенетическим и б) с симптоматическим действием.

К патогенетически действующим средствам относятся препараты группы ноотропов (от греческого *noos* — мышление, разум; *tropos* — направление, изменение). Основные механизмы действия этих препаратов заключаются в стимуляции синтеза нуклеиновых кислот в нервных клетках, улучшении интегративной деятельности мозга, снижении потребности нейронов в кислороде и повышении утилизации кислорода, улучшении микроциркуляции. Они активизируют метаболизм нервных тканей, способствуют созреванию церебральных структур и облегчают процессы репарации и функциональной компенсации при ранних органических поражениях головного мозга (Авруцкая И. Г., 1980, Шабалов Н. П., Скоромей А. А., Шумилина с соавт., 2001). В ряде исследований было обнаружено, что **пирацетам** улучшает процесс межполушарного взаимодействия (Giurgea C, 1976, Buresova O., Bures J., 1976), оказывает избирательное действие на процессы обработки информации в левом полушарии, повышает продуктивность усвоения вербального материала (Dimond S. J., 1975).

Как известно, резидуальный период ранних органических поражений головного мозга весьма длителен. Процессы организации, репарации и компенсаторной перестройки могут продолжаться до окончательного созревания церебральных структур. Поэтому в раннем, дошкольном и в младшем школьном возрасте можно еще оказать влияние на их динамику. Особенно значителен эффект на развитие речи при раннем (на втором-третьем годах жизни) начале терапии.

**Ноотропил** (пирацетам) очень часто применяют в детской неврологической и психиатрической практике (Ермолина Л. А., 1978). Детям раннего возраста

при задержке речевого, психомоторного развития препарат назначают внутрь из расчета 20-40 мг/кг в сутки в 2-3 приема (Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина с соавт., 2001). Курс лечения от 30 до 60 дней. Курсы повторяют через 2—3 месяца. Детям 5—6 лет с недоразвитием речи — 1,2 г в сутки, в 2—3 приема, в 7-9 лет — 1,6 г в сутки. Детям старше 9 лет 2,0 г — 2,4 г в сутки.

Детям 5-6 лет с недоразвитием речи ноотропы назначаются в следующей дозировке.

**Пантогам** (гопантеновая кислота, кальция гопантотенат) имеет отчетливый ноотропный эффект, мягкое психостимулирующее, легкое седативное и противосудорожное действие. Его назначают детям до 3 лет по 0,125 мг 2—3 раза в день, детям 5—6 лет — 750 мг в сутки, в 7—9 лет — 1,0 г в сутки, старше 9 лет — 1,25—1,5 г в сутки в 2—3 приема. Курс лечения 2 месяца. Повторные курсы проводятся через 2—3 месяца.

**Энцефобол** (пиридитол) назначают детям 5—6 лет по 100—150 мг в сутки, в 7—9 лет — 200 мг в сутки, старше 9 лет — 300 мг в сутки в 2—3 приема, предпочтительно в первую половину дня. Курс лечения 2—3 месяца.

**Аминалон** (гаммалон) — синтетический аналог ГАМК (играет существенную роль в энергетическом обеспечении мозга). Суточная доза у детей 1—3 лет составляет 0,25—1 г, в 4—6 лет — 0,5—2 г, старше 5 лет — 1—3 г (Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина с соавт., 2001).

**Пикамилон** сочетает свойства ГАМК и никотиновой кислоты, обладает умеренным ноотропным эффектом, анксиолитической активностью, вазоактивными свойствами. Назначается детям до 3 лет по 0,015 г 2—3 раза в день, с 3 до 5 лет — по 0,025 г 2—3 раза в день, после 5 лет — по 0,025—0,05 г 2—3 раза в сутки (Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина с соавт., 2001).

**Цереброл** — эффективный ноотроп и психостимулятор. Препарат назначают детям старше 2,5 лет внутрь по 1 ампуле (содержимое разводят в 100 мл воды) 2 раза в день. Курс лечения составляет 2-4 недели. Противопоказания для назначения церебрала — эпилепсия и возраст ребенка менее 30 недель (Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина с соавт., 2001).

Эффективным препаратом, стимулирующим репаративные процессы в головном мозге, является церебролизин. Он назначается в зависимости от возраста по 0,5—2,0 мг внутримышечно ежедневно или через день. Курс лечения 20—30 дней. Повторные курсы можно проводить через 3—4 месяца. Противопоказанием является наличие повышенной судорожной готовности на ЭЭГ или судорожных припадков в анамнезе.

При заикании в сочетании с недоразвитием речи показано назначение **фенибута** в сочетании с **пантогамом**. Фенибут назначают детям до 3 лет в дозировке 0,15 г по 2-3 раза в день, детям от 3 до 8 лет — 0,15-0,25 г по 2-3 раза в день, старше 8 лет — 0,25—0,5 г по 2—3 раза в день.

При преобладании ваготонии предпочтительно назначать пирацетам, аминолон, энцефабол, церебрал. При преобладании симпатикотонии — пикамилон, пантогам, фенибут, ГОМК (Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина с соавт., 2001).

**Кортексин** — отечественный препарат полипептидной природы, экстракт из коры головного мозга животных (Морозов В. Г., Хавинсон В. Х., 1966). Препарат оказывает церебропротекторное действие, улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге. При задержках психического и речевого развития кортексин назначают внутримышечно в течение 10 дней: детям с массой тела до 20 кг — в дозе 0,5 мг/кг, с массой тела более 20 кг — по 10 мг однократно. Повторные курсы — через 1—6 мес. (Шабалов Н. П., Скоромец А. А., Шумилина с соавт., 2001).

**Актовегин, солкосерил** — препараты, ноотропный эффект которых обусловлен трофическим и нейромодуляторным механизмом действия. Назначают актовегин и солкосерил детям старше 3 лет по 2—5 мл/сут внутривенно или внутримышечно (не более 5 мл) 1 раз в день ежедневно или через день. Курс лечения 10—30 дней.

**Глицин** обладает мягким ноотропным эффектом и легким седативным действием, некоторой анксиолитической активностью. Назначают глицин из расчета 10—50 мг/кг в сутки (но не более 800 мг). Курс лечения 2—4 недели.

Повторный курс через 2-4 недели. Обычно глицин используют в сочетании с каким-нибудь другим ноотропным препаратом.

В комплексном лечении состояний недоразвития речи обычно используются вазоактивные препараты, улучшающие мозговое кровообращение, микроциркуляцию в мозговых тканях. Хороший эффект дает сочетание одного из таких препаратов с вышеперечисленными ноотропами.

**Кавинтон** (винпоцетин) сочетает ноотропные и вазоактивные эффекты, лучшая микроциркуляцию и мозговых тканях. Назначается детям 3—5 лет по 5 мг 2-3 раза в день, 6-8 лет — 5 мг 2 раза в день, старше 8 лет — 5-20 мг в сутки.

**Инстенон** — комбинированный препарат, сочетающий вазоактивные свойства и нейростимулирующий эффект.

При астенодинамических состояниях предпочтительнее энцефабол (при отсутствии пароксизмальных явлений в анамнезе или на ЭЭГ), при гипердинамических состояниях — пантогам. Наиболее хорошо зарекомендовало себя сочетание средств биологической стимуляции и ноотропов. С момента выявления симптомов специфических нарушений показано назначение курсового лечения инъекциями витаминов В1, В12, В6, алоэ, церебролизина в возрастных дозировках. Более эффективна комплексная терапия несколькими препаратами-и, например, раствор витамина В, (1 мл внутримышечно № 10) чередовать с витамином В12 (200 мкг внутримышечно № 10) + экстракт алоэ (1 мл внутримышечно № 30). Курсы следует повторять 2—3 раза в год, предпочтительно в учебное время. Наиболее эффективным препаратом этой группы является церебролизин.

Наиболее интенсивными курсы лечения должны быть в период коррекционных занятий. Поданным В. М. Лупандина (1978) и нашим наблюдениям. компенсаторные процессы при специфических задержках психического развития в основном завершаются к 10-летнему возрасту, поэтому максимальный эффект патогенетической терапии следует ожидать до 10-11 лет. В дальнейшем указанные препараты оказывают преимущественно симптоматическое

действие, улучшают концентрацию внимания, повышают работоспособность, стимулируют память.

Если явлениям недоразвития речи сопутствует психоорганическая или неврозоподобная симптоматика, то возникает необходимость в назначении ряда психотропных препаратов симптоматического действия. При гипердинамическом синдроме — соннапакс 10—25 мг 3 раза в день предпочтительно в сочетании пантогамом. Если эффект недостаточен, то оправдана терапия неуплептилом возрастных дозировках.

При выраженных астенодинамических или астенодепрессивных расстройствах уместно использование мягких антидепрессантов со стимулирующим эффектом: пиразидола 25—50 мг 2—3 раза в день или азафена 25 мг 2—3 раза в первую половину дня. При наличии невротических реакций, логофобии, симптомов «школьной фобии» уместно назначение мягких седативных средств, как новопассит, фенибут. А в более тяжелых случаях — бензодиазепинов (реланиума, феназепама).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

История изучения аномалий развития речи у детей насчитывает более ста лет. Большую часть этого времени они изучались изолированно, наряду с другими аномалиями психического развития, примерно так, как в медицине изучают отдельные заболевания. Они описаны в разных монографиях, являются объектом исследования и сферой профессиональной деятельности разных специалистов. Если к научному ландшафту применить географическую метафору, перечисленные направления — как разные реки, текущие каждая своим путем, питающиеся из разных истоков, имеющие разные бассейны, но иногда впадающие друг в друга. Хотя время от времени мы обнаруживаем: то, что мы принимали за разные реки, оказывается притоками одной и той же реки. Научные русла соответствующих исследований редко пересекаются. Подобное видение этих проблем отражает преимущественно аналитический подход, когда общее отступает на второй план, а акцент делается на различиях, своеобразии. Однако, взглянув на эти на первый взгляд столь разные нарушения иначе, можно обнаружить много общего, что послужило основанием отнести их к общей группе «дизонтогений», то есть нарушений развития (Ковалев В. В., 1985, Лебединский В. В., 1985). Это общее объясняется многими причинами: общностью этиологии и патогенеза, общностью законов онтогенеза, системной взаимосвязью всех психических функций и рядом других причин. А главное, что объединяет разные формы отклонений в развитии, — то, что все они приводят к нарушению или затруднениям в адаптации ребенка к конкретному социальному и предметному окружению. Психическое развитие детей происходит своеобразно: они приспосабливаются к жизни в этом мире, будучи «не такими, как все». Как отмечалось выше, не только внутренние условия развития у них необычны, но и реакции социума на них не такие, как у большинства сверстников.

Очевидно, что подход, базирующийся на целостном, системном подходе к изучению аномалий развития, является более продуктивным. Его основы

были заложены в работах Л. С. Выготского. В едином пространстве им рассматривались явления нормы и патологии. Закономерности дизонтогенеза анализировались через сопоставление разных форм патологии психического развития (речи, зрения, слуха, интеллекта, эмоционально-волевой сферы и др.). Это позволило увидеть общее во внешне различающихся феноменах и разное в феноменологически сходных явлениях. Что особенно важно, в этом учении была предпринята попытка интегрировать знания, полученные в медицине, психологии, педагогике и даже философии. К сожалению, в работах его последователей ссылки на данные смежных дисциплин, обсуждения явлений, наблюдающихся при других формах патологии, часто носят скорее формальный характер. Говоря о разобщенности, мы имеем в виду несколько ее форм: внут-ридисциплинарную (разные клинические формы патологии — разные разделы научных дисциплин), методологическую (существование разных научных школ в рамках одной дисциплины и даже одного предмета исследования), формальную междисциплинарную (изучение одних и тех же форм патологии развития в рамках разных научных дисциплин: медицины, психологии, педагогике, психолингвистики).

Речь включена во многие формы психической деятельности. Как поведенческий акт она правомерно рассматривается в рамках психологии поведения. Как коммуникативное средство относится к психологии личности, психологии общения. Являясь способом получения знаний и формой их категориального выражения, речь имеет непосредственное отношение к когнитивной психологии, психологии познания. Как форма практической реализации языка речь — предмет изучения лингвистики и психолингвистики. Познание механизмов речи естественно выводит исследователя в плоскость психофизиологии и нейропсихологии. Все вышеперечисленное в онтогенетическом аспекте имеет прямое отношение к психологии развития.

Нарушения речевого развития являются основным предметом логопедии детского возраста. Тем не менее использование каждой из вышеперечисленных научных дисциплин высвечивает новые и неожиданные «клики» этого явления.



