

**Цветков А.В.**

**Слухоречевая агнозия:  
нейропсихологический анализ**

**Москва**

**2023**



## ISBN

Цветков, Андрей Владимирович Слухоречевая агнозия: нейропсихологический анализ. - М.: Издание книг.ком, 2023 — с.

Небольшая по объему брошюра представляет собой конспект стенограммы одноименного семинара, проведенного нейропсихологом А.В. Цветковым в г. Псков 29 мая 2023 г., на базе Центра нейропсихологии и дефектологии «Мозаика» под рук. Т.А. Бодрой (которой — глубочайшая признательность!). Обсуждаются различия алалии, детской афазии и слухоречевой агнозии, роль предметной среды в коррекции синдрома «диспраксии-дисгнозии», необходимые в диагностике приемы.

© Цветков А.В., текст, 2023.

© о-макет, Издание книг.ком, 2023.



## Введение:

### о роли предметной среды в работе с диспраксией-дисгнозией

Для всех нас, специалистов помогающих профессий, в настоящее время стресс-опосредованные феномены играют большую роль.

Это и отягощение уже имевшихся нарушений ВПФ у детей и семейного общения в целом. И новые, ранее не «выстреливавшие», проблемы. Для дебюта которых было необходимое в виде факторов риска, но появилось и достаточное — неблагоприятная эмоциональная среда. И трудности построения продуктивного взаимодействия с заказчиком — как родителями деток с «особым» развитием, так и руководством разнообразных учреждений.

И тут нельзя не высказать несколько замечаний.

**Первое.** Большинство психологов, нейропсихологов, логопедов и дефектологов не понимает, что работает со стресс-опосредованными расстройствами.

**Второе.** Стресс оказывает, главным образом, неспецифическое воздействие на организм и психику. Об этом писал Ганс Селье<sup>1</sup>.

А среди тех нарушений, которые отягощаются под воздействием стресса у детей во все дошкольные периоды и в младшем школьном возрасте — обсуждаемый синдром диспраксии-дисгнозии. Часто в комплексе с дисфазией развития. Эта триада (диспраксия, дисгнозия, дисфазия)

---

1 Селье Ганс. Стресс без дистресса. - М.: Прогресс, 1985. - 64 с.

составляет в настоящее время «ядро» обращаемости к детской нейропсихологии.

С точки зрения нозологии, медицинского диагноза, это выглядит как гиперактивность или аутистический спектр. Именно «спектр, не Каннеровский аутизм. Также стресс-опосредованное расстройство психики между 3 и 11 годами может «прятаться под маской» нарушения учебных навыков, оно же ЗПР. Разумеется, это и многообразные детские невротические расстройства. Страхи, энурез, частые простудные заболевания, утрата мотивации к чему бы то ни было.

Проще говоря, стандартные жалобы. Не совсем в стандартных сочетаниях и более «тугие», с меньшей динамикой коррекции.

*Пример.* Соня, пять с половиной лет, жалобы на выраженное недоразвитие речи, ночной энурез, страхи. В нейропсихологическом обследовании обнаруживается: дышит ртом, руки с мраморностью; при прыжках как на двух ногах, так и на одной отмечается параллельное напряжение в кистях рук (синкинезия); тремор рук в фоне; единичные синкинезии рук в реципрокной координации, пробе Озерецкого; повышенная утомляемость и трудности «включения» в деятельность, зависимость деятельности девочки от заинтересованности папы (всё обследование сидит у него на коленях). Рисунок человека — палочковый, почти головоног (голова нарисована непропорционально большой, а её соединение с телом сделано простым пересечением окружностей). В зрительно-предметной памяти уже непосредственно припоминает только два последних предмета из пяти. В обобщении, получив набор, где две разные машины (легковая и грузовая) и танк говорит, что: «Это автомобиль». После многократных попыток

коррекции по указанию изменяет на слово «машины». Таким образом, в той или иной степени «звучат» структуры и ствола (всех функциональных уровней), так и коры правого полушария. Нейропсихологический синдром можно квалифицировать как недифференцированный (по типу энцефалопатии) или же восходящий («фокус» симптоматики смещается по законам созревания мозга снизу вверх). Однако оба этих синдрома, как правило, требуют для своего возникновения серьезных отягощений в пренатальном и раннем анамнезе, а их, в сущности, у Сони нет. Симптомов же много, разнообразных, но ни одного грубого. Факторы риска, конечно, были. А вот сработали, вероятно, они из-за разлитого в воздухе стресса...

**Третье.** Недооценка собственной стрессовой нагрузки. Растёт тревога, вместе с ней — нетерпимость к малейшим огрехам в поведении окружающих. Выражена астения, скорее даже астено-невротический синдром. Он же «раздражительная слабость» по И.П. Павлову. Низкое качество сна и проблемы с засыпанием, неадекватное понижение или повышение аппетита, а часто и либидо. Эмоциональный фон, скорее, в негативном спектре. Утомляемость со склонность к аутоstimуляции. Покрутиться в кресле, лишний раз расчесать волосы, потереть лицо.

Недооценка проистекает из непонимания наличия косвенного или опосредованного стресса.

Очевидно, что люди, уже много лет живущие в прифронтовой зоне или там, где идут боевые действия, испытывают хронический стресс. У них астено-невротическая симптоматика ожидаема.

Там же, где течёт как бы привычная, без значимых эксцессов жизнь, где на выходных по-прежнему ходят за покупками и развлечениями, ну какой

стресс.

Опосредованный. И от новостей нигде не спрячешься. И друг, брат, сват оказался «там». В «зоне», как обозначено нехорошее место в фильме «Сталкер» А. Тарковского. И нагрузка выросла.

Ребенок может не понимать, что происходит, но взрослый-то понимает и ему не очень хорошо.

Помогающий специалист по роду деятельности обязан рефлексировать, осознавать своё состояние. К сожалению, это происходит не всегда.

Немаловажен т.н. «ресурс»<sup>2</sup>. Если его не хватало на момент начала текущей ситуации, срабатывают три психологические защиты, биологически прошитые в ЦНС (уже у кошек их можно видеть): отрицание, проекция и замещение. И их человеческое результирующее, под названием обесценивание.

*Пример.* Вот кошка, главная в небольшой домашней «стае», оказывается на руках у хозяина. Это роняет её статус, она недовольно мявкает. Но пока не отпускают. Тогда она задирает голову вверх, чтобы не видеть других кошек, бродящих по комнате. Если я тебя не вижу, ты меня тоже не видишь. Или, как говорят детки года в три, «я в домике». Это отрицание.

Кошку хлопнули по попе ладонью за какое-то нарушение правил. Например, не приставать к собакам и не таскать еду у них из мисок. Человек намного крупнее, и возможностей элементарного мышления животного

---

2 Харланова Т.Н. Символические ресурсы личности//Известия Иркутского государственного университета. Серия: Психология. - 2022. - Т. 39 — сс.76-85.



хватает, чтобы «понять» - драться тут бесполезно. Немедленно начинается остервенелое раздираание когтеточки. Это замещение.

Кошка приносит хозяину мышь. Пододвигает лапкой. На вот, поешь, вкусного принесла. Причем это кошка, всю жизнь живущая дома, всегда имеющая в достатке корм и периодически выпрашивающая «вкусное» (кусочек сыра или ветчины) со стола у хозяев. Так что оснований считать, мол, хозяева тут голодают, у зверя нет. Это именно стремление поделиться вкусным. То есть проекция.

«Уж не знаю, чего он там исследовал и зачем» (компонент отрицания), «может он и доктор наук, но в практике слаб, в отличие от...» (компонент замещения), «ну я на его месте...» (компонент проекции). Всё вместе — обесценивание.

Особенно сильно этот эффект наблюдается у женщин. Женщина в российском обществе имеет «привилегию» демонстрировать неконтролируемые эмоции и не слишком отвечать за последствия таких проявлений.

Так вот *это частотный тип реакции*. И он приводит к вторичной невротизации детей из окружения.

Чем хуже состояние психики у родителя или педагога, взрослого, тем ниже реабилитационный потенциал у ребенка с нарушениями в развитии.

Специалисты по коррекции должны выступать как пейсмейкер (ритмоводитель): генерировать знаки и символы, вокруг которых будет строиться личность ребенка, ведь по ряду обстоятельств ни мамы и папы, ни обучающие по общему профилю дать семиотические орудия «правильной»

структуры не смогли.

