

Барабанов Р.Е.
ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Афазия, заикание, ринолалия

МОСКВА, 2019 ГОД

Научно-консультативный центр практической психологии «Концепт»



Учебное пособие для студентов

**«Основы логопедии: афазия, заикание,
ринолалия»**

Автор-составитель:

чл.-корр. АМТН РФ, доцент ИОВ МАСТ, ст.н.с. ИП АСТ, Р.Е. Барабанов

Язык: русский

Москва, 2019 год

УДК 376.37
ББК 74.3я73
Б 24

Все права защищены. Любое использование материалов учебного пособия полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

Рецензент:

д.пс.н., Ph.D., профессор ПАНИ, академик МАПН, Данилов А.В.
(Алматы, Казахстан)

Консультант:

логопед высшей квалификационной категории, член Гильдии логопедов и дефектологов, Чистякова И.Г.
(Москва, Россия)

Б 24 Основы логопедии: афазия, заикание, ринолалия / Автор-составитель: Р.Е. Барабанов – R.: VDM Publishing, 2019. – 69 с.

ISBN 978-620-2-32094-8

УДК 376.37
ББК 74.3я73

Рекомендовано УМО РАЕ (Международной ассоциацией ученых, преподавателей и специалистов) по классическому университетскому и техническому образованию в качестве учебного пособия (учебника) для студентов высших (средних) учебных заведений, обучающихся по специальности 44.03.03 «Специальное (дефектологическое) образование», профиль подготовки «Логопедия, дефектология».

ISBN 978-620-2-32094-8

Электронное издание

© Р.Е. Барабанов

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ I. АФАЗИЯ	5
§1. Понятие об афазии	5
§2. История развития учения об афазии, современные этапы развития афазиологии	6
§3. Блоки мозга	7
§4. Пути восстановления ВПФ и клиника афазий	12
РАЗДЕЛ II. ЗАИКАНИЕ	26
§1. Введение в проблему заикания. Клинические и психические особенности проявления заикания. Исторический обзор	26
§2. Современные представления о заикании	28
§3. Система коррекции заикания Е.Ю. Рау	33
§4. Заикание с точки зрения разных авторов, анализ речевой судорожности, как основополагающего симптома заикания. Характер структуры дефекта при заикании	34
§5. Клиническая классификация заикания	36
§6. Психолого-педагогический аспект изучения заикания по работам Р.Е. Левиной и её последователей	37
РАЗДЕЛ III. РИНОЛАЛИЯ	40
§1. Определение причины и механизма нарушения. Классификация форм ринолалии. Причины врождённых расщелин губы твёрдого нёба. Виды врождённых расщелин	40
§2. Структура дефекта при ринолалии	48
§3. Комплексное обследование лиц с ринолалией	52
§4. Коррекционная работа	54
§5. Коррекционная работа с детьми младшего дошкольного возраста	56
§6. Сочетание ринолалии с задержкой речевого развития	58
§7. Ринолалия и дизартрия	60
§8. Дисграфия при ринолалии	65
Библиография	68

РАЗДЕЛ I. АФАЗИЯ

§1. Понятие об афазии

Афазия – это системное нарушение речи, состоящее в полной или частичной потере речи и обусловленное локальным поражением одной и/или более речевых зон мозга. Термин впервые предложил французский исследователь Поль Брока. Название происходит от греческого «фазиио» - говорю, приставка «а» означает – нет (отрицание), дословно – не говорю.

Афазия в большинстве случаев возникает у взрослых (вследствие ЧМТ, инсультов, нейроинфекций и т.д.), но бывает и у детей после 3-х лет, когда речь хотя бы частично сформирована. При этом достаточно редко наблюдается тотальная афазия – полное отсутствие речи, поскольку во всех остальных случаях остатки речи могут присутствовать.

Системность речевого расстройства подразумевает наличие первичного дефекта и вытекающих из него вторичных нарушений речи. Обязательное условие: нарушение процессов не только внешней, но и внутренней речи.

Этиология афазий

Афазия может иметь разную этиологию:

1. *Сосудистую* – сосудистые поражения имеют различные названия: это и инсульты, и нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), которые в свою очередь делятся на подвиды:

- ишемия (означает голодание и в быту называется «белая смерть», поскольку происходит закупорка сосудов и в следствии этого идет отмирание клеток);

- геморрагия («красная смерть» – характеризуется кровоизлияниями в мозг по причине различных инфарктов.