Поэтому состояния недоразвития речи у детей, в силу сложности, комплексности, междисциплинарности проблем, с ними связанных, вполне заслуживают быть предметом самостоятельно научного направления — логопатологии детского возраста. Широта, масштабность, актуальность и сложность проблем, принадлежащих логопатологии, вполне оправдывают целесообразность создания самостоятельной дисциплины, находящейся на стыке психиатрии, психологии, нейропсихологии, психолингвистики и логопедии. В данной книге мы предприняли попытку мультидисциплинарного анализа широкого круга вопросов, относящихся к логопатологии. Это позволило вскрыть некоторые новые аспекты проблемы НР. Представленные данные экспериментального исследования, с одной стороны, внесли некоторую ясность в ряд дискуссионных вопросов. Удалось описать ряд состояний, которые до настоящего времени не получали в логопедии должного внимания или смешивались с другими состояниями (например, артикуляционные диспраксии, параалалическая форма ГНР). С другой стороны, удалось сформулировать ряд вопросов, требующих дальнейшего экспериментального исследования.

«Недоразвитие речи» — многозначное понятие. Означая буквально недоразвитие (то есть недостаточное развитие) речи, оно в практике используется применительно к разным формам отклонений в развитии речи: темповой, временной задержке развития речи, дисгармоничному патологическому развитию функциональной системы языка и речи (ФСЯР) с преобладанием явлений недостаточности (тотальное НР), избирательной, парциальной неполноценности, несформированности отдельных компонентов, подсистем ФСЯР.

В главах этой книги мы попытались показать, что модели патологии, созданные в логопедии детского возраста более 30 лет назад, существенно устарели и нуждаются в пересмотре. Традиционное деление случаев недоразвития речи на первичные и вторичные при глубоком анализе механизмов представляется слишком упрощенным. На практике преобладают

переходные формы. Монофакторные модели механизмов НР (по принципу: одно нарушение — один механизм) не согласуются с экспериментальными данными. Клинико-психологический анализ показал, что состояния недоразвития речи является одной из форм психоречевого дизонтогенеза (ПРД), особенность структуры которого — преобладание явлений дефицитарности коммуникативно-речевых навыков. Особенность механизмов этой формы ПРД — первичное нарушение языковой способности, одного или нескольких механизмов речепроизводства. В некоторых случаях к перечисленным механизмам добавляются нарушения когнитивных способностей, интеллектуальный дефицит, играя как патогенетическую, так и патопластическую роль. От подобных ситуаций следует отличать нарушения развития речи целиком или преимущественно отражающие особенности патологии неречевой психической сферы при первичной сохранности языковой способности и речевых механизмов (у детей с ранним детским аутизмом, ранней детской шизофренией и т. п.). Недоразвитие речи у умственно отсталых детей занимает в этом отношении промежуточное положение. Аномалии речевого развития при общем психическом недоразвитии чаще имеют смешанный механизм, включающий как специфические, так и неспецифические для речи компоненты. В соответствующих главах это было показано на примере параалалических форм ТНР.

Недоразвитие речи не представляет собой самостоятельной нозологической единицы в медицинском смысле слова. Это сборная группа очень разных по механизмам, симптоматике, структуре, тяжести, прогнозу отклонений в речевом развитии. Это является веским основанием для разработки системы синдромологического анализа и описания таких состояний, то есть для использования синдромологической диагностики. Такой подход позволяет предельно конкретизировать особенности каждого отдельного случая и поэтому является наиболее удобной методологической основой для реабилитационной работы. В данной работе сформулированы основные принципы синдромологического анализа у детей с НР. Правомерно различать

парциальные и тотальные его формы. Это представлено как в предложенной многоосевой классификации недоразвития речи, так и структуре главы «Частная логопатология».

Клинические и экспериментальные данные позволяют утверждать, что психическое развитие детей с НР в целом базируется на тех же основных закономерностях, что и психическое развитие здоровых детей. Фундаментальные закономерности формирования языка и речи у них также не имеют принципиальных отличий от нормы. Главной характерной чертой психоречевого дизонтогенеза у детей с НР, отличающей его от нормы, является асинхронность, дисгармоничность развития. Это становится очевидным при сопоставлении уровня сформированности разных компонентов ФСЯР между собой, уровня зрелости ФСЯР и неречевой когнитивной сферы. В зарубежной литературе это называют феноменом диссоциации «умственного возраста» и «речевого/языкового возраста».

Многие экспериментальные данные, полученные в настоящем исследовании и другими авторами, свидетельствуют в пользу «гипотезы модулярности» в структурно-функциональной организации речевой и когнитивной сфер, проявляющейся и в ходе онтогенеза. Однако существует немало свидетельств и межсистемного их взаимодействия в процесс онтогенеза как с позитивным, так и с негативным эффектом. Примеры негативного влияния — качественное и количественное (степень тяжести) изменения лингвопатологической симптоматики у детей с моторной алалией или с дизартрией на фоне интеллектуальной недостаточности. К этой же категории можно отнести случаи ТНР смешанного происхождения. Пример позитивного влияния — быстрое исчезновение явлений дезадаптации, заметных коммуникативных нарушений у детей с ринолалией, моторной алалией при наличии высокого интеллектуального потенциала (разумеется, при своевременном оказании помощи).

В полной мере такой широкий взгляд на состояния НР подтвердился в лонгитюдном исследовании. Описаны закономерности динамики состояний

психоречевого дизонтогенеза, типология его вариантов, факторы, влияющие на прогноз компенсации состояний НР. Лонгитюдный анализ качественных и количественных аспектов динамики НР позволил понять генез некоторых вторичных дизонтогенетических феноменов (в том числе относящихся к аффективной и личностной сферам). Обычно это примеры негативного взаимодействия биологических дезадаптирующих факторов с психотравмирующими средовыми влияниями. Дефицит коммуникативных средств, связанное с этим переживание состояния фрустрации создают серьезные проблемы в формировании личности, социализации, что требует оказания психологической и психотерапевтической помощи.

Комплексный, системный подход к рассмотрению состояний НР позволил разработать некоторые принципы построения диагностического процесса, логику диагностических исследований и анализа лингвопатологической симптоматики. Наиболее продуктивной методологической основой такого анализа является сочетание принципов системного анализа недоразвития высших психических функций, сформулированных Л. С. Выготским, и нейропсихологическая теория синдромного и-факторного анализа нарушения ВПФ, разработанная А. Р. Лурия.

Применение нейропсихологического факторного анализа позволяет разграничить феноменологически сходные синдромы, имеющие разные механизмы и патогенез. Например, дифференцировать преимущественно языковые нарушения и состояния, обусловленные неполноценностью механизмов речепроизводства (соответственно, алалические и параалалические формы ТН Р), синдромы с механизмами сенсомоторного уровня (дизартрии) и синдромы гностико-праксического уровня (артикуляторные диспраксии).

Тезис о том, что анализ патологических вариантов развития позволяет иногда понять закономерности формирования психических функций в норме, стал уже общим местом. Тем не менее он снова и снова находит себе подтверждения.

Наши исследования, посвященные патологии развития речи, позволили получить ответы на некоторые вопросы, относящиеся не только к патологии, но и к норме.

Проблема взаимоотношений речи и интеллекта (Выготский Л. С, 1986, Пиаже Ж., 1994), которая многие годы является объектом дискуссий, предстает при анализе патологического материала несколько в новом свете. Нельзя сказать, что обращение к патологии как к природной экспериментальной модели изучения этой проблемы является чем-то новым (Выготский Л. С, Соколянский И. А., Мещеряков А. И., Лурия А. Р. и многие др.). Однако в большинстве из этих работ рассматривались случаи тяжелой патологии речи (глухонмота, анартрия и т. п.). В таких случаях «речь» рассматривается как единообразный, неструктурированный фактор, который может влиять / не влиять на формирование мышления и интеллекта и зависеть /не зависеть от уровня развития невербального мышления, интеллекта. Кроме того, на фоне столь тяжелых аномалий речи все остальные психические функции априорно рассматриваются как первично сохраненные. Аналитический подход к речи и языку в случаях отклонений в их развитии убеждает в том, что с психологической точки зрения это весьма неоднородные явления. Речью называют и совокупность звуковых феноменов, в которых она выражается внешне (так называемый «звуковой поток»), и совокупность высказываний, имеющих определенный смысл и значение, и вид деятельности, включающий все вышеперечисленное и целый ряд других процессов и операций. Как материальное выражение языка речь имеет такие структурные компоненты, как звукопроизношение, словарный состав, грамматические характеристики (например, ситуативная речь отличается от контекстной речи целым рядом синтаксических и морфологических особенностей). Поэтому обсуждение вышеупомянутых зависимостей должно сопровождаться обязательной конкретизацией затрагиваемого феномена. Например, взаимоотношения в онтогенезе невербального интеллекта и звукопроизношения, звуковой стороны речи, фонологического уровня системы языка отличаются от соответствующих

взаимоотношений невербального интеллекта и синтактико-морфологической подсистемы или прагматики речевых актов, дискурса. При моторной алалии, как полагали многие исследователи, вторично может нарушаться формирование некоторых форм мышления и интеллекта. Однако остается не вполне ясным: какие из нарушенных языковых и речевых процессов, образующих клиническую картину моторной алалии, могли бы оказать такое влияние? Относится ли это к бедности экспрессивного словаря? Или это связано с нарушением способности строить связные, грамматически правильно оформленные высказывания? Или же главная причина в неспособности строить связные тексты? Пока все эти вопросы не имеют исчерпывающих ответов.

Наши наблюдения и экспериментальные данные позволяют утверждать, что дефицит определенных невербальных когнитивных способностей (образное мышление, пространственная комбинаторика, сукцессивные функции, объем оперативной памяти) тормозит формирование лексического запаса, влияет на овладение сложными синтаксическими конструкциями, на освоение сложных форм грамматического согласования и оперирования флексиями, префиксами, суффиксами. На формирование фонологической системы непосредственного влияния это не оказывает, но утяжеляет имеющиеся там первичные нарушения. Практически всегда дефицит интеллектуальных способностей тормозит овладение навыками построения развернутых текстов, контекстной формы речи, монологических высказываний.

Клинический подход к анализу данной проблемы позволил обнаружить еще одно обстоятельство, которое нередко не принималось в расчет в психологических исследованиях. Довольно часто дети с патологией речевого развития имеют сопутствующие расстройства, поврежденные механизмы, непосредственно тормозящие формирование определенных познавательных способностей или частных когнитивных функций (что в медицине называют проблемой коморбидности). Клинический и психологический анализ показывает, что многие из этих нарушений имеют самостоятельный генез, не связанный с недоразвитием речи.

Нейропсихологический синдромологический анализ разных форм недоразвития речи привел нас к выводу, что аналитический подход в их изучении является не менее продуктивным, чем холистический, называемый часто «системным». Последний термин неслучайно взят в кавычки. В логопедии нередко смешиваются понятия «система языка» и «функциональная система речи». В результате иерархическими связями уровней языка в некоторых логических построениях подменяют функциональные взаимосвязи, существующие между автономными подсистемами функциональной системы языка и речи. Лингвистическое понимание системности смешивается с его психофизиологическим пониманием. Пользуясь этой ложной посылкой, многие комплексные, поликомпонентные образования, составляющие тотальное недоразвитие речи, рассматриваются как целостные состояния, имеющие единый патогенез и механизмы. Полученные нами экспериментальные материалы и данные других исследователей явно идут вразрез с такими устаревшими представлениями.

В заключение хочется выразить надежду, что настоящая книга окажется полезной не только логопедам, но и психологам, заинтересует психолингвистов, врачей, нейрофизиологов и нейропсихологов. Мы убеждены, что предмет исследования стоит того.

## Приложение 1

### ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ГРУПП, ПРОШЕДШИХ УГЛУБЛЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО КЛИНИЧЕСКОМУ СОСТАВУ И ПОЛУ

Тип группы	Общее число испытуемых					Соотноше ние по полу М:Д
	всего	Мальчиков		Девочек		
		Абс.	%	Абс.	%	
<b>Тотальные формы ПНР</b>						
А. Алалическая форма ТПНР	42	37	86	6	14	6,2:1
А) неосложненная форма	27	26	96	1	4	26:1
Б) осложненная форма	16	11	69	5	31	2,2:1
Б. параалалическая форма ТПНР	37	30	81	7	19	4,3:1
В. параалалическая форма ТПНР на фоне у/о	40	24	60	16	40	1,5:1
<b>Парциальные формы ПНР</b>						
Функциональная дислалия	15	8	53	7	47	1,1:1
Артикуляционная диспраксия	112	72	64	40	36	1,8:1
Дисфонетическая форма	8	6	75	2	25	3:1
Дисфонологическая форма	20	8	40	12	60	1:1,5
Динамическая форма	32	16	25	16	75	1:1
Смешанная форма	52	42	81	10	19	4,2:1



дизартрия	8	4	50	4	50	1:1
Дети с десликсией	50	41	82	9	18	4,5:1
Дети с ЗПР	30	20	66	10	34	2:1
Здоровые дети	30	16	53	14	47	1,;1

## Приложение 2

### ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПСИХИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ И ПРИЗНАКИ РИСКА

Как известно, речевая деятельность — системный процесс, включающий в себя вербальные и невербальные компоненты. Ее психофизиологическая основа — функциональная система языка и речи, объединяющая коммуникативную подсистему, когнитивную подсистему и интеллектуальные способности. Столь сложная и полифакторная ее организация особенно явно проявляется на ранних этапах онтогенеза: в первые 3 года жизни. Именно в этот период онтогенез системы языка и речи особенно зависит от таких психологических факторов, как коммуникативная потребность и способность, состояние эмоциональной сферы, уровень сформированности познавательных процессов и способностей. В общей форме это можно назвать уровнем психической зрелости. Это необходимо принимать в расчет как при логопедической диагностике, так и при оказании ранней помощи детям с отклонениями в развитии речи.