*В стрессе же, да еще с накладывающимися примитивными защитами, подхватывать знаково-символическую структуру и развертывать её тяжело.*

Соответственно, по работе с диспраксиями-дисгнозиками сейчас возникает масса вопросов. То, что диспраксия развития и дисгнозия, в частности, слухоречевая дисгнозия у детей — не просто родственные, а проистекающие из одного корня расстройства, для автора этих строк и многих других исследователей бесспорно. Но об этом позднее.

Пока же обратимся к недавней примечательной дискуссии. Нейрологопед Н.А. Абросимова из Нижнего Новгорода сказала, что «я читала и слушала А.В. Цветкова<sup>3</sup> и работаю от предметной среды в коррекции». Нейропсихолог Г.Э. Дашкевич из Новосибирска ответил, мол, «как же мы при диспраксии-то с предметной среды [начнём]? Предметная среда – это уровень Д по Н.А. Бернштейну (действий), соответственно это самый дефицитарный при диспраксии уровень». Третьим дискутантом была известный московский логопед М.А. Полякова. Её мнение: «Слушайте, а я вообще Бернштейна, сколько ни читала, но я не вижу, чем он может быть полезен нам [в работе с детьми]. Потому что Бернштейн писал о восстановлении движений там, где они уже были сформированы и распались в силу травмы исполнительных органов, травмы головного мозга и так далее [а не были искажены/задержаны в формировании изначально]».

В это обсуждении так и хочется сказать, «вы все правы».

---

3 Цветков А.В. Нейропедагогика предметно-развивающей среды. - М.: Издание книг.ком, 2020. - 96 с.

*Вспомним вкратце концепцию Н.А. Бернштейна<sup>4</sup>. Пять уровней построения движений, которые развиваются, надстраиваясь друг над другом. По тем же законам, как и превращение элементарных психических процессов в высшие у Л.С. Выготского. Верхний из сформированных уровней опосредует (прото-знаками в виде «моторной схемы») нижележащие.*

Уровень А, позно-тонический, обеспечивает поддержание вертикальной позы и тонуса мышц. В первую очередь завязан на сегментированную мускулатуру (межреберные мышцы, мышцы пресса и мышцы спины), которая унаследована нами от рыбоподобных предков.

Уровень В, суставно-мышечных увязок (синергий) и локомоций. Красивые жесты, без привязки к пространству; ходьба, бег, плавание, езда на лыжах и велосипеде. Этот уровень, условно говоря, достиг наивысшего расцвета у амфибийных предков.

Уровень С, движений в пространстве. В основном это т.н. «большое» пространство, в которое входит всё сенсорное поле. Как аллегория, уровень рептильного мозга.

Д – это уровень действий. Здесь исчезает прямая биологическая обусловленность каждой операции, инстинктивная целесообразность касается только финального результата. Опять же образно, метафорически, без прямого уподобления — наследие ранних млекопитающих.

Наконец, символический уровень, Е – рисунок, письмо, танец. Причем танец достаточно сложный, хотя бы ритуальный у «примитивных» племен, не просто извивания тела в ритм музыке. Истинно и исключительно

---

4 Бернштейн Н.А. О ловкости и её развитии. - М.: ФиС, 1991. - 288с/

человеческий уровень (по некоторым данным, относящийся ко всем высшим приматам, они же узконосые обезьяны).

С одной стороны, Г.Э. Дашкевич абсолютно прав в том, что при диспраксии в наибольшей степени страдает уровень действий.

Первичная диспраксия по Ю.Е. Садовской с соавт.<sup>5</sup> захватывает все уровни построения движений. От продолговатого мозга и до лобных отделов. В двух третях случаев первичная диспраксия связана с симптомами пре- и перинатальных нарушений развития и функционирования центральной нервной системы. Сейчас, скорее, даже четыре пятых (80%). Как говорилось выше, стресс.

Сейчас на занятия приходят дети, которым три-четыре года. Рожденные в COVID-ную эпоху. Когда мама не могла не быть в стрессе. Самоизоляция, снижение заработка, нарушение жизненных планов.

Стресс, значит, подскакивает адреналин. Это в том числе и тонус мышц матки, и ухудшение фетоплацентарного обмена. На втором этапе уже в кровь идет кортизол (противовоспалительный гормон), подавляя и у матери, и у плода иммунный ответ. С большей подверженностью оппортунистическим инфекциям, от реактивации герпеса до микоплазмы. Стресс во время беременности – вполне понятный патологический фактор, никакой мистики.

Итак, диспраксиков сейчас больше, и это в первую очередь первичная

---

5 Садовская Ю.Е., Ковязина М.С., Троицкая Н.Б., Блохин Б.М. Проблема постановки диагноза диспраксия развития в детском возрасте// Лечебное дело. - 2011. - №2. - сс. 79-86.

диспраксия, захватывающая голову целиком.

Но на нижних уровнях ствола очень низкая нейропластичность. Это точно знают логопеды, которые работают с дизартриями, со звукопостановкой. Приходится отрабатывать, отрабатывать и отрабатывать одни и те же упражнения сотнями раз. Рычит клиент отлично, а ввести в спонтанную речь не можем.

Но там же, внизу ствола, обеспечиваются витальные рефлексы (дыхание, сердцебиение и все остальное). Поэтому в этих отделах мозга эффективно срабатывают механизмы биологической компенсации, причем буквально в пре- и перинатальный период. Иначе новорожденный не задышит.

Вот и ходят диспраксики, дышат ртом, со знаменитой «аденоидной» физиономией. Ходят, опять же, плохо. Пошатываясь, спотыкаясь, обязательно глядя под ноги и на стул, когда садятся. Но как-то ходят, как-то дышат, как-то едят. Потому что иначе, повторюсь, они умрут. И биология ЦНС, которая «понимает» значимость вот этих моторных и вегетативных операций, компенсирует их как может.

Верхний уровень, уровень E – смысловой уровень. Он, напротив, очень мало зависит от ткани мозга. Его работа программируется предметной и знаково-символической средами.

Логически нейропсихологическая коррекция должна вестись или «снизу вверх», сперва стимулируя и «отрабатывая» стереотипные, частично врожденные операции ствола мозга, как это разработано в методе замещающего онтогенеза А.В. Семенович<sup>6</sup>. Или «сверху вниз», от

6 Семенович А.В. Нейропсихологическая коррекция в детском возрасте. Метод

смыслового наполнения коррекционной задачи, как описано у Л.С. Цветковой. С «середины» мозга, работая над отдельным классом нарушенных психических образований, можно идти при нейрореабилитации, скажем, при афазии. Это явно не касается дизонтогенеза.

Подход «снизу вверх» однозначно хорошо себя показывает при сравнительно негрубых, но «размазанных» по всему мозгу симптомах. При первичной диспраксии развития, к сожалению, проявления в основном средней тяжести или грубее.

Подчеркнём, проф. Семенович, в отличие от других авторов, развивающих сенсомоторную коррекцию, пошла дальше чистой идеологии коррекции «снизу вверх». Да, поочередная «загрузка» разных уровней релевантными им задачами, да, в рамках одного занятия. Но не просто «ляг и ползи». А сочетание когнитивных, моторных, речевых, интегративных мультимодальных заданий. Занятие выступает для всего мозга разом и для каждого уровня в частности как тот самый пейсмейкер, устанавливающий правильный ритм и форму деятельности.

*В пределе, фактически, подход А.В. Семенович и концепция Л.С. Цветковой, «сначала осмысленная и для педагога, и для обучаемого задача, потом — набор последовательных действий, наконец, отдельные операции», ведут к одному и тому же. К сожалению, не все специалисты это понимают*

.

Стоит учесть и такой момент. Те «мгновенные» компенсации, которые происходят по чисто биологическим механизмам и сохраняют жизнь диспраксику, они для психики будут компенсациями патологическими.

Как афазия при повреждении мозга<sup>7</sup> — каким-то образом «протезируется» первичная функция речи, коммуникация, за счет речевого эмбола и паравербалики, например. А вот обобщение, регуляция, опосредствование оказываются глубоко нарушенными.

Поэтому идти от структур мозга, занятых такими компенсациями, видимо, не очень-то действенно.

С другой стороны, как мы ученику передаем свою знаково-символическую систему? Обустроивая его предметную среду. Но специалист среду не просто «сконструировал» (здесь правота Геннадия Эдуардовича). Сама по себе предметная среда ребенком с диспраксией не ухватывается. Эти дети могут в кабинете, где полно игрушек, ходить час от двери к столу, по одной-двум траекториям, и так и «не увидеть» игрушки, разложенные горкой на столе. Соня, из приведенного выше примера, «разглядела» игрушки минут через сорок от начала консультации!