2. *Травматическую* – закрытые и открытые сотрясения, ЧМТ при травмах, связанных с ударом, когда возникает контузия в соответствии с очаговой симптоматикой, они (контузии) могут сопровождаться изменением в протекании нервных процессов; в этом случае (при открытых травмах) прибегают к операции для очистки травм, при закрытых – может применяться как операбельное лечение, так и консервативное.

3. *Опухолевую* – злокачественные опухоли обладают быстрым ростом и интоксикацией. Афазия, возникающая при злокачественных опухолях, будет сопровождаться изменением мнестической деятельности, а при доброкачественных – этот симптомокомплекс может отсутствовать.

При этом важно помнить и знать, что **АФАЗИЯ ВОЗНИКАЕТ ТОЛЬКО ПРИ ЛОКАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ МОЗГА.**

Специфику нарушения речи при каждой форме афазии определяет локализация очага поражения, размеры очага, глубина поражения и этап заболевания.

Как правило, имеет место:

1. Нарушение речи и других ВПФ;

2. Нарушение движения. Расстройства движения чаще всего возникают с одной стороны и называются гемиплегия (полная потеря двигательной активности), или гемипарез (частичная потеря). Парезы и параличи могут захватывать только ногу, только руку и т.д.

Афазия может сочетаться с нарушениями движений, а может и не соотноситься с ними. Афазия – это нарушение речи; оно в одних случаях может быть связано с нарушением доминантного (левого) полушария, в других – парезы и параличи будут с правой стороны.

Связь с другими науками

Современная афазиология связана с целым рядом наук и стоит на стыке целого ряда дисциплин:

1. Медицина (неврология, психиатрия и т.д.);
2. Психология (общая, клиническая, патопсихология, детская психология, геронтопсихология, нейропсихология);
3. Педагогика (общая, возрастная, дефектология и т.д.);
4. Лингвистика (психолингвистика, онтолингвистика и т.д.).

§2. История развития учения об афазии, современные этапы развития афазиологии

Только в 20-ом веке прошлого столетия афазия стала самостоятельным речевым нарушением. История изучения афазии насчитывает 200-т летнюю историю и по мнению некоторых авторов включает 3 периода развития изучения афазии (по Л.С. Цветковой 5 периодов):

1-й период. Выделяются 20-30-е годы 19 века до 1868 года, когда были выдвинуты первые предположения об организации мозговой деятельности. На тот момент существовали две противоположные точки зрения. Первая принадлежала Ф. Галлю. Он был основоположником идеи о дифференциации зон мозга и их связи с разными психическими функциями. Это был первый этап подъема научной мысли в области нейронауки. Вторая идея и точка зрения принадлежала М. Лорансу, который сделал заключение о том, что весь мозг равнозначно участвует в реализации той или иной психической функции – так называемая, эквитонциальность мозга, его равноценность. В 1836 году врач, психофизиолог Дагс первым обнаружил, что полушария мозга не равноценны в отношении речи. Спустя 30 лет эту же идею высказал П. Брока.

2-й период. Начинается с 60-х годов и длится до начала 20-го века. Ознаменовался выделением двух форм афазии, одна из которых была полно описана П. Брока в 1861 году (моторная афазия). Он исходил из предположений, что при этой форме афазии в первую очередь страдает моторная координация речи. После открытия Брока, спустя некоторое время, уже немецкий исследователь К. Вернике дал подробное описание сенсорной афазии. Изучение афазии на тот момент носило описательный характер, было

характерно упрощенное представление о психологии речи. Выдвигались две основные точки зрения: локализационизм и антилокализационизм.

3-й период. 1910-40-е годы двадцатого века. В этот период английский невролог Генри Хэд создал тесты для исследования афазии.

4-й период. Появление первых работ отечественных психологов Л.С. Выготского, А.Р. Лурия и В.М. Когана.

5-й период. 20-30-е годы XX столетия до нынешнего времени. Это переход от описания симптомов к их анализу. Изучение афазии здесь лежит в рамках новой науки – нейрофизиологии (основоположник А.Р. Лурия), где первично был проведен анализ афазии и дана классификация поражений мозга.

Классификация афазий до «Луриевской» эпохи *Классификация К. Вернике*

1. Кортиковая моторная афазия (афазия Брока);
2. Кортиковая сенсорная афазия (афазия Вернике);
3. Субкортикальная сенсорная афазия;
4. Субкортикальная моторная афазия;
5. Транскортикальная моторная афазия;
6. Транскортикальная сенсорная афазия;
7. Тотальная афазия.