В последние несколько десятилетий ведущие детские психологи пришли к выводу о недостаточной прогностической надежности использовавшихся ранее методов оценки познавательных способностей детей раннего возраста. Более надежными показателями когнитивного потенциала, по-видимому, являются рано созревающие функции: коммуникативное поведение, эмоциональное реагирование и исследовательское поведение (ранние его формы — это ориентировочно исследовательская реакция и тесно связанное с ней произвольное внимание). Данные психические функции являются, по существу, осевыми и сохраняют свои ключевые позиции среди других и в более зрелом возрасте. Поэтому оценка уровня зрелости именно этих функций сохраняет свою информативность и прогностическую надежность как в раннем, так и в дошкольном возрасте.

Предлагаемые ниже критерии оценки психической зрелости ребенка в раннем возрасте базируются на вышеизложенных принципах. Кроме показателей зрелости мы приводим наиболее значимые признаки неблагополучия в развитии определенной психической сферы. Каждый из них в отдельности представляет собой лишь парциальный недостаток. Сочетание же нескольких подобных дефицитарных признаков является вероятным проявлением психического дизонтогенеза, и подобные комплексы следует рассматривать как факторы риска. Дети, отнесенные к группе риска, подлежат углубленному психологическому исследованию для уточнения состояния их психической сферы и определения приоритетных направлений в коррекционной или профилактической работе.

### **Показатели психической зрелости на первом году жизни**

#### **а) Коммуникативное поведение (протодиалог)**

Как известно, младенец проявляет коммуникативную активность с первых месяцев рождения. Выражается это в избирательно активном внимании к лицу и особенно глазам говорящего с ним. Это как бы начало освоения поведенческого сценария, который станет позже основой невербальных составляющих диалога. Установление контакта глаз является, как известно, демонстрацией намерения вступить в разговор. Наши клинические наблюдения свидетельствуют, что в раннем возрасте коммуникативная потребность и компетентность тесно согласуются с познавательным потенциалом ребенка. После 2 месяцев спонтанная улыбка сменяется на реактивную, ответную на улыбку взрослого. В 3 месяца важный показатель — появление так называемой «реакции оживления». В конце первого — во втором полугодии общение младенца и матери приобретает диалогоподобный характер: вокализации ребенка чередуются с паузами, во время которых младенец прислушивается к голосу говорящей с ним матери. Экспериментальные данные зарубежных исследователей свидетельствуют, что существует прямо пропорциональная зависимость между сенситивностью и откликаемостью матери, с одной

стороны, и вокализационной (а позже — речевой) коммуникативной активностью ребенка — с другой. При оценке этих показателей следует иметь в виду, что, по сути, оценивается диада «мать—дитя». Очень многое в поведении младенца зависит от материнского поведения (эмоционального и коммуникативного).

#### **б) Эмоциональное поведение**

С 3 месяцев эмоциональные реакции младенца приобретает все более произвольный и разнообразный характер. Западные психологи описывают следующий набор эмоциональных реакций, наблюдаемый у младенцев после 3—4 месяцев: а) «удивление в ответ на неожиданность» — торможение двигательной активности и снижение сердечного ритма в ответ на неожиданное явление; б) тревожные реакции на состояния физиологического дискомфорта (боль, холод и голод) — усиление двигательной активности, сопровождающейся закрыванием глаз, учащением сердечного ритма и плачем; в) реакция расслабления в ответ на удовлетворение потребности — снижение мышечного тонуса и закрывание глаз; г) «комплекс оживления», возникающий при виде лица близкого человека (на небольшом расстоянии — 30—40 см) в сочетании с обращенной к нему речью, интонационно любовно окрашенной. Эта эмоциональная реакция наиболее хорошо известна педиатрам и детским невропатологам. Она проявляется в улыбке, радостных вокализациях, повышении двигательной активности. Около 8 месяцев возникает еще одна эмоциональная реакция: страх при встрече с незнакомым человеком (или явлением) — испуганное выражение лица, губы поджаты, глаза расширены, брови подняты. В этом же возрасте появляется эмоция «гнева, вызванного разочарованием», в виде сопротивления и плача, возникающая при прерывании какого-либо занятия малыша или исчезновении из поля зрения интересующего его объекта.

## **в) Познавательная активность**

Познавательная или исследовательская активность, с одной стороны, это раннее проявление познавательной мотивации. С другой — она создает младенцу оптимальные условия для познания окружающего его мира и утоления сенсорного голода, то есть поддержания адекватного уровня сенсорной стимуляции. Нейрофизиологические исследования свидетельствуют, что сенсорная стимуляция церебральных центров способствует созреванию нейронов и миелинизации проводящих путей.

В раннем возрасте познавательная активность проявляется в длительности непрерывной фиксации взора на заинтересовавшем ребенка объекте. Иначе ГОВОРЯ, устойчивость произвольного внимания в этот период — показатель познавательного потенциала младенца и прогностически значимый признак для интеллектуального развития в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Другое проявление исследовательского поведения — предметно-манипулятивная игра, преобладающая из форм активности на первом году жизни. Младенец разглядывает, ощупывает предметы, тянет их в рот, кидает их. Примерно к 7—8 месяцам у него складываются элементарные формы представлений — так называемая «константность представления о предмете». Он продолжает помнить о существовании предмета некоторое время после исчезновения его из поля своего зрения. Отыскивает игрушку, спрятанную на его глазах. Мир, окружающий ребенка, становится более предсказуемым и структурированным. Константность представления о предметах является предпосылкой для образования смысловой связи между их наименованием, услышанным от взрослых, и соответствующими образами, то есть основой для формирования пассивного словаря.

## **Показатели психической зрелости на втором году жизни**

### **а) Коммуникативное поведение**

На втором году жизни общение ребенка приобретает более содержательный в деловом отношении характер: появляется ситуативно-деловая, в терминологии

М. И. Лисиной, форма общения, которую, с нашей точки зрения, уместнее было бы назвать «лично-деловой». Совместная деятельность с эмоционально близким взрослым становится более разнообразной, содержательной и индивидуализированной. Однако при этом сохраняется высокая значимость ситуативно-личностной (непосредственно эмоциональной) формы общения. Диалог со взрослым носит отчетливо реципрокный (взаимововлеченный, согласованный) характер. Процесс взаимодействия со значимым взрослым (творческая игра или совместное конструирование) ребенок сопровождает короткими коммуникативными эпизодами (или коммуникативными циклами, в терминологии западных авторов). Иницируя общение (вербальное или невербальное), он на короткое время открывает (взгляд в глаза, затем на игрушку, словесная реплика или вокализация) и закрывает эти циклы (возвращается к совместной или индивидуальной практической деятельности). По данным психологов, количество этих циклов на протяжении завершено в смысловом отношении эпизода игры или совместной деятельности меняется с возрастом: 10—15 циклов к 12—16 месяцам, 20—30 циклов — к 2 годам. Общение со сверстниками эмоционально окрашено положительно, но еще малопродуктивно и весьма формально.

#### **б) Эмоциональное поведение**

На втором году жизни у здорового ребенка преобладает эмоционально положительный фон настроения. Однако он весьма непостоянен и легко может смениться на противоположный, если для этого есть причины. При нормализации ситуации настроение также быстро нормализуется. Значительно расширяется репертуар эмоциональных реакций на события, происходящие в жизни ребенка.

#### **в) Познавательная сфера**

На втором году жизни познавательное развитие происходит преимущественно в сфере предметной деятельности. Ребенок осваивает элементарные стратегии продуктивной, целенаправленной деятельности, построенные на основе

универсального алгоритма, описанного еще Дж. Миллером, Ю. Галантером и К. Прибрамом, а позднее, с нейропсихологических позиций, А. Р. Лурия. В структуре деятельности малыша появляется еще незрелая ориентировочная фаза действия и элементарные формы самоконтроля. Основная стратегия продуктивной деятельности — стратегия проб и ошибок. Развивается наглядно-действенное мышление, появляется ориентация на них в практической деятельности.

### **г) Игровая деятельность**

Игра как ведущий тип деятельности становится в этом возрасте весьма информативным показателем развития игрового поведения, фантазии, воображения, но и познавательных способностей тоже. С первых месяцев второго года жизни можно обнаружить развитие двух видов игровой деятельности: а) символическую игру и б) предметно-практическую игру. В современной западной психологии начало развития символической игры относят к возрасту 1 год 3 месяца— 1 год 4 месяца. Ее основные проявления — действия «понарошку» с предметом (бытовым или его игрушечным аналогом) или без него. Средством символизации в этом случае становится характер действия, совершаемого ребенком, имитирующего функционально адекватное действие взрослых. Можно выделить 3 этапа в процессе развития этого вида игры: сначала, например, малыш пустой ложкой как бы ест сам, на следующем этапе кормит кого-то из взрослых, на третьем этапе — куклу или игрушечную зверушку. Последнее — это одновременно начало развития элементарных форм сюжетной игры (обычно во второй половине 3-го года жизни).

В предметно-практической игре ребенок овладевает функционально адекватными действиями с бытовыми или игровыми предметами. В процессе этого вида деятельности формируются бытовые или конструктивные навыки. В методической литературе по дошкольной педагогике этот вид игры называется предметно-отобразительной игрой.

## **Показатели психической зрелости на третьем году жизни**

### **а) Коммуникативное поведение**

На третьем году жизни сохраняется как ведущее ситуативное личностно-деловое общение. Однако ближе ко второму полугодию оно начинает окрашиваться проявлениями кризиса 3 лет: чертами упрямства, сопротивления с близкими взрослыми.

В конце данного возрастного периода начинают формироваться партнерские отношения со сверстниками. Общение с ними приобретает более продуктивный и содержательный характер. Этому способствует созревание способности к взаимодействию и сотрудничеству в совместной игре. Значительно шире в общении между детьми используются речевые средства, такие как диалог или полилог (диалог более чем двух детей).

### **б) Эмоциональное поведение**

На третьем году жизни меняется рисунок эмоционального поведения. Доминирующий эмоциональный тон начинает существенно зависеть от социальной и коммуникативной ситуации. Появляется способность скрывать истинные чувства и переживания и демонстрировать те, которые желательны, исходя из ситуации (притворяться, хитрить, демонстрировать ложные эмоциональные состояния). Эпизодически ребенок проявляет агрессивные чувства (преимущественно в вербальной форме) по отношению к родителям. Кризис самоопределения (формирование психической Я-концепции) усиливает эмоциональную неустойчивость. Одновременно растет степень дифференцированности эмоциональных реакций.

### **в) Познавательная сфера**

Развитие наглядно-действенного мышления или т. н. «сенсомоторного интеллекта» (по Ж. Пиаже) на третьем году достигает значительной степени зрелости. Ребенок овладевает основными сенсорными эталонами формы, цвета и размера, использует их в практической деятельности.



Стратегические возможности решения проблем совершенствуются. Выполняя большинство конструктивных заданий (имеется в виду репродуктивное, проблемное конструирование) методом проб и ошибок, ребенок к концу этого периода начинает осваивать азы приемов зрительного сопоставления сенсорных характеристик и мысленного оперирования ими.

### г) Игровая деятельность

На третьем году жизни, во второй его половине, отдельные действия с куклами, характерные для символической игры (имитационные бытовые действия «понарошку»), перерастают в сюжетные игровые действия. Ребенок воспроизводит фрагменты сюжетных игровых действий преимущественно бытового характера: укладывает куклу спать, умывает и кормит ее, используя предметы-заместители, нагружает и разгружает автомобиль и т. п. В этом возрасте для детских игр характерна неполнота развертывания сюжета: большинство из них одноактны и не собраны в последовательность логически организованных игровых действий, воспроизводящих целостные бытовые сценарии. Предметно-практическая игра со строительным материалом, дидактическими игрушками (пирамидками, формочками-вкладышами, мозаикой и др.) становится более целенаправленной, разнообразной и продуктивной.