Поэтому посредником между средой и психикой ребенка должен выступить взрослый. Как только мы что-то делаем в предметной среде, предлагаем ребенку что-о сделать с игрушками, это уже уровень Е. Не «действие», а символ. Просто предметный или вещный.

Кто выбирал игрушки? Специалист. Кто придумывал сюжет, в рамках которого осуществляются с этими предметами действия? Специалист.

Вот, допустим, логопед кормит куклу с ложечки. И сама фигурка, и ложка ненастоящие, это модель предмета. Пусть и натуралистичная. Значит, в игре они выступают в т.н. «предметном значении» (первичная форма знака и

---

7 Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. - М.: МПСИ, 2011. - 720с.

значения). Почему логопед решил кормить куклу, а не дать пластиковую сосиску плюшевой собаке? За этим хоть минимальный, но аффект-то стоит. Личность взрослого.

Где есть личность, там есть уровень символических движений (Е) по Н.А. Бернштейну. Потому что символ, в отличие от абстрактного знака, без эмоций и личностного смысла «не бывает»<sup>8</sup>.

Так что когда Н.А. Абросимова говорит, что в работе идет от предметной среды, она фактически строит задачу на уровне Е. Как и следует взрослому, создающему условия для «игры» (как ещё назвать это взаимодействие в коррекции?) ребёнка.

Тут нельзя не вспомнить о стрессе, вызывающем в психике человека, и коллеги тут не исключение, активность обесценивания и её предков, отрицания, проекции, замещения. На каких же символах выстроена психика человека в таком состоянии? На вещных.

А это самый нижний «этаж» саморегуляции личности. Вспомним принцип детской клинической нейропсихологии – поуровневая согласованность синдрома.

Получается, если доминируют примитивные защиты, то и символы должны быть низшего уровня.

Взрослый при этом не может выстроить адекватную среду при этом. Он же конкурировать будет неосознанно с ребенком! У того в психике только вещные символы, и у этого. Богатство, разнообразие накопленных символов отличается. А уровень развития «Я-образа» прискорбно сходный. Вместо коррекции получается имитация, то самое «ляг и ползи».

---

8 Цветков А.В. Символ. Обучение. Деятельность. - М.: МГОУ, 2011 — 304с.



*Пример.* Как такой (в состоянии стресса и регрессивном типе саморегуляции из-за примитивных защит) родитель общается со своими детьми? «Вася. Васенька, милый, поиграй, пожалуйста, с тетей». Естественно, это не работает. Никак! Минута, две, три. Крик: «Вася!!!». Человек находится ровно в том же поле вещных символов, что и ребенок, отсюда и вспышки аффекта. Он не конструирует это поле. Он в него погружен. Соответственно, будут яркие, не вполне адекватные эмоции — это поле не соответствует деятельности взрослого человека. Аффекты куда-то должны деваться. Зачастую, в агрессию к внешним лицам, предметам, к себе (в виде психосоматики). В отношении созависимого или контрзависимого типа.

Получается, и Н.А. Абросимова, и Г.Э. Дашкевич правы. Просто обозначили разными словами сходные пути коррекции.

Но помните, коллеги, про уровень С, про зримое и осязаемое пространство, в котором есть как тонкие движения (не смотрю, но верно беру ручку со стола), так и общая моторика (сажусь на стул)?

Этот уровень построения движений (и психики! понятно же, смеем надеяться, что вся психика имеет сходную уровневую организацию) обеспечивается в большей степени диэнцефальными структурами и базальными ганглиями.

Иначе говоря, таламическими. Получается, что на этом функциональном уровне ЦНС и уровне развития/функционирования психики

происходит согласование аффекта, порождаемого лимбической системой, предметного поля и биологических потребностей.

От лобных долей приходит «целевой сигнал». Который верхним этажом в экстрапирамидной системы (те самые таламус плюс базальные ядра) развёрстывается на операции, на программы работы нижележащих двигательных уровней. Или, проще говоря, раскладывается на конкретные навыки.

Специалист может не осознавать, но если он сам пользуется идеаторными или аффективными символами, у него не получится легко и просто переходить от «ляг и ползи» к «сядь и рисуй». Так или иначе будет генерироваться какая-то схема, какой-то сценарий занятия. Значит, на уровне пространственного поля следует выкладывать цветным скотчем или шнурами траекторию движения по полу, от одной задачи к другой.

Предметная среда остается той же, но видоизменяется пространство. Это и будет «мостиком» между идеаторными символами (идеями коррекции) в голове взрослого и восприятием ребенка с синдромом диспраксии-дисгнозии.

Вернемся к дискуссии Г.Э. Дашкевича и Н.А. Абросимовой.

В итоге выстраивается следующая схема работы.

Для начала скажем, что движения это адекватный индикатор всей психической деятельности у дошкольников и не говорящих детей. Общий контур управления движениями в коррекции таких детей, естественно, реализуется взрослым.

Ведь даже у абсолютно здорового, развивающегося по норме

дошкольника (а такие к логопеду и нейропсихологу редко попадают!) уровень Е по меньшей мере незрелый. Максимум, есть кое-какое рисование. Следовательно, весь уровень Е в его деятельности поставляется либо взрослым, либо более старшими детьми. Опять же, поставляется опосредованно через выстраивание предметной и социальной среды. Тех же правил игры.

Например, встретив человека, мы обычно говорим «Здравствуйте» или киваем. Это социальный компонент предметной среды; виртуальный, но легко декодируемый через аффект.

Итак, уровень Е поставляется взрослым даже в норме. Уровень Д уже лишь частично зависит от взрослых. Скажем, в идеологии Kindergarten, которая заимствована нашими детскими садами, воспитатель лишь фасилитирует, организует и запускает игру. Но не участвует в ней, предоставив детям свободу развития сюжета, правил и организации игры в пространстве комнаты.

Уровень С, пространственный. Дети функционируют (играют, гуляют, питаются) в тех границах пространства, которые заданы взрослыми. Даже в спокойном советском детстве, когда дошкольник в 6 лет спокойно мог пойти гулять один, все-таки говорилось: «Со двора не уходи» или «На стройку с ребятами не ходите». Понятно, что это нарушалось. Как же на стройке-то не полазить, правда? Но контур пространства очерчен: это твое «законное» место, это не твое, а вот там - запретное.

И ведь хорошо считывалось, что «нельзя», а что «совсем-совсем нельзя».

А как? Пространство при воспитании в норме оконтуривается знаками и символами взрослого. Теми аффектами или понятиями, которые

транслируются. Если «нельзя» сопровождается таким взмахом руки, это «просто нельзя». Если родитель повернулся лицом и на тон ниже «я сказал(а), нельзя туда ходить», с подчеркиванием интонацией, это «совсем нельзя». И у ребенка на внутренней карте (когнитивной схеме) лимбическая система проводит красные линии.

Это, разумеется, в норме. При «особом» развитии такие границы надо строить чисто физически. Так, у многих наших с вами подопечных есть «побежки» по комнате, полевое поведение, попытки уйти из кабинета. А мы, специалисты, элементарно не выпускаем ребенка. Вот физическое построение границ у деятельности уровня Е (игры, обучения). Но этого мало, надо не только внешнюю границу в предметах конструировать, и маршрут движения по сюжету занятия от задачи к задаче, от упражнения к упражнению.

Аналогично, если в кабинете присутствует небезопасный объект. Стеклянная ваза или острые зонды у логопеда. Если ребенок протянет туда руку, мы этот порыв вполне физически, насильственно остановим. Это наша взрослая, что педагога, что родителей, обязанность.

Получается, что идеология Н.А. Бернштейна в переводе на язык дизонтогенеза состоит в необходимости формировать все уровни регуляции движений. Даже если такая возможность есть не актуально, а только потенциально. То есть нет грубого органического или приравняемого к нему генетического дефицита, уровни Д и Е в принципе могут быть сформированы.

При этом сейчас все уровни так или иначе дефицитарны, а снизу вверх несформированность функций фактически нарастает.

Диспраксик как-то дышит и ходит, но вместо речи немодулированно

мычит, а вместо тонких движений руки-крюки. Когда взять карандаш в правую руку как бы нормальной для дошкольника широкой щепотью (три пальца участвуют) помогает вся ладонь левой руки. Иногда — только по внешнему указанию мамы: «Возьми карандаш правильно». Кстати, наглядный пример того как мамин уровень Е инициирует движения и действия ребенка (его уровень Д) в предметном пространстве (уровень С). Сам он или «не любит рисовать» (что для дошколенка нонсенс, т.к. рисунок это та же деятельность моделирования, что и ведущая по возрасту игра), или берёт карандаш в кулак, как кинжал.

И ведь при пооперациональных указаниях такой клиент может и человечка нарисовать, и домик, и солнышко. Это и есть «потенциальная готовность освоить» высшие уровни управления движениями.

Отсюда, чуть в сторону, вывод.

Чем больше вклад коррекционного педагога или нейропсихолога в деятельность ребенка в кабинете, тем более гибкой с точки зрения используемых для саморегуляции символов должна быть психика родителя. Иначе коррекция не продолжится дома «по образцу», а будет долго и малопродуктивно вестись только в кабинете. С известным эффектом «кабинетной речи», например.

Получается, что М.А. Полякова совершенно справедливо указала, Н.А. Бернштейн не работал с дизонтогенезом. Думается всё же, что как врач-невролог он кое-что понимал про нарушения развития нервной системы.

Но ответ Марине Анатольевне состоит в пользу теории Бернштейна для планирования психолого-педагогических коррекционных воздействий. Для выстраивания в голове условной диаграммы развития ребенка. Для построения на основе представления о сформированных уже уровнях и

качестве их работы предметной среды с удалением всего ненужного. Для выбора степени жесткости структурирования занятия и тонкости его наполнения, от «просто тема» до «полноценный сценарий сюжета».

Ну и самое тяжелое, организация тонуса ребенка. Это про детей, с которыми приходится все действия осуществлять сцепленно. Рука взрослого поверх руки воспитуемого. Это грань работы нейропсихолога, дефектолога и инструктора лечебной физкультуры.

Иными словами: нет и не может быть к синдрому диспраксии-дисгнозии единственно верного подхода.

Всё зависит от условной диаграммы развития движений конкретного подопечного и конкретного специалиста. Мы же тоже, здоровые взрослые, имеем разное качество функций уровней от А до Е.

Да, при первичной диспраксии все уровни регуляции движений дефицитарны, но они никогда не бывают дефицитарны строго снизу вверх по нарастанию или, наоборот, однозначно сверху вниз, или вообще равномерно. Есть вариации, которые зависят от состояния конкретных структур центральной нервной системы. Уровень В почти всегда «провисает» ниже остальных по нейроанатомическим и физиологическим причинам. Тот же самый стресс.

А раз стресс влияет, то и учитываем семейную ситуацию.

Да, и в итоге интегрируем всю коррекционно-развивающую работу через свой личный уровень Е. Хотя порой это и выглядит как «навязывание» семье своих интересов и представлений.

## Глава 1. Проблемы диагностики

Синдром диспраксии-дисгнозии относится к тем дизонтогенезам, где крайне важно продуктивное сотрудничество с семьей.

Например, родители периодически отказываются пройти какие-то обследования или просто говорят: «Слух у нас проверяли, слух в норме». Действительно, физический слух, изучаемый еще в роддоме методом отоакустической эмиссии, в норме.

Но для развития речи и речевого (фонематического) слуха в частности, важно не только «вхождение» звука, преобразованного в электрический сигнал, в слуховой нерв. Но и проведение этого сигнала по стволу мозга, передача от базальных ганглиев к коре, обработка в коре головного мозга.

Это можно посмотреть только через вызванные потенциалы, как коротколатентные (КСВП), так и когнитивные потенциалы Р300.

И вот, родители эти заключения принесли. Наконец.

Нейрофизиолог пишет: «незначительная задержка проведения». Для врача, наверное, незначительная – вместо 300 мс от подачи стимула до определенного пика прошло 458.

Вторичная сенсорная интеграция, звукового образа слова и обсуждаемого предмета, при этом страдает. Не может не страдать.

Будут проблемы, нейропсихологически описываемые как «снижение предметной отнесенности» речи или, в ряде случаев, как слухоречевая агнозия (дисгнозия)? Будут.

Или нарушения, чаще всего обнаруживаемые на КСВП, пики с третьего

по пятый, генерируемые т.н. «латеральной петлей»<sup>9</sup>.

Там, особенно при тяжелых нарушениях речи (ТНР), вплоть до полного безречия как в рецептивном, так и в экспрессивном варианте, не сформирована первичная сенсорная интеграция.

Нет объединения зрительного и слухового ориентировочных рефлексов между собой и их «наложения» на схему тела.

Вот, светим ребенку фонариком в глаз, чтобы обнаружить три рефлекса. Ориентировочный, мигание и изменение диаметра зрачка. Неврологическое здоровье предполагает наличие всех трёх проявлений.

А нередко бывает так, что ориентировочный рефлекс есть, голову в сторону источника света поворачивает, а аккомодации нет, моргания тоже нет. Зато штамп участкового невролога «ЧМН без патологии» стоит.

Или же на хлопок в ладоши, громкий и звонкий, поворот головы идет только если ребенок ничем не занят (а биологически-то не должен от этого зависеть!) и с отсрочкой, позволяющей посчитать «и-раз, и-два,и-три» (и добавляется, чтобы была полная секунда).

Родители пришли с вопросом: «Почему же плохо разговаривает?», а им встречно хочется задать: «Почему он ходит?», ведь по многим признакам — бодрствующая кома. Вот строго пошкале комы Глазго<sup>10</sup>.

Особенно, если сочетается с электроэнцефалографией (ЭЭГ), в которой одни сплошные медленно-волновые всплески. Допустим, дельта-волны

---

9 Калмин О.В. Проводящие пути центральной нервной системы: Учебно-методическое пособие. - Пенза, 1999 - 52 с.

10 Коматозные состояния: учеб. пособие / сост.: Р. Х. Гизатуллин, И. И. Лутфарахманов, Р. Р. Гизатуллин, Р.Ф. Рахимова. – Уфа: БГМУ Минздрава России, 2018 – 63 с.



индексом 90 процентов.

Открываем/опрашиваем педагогический анамнез. Ест ребенок только протертое. Ну, правильно. При бодрствующей коме кормят через назогастральный зонд. А тут протертое, потому что нормально жевать не может. Или жует, но если в пище есть кусочки, то при глотании идет рвота.

Здесь нельзя не упомянуть распространенных ошибок профессионального мышления. Вот на ком врачу-неврологу показывали бодрствующую кому? Наверняка на инсультном больном, взрослом. Их же много, они частые пациенты в любом неврологическом отделении.

А по неврологии (и по психиатрии, кстати, тоже!) доктора на взрослых и детских не делятся. Значит, показать на взрослом — правомерно.

Но вот то, что бредовые расстройства у детей и у взрослых это разное — очевидно. А что кома разная — не очевидно.

У нашего подопечного, как и положено по данным неврологов о коме<sup>11</sup> — с дефицитом дофамина (ведущим). Но психиатр диагностирует «аутизм», назначает нейролептики, которые дофаминовую передачу еще больше снижают.

В итоге у ребенка нагледен нейролептический синдром. С дезорганизованными движениями, с гиперсаливацией, с просоночным состоянием. Будь это взрослый больной, его бы при нейролепсии сразу перевели в интенсивную терапию, а лекарство отменили.

---

11 Зайцев О.С., Царенко С.В., Челябинна М.В., Шарова Е.В., Александрова Е.В., Потапов А.А. Вопросы «Учета слабого медиаторного звена» в фармакотерапии посткоматозных состояний// Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2016. - №8 — сс.87-90.

Детские же психиатры иногда говорят: «Вы еще недельки три потерпите. Он привыкнет к препарату».

Точно так же для сурдологов в вызванных потенциалах важнее всего, чтобы информация до коры мозга дошла. Задержка? Сенсорная интеграция — не их епархия.

Итак, *первая распространенная ошибка профессионального мышления*, которая играет большую роль в работе со слухоречевой агнозией — недооценка симптомов (даже диагностированных объективными методами!) нездоровья ЦНС у детей с грубыми нарушениями речи. И, напротив, переоценка выраженности психических нарушений.

*Вторая ошибка — неверная оценка этических моментов.* Так, в медицинской этике и деонтологии<sup>12</sup> все пациенты вне экстренных (скоропомощных) состояний должны оцениваться коллегиально или же через получение «второго мнения».

При этом, если клинический психолог или коррекционный педагог дают родителям совет получить то самое «второе мнение», многие доктора в России откровенно злятся. Иногда доходит до откровенного хамства. Хотя совет был вызван неадекватной согласно данным клинической фармакологии и утвержденной Минздравом инструкции схемой применения препарата. Чаще в виде неверного сочетания лекарств. Которое оценил директор Центра нейропсихологии «Июминка», не просто к.мед.н., но действующий клинический фармаколог. То есть рекомендация не «с потолка».