<b>Признаки риска</b>
Первый год жизни
<p>А) Коммуникативное поведение:</p> <p>Дефицит или отсутствие «реакции оживления» после 3 мес.</p> <p>Пассивность/недифференцированная реакция на близких /чужих после 8 мес.</p> <p>Или паническая реакция на чужих.</p> <p>Избегание глазного контакта, позы принятия.</p> <p>Позднее появление лепета (раннего — после 5 мес, позднего — после 7-8 мес).</p>
<p>Б) Эмоциональное поведение:</p> <p>Пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач, дистимический или</p>

<p>депрессивный фон настроения, невропатические проявления.</p> <p>Бедный репертуар эмоциональных реакций.</p>
<p>В) Познавательная сфера:</p> <p>Отсутствие интереса к игрушкам.</p> <p>Не отыскивает спрятанную на его глазах игрушку (после 7 мес.).</p> <p>Нет фиксации взора на яркой игрушке.</p> <p>Нет прослеживающих движений взора за ярким предметом.</p> <p>Неустойчивая, кратковременная фиксация зрительного внимания.</p>
<p>Второй год жизни</p>
<p>А) Коммуникативное поведение:</p> <p>Низкая коммуникативная активность.</p> <p>Отсутствие или слабая выраженность реципрокности в диалоге.</p> <p>Избегание диалога или формальность в диалоге.</p>
<p>Б) Эмоциональное поведение:</p> <p>Пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач.</p> <p>Дистимический или депрессивный фон настроения.</p> <p>Невропатические проявления</p> <p>Тревожная привязанность к родителям.</p> <p>Однообразные, стереотипные эмоциональные реакции.</p>
<p>В) Познавательная сфера:</p> <p>Преобладание элементарных форм исследовательского поведения (ротовое исследование).</p> <p>Хаотический характер проб и ошибок.</p> <p>Нефункциональность предметных действий.</p> <p>Отсутствие ориентации на цвет и форму в практической деятельности.</p>
<p>Г) Игровая деятельность:</p> <p>Преобладание манипулятивной игры.</p> <p>Отсутствие символической игры после 1,5 лет.</p> <p>Неспособность самостоятельно организовать игровую деятельность без</p>

<p>помощи взрослого.</p> <p style="text-align: center;">Третий год жизни</p>
<p>А) Коммуникативное поведение:</p> <p>Боязнь и избегание сверстников.</p> <p>Отсутствие партнерских отношений.</p> <p>Чрезмерная автономность поведения по отношению к родителям.</p> <p>Низкая коммуникативная активность.</p>
<p>Б) Эмоциональное поведение:</p> <p>Пассивность, нерадостное настроение.</p> <p>Дистимический или депрессивный фон настроения.</p> <p>Невропатические проявления.</p> <p>Однообразные, стереотипные эмоциональные реакции.</p> <p>Эмоциональная отгороженность или неадекватность эмоциональных реакций.</p> <p>Симбиотическая привязанность по отношению к родителям: ребенок требует постоянной физической близости родителей.</p>
<p>В) Познавательная сфера:</p> <p>Преобладание элементарных форм исследовательского поведения (ротное исследование).</p> <p>Хаотический характер проб и ошибок.</p> <p>Нефункциональность предметных действий.</p> <p>Отсутствие каракульного рисунка.</p>
<p>Г) Игровая деятельность:</p> <p>Преобладание манипулятивной игры.</p> <p>Отсутствие символической игры.</p> <p>Низкая игровая активность.</p> <p>Стереотипность игровых действий в предметно-практической игре.</p>

## Приложение 3

### СТАНДАРТИЗОВАННАЯ МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ НАВЫКА ЧТЕНИЯ (СМИНЧ)

Данная методика позволяет оценить навык чтения не только качественно, но и количественно. Это необходимо для дифференциальной диагностики избирательных, специфических нарушений усвоения чтения (то есть дислексии) и неспецифических затруднений разной этиологии (при недоразвитии устной речи, при умственной отсталости, при неправильной методике обучения и т. п.). Ее целесообразно использовать при исследовании детей со 2-го по 6-й класс.

При исследовании желательно, чтобы ребенок не видел, что фиксируется скорость чтения. После того как он прочитал заголовок, включается секундомер. Регистрируется число правильно прочитанных слов за первую минуту. Если ребенок самостоятельно исправил ошибку, слово считается прочитанным правильно. Всем детям предлагается прочесть тексты I и II. После прочтения каждого текста проверяется понимание прочитанного.

Коэффициент техники чтения (КТЧ1 и КТЧ2) находят в таблице на пересечении строки, соответствующей числу правильно прочитанных слов и столбца, соответствующего классу и номеру текста.

#### Текст I

Как я ловил раков	слов
В нашей деревне текут два ручейка. В них живет много раков.	14
Мальчики ловят их руками под камнями, в дырах между корнями или под берегом. Потом они варят их и лакомятся ими. Одного рака я получил от моего друга, и он мне очень понравился, был очень вкусный.	14 14 4
Мне тоже захотелось ловить раков. Но легко сказать, а трудно сделать. У раков есть свое оружие — клешни, которыми они	14 12

щиплются как следует. Кроме того, я боялся сунуть руку в дыру между корнями. Ведь можно прикоснуться к лягушке или даже к змее! Мой друг посоветовал мне, как можно ловить раков совсем по-другому...	14 11
Нужно привязать на длинную палку тухлое мясо. Рак крепко схватит мясо, и затем его легко вытащить из воды, как рыбу на удочке. Этот способ мне очень понравился, и поэтому я подготовил все нужные вещи. В пруду я нашел глубокое место и сунул палку в воду.	13 13 13 6
Сижу спокойно. Вода чистая, но раков я не Бидел нигде. Вдруг я заметил усы, потом глаза и клешни, наконец, весь рак медленно вылез к мясу. Потом схватил мясо клешнями и разорвал его челюстями. Я очень осторожно вытянул свою удочку из воды, и рак лежит на траве.	14 14 12 7
Но некоторые раки были более осторожными. Когда палка-удочка дрожала, рак сразу ее отпускал и задом плыл в нору.	11 8
Отгадайте, почему задом? Но все-таки я наловил много раков. Мама их сварила. Какими они были красными! И очень вкусными!	12 7

Вопросы к тексту I для оценки понимания прочитанного:

1. Сколько ручейков текут в деревне?
2. Кто в них живет?
3. Где мальчики ловят раков?
4. Что мальчики с ними делают?
5. От кого мальчик получил рака?
6. Чего захотелось мальчику?
7. Что есть у раков?
8. Что боялся сделать мальчик?
9. Почему?
10. Что посоветовал ему друг?

## Текст II

Неблагодарная ель	СЛОВ
В отдаленной части леса, рядом с высокой рощей, росла ель.	12
Маленькую елочку поражала красота белых цветков, которые распускались весной на терновнике.	9
Стали они с терновником друзьями еще с осени. Тогда ели	13
понравились его синие плоды. Когда ель стала взрослой, птицы ей	13
сказали, что другой такой красавицы в лесу нет. Тогда охватили ель	11
гордость и самолюбие. Однажды она сказала: «Слушай, терновник,	12
убери свои кривые ветки от меня! Ведь ты не позволяешь, чтобы	11
прохожие восхищались моей красотой и моим прекрасным	13
ростом». «И это ты мне за всю защиту от ветра и плохой погоды?»	10
— жалобно спросил терновник. Ель молчала и только мрачно	11
качала ветвями. Терновник рассердился и отодвинулся к солнцу.	12
Через несколько дней к солнцу обратились все ветви терновника,	12
но ни одна не прикоснулась к ели. И ель росла, росла...	
Во время первых зимних метелей в лес пришли лесорубы. Они	12
искали новогодние елки. От страха начала ель просить терновник,	14
чтобы он ее спрятал. Но было уже поздно просить. Все ветки	13
терновника летом повернулись к солнцу и зимой уже не могли	13
приблизиться к ели. Она заплакала: «Ведь меня топором убьют!»	10
«И это из-за того, что ты была гордой, самолюбивой и	8
неблагодарной», — ответил терновник. «Да, неблагодарная	8
гордость не принесет пользу», — заплакала ель.	
Едва она сказала это, как перед ней уже стояли люди и	14
восхищались ее красотой. Ее срубили. Ель упала в объятия	12
терновника и навсегда распрощалась с лесом.	

Вопросы к тексту II:

1. Где росла ель?

2. Что поражало маленькую ель?

3. Какие отношения у нее были с терновником?
4. Что ели понравилось осенью?
5. Что сказали птицы?
6. Что сказала ель терновнику?
7. Что терновник ей ответил?
8. Что потом сделал терновник?
9. Что случилось с ветвями терновника?
10. Что происходило с елью?

При хорошем понимании текста ребенок должен правильно ответить не менее чем на 7 вопросов из 10 (при условии, что прочитано в I тексте не менее 98 слов, а во II — не менее 127 слов).

Таблица определения коэффициента техники чтения по стандартным текстам I и II

Количество слов за 1 мин.	Класс									
	2-й		3-й		4-й		5-й		6-й	
	Текст									
	№ I	№ II	№ I	№ II	№ I	№ II	№ I	№ II	№ I	№ II
4	54	54	52	53	52	52	52	52	52	52
8	57	59	55	55	54	55	53	54	53	53
12	61	62	57	55	58	57	55	58	54	55
16	64	66	59	61	59	59	57	58	56	57
20	68	70	61	63	60	62	59	60	57	59
24	71	75	64	66	62	64	60	62	59	60
28	75	79	66	68	64	66	62	64	60	62
32	76	83	69	71	68	68	64	66	62	64
36	82	87	70	74	69	71	65	68	63	66
40	85	91	73	76	70	73	67	69	65	67
44	89	95	75	79	72	75	69	71	66	69
48	92	99	77	82	74	78	70	73	69	73
52	96	103	80	84	76	80	72	75	69	72
56	99	107	82	87	77	82	74	77	71	74
60	103	111	84	89	79	84	75	79	72	75
64	106	115	86	92	81	87	77	81	73	77
68	110	119	89	95	83	89	79	82	75	79
72	113	123	91	97	85	91	81	85	77	81
76	117	128	93	100	87	94	82	87	78	82
80	120	132	96	103	89	96	84	89	79	84
84	124	136	98	105	91	100	85	91	81	86
88	127	140	100	108	93	101	87	93	82	87
92	131	144	102	111	95	103	89	95	84	89
96	134	148	105	113	97	105	91	97	85	91
100	137	152	107	116	99	107	92	99	87	92
104	141	155	109	118	101	110	94	100	89	94
108	145	160	111	121	103	112	96	102	90	96

## Приложение 4

### МЕТОДИКА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ДИСЛЕКСИИ (МРВД)

Данную методику целесообразно использовать в ходе массовых профилактических осмотров детей 6-8 лет. Обследование с помощью МРВД не требует специального оборудования и занимает около 5—8 мин. Методика доступна широкому кругу специалистов, участвующих в предшкольной диспансеризации детей (детские психиатры, невропатологи, педиатры, логопеды).

Описание методики и правила оценки выполнения заданий.

**I. «Рядоговорение».** Инструкция ребенку: «Перечисли по порядку времена года и (после ответа на этот вопрос) дни недели» при недостаточном понимании временных понятий допустима помощь в виде наводящих вопросов или подсказки, не содержащей порядкового перечисления.

Оценки (здесь и далее оценка дается в штрафных баллах): 1) правильно ответил на оба вопроса — 0 баллов; 2) правильно ответил на один вопрос — 2 балла; 3) не ответил ни на один вопрос — 3 балла.

**II. «Ритмы».** Инструкция: «Послушай, как я постучу, и после того как я закончу, постучи точно также». После этого однократно предъявляется серия ударов по столу (карандашом или палочкой) с длинными и короткими интервалами:

- простые ритмы — !! !, ! !!, !! !!, !! !!, ! !!!; если задание выполнено верно, то переходят к более сложному; если допущено больше одной ошибки, то прекращают;
- сложные ритмы — !!! !!, ! !! !!, !! !!! !. Критерий выполнения такой же, как в простых ритмах.

Оценки: 1) выполнены оба задания — 0 баллов; 2) выполнены только простые ритмы — 2 балла; 3) не выполнено ни одного задания — 3 балла.



**III. Тест «Кулак — ребро — ладонь».** Инструкция: «Посмотри внимательно на то, что я сейчас сделаю, и повтори точно так же». Экспериментатор демонстрирует ребенку трижды подряд последовательность из трех движений руки: ударить кулаком по столу, поставить ладонь ребром, хлопнуть ладонью по столу. Ребенок так же, как и экспериментатор, должен трижды без ошибок воспроизвести эту последовательность. Если ребенок нарушил последовательность движений не более одного раза, нужно указать, что допущена ошибка, и предоставить ему еще попытку (если ребенок воспроизвел последовательность из 3 движений только один раз и после стимуляции продолжил ее верно, то это ошибкой не считается). При явно ошибочном воспроизведении демонстрация образца повторяется. Всего допускается не более 5 демонстраций.

Оценки: 1) правильное воспроизведение с одной-двух попыток после 1-й демонстрации — 0 баллов; 2) правильное воспроизведение после 2 демонстраций или после 3 демонстраций с 1-й попытки — 2 балла; 3) правильное воспроизведение после 4 и 5 демонстраций или после 3 демонстраций со 2-й и более попыток — 3 балла.