---

12 Актуальные вопросы этики и деонтологии в медицине на современном этапе: учебное пособие для системы высшего профессионального образования – Иваново: ИвГМУ, 2014 – 85с.

*Пример.* Недавно на приеме был ребенок, ему почти пять лет. Хронический туботит двусторонний, реконструированное небо (была волчья пасть). За последние полгода он трижды не прошел отоакустическую эмиссию. На КСВП порог обнаружения отклика на 85 дБ. Это очень громко, на границе уже физической боли. Сурдолог считает, «будем наблюдать».

И этот же мальчик слышит, как тикают электромеханические (они тише, чем чисто механические) часы на руке обследующего! Ищет этот звук. Находит руку. Прикладывает к часам головой и у него прямо меняется выражение лица. Врачу, со слов мамы и бабушки, об этом говорили. Характеристики слуха по разным частотным диапазонам так по сию пору не исследованы.

Безусловно, здесь есть вариант недопонимания родителями ответов врача. Но и рекомендация по «второму мнению» лишней явно не была.

Запрос к нейропсихологу — недоразвитие речи. А нужен, скорее всего, сурдопедагог. И недопонимание речи, пресловутая «слухоречевая агнозия», связано с выпадением слуха на части частот.

Здесь не идет речь о том, что «плохи» психиатры, неврологи, логопеды, или любые иные специалисты!

*Все мы, уважаемые взрослые, находимся в плену ошибок мышления, как с доказательствами в руках говорят когнитивные психотерапевты.*

Скажем, при отсутствии ориентировочного рефлекса родитель чаще всего говорит: «Он заигрался». Не зная и не понимая того факта, что одни и те же структуры ствола мозга как обеспечивают разные варианты

ориентировки (на свет и звук, прикосновение, давление/вибрацию, тепло и холод), так и рефлексy жизнеобеспечивающие. Дыхание и сердцебиение, трансфер пищевого комка по кишечнику и проч.

И можно понять родителя, который не медик и не знает этого. Можно понять врача, у которого по медико-экономическим стандартам с гулькин нос времени на осмотр, а на нормальную консультацию и вовсе единицы минут.

Но наше «понимание» причин, по которым взрослые недооценили ситуацию вовсе не отменяет опасность для жизни маленького пациента, в случае если как-то работающие компенсации отключатся.

*Третья ошибка* связана с тем, что каждый из нас, к сожалению, смотрит со своей колокольни. Невролог, нейропсихолог, логопед.

*Для примера* приведу различие понятий.

«Агнозия» предполагает, что был некий сформированный высший психический процесс, восприятие. И оно было нарушено повреждением головного мозга. Соответственно, пациент, его близкие и специалисты столкнулись с последствиями поражения мозга, находившегося на момент события в той или иной степени зрелости.

Если же процесс восприятия и не был сформирован, стоит говорить о «дисгнозии». Казалось бы, ну что за забота, префикс в названии нарушения.

Однако: при «агнозии» уже был некий период нормального развития, определенный социальный статус, есть по закону двойной диссоциации Тойбера<sup>13</sup>, компоненты и самого восприятия, и других ВПФ,

развивающиеся/работающие нормально. Есть прочный фундамент для реабилитации, и чем старше/образованнее больной, тем шире это основание.

---

13 Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. - М.:МГУ, 1973.

При «дисгнозии», вероятнее всего, в той или иной мере отстаёт в развитии ВСЯ психика (принцип сочетания ретардации и искажения при всех видах аномалий развития выведен Л.С. Выготским<sup>14</sup>). «Опор» для коррекции намного меньше, а само формирование сравнительно приемлемого по продуктивности итогового процесса менее предсказуемо.

При повреждении более-менее зрелого мозга, имевшем место в пределах года тому назад, терапия ноотропными препаратами растормаживает оставшиеся сохранными участки нервной ткани. Такие эксперименты проводятся с неплохими результатами начиная с 1970-х.

Если же патологические факторы действовали давно, несколько лет назад, и/или мозг при этом не был мало-мальски развит (как раз при слухоречевой агнозии чаще «и то, и другое»), то ноотропы будут не слишком эффективны. Где-то положительное воздействие ограничится периодом применения препарата, а дальше все новые навыки, созданные реабилитологами, угаснут. В ряде случаев весь результат сведётся к перевозбуждению. Иногда вообще незаметно, что давали лекарство, что нет. Случаев позитивного действия гораздо меньше.

Проще говоря, за «агнозией» или «дисгнозией» стоит разное понимание пути коррекционно-восстановительной работы. Понимание, к сожалению, не всегда осознаваемое.

Итак, *все мы когда-то да ошибаемся в профессиональном мышлении.* Поэтому, вне зависимости от обстоятельств, следует подробно и глубоко анализировать весь массив медицинской, педагогической документации,

---

14 Выготский Л.С. Основы дефектологии. . -- СПб.: Лань, 2003. - 654 с.

жалобы родителей. Аксиома медицины формулируется как «в анамнезе всё есть». Для психолого-педагогических наук, пожалуй, тоже неплохо подходит.

В то же время, *следует оставаться в рамках своей компетенции*. Нейропсихолог не пишет «дизартрия», а указывает на «признаки дизартрии». Это может быть дислалия, это могут быть вторичные фонетико-фонематические нарушения у ребенка со сниженным слухом. Внимание смежника к симптому привлечено, а квалификация остаётся за ним.

Аналогично, «признаки атетоза (тремора)», хорееподобные движения. Конкретный диагноз поставит уже невролог. Наша задача — указать на подобие наблюдаемого определенным симптомам.

Здесь необходимо сделать *важное замечание*. Есть статус развития, который не очень благозвучно можно обозначить как «потенциально сохранный интеллект».

Вот ребенок, как говорят, нулёвый. В текущей ситуации при тестировании по Векслеру тянет на тяжелую умственную отсталость (УО). Но при этом обнаруживается в обследовании есть ориентировочно-исследовательская деятельность, есть относительно разнообразные манипуляции с предметами. То, чего при выраженной степени УО не встречается.

С другой стороны, нет медицинских предикторов недоразвития интеллекта. Все же «классика» олигофренопедагогики это или генетические синдромы, или тяжелая органическая патология ЦНС.

И вот ни того, ни другого на данный момент не выявлено.

Либо потому, что не исследовали как следует, и здесь именно у психологов и педагогов задача объяснить семье необходимость тех или иных

анализов и процедур.

Либо причины грубого дизонтогенеза не исчерпываются медициной, а включают компонент социально-педагогической запущенности.

Тогда и перспективы коррекции получше. И место нейропсихологии вполне четкое. А не только у логопедии и/или олигофренопедагогики.

*Собственно говоря, слухоречевая агнозия — и есть классическая ситуация низкого, порой ниже умеренной УО, актуального уровня развития при сохранной обучаемости и возможности выхода ребенка на околонормативные показатели по интеллекту.*

Подчеркнём, «около», а не строго нормативные. И при соблюдении ряда условий. Скажем, школьный класс на 30+ человек, скорее всего, в эти условия не войдет. Потому что, как ни восстанавливай (формируй) восприятие речи, его скорость, точность в условиях зашумления и ресурсоемкость («цена» в тратах тонуса) будут уступать таковым у обычно развивающихся детей.

## **Глава 2. Квалификация и отграничение синдрома слухоречевой агнозии.**

Подведём итог несколько размытому изложению проблем диагностики слухоречевой агнозии во введении и предыдущей главе.

*Для диагностики тяжелых нарушений речи у детей следует:*



1) уделять немало внимания наблюдению за поведением ребенка в предметной среде (интерес/отвержение, игнорирование, селективность и длительность интереса, готовность использовать разнообразные манипуляции с предметами, социальная ориентация — умение спросить хотя бы взглядом или жестом разрешение у хозяина предметов) и его общением с родителем(-ями);

2) диагностировать ориентировку на основные виды сенсорных воздействий — резкий звук, свет (вспышка/ свет фонарика в глаза), прикосновение и давление/вибрация (лучше всего к задней поверхности плеча или верхней части спины, они от природы менее чувствительны и потому более диагностичны);

3) ориентировка на «чужого» взрослого, на речь «вообще» и по отдельности — речь близких/ речь «чужого», на отдельные значимые слова (собственное имя, слово «нельзя», просьбы/ команды типа «дай, подойди»), а также тип взаимодействия с взрослым, и «чужим, и близкими (симбиоз стиля «мы покакали»); опосредование взрослым коммуникации и манипуляций ребенка; взрослый как «переводчик» непонимаемой речи «чужого»; взрослый как санкционирующая инстанция, «Вася, можно»; взрослый как поддержка и контейнирование эмоций);

4) собственно речевые особенности — понимание (отношения с ориентировкой могут быть очень различными!) речи в предметном контексте и вне его; опознание сюжетных картинок по фразе («покажи, где рыбка кормит своих деток» - соединяет понимание и мышление); объем слухоречевого восприятия показом картинок по двухсловной инструкции («покажи красный сыр, синюю мышку, зеленый корабль») - важна и скорость отклика, и точность (ориентация должна идти на оба слова, а часто сперва находят предмет, потом цвет), и внимание к произносимой инструкции; роль

паравербальных компонент в понимании речи (как правило, совпадает с ориентировкой) — одинаковая/различная реакция на просьбы от родителя и «чужого»;

5) фонематический слух — у детей до 5 лет показом картинок/предметов по слову-наименованию (сочетается с номинативной функцией речи); у детей в 5-7 лет, дошкольников — показ частотных слов, написанных крупно печатными буквами (имя ребенка, мама и т.д.), сочетается с глобальным чтением (в норме формируется спонтанно в знаковой среде) или показ картинок по оппозиционным фонемам (бар-пар, коза-коса и т.д.); начиная с 7 лет — письмо под диктовку, от уровня звукобуквы до уровня слова;

6) способность к преобразованию предмета и его образа, сформированность образа-представления — у младших дошкольников обобщение предметных картинок в пассивном режиме «покажи, где» (сочетается с наглядно-образным мышлением); третий лишний в предметной форме и четвертый лишний в картиночной (в норме эффективность двух проб не отличается); рисунок человека (нормы см. у А.Л. Венгера<sup>15</sup>) и спонтанное рисование; различение при тестировании номинативной функции сходных предметов по черно-белым незашумленным картинкам (сирень и кисть винограда; диван и скамейка; змея и ремень — вовлекается «сенсорный эталон» как функция правого полушария); элементы эйдетического восприятия при тестировании зрительно-предметной памяти непосредственно «что ты только что показывал» - и ребёнок не просто называет картинки, а указывает пальцем на то место стола, где на листе были стимульные картинки, часто и называет фоновые, не названные

---

15 Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: Владос-пресс, 2003. – 160 с.

обследуемым картинками с того же листа (в норме эйдетика к 6-7 годам полностью «уходит», как писал Л.С. Выготский<sup>16</sup>); наложенные картинки по Поппельрейтеру в норме выполняются чуть лучше или одинаково эффективно с недорисованными (зависят от объема восприятия и относительной роли сенсорного эталона/ образа-представления в опознании); способность трактовки по наводящим вопросам прочитанного ребенку (или самостоятельно, у школьников) рассказа и серии сюжетных картинок в норме не отличается (выявляется роль объема восприятия, особенно если пересказ серии картинок идет в пассивном режиме «покажи, где», либо роль понимания речи, если изложить картинки ребенок пытается самостоятельно), стоит учесть и отношение к чтению, при слухоречевой агнозии оно негативное или игнорирующее; у детей младшего дошкольного возраста — раскрашивание контурных картинок (вишня может быть красной или фиолетовой, но не синей, батон желтым или оранжевым, но не красным и т.п.), а у старших дошкольников и младших школьников — дорисовывание до целого (при минимальной сформированности навыков рисования);

7) особенности психомоторного развития, которое весь дошкольный и частично младший школьный возраст служит удовлетворительным индикатором общего психического развития — постоянные или периодически возникающие гиперкинезы (чаще тремор и атетозы, реже хореоподобные движения, еще реже тики и подобные); мимика (в норме подвижность всех мышц лица примерно одинакова, при правополушарных дефицитах или заболеваниях круга шизофрении, таких как аутизм Каннера и Аспергера мышцы одинаково малоподвижны, при поражении узлов черепно-мозговых нервов моторика «сдвигается» устойчиво на одну сторону, при

---

16 Выготский Л. С. Психология развития ребенка. — М.: Изд-во. Смысл, Изд-во Эксмо, 2005. - 788с.

дисфункциях/поражении ствола мозга и проводящих путей «сдвиг» будет альтернировать, при бульбарной и псевдобульбарной дизартрии наиболее пораженными будут мышцы оральной мускулатуры, при этом их тонус будет так или иначе выровнен, при различиях в тонусе вовлеченных в патологию мышц чаще стоит говорить о поражении проводящих путей или же мозжечка); общая и мелкая моторика в норме равны по развитию либо же общая развита чуть лучше (как ходит, насколько статически устойчив в поддержании вертикальной позы, как садится на стул — в норме спереди, без помощи рук и зрения, либо руками только помогает задвинуться к спинке у малышей, каким богатством предметных манипуляций обладает и насколько их применение вариативно, помогает ли рукам в исследовании предмета ртом, «нравится» ли рисование/лепка/конструирование — в норме для дошкольников это такая же часть ведущей деятельности, как и игра); сформированность сомато-топического гнозиса в норме практически завершена к трем годам, в практике позы не требуется зрительный контроль движений; реципрокная координация — с 3 до 6-7 лет попеременные движения, сперва одна рука, потом другая, с нарастающей по мере взросления скоростью, далее истинно реципрокные, обе руки движутся одновременно во встречном направлении; динамический праксис — в норме продолжение увеличенного вдвое и нарисованного вдоль листа «забора» с удержанием программы при отрывах руки с 3 лет, без отрыва, но с остановками в виде точек внизу зубцов с 5, плавно с 6.5-7 лет, с 3 двузвенная программа «кулак-ладонь» или «ребро-ладонь» без параллельного выполнения обследующим или речевой ритмизации, с 5 — трехзвенная, «кулак-ребро-ладонь», самопомощь чаще в виде стука по столу (кинестетическая недостаточность), шепота (программирование) или ритмизации (недостаточность таламических структур).

*Теперь перейдём к отграничению слухоречевой агнозии от других расстройств развития речи, богато описанных в литературе, с которыми часто возникает путаница.*

*Это алалия и детская афазия.*

Сразу скажем, что *сенсомоторная алалия – скорее, некая казуистика, редкость* вроде жизнеспособного ребенка с двумя головами. Бывает, но не следует рассматривать в контексте массовой психолого-педагогической помощи.

*Алалия в классическом понимании подразумевает, как об этом писал В.А. Ковшиков<sup>17</sup>, нарушения языкового уровня.* Напомним, реализация всех ВПФ, и речь не исключение, идет трех уровнях. Это обосновано как в докторской Т.Г. Визель<sup>18</sup>, так и Л.С. Цветковой<sup>19</sup> в книге «Афазиология». Причём обе они в той или иной степени опирались на работы Н.А. Бернштейна. Это уровни: сенсомоторный; гностический/когнитивный и символический/смысловой.

Вот язык, конечно, это строго символический уровень.

Который может быть только корковым по своей физиологической реализации.

Поясню. Собака «понимает» речь? Да, в некотором контексте. Её мозг рефлекторно увязывает некий фонетический абрис и предметное значение.

---

17 Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия. — М.: «Институт общегуманитарных исследований», В. Секачев, 2001. — 96 с.

18 Визель Т.Г. Нейролингвистический анализ атипичных форм афазии: Системный интегративный подход. Дисс. ...д.псх.н., М., 2002.

19 Цветкова Л.С. Афазиология: современные проблемы и пути их решения. - М.: МПСИ, 2011. - 720с.

Не чёткое звучание, «абрис». Собака «Дея» стала «Леей» в один день без всякого переучивания. Это и есть тот самый «сенсорный эталон». Некая обобщенная форма. Как «мандарин круглый, чуть приплюснутый». Вне предметного контекста понимания у собаки нет и быть не может, нет истинного владения знаковой системой.

*Так и у ребенка до «включения в работу» корковых структур речь осуществляется с опорой на подкорку, в существенной степени речь являясь рефлекторной и зависимой от контекста.*

«Включение» коры в норме знаменуется: между 2 и 3 годами начинается использование речевых штампов, усвоенных «единым куском» фраз, подставляемых по эмоциональному (в первую очередь) и предметному контексту в речь, это (условно, конечно, об узком локализационизме здесь не говорится!) функция постцентральной коры правого полушария; с 3 лет — по произвольному образованию простых развернутых предложений. Это уже левополушарные структуры включаются.