**IV. Субтест «Повторение цифр».** Инструкция: «Сейчас я назову тебе какие-нибудь несколько цифр, а ты, как только я кончу говорить, повтори их точно в таком же порядке. Внимание!» После этого экспериментатор ровным голосом, не меняя интонации на последней цифре, в ритме отсчета стартового времени называет ряд из трех цифр (см. цифровые ряды). При ошибочном воспроизведении предъявляется другой ряд из трех цифр. При верном воспроизведении переходят к ряду из 4 цифр и так далее до ряда из 5 цифр. Экспериментатор фиксирует количество цифр в наибольшем правильно воспроизведенном ряду. Это является предварительной оценкой за первую половину задания. После этого дается новая инструкция: «Сейчас я назову тебе еще несколько цифр, и ты их тоже будешь повторять, но только начинай с конца, повторяй их в обратном порядке. Например: если я скажу 1—2, то ты должен сказать 2—1». При этом для наглядности нужно поочередно коснуться

пальцем на столе двух воображаемых точек: сначала слева направо, затем справа налево. Тактика обследования и фиксирования результатов такая же, как в первой половине задания: сначала предлагается ряд из 2 цифр, затем из 3 и т. д. Итоговым результатом выполнения всего задания является сумма предварительных оценок за первую и вторую половины задания.

### *Цифровые ряды*

Прямой счет:

№3      3-8-6      6-1-2

№4      3-4-1-7    6-1-5-8

№5      8-4-2-3-9    5-2-1-8-6

Обратный счет:

№ 2      2-56-3

№ 3      5-7-4      2-5-9

№ 4      7-2-9-6    8-4-9-3

Оценки: 1) итоговый результат больше 6—0 баллов; 2) итоговый результат равен 6—2 балла; 3) итоговый результат меньше 6—3 балла.

### **V. Ориентировка «право — лево»:**

Простая ориентировка. Инструкция: «Подними левую руку (начинать надо обязательно с левой), покажи правый глаз, левую ногу». Если задание выполнено, то переходят к следующему, если нет — прекращают.

Речевая проба Хеда. Инструкция: «Возьмись левой рукой за правое ухо, правой рукой — за правое ухо, правой рукой — за левое ухо, покажи левой рукой правый глаз».

Оценка: 1) выполнены оба задания — 0 баллов; 2) выполнена только простая ориентировка — 2 балла; 3) не выполнено ни одного задания — 3 балла.

**VI. Составление рассказа по серии картинок.** Ребенку предъявляется рассказ в 2 картинках (удобен для использования рассказ о курице, цыплятах и самоварной трубе из книги И. Радлова «Рассказы в картинках»). В рассказе на

первой картинке изображены: курица, которая вывела 4 желтых цыплят на прогулку, и лежащая на земле самоварная труба, куда один из цыплят заглядывает. На второй картинке удивленная курица, оглянувшись, видит, что трое цыплят вылезли из трубы черными, а четвертый, еще желтый, цыпленок заглядывает в нее.

*Инструкция:* «Посмотри! На этих картинках нарисован маленький рассказик. Расскажи, про что здесь нарисовано? Составь рассказ по этим картинкам».

Если ребенок не может самостоятельно составить рассказ или вместо него перечисляет изображенные предметы, то нужно задать наводящие вопросы. После того как ребенок закончил рассказ, задается вопрос: «Объясни: почему цыплята стали черными?»

Оценки выставляют в 2 этапа:

1. Оценивается качество построения рассказа — связность, полнота изложения, правильность описания, последовательность событий:

а) рассказ составлен самостоятельно, без существенных погрешностей — 0 баллов;

б) рассказ составлен только по наводящим вопросам без грубых погрешностей или самостоятельно, но с грубыми погрешностями (пропущена существенная часть рассказа, нарушена последовательность событий) — 2 балла;

в) вместо рассказа перечисляются изображенные предметы — 3 балла;

г) ребенок без посторонней помощи даже не перечисляет предметы на картинках — 4 балла.

2. Оценивается понимание причинно-следственных связей:

а) дано правильное объяснение (испачкались в саже или в краске) — 0 баллов;

б) объяснение неполное («труба — черная») — при этом задается наводящий вопрос: «Что значит черная?» и, если удовлетворительного ответа не дано, то оценка — 1 балл;

в) объяснения совсем не было — 2 балла.

Итоговая оценка равна сумме первой и второй оценок.

Составление окончательного заключения:

1. При обследовании детей 6,5—7,5 лет без грубой речевой патологии суммируются следующие 3 оценки: за «Рядоговорение», «Повторение цифр» и за тест Озерецкого или «Ритмы» (из этих 2 выбирается задание, за которое получена большая оценка). Сумма баллов, превышающая 5, свидетельствует о предрасположенности к дислексии.

При обследовании детей 7,5—8,5 лете выраженной речевой патологией (полиморфная дислалия, общее речевое недоразвитие, ринолалия) суммируются следующие оценки: за «Рядоговорение», «Повторение цифр», «Ориентировка «право—лево» и «Рассказ по картинкам». Сумма баллов, превышающая 5, свидетельствует о предрасположенности к дислексии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Алексикова Р.А., Бушанская Н.Б.* Состояние здоровья детей с расстройствами речи, посещающих специальные детские сады и группы //Гигиена и санитария, 1980. № 5. С. 74—75.
2. *Аптухова Т. А.* Анализ состояния обучения чтению учащихся школы для детей с тяжелыми нарушениями речи //Дефектология, 1994. № 5. С. 49—55.
3. *Ананьев Б. Г.* Избранные психологические труды. Т. 1. М., 1980.
4. *Анохин П. К.* Очерки физиологии функциональных систем. М., 1975.
5. *Анохин П. К.* Избранные труды. Философские аспекты теории функциональной системы. М.: Наука, 1978. С. 399.
6. *Арушанова А. Г.* Речь и речевое общение детей. М., 1999.
7. *Ата-Мурадова Ф. А.* Развивающийся мозг: системный анализ. М., 1980.
8. *Ахутина Т. В.* Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. М., 1989.
9. *Ахутина Т. В.* Нейропсихология индивидуальных различий детей как основа использования нейропсихологических методов в школе// Е. Д. Хомская, Т. В. Ахутина (Ред.). 1 Международная конференция памяти А. Р. Лурия. Сб. докладов. М., 1998. С. 201—208.
10. *Ахутина Т. В., Горелов И. И., Залевская А. А.* Исследование речевого мышления в психоллингвистике. М.: Наука, 1985. С. 237.
11. *Бабина Г. В.* Речевые нарушения при детском церебральном параличе //Вопросы логопедии. М., 1979. С. 15-27.
12. *Бейн Э. С, Бурлакова М. К., Визель Т. Г.* Восстановление речи у больных с афазией. М.. 1982.
13. *Белова-Давид Р. А.* Нарушения речи у дошкольников. М., 1969.
14. *Белова-Давид Р. А.* Нарушения речи у дошкольников. М., 1972.
15. *Бельтюков В. И.* Взаимодействие анализаторов в процессе восприятия и усвоения устной речи (в норме и патологии). М., 1977.

16. *Белынюков В. И.* Значение исследований овладения произношением в норме для сурдопедагогической и логопедической практики // *Дефектология*, 1977. №. 3. С. 3-9.
17. *Белынюков В. И.* Программа овладения детьми произношением звуков речи (к вопросу о соотношении социальных и биологических факторов) // *Вопросы психологии*, 1979. №. 4. С. 66-77.
18. *Белынюков В. И.* О сроках усвоения в произношении звуков речи слышащими детьми // *Дефектология*, 1983. №. 2. С. 28-34.
19. *Бернштейн И. А.* Физиология движений и активность. М., 1990.
20. *Блинков С. М, Глезер И. И.* Мозг человека в цифрах и таблицах. М., 1964.
21. *Богданов-Березовский М. В.* Неговорящие и плохо говорящие дети в интеллектуальном и речевом отношении. СПб., 1909.
22. *Бодалев А. А.* Личность и общение. М.: Педагогика, 1983.
23. *Бодалян Л. О.* Детская неврология. М., 1975. С. 415.
24. *Бондарко Л. В.* Фонетическое описание языка и фонологическое описание речи. Л.: ЛГУ, 1981. С. 197.
25. *Бондарко Л. В.* Фонетика современного русского языка. СПб.: Изд. С.-Петербурб. гос. ун-та., 1998. С. 275.
26. *Боскис Р. М.* Глухие и слабослышащие дети. М., 1963.
27. *Брушлинский А. В.* О развитии В. В. Давыдовым своей теории психического развития // *Вопр. психологии*, 1998. № 5. С. 29-37.
28. *Буянов М. И.* О динамике пограничных психоневрологических расстройств // *Неврозы у детей и подростков (Тез. докл. Всесоюз. конф.)*, М., 1986. С. 30—34.
29. *Вартанян Г. А., Пирогов А. А.* Эмоциональный анализатор мозга. СПб.: Наука, 1994. С. 157.
30. *Василева И. Ц.* Особенности невербального и вербального мышления у подростков с общим недоразвитием речи. Автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 1991.

31. *Ветер А. Л.* Структура психологического синдрома // *Вопр. психологии*, 1994. № 4. С. 82—92.
32. *Венгер А. Л.* (Ред.) Психология развития. Словарь//*Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах/ Ред.-сост. Л. А. Карпенко. Под общ. ред. А. В. Петровского, М.: ПЕР-СЭ, 2005. С. 176.*
33. *Венгер Л. А.* Восприятие и обучение. М.: Просвещение, 1969.
34. *Венгер Л. А.* (Ред.) Генезис сенсорных способностей. М., 1976.
35. *Венгер Л. А.* (Ред.) Слово и образ в решении познавательных задач дошкольниками. М., 1996.
36. *Винарская Е. Н.* Клинические проблемы афазии. М., 1971.
37. *Винарская Е. Я.* Дифференциальная диагностика дизартрии // *Журн. невропат. и психиат. им. С. С. Корсакова*, 1982. Т. 82. № 8. С. 1166-1170.
38. *Винарская Е. И.* Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. М., 1987.
39. *Винарская Е.Н., Пулатов А. М.* Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга. Ташкент, 1973 (1-е изд.), 1989 (2-е изд.).
40. *Власенко И. Т.* Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушением речи. М.: Педагогика, 1990. С. 183.
41. *Волков А. М., Микадзе Ю. В., Солнцева Г. Н.* Деятельность: структура и регуляция. Психологический анализ. М., 1987.
42. *Волков П. П.* Системный подход в психиатрии. Минск: Высшая школа, 1976.
43. *Волкова Г.А., Ярмакович М.А.* Принципы и содержание логопедической работы с детьми, страдающими общим недоразвитием речи, в условиях дошкольного детского дома // *Речевые и нервно-психические нарушения у детей и взрослых*. Л., 1987. С. 3-11.
44. *Воловик В. М.* Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // *Теоретико-*

- методологические проблемы клинической психоневрологии. Л., 1975. С. 79-89.
45. *Воронкова В. В.* Готовность старших умственно отсталых дошкольников к обучению грамоте // Дефектология. № 1. С. 66-71.
46. *Воронова А. П.* Нарушение зрительного гнозиса у дошкольников с речевой патологией // Дефектология, 1993. № 1. С. 47-51.
47. *Выготский Л. С.* Развитие высших психических функций. М., 1960.
48. *Выготский Л. С.* Психология и учение о локализации психических функций // Собр. соч. М., 1952. Т. 1.
49. *Выготский Л. С.* Мышление и речь // Собр. соч. М., 1986. Т. 2.
50. *Выготский Л. С.* Основы дефектологии // Собр. соч. М., 1983. Т. 5.
51. *Выготский Л. С.* Вопросы детской (возрастной) психологии // Собр. соч. М., 1984. Т. 4.
52. *Выготский Л. С.* Орудие и знак в развитии ребенка. // Собр. соч. М., 1984. Т. 6.
53. *Выготский Л. С.* Обучение и развитие в дошкольном возрасте // Выготский Л. С. Антология гуманной педагогики. М., 1996. С. 134.
54. *Гальперин П. Я.* Психология как объективная наука. М.; Воронеж, 1998.
55. *Гарбузов В. И., Захаров А. И., Исаев Д. И.* Неврозы у детей и их лечение. Л.: Медицина, 1977. С. 368.
56. *Гвоздев А. И.* Усвоение ребенком звуковой стороны русского языка. Л., 1948.
57. *Гвоздев А. И.* Формирование у ребенка грамматического строя русского языка. М., 1949.
58. *Гвоздев А. И.* Вопросы изучения детской речи. М., 1961.
59. *Гейер Г. А.* Современные проблемы шизофрении. М., 1933. С. 106.
60. *Глезерман Т. Г., Портнов В. А.* О генетических предпосылках некоторых интеллектуальных функций // Вопросы ранней диагностики психических заболеваний (клиника, патогенез и лечение легких форм



- интеллектуальной недостаточности). Тр. Московского НИИ психиатрии. Т. 80. Вып. 3. М., 1978. С. 208-224,
61. *Глезерман Т. Г.* Локальные мозговые дефекты и пограничная умственная отсталость (ней-ропсихологическое и генеалогическое изучение) // Бехтерева Н. П. (Ред.) Современные проблемы клинической физиологии ЦНС. Л.: Медицина, 1981. С. 69-93.
62. *Глозман Ж. М.* К вопросу о структуре экспрессивного аграмматизма при разных формах афазии // Проблемы афазии и восстановительного обучения. МГУ, 1975. С. 101 — 114.
63. *Горелов И. И.* Функциональный базис речи в онтогенезе. Челябинск, 1974.
64. *Грибова О. Е.* К проблеме анализа коммуникации у детей с речевой патологией // Дефектология, 1995. №6. С. 7-16.
65. *Гриншпун Б. М.* Дислалия // Логопедия / Под ред. Л. С. Волковой. М., 1989. С. 66-102.
66. *Гриншпун Б. М., Шаховская С. И.* Алалия // Там же. С. 262—308.
67. *Гуменная Г. С.* Преодоление амнестических явлений у детей с моторной алалией в процессе логопедической работы // Расстройства речи и методы их устранения. М., 1975. С. 23—31.
68. *Гуровец Г. В.* Клинико-педагогическая характеристика детей, страдающих моторной алалией. Автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 1974.
69. *Гуровец Г. В.* Особенности пенхо-речевых расстройте у детей с моторной алалией и обоснование методов лечебно-коррекционного воздействия // Расстройства речи и методы их устранения. МГПИ им. В. И. Ленина, 1975. С. 11-22,
70. *Гуровец Г. В., Маевская С. И.* К вопросу диагностики стертых форм псевдобульбарной дизартрии // Вопросы логопедии. М., 1978. С. 27—37.
71. *Гурьева В. А., Гиндикин В. Я.* Юношеские психопатии и алкоголизм. М.: Медицина, 1980. С. 272.