Если до 3 лет кора мало участвует (только мотивацией и регуляцией) в порождении и понимании речи, то при алалии должны присутствовать и коммуникативная интенция, и примитивная младенческая/раннего возраста речь, и полностью сформированная условно-рефлекторная связь слова и предмета (при тестировании по номинативной функции картинок, изображающих частотные предметы).

Такая речь хорошо видна: если ребенок чего-то сильно хочет, то «мычание» внезапно заменяется почти понятными словами.

Если же инфантильные формы речи при аффективном напряжении подменяются целыми фразами, скорее всего стоит судить о недостаточной тонизации коры (дисфункция таламического уровня и/или повреждение,

недостаточность подкорково-корковых активирующих связей).

Итак, если говорить про *сенсорную алалию*, то есть нарушение языкового кодирования фонем, структура дефицита будет похожа на сенсорную афазия у взрослых. Наибольшие трудности связаны с уровнем звукобуквы, она не несёт семантики. Фонематический слух реализуется вообще-то на четырех уровнях, но виден в практике на трех. Это уровень звукобуквы, уровень слога, уровень слова. Четвертый, на котором он не виден из-за высокой роли контекста, кроме взрослых пациентов с тотальной и субтотальной афазией – это уровень фразы.

Одна звукобуква не несет семантики (точнее, несёт, этому посвящены работы в области фоносемантики<sup>20</sup>, но это слишком размытый смысл, чтобы помочь четкому однозначному опознанию!). Как только идет наращивание длины единицы, должно становиться меньше ошибок.

И проверка фонематического слуха на уровне слов «коза – коса», «бочка – почка», «дочка – точка», как правило, больших трудностей не обнаруживает.

Однако в практике приходится сталкиваться с детьми, у которых речи нет совсем. Ни контекстной, ни фонетически искаженной.

Ну, может быть, это моторная алалия? Но при ней, как и при смешанной эфферентной моторно-динамической афазии у взрослых, это достаточно изученное расстройство, не должно быть нарушения паравербальных компонентов речи.

---

20 Фоносемантика: Опыт междисциплинарного исследования. Коллективная монография – М.: Мир науки, 2022. - 288с.

*Пример.* Пациент, 56 лет, после инсульта, с эфферентной моторной (плюс компонент динамической) афазии с эмболом «бля». Выраженный парез на правую сторону тела с искажением мимики.

«К вам родственники на выходных приезжали?» - «Бля (довольно, подтверждающе машет левой рукой)».

«Кушать будете?» «Бля (уверенно, взмах левым кулаком)».

«К психологу нашему молодому пойдете заниматься?» - «Бля (с сомнением, ленивый взмах расслабленной левой ладонью)».

Всё же понятно. Эмбол используется, как компенсация первичной функции речи, коммуникативной. Пусть это и патологическая компенсация.

Понимание речи при моторной алалии должно быть практически полностью сформировано, а не только в предметном и аффективном контексте.

С этим у «неговоряшек» тоже проблемно.

То есть в алалию это не укладывается.

Более того, у этих детей множественные подкорковые неврологические симптомы. Ходят, раскачиваясь, как кукла-неваляшка; лицо «заморожено»; дышат ртом; соматические функции типа тазового контроля, сформированы плохо.

При чем же тут корковый дефицит?!

*У моторного алалика всего этого быть не должно. У него нарушено кодирование отдельных элементов мысли в слова, а слов во фразы. Опять,*



зависит от степени выраженности. При легкой степени речь будет, но телеграфного стиля, как при динамической афазии. Строго по А.Блоку, с его «Улица. Фонарь. Аптека».

*Следующий аргумент. Алалия, что сенсорная, что моторная, подразумевает сохранный (сформированный по возрасту) невербальный интеллект.*

У «неговоряшек» же приходится помимо «четвертого лишнего» в традиционной картиночной форме давать «третий лишний» в предметной. Сокращение числа предметов вызвано необходимостью разместить всё это на ладони, что примерно (эмпирически!) соответствует объему восприятия дошкольника.

Сложить человечка из геометрических фигур (пластиковые кружки, треугольники, прямоугольники) ребенку, неспособному головнога-то нарисовать... кажется вовсе нерелевантным заданием. Он и не сложит, попытки предлагать эту методику были.

Здесь как раз пригождается формулировка «потенциально сохранный интеллект». Дети с тяжелыми нарушениями речи, имеющие явные дефициты подкоркового уровня, в большинстве случаев дают довольно хорошую динамику коррекции. Во всяком случае, невербальные мыслительные задания осваивают ходко.

Так что и к «системным нарушениям речи» при УО их не отнесешь, там обучаемость должна быть низкой.

Наконец, своеобразный, но тоже аргумент. Нейроанатомический. Сенсомоторная алалия подразумевает органическое поражение как зоны восприятия и декодирования речи (условно говоря, зоны Вернике, хотя в детском возрасте участвует и вторая височная извилина слева), так и зоны

кодирования (столь же условно, зона Брока плюс дополнительная речевая зона). И это при сохранном интеллекте.... Сомнительно.

*Хотя есть дети с полностью удаленной левой гемисферой в силу некурабельной эпилепсии, при довольно неплохо развитой речи.*

Неплохо, но это уже, скорее, детская афазия. Не алалия.

Во-первых, детскую афазию странно было бы рассматривать до трех лет. Пока нет как таковой сложившейся речи с произвольным построением простого распространенного предложения, нет и афазии.

Так что при детской афазии, чаще эпилептической природы (синдром Ландау-Клеффнера, например) должен присутствовать в анамнезе длительный период нормального речевого развития.

Это у детей с ТНР чаще всего нет.

Максимум до полутора лет с последующим регрессом на фоне экзогенной вредности (скажем, аутоиммунной реакции с тяжелым воспалительным компонентом на вакцинацию).

Кроме того, как писала Э.Г. Симерницкая<sup>21</sup> в книге «Доминантность полушарий», детская афазия, связанная с травмой или иным органическим однократным повреждением мозга, очень быстро претерпевает обратное развитие. Компенсируется.

Ребенок разговаривает, да, с аграмматизмами; да, с бедноватым словарем. Но нельзя сказать, что это безречевой ребенок. Проходит буквально несколько недель, писала Э.Г. Симерницкая. А материал у нее был в НИИ

---

21 Симерницкая Э.Г. Доминантность полушарий/ Под ред. А.Р. Лурия. - Москва : Изд-во МГУ, 1978. - 95 с.

нейрохирургии им. Бурденко, и материал богатый.

Эпилептическая афазия ведёт себя сходно, пока есть очаг эпилепсии, сохраняется афазия. После подавления очага «обратное развитие» происходит менее ярко, с большей длительностью нарушений речи, чем после травмы или нейрохирургического вмешательства.

Но и дебют эпилепсии в этих случаях, как правило, приходится на старший или средний дошкольный возраст. После четырех лет.

Картина, опять же, сходна с комбинацией динамической и акустико-мнестической афазий у взрослых. Отраженная и повторная речь хорошая, спонтанная бедная по грамматике и словарю, очень неактивная, картинка или предмет мало помогают. В отличие от наводящего вопроса.

Итак, *по клинической картине в большинстве случаев дети с тяжелым недоразвитием речи ни на алалию, ни на детскую афазию не похожи.* Кроме того, алалия и афазия, как правило, лишены флера общего неврологического нездоровья. Это локальные повреждения коры мозга.

При этом общемозговая симптоматика в детском возрасте быстро регрессирует. *Пример:* мальчик 5 лет с полной левой гемисферотомией, сделанной год назад, не демонстрирует более явных признаков астении, эмоциональной лабильности и т.д., чем его здоровый однояйцевый близнец. Они и уровень речевого дефицита показывают сходный, у обоих, как сказали бы логопеды, «ОНР второго уровня речевого развития». Прото-предложения типа «дай пить» есть, словарь бедный, предметные образы неразвиты.

Тут *немаловажное отступление* стоит сделать. Почему *лурьевская нейропсихология не работает с ранним (0-3 года) возрастом.*

*В норме к 3 годам «фокус созревания» (то самое снизу вверх, сзади вперед) доходит до постцентральных отделов коры, и хотя бы часть нейропсихологических факторов уже имеют законченную вертикальную структуру, соответствующую взрослому. В частности, факторы, связанные со зрительным восприятием — есть уже классификация по цвету, форме как признак такового завершения созревания этих факторов.*

Изначально, конечно, все нейропсихологические факторы «коренятся» глубоко в подкорке. Ведь что такое фактор? Элементарный психический процесс. Который, путем означивания и объединения с другими элементарными функциями, дает ВПФ.

*Пример. Фонематический слух. У собаки сформирована рефлекторная связь на слово «кусочек» или «кусок», они по абрису похожи. Это для животного означает угощение от хозяина. Поэтому за столом в доме говорится «ломтик». Так же и со словом «хлебушек». Попроси передать кусочек хлебушка, собака тут как тут, с просительным взглядом и бьет лапой хозяина по колену (жест просьбы). Скажи «дайте ломоть батона» - зверь спокойно дремлет на своём месте. Такие чёткие ассоциативные связи обычно формируются при участии подкорковых структур. Трёхлетний ребенок же быстро «просечёт», что батон, булка, хлеб — синонимы. Это уже «корковые» ассоциации, их основа не конкретное слово, а весь контекст деятельности. Требуемый для переработки не только замыкания связи «фонетический абрис-предмет», но и объема восприятия, и целостного представления о предметно-пространственной среде, и социального интеллекта.*

Опять же, по Выготскому ВПФ осознанны, произвольны и опосредованы

Когда можно уверенно судить об осознанности и произвольности речи? Когда в ней появилось слово «Я». В те же три года.

«Я» знаменует появление первичного Я-образа.

У собаки не может быть высших психических функций. Индивидуальные качества есть, а индивидуальных нет. Они с неизбежностью требуют для возникновения обособленного субъекта деятельности. Который и появляется как одна из граней Я-образа.

Здесь снова стоит вернуться к наблюдениям за детьми с ТНР. Там субъектность чаще «в минусе», зато в наличии отношения симбиотические или опосредующие через взрослого предметный мир.

Один из базовых принципов детской клинической нейропсихологии: *поуровневая согласованность синдрома.*

Родитель как симбионт или, чуть легче, полноправный посредник в освоении мира (пока мама не «включится» полностью в консультацию, ребенок ни одного задания не выполняет), личность, по Э. Эриксону, находится на оральной или анальной стадии. Какое там «Я»...

С другой стороны, выход на языковой уровень (при алалии и детской афазии) требует наличия «Я».

*Постараемся обобщить:*

1) детская афазия и алалия требуют нарушения языкового уровня обработки речи, т.е. сохранные в той или иной степени паравербалику и начальные этапы речевого развития (лепетные псевдо-слова, прото-

предложения, штапмы); а также объективно выявленные повреждения/грубые дисфункции речевых участков коры в левом полушарии;

2) ориентировка в предметном и социальном поле при условии плюс-минус адекватного воспитания в семье, при детской афазии и алалии сохранены, нормативны и ориентировочные рефлексы, и довербальные компоненты моторики (от ходьбы до символического праксиса);

3) при первичной диспраксии страдают все уровни организации моторики, а как следствие и все уровни построения восприятия (в том числе речи!) и самой речи, поэтому адекватным нейропсихологическим обозначением будет «синдром диспраксии-дисгнозии-дисфазии», или, сокращённо, «диспраксии-дисгнозии»;

4) из этого комплексного синдрома в целях планирования коррекции (поиск опор, «сильных звеньев») можно выделить нарушения понимания речи, связанные с: а) узким объемом слухоречевого, чаще вместе с предметно-пространственным, восприятия; б) нарушениями перехода от «внутренней фотографии» предмета (перцептивный образ) к сенсорному эталону и образу-представлению, чаще вместе с признаками амузии и трудностями распознавания неречевых предметных шумов, но относительно сохранным моторным следованием звуковому ритму; в) контекстным пониманием речи, особенно близких, при нарушениях понимания речи «вообще»; г) не равномерное и не снижающееся от звукобуквы к слову нарушение фонематического слуха (скажем, нарушено понимание слогов при письме под диктовку, со звукобуквами и словами проблем нет, с фразой — снова ошибки); д) ошибки при письме под диктовку в неопозиционных и не сходных по месту происхождения фонемах (путает не «ф-в», а «ф-х»), часто в сочетании со склонностью к штампованной речи и трудностям произвольного формирования фразы (условный «правополушарный»/

межполушарный тип нарушений);

5) перечисленные в п.4 варианты нарушений понимания речи от «а» к «д» можно считать проявлениями слухоречевой агнозии и даже её «подтипами»;

6) коррекция слухоречевой агнозии, как входящей в общий синдром с диспраксией и дисгнозией (включая нарушения других, невербальных, форм восприятия, не только слухового) оптимально строится от построения/реконструкции знаковой системы в последовательности «внутренняя схема движения (прото-знак) → схема движения в определённом предметном пространстве (когнитивная карта+перцепторный образ) → сенсорный эталон → предметный образ-представление» и параллельно с формированием Я-образа, наработкой запаса номинативных слов, речевых штампов.

### **Заключение**

Вот специалист посмотрел, как ребенок обобщает картинки (хотя бы игрушки!), исключает лишнее, выделяет мораль у рассказа.

Обязательно, пусть и в сокращённом виде, нужен формирующий

эксперимент. Не заучивание, мол, это фрукты, а то овощи, как любят делать в системе образования. Нет.

Предметные значения, показали, что ложкой едят, вилкой едят, с тарелки едят. Из чашки пьют, но это тоже во время еды происходит чаще всего. А потом говорим, вот все они называются «посуда». Далее смотрим, сможет ли наш подопечный обобщить другую группу частотных предметов. Те же «инструменты».

Смотрим уровень обучаемости, ведь именно он отграничивает УО от грубо выраженной ЗПР (задержка психического развития).

У обсуждаемых детей, при тестировании по Векслеру, часто вербальный интеллект снижен больше, чем невербальный. В пределах от 70 до 90 баллов по стандартной шкале, это же как раз ЗПР.

Если речи нет, контакт плохонький, а, скажем, на игрушках он все-таки может исключить лишнее, тестирование интеллекта представляется необходимым. Чтобы не подменять нейропсихологу олигофренопедагога и наоборот.

*Очень важный момент применительно к синдрому диспраксии-дисгнозии: первичным дефицитом является формирование знаково-символического опосредствования. Но не верхнего, языкового, уровня. Как при детской афазии и алалии.*

А от самых «низов», от усвоения смыслов предметной деятельности через имитационное научение, ребенок смотрит на то, как живут и делают родители, их друзья, старшие сиблинги и т.д. И либо усваивает этот стиль, либо «от противного» (как в дисфункциональных семьях, при зависимости, например).



*У диспраксиков-дисгнозиков, эти два синдрома всегда идут сцепленно, смыслы «протезируются» родителем.*

Поэтому ребенок дома, причем мама показывает фотографии и видео, рисует. Палка, точка, огуречик. Как минимум головоног. Точнее, персонаж, кролик Крош из мультфильма «Смешарики». И цвет (голубой), и длина ушей верно отображены. И нет маминого прям пооперационального инструктирования. Только общее руководство действиями. Синий шарик с глазками, носиком, ротиком, конечностями и длинными ушами. И в одной из конечностей держит оранжевую морковку. Узнаваемо!

А у специалиста в кабинете, где ребенок взаимодействует с чужим взрослым, маминого «протеза смыслов» нет, и идет распредмеченный рисунок, каляки по листу.

«Это он волнуется», - считает мама.

Увы, нет. Эмоции тут ни при чем.

*Это принципиальная разница. Ребенок не имитирует взрослые смыслы, а берёт их целиком, как протез конечности.*

*Пример.* Едет автор сих строк в «Ласточке». Вечер воскресенья, очевидно, красивая девушка с ребенком лет шести возвращаются с выходных, из Петербурга в Псков. Видно, что мама устала. Нагулялись, наигрались за два дня. Ей хочется потупить в телефон, просто выдохнуть. Но пока девушка в ребенка эмоционально погружено, там нормально организовано поведение.

Как только она отвлекается на смартфон, всё, мальчик поведенчески «разваливается». И самоконтроль там как раз относительно сильная черта, в отличие от гиперактивных детей.

Парень непрерывно разговаривает, понятно, что это эгоцентрическая речь. Саморегулирующая.

Плюс он «стекает» под стол. Мозжечковая дисфункция, вероятно.

Это же мозжечок схему тела перестает «держат». Стоит маме к нему обратиться, схема тела восстанавливается, сидит он ровненько. Тонус, выходит, сам по себе не нарушен. Знаково-символическая функция нарушена. Опосредование этого тонуса.

Следовательно, принципиально (вспоминаем стресс), чтобы родитель был достаточно готов порождать знаки и символы в большем, чем в норме, количестве.

Лобными долями, а не как контроль поведения при стрессе, промежуточным мозгом и базальными ганглиями.

Педагогов это касается не в меньшей степени!

Берегите себя, коллеги.