72. *Давидович Л. Р.* К вопросу об особенностях мышления при моторной алалии на поздних этапах речевого развития // Расстройства речи и методы их устранения / Под ред. С. С. Ляпидевского, С. Н. Шаховской. М., 1975, С. 31—36.
73. *Давидович Л. Р.* Особенности развития речи у подростков и взрослых с моторной алалией. Автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 1980.
74. *Деглин В. Л.* Функциональная асимметрия мозга и гетерогенность мышления или Как решаются силлогизмы с ложными посылками в условиях преходящего угнетения одного полушария // Нейропсихология. М.: Изд-во. Моск. университета, 1995. С. 28—37.
75. *Деглин В. Л., Черниговская Т. В.* Решение силлогизмов в условиях преходящей инактивации левого и правого полушарий мозга. // Физиология человека, 1990. № 2. С. 21—28.
76. *Дорохова Р.Н., Бахрах И, И.* Цит. по: Оценка основных антропометрических данных полового созревания и артериального давления у детей. Методические рекомендации. ЛПМИ, Л., 1984.
77. *Дружинин В. Н.* Психология общих способностей. М., 1995.
78. *Дружинин В. Н.* Когнитивные способности: структура, диагностика, развитие. М.; СПб., 2001.
79. *Ейгер Г. В.* Механизмы контроля языковой правильности высказывания. Харьков, 1990.
80. *Елисеева М. Б.* От 2 до 5: «речь для других» и «речь для себя» (к вопросу об эгоцентрической речи ребенка) // Ребенок как партнер в диалоге. Труды постоянно действующего семинара по онтолингвистике. Вып. 2. СПб., 2001. С. 59—76.
81. *Жинкин Н. И.* Механизмы речи. М., 1958.
82. *Жукова Н. С.* Отклонения в развитии детской речи. М., 1994.
83. *Жукова Я. С, Мастюкова Е. М., Филочева Т. Б.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. М., 1990.

84. *Журба Л. Т., Мاستюкова Е. М.* Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981.
85. *Залевская А. А.* Введение в психолингвистику. М., 1999.
86. *Запорожец А. В.* Избранные психологические труды. М., 1986. Т. 1—2.
87. *Зимняя И. А.* Вербальное мышление (психологический аспект) // Исследование речевого мышления. М., 1985.
88. *Зимняя И. А.* Лингвопсихология речевой деятельности. М.; Воронеж, 2001. С. 429.
89. *Ипполитова А. Г.* Открытая ринолалия. М.: Просвещение, 1983. С. 94.
90. *Исаев Д. Н.* Психическое недоразвитие у детей. Л., 1982.
91. *Исаев Д. Н.* Психопрофилактика в практике педиатра. Л.: Медицина, 1984.
92. *Исаев Д. И., Каган В. Е.* (Ред.). (Сост.: Каган В. Е., Корнев А. Н., Журавлева И. П., Зелинский С. М., Креславский Е. С., Шац И. К.) Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии. Методическое пособие. СПб., 1997. С. 74.
93. *Исаев Д. П., Ефремов К. Д., Пукшанская С. М.* Легкая детская энцефалопатия как причина дислексии и дисграфии // Тез. Первой Всесоюз. конф. по неврологии и психиатрии. М., 1974. С. 120-121.
94. *Исенина Е. И.* Дословесный период развития речи у детей. Саратов, 1986.
95. *Исенина Е. И., Барановская Т. И.* Предпосылки базовых качеств матери и их связь с социопсихологическими характеристиками будущей матери / Под ред. Ю. Ф. Гаркуши, — Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление. М.: МПСИ; Воронеж: Модек, 2001. С. 14-27.
96. *Исенина Е. И., Попцова Е. В., Коротких Т. И.* Базовые качества родителей и психическое развитие ребенка // Проблемы детской речи. 1996. С. 7-9.
97. *Каган В. Е.* Аутизм у детей. Л., 1981.
98. *Карпова С. Я., Колобова И. Н.* Особенности ориентировки на слово улетен. Изд. МГУ, 197К.

99. *Карпова С. //, Труве Э. И.* Психология речевого развития ребенка. Ростов н/Дону: РГУ, 1987.
100. *Касевич В. Б.* Семантика, Синтаксис. Морфология. М.: Наука, 1988.
101. *Каше Г. А.* Логопедическая работа в 1 классе вспомогательной школы. М., 1957.
102. *Каше Г. А.* Недостатки произношения звуков у учащихся массовой школы // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1965.
103. *Кириченко Е. И.* Недоразвитие речи у детей. М.: Изд. ЦОЛИУВ, 1977. С. 11.
104. *Ковалев В. В.* О взаимоотношениях биологического и социального в психиатрии // Методологические вопросы психиатрии. М., 1981. С. 5—11.
105. *Ковалев В. В.* Онтогенетический аспект проблемы восстановительной терапии и социальной реабилитации психически больных // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Мат. конф. 23-24 ноября 1982 г. Л. 1982. С. 40—42.
106. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М., 1985.
107. *Ковалев В. В.* (Ред.) Биологические и социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний. М.: Московский НИИ психиатрии, 1986.
108. *Ковалев В. В.* Психиатрия детского возраста. М., 1995.
109. *Ковалев В. В., Кириченко Е. И.* К вопросу о динамике речевых и психических нарушений у детей и подростков с синдромом моторной алалии // Ж, невропат, и психиат. им. С. С. Корсакова, 1970. Вып. 10. С. 1561.
110. *Ковалева М. К.* Этапы развития биоэлектрической активности головного мозга школьников // Сердюковская Г. Н., Крылов Д. Н., Кляйнпётер У. (Ред.) Здоровье, развитие, личность. М.: Медицина, 1990. С. 93-106.

111. *Ковшиков В. А.* Сравнительная характеристика речевых нарушений у детей с временной задержкой психического развития и с астенической формой олигофрении // XXIII Герценовские чтения. Дефектология. Л., 1970. С. 65—67.
112. *Ковшиков В. А.* Экспрессивная алалия. Л., 1985.
113. *Ковшиков В. А., Демьянов Ю. Г.* О речевых нарушениях у детей с ЗПР // Мат. науч.-теор. конф., поев. 50-летию Л ГПИ., 1967. С. 157-159
114. *Ковшиков В. А., Элькин Ю. А.* К вопросу о мышлении у детей с экспрессивной алалией // Дефектология, 1980. № 2. С. 14-21.
115. *Козловская Г. В., Кремнева Л. Ф.* Роль факторов среды и индивидуальной реактивности в возникновении и клинике пограничных нервно-психических расстройств детского возраста// Психогигиена детей и подростков / Под ред. акад. АМН СССР Г. Н. Сердюков-ской, проф. Г. Гельнитца. М.: Медицина. 1985. С. 66—91.
116. *Кольцова М. М.* Развитие сигнальных систем действительности у детей. Л.: Наука, 1980.
117. *Кон И. С.* Психология юношеского возраста. М.: Просвещение, 1979.
118. *Корицкая Е. Г., Минашина В. С.* // *Р. А. Белова-Давид* (Ред.) Нарушения речи у дошкольников. М., 1969. С 82-98.
119. *Корнев А. Н.* О состоянии кратковременной памяти удстей. страдающих дислексией //Ж. невропат, и психиат. им. С. С. Корсакова, 1978. № 10. С. 3.
120. *Корнев А. Н.* Использование вычислительной техники в детской нейропсихологии // Ж. Высшей нервной деятельности. 1993. Т. 43. С. 1110—1117 (всоавт. с А. И. Молчановым, В. Н. Патрышевым).
121. *Корнев А. И.* О нейропсихологических механизмах фонологического развития у детей // Мат. Межд. конф. «Ребенок в современном мире». Том 111: «Мир ребенка и его язык». СПб., 1993. С. 22.

122. Корней А. И. О систематике клинических форм недоразвития речи удстей // Расстройства речи, клинические проявления и методы коррекции. СПб., 1994. С. 135—145.
123. Корнев А. И. О нейропсихологических механизмах фонологических нарушений при моторной алалии // Сб. тез. конф. «Дефектология: современные проблемы обучения и воспитания». СПб., 1994. С. 81-83.
124. Корнев А. Н. Опыт структурного анализа функциональной системы речи при ее недоразвитии у детей // Мат. межвуз. конф. «Проблемы детской речи». СПб., 1994. С. 35—36.
125. Корнев А. И. Особенности интеллектуального развития детей с моторной алалией // Методы изучения и преодоления речевых расстройств. СПб., 1994. С. 3—12.
126. Королева И. В., Люблинская И. В., Корнев А. Н., Ягунова Е. В. Восприятие зашумленных слов удстей в возрасте 4—7 лет в норме и при нарушениях экспрессивной речи центральной этиологии // Сенсорные системы. 1998. № 3. С. 271-281.
127. Корнев А. И. О влиянии фактора половой принадлежности на распространенность и клиническую симптоматику некоторых форм резидуально-органических поражений головного мозга у детей // Психика и пол детей и подростков в норме и патологии. ЛПМИ, 1986. С. 69-73.
128. Корнев А. Н. Применение нейропсихологических методов исследования у детей // Л. И. Вассерман. С. А. Дорофеева. Я. А. Меерсон Методы нейропсихологической диагностики. СПб, 1997. С. 232-275.
129. Корнев А. Н. Артикуляционная и вербальная диспраксия у детей // Новости оториноля-рингологии и логопатологии (приложение № I, 1999). Расстройства речи. Клинические проявления и методы коррекции. СПб., 1999. С. 57-63.
130. Корнев А. И. Ранние проявления речевого дизонтогенеза у детей // Новости оториноля-рингологии и логопатологии (приложение № 2, 2000). Расстройства речи. Мультидисциплинарный подход к изучению,

- диагностике и коррекции. Материалы конф. «Реабилитация пациентов с расстройствами речи», СПб., 2000. С. 201-210.
131. *Корнев А. И., Молчанов А. И.* Нейропсихологические аспекты полового диморфизма у детей со спастическими гемипарезам и// Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. Л., 1990. С. 75-81.
132. *Корнев А. Н., Старосельская Н. Е.* Как научить ребенка говорить, читать и думать: Методическое пособие. СПб.: Паритет, 2001.
133. *Королева И. В., Корнев А. И., Люблинская И. В., Ягунова Е. В.* Восприятие зашумленных слов удстей в возрасте 4—7 лет в норме и при нарушениях экспрессивной речи центральной этиологии//*Сенсорные системы.* 1998. № 3. С. 271-281.
134. *Коробейников И. А.* О соотношении нозологического и функционального диагноза при нарушениях психического развития удстей //Дефектология, 1995. № 6. С. 3-7.
135. *Коробейников И. А.* Нарушения развития и социальная адаптация. М., 2002. С. 191.
136. *Крафт А., Лэйдрет Г.* Родители как психотерапевты. М., 2000. 196 с.
137. *Кроткова Л. А., Сопкова В. В.* Состояние грамматических навыков учащихся школы для детей с тяжелыми нарушениями речи первого года обучения // Расстройства речи и методы их устранения. М., 1975. С. 51—59.
138. *Кубрякова Е. С.* (Ред.) Человеческий фактор в языке. Язык и порождение речи. М., 1991.
139. *Лалаева Р. И.* Нарушения устной речи и система их коррекции у умственно отсталых школьников. Л., 1988.
140. *Лебединская К. С.* Психические нарушения удстей с патологией темпа полового созревания. М., 1969. С. 156.

141. *Лебединская К. С.* Клинические варианты задержки психического развития // Журн. невропат, и психиат. им. С. С. Корсакова, 1980. № 3. С. 407-412.
142. *Лебединская К. С.* Основные вопросы клиники и систематики задержки психического развития // Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей / Под ред. К. С. Лебединской. М., 1982. С. 5-21.
143. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. М., 1985.
144. *Левина Р. Е.* Опыт изучения неговорящих детей (алаликов). М., 1951.
145. *Левина Р. Е.* (Ред.) Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы. М.: Просвещение, 1965. С. 164.
146. *Левина Р. Е.* (Ред.) Основы теории и практики логопедии. М, 1968.
147. *Леонов А. В.* О дифференцированном подходе к работе с детьми дошкольного возраста, имеющими нарушения речи // Дефектология, 1990. № 3. С. 49-51.
148. *Леонтьев А. А.* Психолингвистические единицы и порождение речевого высказывания. М., 1969.
149. *Леонтьев А. А.* Основы психолингвистики. М, 1997.
150. *Леонтьев А. Н.* Проблемы развития психики. М., 1959.
151. *Леонтьев А. Н.* Избранные психологические произведения. М, 1983. Т. 1-2.
152. *Лепская И. И.* Язык ребенка (Онтогенез речевой коммуникации). М., 1997.
153. *Лехте В.* О симптоматических нарушениях речи // Дефектология, 1990. № 6. С. 57—62.
154. *Лисина М. И.* (Ред.) Общение и речь: развитие речи удстей в общении со взрослыми. М., 1985.
155. *Лисина М. И.* Проблемы онтогенеза общения. М., 1986.
156. Логопедия/ Ред. Л. С. Волкова. С. Н. Шаховская. М., 1999.



157. *Лопатина Л. В.* Приемы обследования дошкольников со стертой формой дизартрии и дифференциация их обучения // Дефектология, 1986. № 2. С. 64-70.
158. *Лопатина Л. В.* Количественная характеристика нарушений звукопроизношения у дошкольников со стертой дизартрией // Мат. межвуз. конф. «Проблемы детской речи — 1996». СПб., 1996. С. 32-34.
159. *Лубовский В. И.* Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989.
160. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1969.
161. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. МГУ, 1973.
162. *Лурия А. Р.* Основные проблемы нейролингвистики. М., 1975.
163. *Лурия А. Р.* Язык и сознание. МГУ, 1979.
164. *Лурия А. Р., Виноградова О. С.* Объективное исследование динамики семантических систем // Семантическая структура слова. М., 1971. С. 27-62.
165. *Лурия А. Р., Юдович Ф. Я.* Речь и развитие психических процессов ребенка. М., 1956.
166. *Ляпидевский С. С.* (Ред.) Расстройства речи у детей и подростков. М.: Медицина, 1969. С. 286,
167. *Максимова М. В.* Оценка основных антропометрических данных полового созревания и артериального давления у детей: Методические рекомендации. Л.: ЛЛМИ, 1984.
168. *Малых С. Б., Егорова М. С, Мешкова Т. А.* Основы психогенетики. М., 1998. С. 740.
169. *Мальцева Е. В.* Особенности нарушения речи у детей с задержкой психического развития // Дефектология, 1990. № 6. С. 10-18.
170. *Маргулис М. С.* К вопросу о церебральных дизартриях // Ж, невропат. И психиат. им. С. С. Корсакова, 1926. № 3.
171. *Маринчева Г. С, Глезерман Т. Б.* Новые подходы к проблеме патогенеза и дифференциации умственной отсталости у детей // Биологические и

- социальные аспекты клиники и патогенеза психических заболеваний: Сб. науч. тр. Московского НИИ психиатрии. М., 1986. С. 102-111.
172. *Марковская И. Ф.* Задержка психического развития (клинико-нейропсихологическая диагностика). М., 1993.
173. *Мартынова Р. И.* К вопросу о психическом развитии детей с моторной алалией // Расстройства речи и голоса в детском возрасте. М., 1973. С. 65-74.
174. *Мастюкова Е. М.* О расстройстве памяти у детей с недоразвитием речи // Дефектология, 1972. №5. С. 12-18.
175. *Мастюкова Е. М.* Речевые нарушения у учащихся с гиперкинетической формой церебрального паралича и медицинское обоснование логопедических мероприятий // Дефектология, 1979. № 2.
176. *Мастюкова Е. М.* Дизартрия // Волкова Л. С. Шаховская С. Н. (Ред.) Логопедия. М., 1999. С. 156-196.
177. *Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В.* Нарушение речи у детей с церебральным параличом М., 1985.
178. *Матвеев В. Ф.* Психические нарушения при дефектах зрения и слуха. М.: Медицина, 1987.
179. *Мацевская-Гуровец Г. В.* Дифференциальная диагностика моторной алалии // Очерки по патологии речи и голоса/ Под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1967. Вып. 3. С, 47-59.
180. *Мелехов Д. Е.* //Тр. Центр, ин-та психиатрии МЗ РСФСР, 1947. Т. 3. С. 345.
181. *Мелехова Л. В.* Сравнительный анализ логопедической работы при различных формах дислалии//Уч. зап. МГПИ им. В. И.Ленина, 1964. Вып. 219. С. 23-28.
182. *Менчинская Н. А.* Проблемы обучения, воспитания и психического развития ребенка. М.; Воронеж, 1998.

183. *Микадзе Ю. В., Корсакова И. К.* Нейропсихологическая диагностика и коррекция младших школьников. М., 1994.
184. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб., 1994.
185. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ, Женева.
186. *Мнухин С.С.* О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей / Под ред. С. С. Мнухина. Л., 1968. С. 5—22.
187. Мнухин С. С. О врожденной алексии и аграфии // Сов. невропат., психиат. и психогигиена. 1934. Т. 3. Вып. 2/3. С. 193-203.
188. *Мнухин С. С.* О структуре, механизмах и локализации некоторых сенсорных нарушений у детей (Сообщение I) // Науч. деятельность психоневрологического института им. В. М. Бехтерева за 1947 г. Л., 1948. С. 96-98.
189. *Мнухин С.С.* О временных задержках, замедленном темпе умственного развития и психическом инфантилизме//Резидуальные нервно-психические расстройства у детей. Л., 1968. С. 5-22.
190. *Мнухин С. С., Слуцкина Л. И.* О сенсорно-афатических расстройствах у детей // Ж. невро-патол. и психиат. им. С. С. Корсакова, 1946. № 3.
191. *Мулли Сухад*, Особенности наглядно-образного мышления школьников с общим недоразвитием речи. Автореф. дисс.канд. пед. наук, М., 1992.
192. *Мухина В. С.* Психология дошкольника. М.: Просвещение, 1975.
193. *Никашина Н. А.* Устранение недостатков произношения и письма у младших школьников // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1965.
194. *Никольская И. М., Грановская Р. М.* Психологическая защита у детей. СПб., 2000. С. 504.

195. *Новикова Л. А., Фарбер Д. А.* Функциональное созревание коры и подкорковых образований мозга детей // Труды VI науч. конф. по возрастной морфологии, физиологии, биохимии. Ч. 1. М., 1971.
196. *Обухова Л. Ф.* Детская психология: теории, факты, проблемы. М., 1995.
197. *Орфинская В. К.* Принципы построения дифференцированной методики обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии // Развитие мышления и речи у аномальных детей. Уч. зап. ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1963. Т. 256. С. 241—270.
198. *Осорина М. В.* Секретный мир детей. СПб., 1999. С. 277.
199. Оценка основных антропометрических данных полового созревания и артериального давления у детей: Методические рекомендации / Ред. проф. И. М. Воронцов. Л., 1984.
200. *Панченко И. И.* Особенности фонетико-фонематического анализа расстройств звукопроизношения и некоторые принципы лечебно-коррекционных мероприятий при дислалических и дизартрических нарушениях речи // Расстройства речи и голоса в детском возрасте. М., 1973. С. 152-158.
201. *Панченко И. И.* Структурно-функциональная характеристика речедвигательных дефектов у детей с дизартриями, страдающими церебральными параличами // Седьмая науч. сессия по дефектологии, 1975. С. 622-623.
202. *Панченко И. И., Щербакова Л. А.* Медико-педагогическая характеристика детей с дизартрическими и анартрическими расстройствами речи, страдающих церебральными параличами, и особенности приемов логопедической работы // Ляпидевский С. С. (Ред.) Нарушения речи и голоса у детей. М., 1975. С. 17—42.
203. *Парамонова Л. Г.* Нарушения речи у учащихся вспомогательной школы и пути их коррекции // Обучение во вспомогательной школе. М.; Л., 1973.

204. *Переядены Л. И., Фотекова Т. А.* Особенности познавательной деятельности младших школьников с недоразвитием речи и с задержкой психического развития // Дефектология. 1993. № 5.
205. *Петрова В. Г.* Развитие речи учащихся вспомогательной школы. М., 1977.
206. *Пиаже Ж.* Психология интеллекта // Избранные психологические труды. М.: Просвещение, 1969.
207. *Пиаже Ж.* Речь и мышление ребенка М.: Педагогика-ПРЕСС. 1994, 528 с.
208. *Поддъяков Н. И.* Мышление дошкольника. М.: Педагогика, 1977.
209. *Полищук И. А., Видренко А.Е.* (Ред.) Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека. Киев, 1980.
210. *Правдина О. В.* Логопедия. М., 1973.
211. *Ray Ф. Ф., Нейман Л. В., Бельтюков В. И.* Использование и развитие слухового восприятия у глухонемых и тугоухих учащихся. М., 196].
212. *Ray Ф. Ф.* Приемы исправления недостатков произношения фонем // Основы теории и практики логопедии. М., 1968. С. 271-336.
213. *Рахимова Ж. Т.* Проявление общего недоразвития речи у детей 6-летнего возраста и пути коррекции его в условиях массового обучения // Дефектология, 1988. № 1. С. S0-84.
214. *Рахмакова Г. Н.* Особенности построения предложений в речи младших школьников с задержкой психического развития // Дефектология, 1987. № 6. С. 3—9.
215. *Рейдибойм М. Г.* Остаточные явления органических поражений ЦНС и их значение в диагностике интеллектуального развития // Мат. Симп. по вопросам разработки диагностических методов определения уровня умственного развития детей. 1970. С. 218-222.
216. Развитие ребенка / Пер. с англ. / Ред. А. В. Запорожец, Л. А. Венгер. М.: Просвещение, 1968. С. 188.

217. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии. Т 1. М., 1989.
218. *Русская А. Г.* Развитие общения дошкольников со сверстниками. М.: Педагогика, 1989.
219. *Рубинштейн С. Я.* Психология умственно отсталых школьников. М., 1979.
220. *Руководство по психиатрии* / Под ред. А. В. Снежневского. Т. 1. М., 1983.
221. *Савченко М. А.* Недоразвитие фонематического восприятия у учащихся вспомогательной школы, имеющих дефекты произношения. Авторсф. дисс. ... канд. пед. наук. М., 1969.
222. *Салахова А. Д.* Развитие звуковой стороны речи ребенка. (Дневник матери). М., 1973.
223. *Самойлова И. К.* О некоторых особенностях двигательного анализатора у неговорящих детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Л., 1953.
224. *Самсонов Ф. А., Крапухин А. В.* Наследственный фактор в патологии речи // Речевые расстройства у детей и методы их устранения. М., 1978. С. 16—23.
225. *Сахарный Л. В.* Введение в психолингвистику. ЛГУ, 1989.
226. *Седов К. Ф.* Дискурс и личность. М.: Лабиринт, 2004.
227. *Семенова К. А., Мастюкова Е. М., Смуглин М. Я.* Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей. М., 1972.
228. *Серебрякова И. В.* Ориентировка на семантическую структуру слова у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии, осложненной элементами общего недоразвития речи // Совершенствование методов диагностики и преоапления нарушений речи. Л., 1989. С. 98-105.
229. *Сизова Э. Я.* Нейрофонетическая характеристика бокового сигматизма // Психические и речевые нарушения у детей и пути их коррекции. Л., 1978. С. 86-96.

230. Сизова Э. Я., Макарова Э. К. О механизме бокового сигматизма // Психические и речевые расстройства у детей. Вопросы реабилитации. Л., 1979. С. 89-98.
231. Сикорский И. А. О развитии речи у детей // Сб. Научно-литературных статей по вопр. общественной психологии воспитания и нервно-психич. гигиены. Кн. 2. Киев, 1899. С. 135-168.
232. Симернишкая Э. Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. МГУ 1985
233. Симернишкая Э. Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия 90» М 1991.
234. Симонов П. В. Эмоциональный мозг. М.: Наука, 1981. С. 215.
235. Симонова И. А. Характеристика речи у детей с задержкой психического развития // Дефектология. 1974. № 3. С. 18-24.
236. Слепович Е. С. Особенности подготовленности детей дошкольного возраста с задержкой психического развития к овладению письмом и чтением // 7-я научная сессия по дефектологии, 1975. С. 450.
237. Слинько О. А. К изучению проблемы межличностных отношений дошкольников с нарушениями речи // Дефектология, 1992. № 1. С. 62—67.
238. Снежневский А. В. (Ред.) Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование. м.: Медицина, 1972.
239. Соботович Е. Ф. Проявления косноязычия у детей дошкольного возраста и пути его устранения. Дисс. канд. ... пед. наук. Л., 1970.
240. Соботович Е. Ф. Формирование правильной речи у детей с моторной алалией. Киев, 1981,
241. Соботович Е. Ф. Психолого-педагогические основы коррекции нарушений формирования грамматического строя у детей. Дисс. докт.... пед. наук.. Л., 1985.
242. Соботович Е. Ф. Сравнительная характеристика психического развития детей с моторной алалией и детей с олигофренией // Дифференциальная

- диагностика и коррекция нарушений речи и поведения у аномальных детей. Л., 1989. С. 14-25.
243. *Соботович Е. Ф., Гопиченко Е. М.* Фонетические ошибки в письме умственно отсталых учащихся младших классов // Нарушения речи и голоса у детей и взрослых. М., 1979.
244. *Спирова Л. Ф.* Особенности звукового анализа у детей с недостатками речи. М., 1957.
245. *Спирова Л. Ф.* Недостатки произношения, сопровождающиеся нарушениями письма. // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / Под ред. Р. Е. Левиной. М., 1965.
246. *Спирова Л. Ф.* Особенности речевого развития учащихся с тяжелыми нарушениями речи. М., 1980.
247. Справочник невропатолога / Под ред. Е. В. Шмидта. М., 1976.
248. *Седов К. Ф.* Жанры общения в речевом онтогенезе // Ребенок как партнер в диалоге. Труды постоянно действующего семинара по онтолингвистике. Вып. 2. СПб., 2001. С. 189—200.
249. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М., 1955.
250. *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по детской психиатрии. Т. 3. М., 1965.
251. *Тайхман Х. (Teichmann H.), Хайдер В. (Heider V.), Майер-Пробст Б. (Meyer-Probst B.), Камман Г. (Kammann G.)* / Пер. с нем. / Биологические и психосоциальные факторы риска развития ребенка // Психогигиена детей и подростков / Под ред. акад. АМН СССР Г. Н. Ссрдюковской, проф. Г. Гельнитца, М.: Медицина, 1985. С. 35-55.
252. *Тарасов К. Е., Великов В. К., Фролова А. Я.* Логика и семиотика диагноза. М.: Медицина, 1989. С. 272.
253. *Токарева О. А.* Функциональные дислалии // Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С. С. Ляпидевского. М., 1969. С. 100-128.
254. Дизартрии // Там же. С. 144-155.



255. *Токарева О. А. Токарева О. А.. Алалии // Там же. С. 156—176.*
256. *Трауготт И. Н. К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными ала-ликами // Расстройства речи в детском возрасте. Л., 1940. С. 70—140.*
257. *Трауготт И. Н. О путях нейрофизиологического исследования алалии и афазии // Вопросы патологии речи. Киев: Изд. Укр. НИИ психоневрол., 1959. Т. XXXII/81. С. 72-77.*
258. *Трауготт И. П., Кайданова С. И. Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии. Л., 1975.*
259. *Узнадзе Д. Н. Выработка понятий в дошкольном возрасте//Узнадзе Д. Н. Психологические исследования. М., 1966.*
260. *Уманская Н. М. Сравнительная характеристика детей-алаликов и умственно отсталых детей//Дефектология, 1973. № 1. С. 23-26.*
261. *Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина, 1989. С. 304.*
262. *Ушаков Г. К., Гельшиц Г., Эггерс Г. (Ред.) Проблемы постнатального сомато-психического развития М.: Медицина, 1974.*
263. *Ушакова О. С, Арушанова А. Г., Максаков Е. М., Струнина Е. М., Юртаикиши Т. М. Занятия по развитию речи в детском саду. М., 1999, 384 С.*
264. *Ушакова Т. Н. Функциональные структуры второй сигнальной системы. М., 1979.*
265. *Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М.: Просвещение, 1989.*
266. *Фотекова Т. А. Сочетание нарушений познавательной и речевой сфер в структуре дефекта у детей с общим недоразвитием речи //Дефектология, 1994. № 2. С. 9—13.*
267. *Фотекова Т. А. Остаточные явления общего недоразвития речи у старшеклассников // Проблемы детской речи, 1999. Мат. Всеросс. конф.*

- С.-Петербург, 24—26 ноября 1999 г. СПб.: Изд. РГПУ им. А. И. Герцена, 1999. С. 178-181.
268. *Фрейеров О. Е.* Легкие степени олигофрении. М., 1964.
269. *Хватцев М. Е.* Логопедия. М., 1959.
270. *Хей В.* Психологический анализ факторов, влияющих на течение и лечение заикания у резистентных к терапии заикающихся // Н, А. Власова, К, П. Беккер (Ред.) Заикание. Гл. III. М., 1978. С. 53-58.
271. *Холодная М. А.* Психология интеллекта: парадоксы исследования. М.; Томск, 1997.
272. *Цейтлин С. Н.* Язык и ребенок. Лингвистика детской речи. М., 2000.
273. *Черниговская Т. В., Деглин В. Л.* Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга // Ученые записки Тартусского Университета, Труды по знаковым системам. Тарту, 1986. Вып. 19. С. 68-84.
274. *Чуприкова Н. И.* Психология умственного развития: Принцип дифференциации. М., 1997.
275. *Швачкин И. Х.* Развитие фонематического восприятия в раннем возрасте // Изв. АПН РСФСР, 1948. Вып. 13. С. 101-132.
276. *Шахнарович А. М.* Роль наглядного представления в овладении средствами общения // Психолингвистические проблемы общения и обучения языку. М., 1976. С. 82-91.
277. *Шахнарович А. М.* Языковая способность человека: онтогенетический аспект// Шахнарович А. М., Юрьева Н. М. Психолингвистический анализ семантики и грамматики. М., 1990. С. 19-58.
278. *Шаховская С. Я.* Логопедическая работа по формированию грамматического строя речи детей, страдающих моторной алалией. Автореф. дисс. канд. пед. наук. М., 1964.
279. *Шипицина Л. М., Волкова Л. С.* Некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников с общим недоразвитием речи //Дефектология, 1993. № 4. С. 8-13.

280. Эльконин Д. Б. Детская психология. М., 1960.
281. Эльконин Д. Б. Развитие устной и письменной речи учащихся//Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. М., 1980. С. 254—265.
282. Эльконин Д. Б. Избранные психологические труды. М., 1989.
283. Юркова И. А. О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма //Дети с временными задержками развития. М.. 1971. С. 25—30.
284. Юрьева Н. М. Экспериментальное исследование диалогического взаимодействия детей-сверстников в совместной деятельности // Ребенок как партнер в диалоге. Труды постоянно действующего семинара по онтолингвистике. Вып. 2. СПб., 2001. С. 212-154.
285. Яременко Б. Р., Яременко А. Б., Горяинова Т. Б. Минимальные дисфункции головного мозга у детей. СПб., 1999.
286. Ястребова А. В., Бессонова Т. Я. Логопедическая помощь учащимся общеобразовательных школ. Сообщение 1: Некоторые вопросы организации логопедической работы в общеобразовательной школе//Дефектология, 1994. № 1. С. 30-36.
287. Ainsworth M. D. *Attachment as related to mother-infant interaction* //J. B. Rosenblatt, R. H. Hinde, C Beer, M. Bushell (Eds.) *Advances in the study of behavior*. N.-Y., 1979. Academic Press. P. 1—51.
288. Anastasi A. Психологическое тестирование. Книга 1, 2. М.: Педагогика, 1982
289. Annei M. Laterality of childhood hemiplegia and the growth of speech and intelligence // *Cortex*, 1973. V. 9. P. 4-34.
290. Aram D., Nation J. *Child Language*. St. Louis, 1982.
291. Aram D. M., Eisele J. A. Limits to a left hemisphere explanation for specific language impairment // *J. Speech. Hear. Res.*. 1994. V. 37. N 4. P. 824-830.

292. *Baker L. & Cantvvel D. A.* Prospective psychiatric follow-up of children with speech/language disorders // *J. of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1987. V. 26. P. 546-553.
293. *Baltaxe C. & Simmons J.* Communication deficits in preschool children with psychiatric disorders // *Seminars in speech and Language*, 1988. V. 8. P. 81-90.
294. *Barllet! C W., Flax J. F., Logue M. W, Vieland V. J., Basseti A. S., Tailal P., Brzustowicz L. M.* A Major Susceptibility Locus for Specific Language Impairment Is Located on 13q21 // *Am J Hum Genet.* 2002. V. 71. № 1. P. 45-55
295. *Bartolucci C, Pierce S., Streiner D., Eppel P. T.* Phonological investigation of verbal autistic and mentally retarded subjects. *J. of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1976. V. 6. P. 303-316.
296. *Bates E., Bretherton I., Snyder L.* From first words to grammar: Individual differences and dissociable mechanisms. N. Y., 1988.
297. *Bates E., That D., Marchman V.* Symbols and Syntax: A Darwinian Approach to Language Development// N. Krasnegor, D. Rumbaugh, R. Schiefelbusch, M. Studdert-Kennedy (Eds.) *Biological and Behavioral Determinants of Language Development.* Hillsdale, 1991. P. 29-66,
298. *Becker K.-P., Sovak M.* Логопедия / Пер. с нем. М., 1981.
299. *Beitchman J.* Speech and language impairments and psychiatric risk. Toward a model of neurodevelopmental immaturity// *Psychiatric Clinics of North America.* 1985. V. 8 (4). R 721-735.
300. *Beitchman J., Hood J., Inglis A.* Psychiatric risk in children with speech and language disorder// *J. of Abnormal Child Psychology*, 1990. V. 18. P. 282-296.
301. *Beitchman J., Nair R., Clegg M., Patel P.* Prevalence of speech and language disorders in 5-year-old kindergarten children in the Ottawa-Carlton Region // *J. of Speech and Hearing Disorders*, 1986. V. 51. P. 98-110.
302. *Beitchman J., H., Brownlie E. B., Inglis A., Wild J. et al.* Seven-year follow-up of speech / language-impaired and comtro! children: Speech / language

- stability and outcome // *J. of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. V. 33. N 9. P. 1322-1330.
303. *Bensberg G., Sigelman C.* Definition and prevalence // L. L. Lloyd (Ed.). *Communication assessment and intervention strategies*. Baltimor, 1976. P. 33-72.
304. *Benton A.* The Cognitive functioning of children with developmental dysfasia // *Developmental Dysfasia/ Ed. by M. A. Wyke*. London, 1978. P. 43-62.
305. *Berman R. A.* Natural phonological processes at the one-word stage // *Lingua*. 1977. V. 43. P. I — 1.
306. *Bernthal J., Bankson N.* *Articulation and Phonological Disorders*. Englewood Cliffs, 1988.
307. *Bierwisch M.* Насколько линейно упорядоченной является языковая обработка / Пер. с англ.// *Новое в зарубежной лингвистике*. Вып. XXIII. М.: Прогресс, 1988. С. 93-152.
308. *Billard C., Toutain A., Laisel M. L., Gillet P., Barthez M.A., Maheut J.* Genetic basis of developmental dysphasia. Report of eleven familial cases in six families. // *Genet. Couns.*, 1994. V. 5. N. 1. P. 23-33.
309. *Bishop D. V.* The biological basis of specific language impairment // P. Fletcher, D. Hall (Eds.) *Specific speech and language disorders in children*. London, 1992. P. 2-17.
310. *Bishop D. V.* Pre- and perinatal hazards and family background in children with specific language impairments: a study of twins.//*Brain and Lang.*, 1997. V. 56. P. 1-26
311. *Bishop D. V., North T., Donlan C.* Genetic basis of specific language impairment: Evidence from a twin study // *Developmental Medicine & Child Neurology*, 1995. V. 37. N 1. P. 56-71.
312. *Bloom L.* *One word at a time*. The Hague: Mouton, 1973.
313. *Braisby N., Dockrell J.* Why is color naming difficult// *Child Lang.*, 1999. V. 26, N. 1. P. 23-48.

314. *Bruner J.* (Брунер Дж.) О познавательном развитии: II // Дж. Брунер, Р. Олвер, П. Гринфилд (Ред.) Исследование развития познавательной деятельности (пер. с англ.). М., 1971. С. 57-98.
315. *Bruner J.* (Брунер Дж.) Онтогенез речевых актов / Пер. с англ. // А. М. Шахнарович (Ред.) Психолингвистика. М.: Прогресс, 1984. С. 21-49.
316. *Butterworth C, Harris M.* Принципы психологии развития / Пер. с англ. М., 2000.
317. *Byrne B., Willerman L., Ashmore L.* Severe and moderate language impairment: evidence for distinctive etiologies // *Behavior Genetics*, 1974. N 4. P. 331—345.
318. *Carlsson G., Uvebrant P., Hugdahl K., Arvidsson J., Wiklund L.-M., Wendi L.* Verbal and nonverbal function of children with right -versus left-hemiplegic cerebral palsy of pre- and perinatal origin // *Dev. Med., Child Neurol.*, 1994. V. 36. P. 503-512.
319. *Carroll D.* *Psychology of Language.* Monterey. 1986.