Классификация афазий по А.Р. Лурия

1. Моторная афазия:
 - Вербальная афазия (афазия Брока);
 - субкортикальная афазия;
 - транскортикальная афазия.
2. Сенсорная афазия:
 - афазия Вернике;
 - субкортикальная афазия;
 - транскортикальная афазия.
3. Проводниковая афазия.
4. Амнестическая афазия.
5. Мото-сенсорная афазия.

При этом А.Р. Лурией были пересмотрены основные понятия функции, локализации, симптоматики афазии. Была предложена динамическая локализация функций. Введены понятия «симптом – синдром».

§3. Блоки мозга

В современной когнитивистике выделяют три функциональных блока мозга:

1-й функциональный блок – энергетический; блок, обеспечивающий тонус бодрствования.

2-й блок – хранения и переработки информации.

3-й блок – регулирования и контроля действий.

1-й блок – блок тонуса, регуляции бодрствования и сна – это подкорковые структуры и медиобазальные отделы лобных и височных долей. Сам по себе блок не однороден. Подкорковые зоны включают – подкорковые ядра, диэнцефальные зоны, промежуточный мозг, ряд структур лимбической системы, таламус, ствол мозга и мозжечок. Подкорковые базальные ядра образуют две системы: стриополитарную – играет особую роль в обеспечении движений человека, и лимбическую - играет роль в организации мотивации эмоциональных, мнестических и других активационных процессов.

Уровни глубоких структур мозга, входящих в 1-ый блок:

1. Мозговой ствол – продолговатый мозг, варолиев мост, средний мозг;
2. Межуточный мозг – гипоталамус и таламус;
3. Медиобазальные отделы коры лобной и височной доли – гиппокамп;
4. Мозолистое тело.

Энергетически первый блок имеет три основных источника обеспечения:

1. Обменные процессы - дыхание, пищеварение, белковый обмен (гипоталамус);
2. Ориентировочный рефлекс – человек впадает в сон, из которого может его вывести приток новой информации;
3. Способность коры планировать, создавать намерения и т.д., особую роль здесь играет речь. Сформулированный в речи замысел, вызывает активность подкорковых структур.

Синдромы поражения 1-ого функционального блока мозга:

1. Расстройство сна, нарушение регуляции бодрствования;
2. Расстройство внимания;
3. Флуктуативность – колебание психической активности (в разное время тонус коры не одинаков);
4. Персеверации на выходе речевой продукции;
5. Нарушение в эмоционально-волевой сфере;
6. Изменение мотивационной структуры в виде неустойчивости мотивационных образований, лабильности мотивов и желаний больных;
7. Вторичные дефекты памяти – модально-неспецифические нарушения памяти в непосредственном воспроизведении и в объеме удержания вербальных и невербальных стимулов;
8. Изменение интеллектуальных процессов;
9. Диэнцефальные синдромы;
10. Синдром «расщепленного» мозга;
11. Латеральные различия в организации вербальных и невербальных процессов на уровне таламуса;

12. При левостороннем очаге поражения – изменение речи в форме «подкорковой афазии»;
13. При правостороннем вмешательстве – ухудшение произвольного запоминания, трудности воспроизведения и запоминания невербального материала, изменение в личностной сфере, нарушение зрительно-пространственного гнозиса, «схемы тела»;
14. Двусторонние дефекты приводят к модально-неспецифическим расстройствам активного внимания и эмоциональной сферы.

Выводы:

1. Подкорковые образования обеспечивают не только тонус и бодрствование, но и специфическим образом участвуют в обеспечении когнитивных функций;
2. Межполушарные различия в обеспечении различных психических процессов обнаруживаются на уровне речевого программирования.

2-й функциональный блок – блок приёма, переработки и хранения экстероцептивной информации. Этот блок включает в себя центральные части основных анализаторов: зрительного, слухового и кожно-кинестетического. Их корковые зоны расположены в височных, теменных и затылочных долях мозга. Формально сюда можно включить и центральные части вкусовой и обонятельной модальности, однако в коре головного мозга они представлены незначительно по сравнению с основными сенсорными системами.

В основе данного блока лежат первичные проекционные зоны коры головного мозга, выполняющие задачу идентификации стимула. Основная функция первичных проекционных зон — тонкая идентификация свойств внешней и внутренней среды на уровне ощущения.

Нарушения второго блока: в пределах височной доли — может существенно пострадать слух; поражение теменных долей — нарушение кожной чувствительности, осязания (больному сложно узнать предмет на ощупь, нарушается ощущение нормального положения тела, что влечёт за собой потерю чёткости движений); поражения в затылочной области и прилегающих участков мозговой коры — ухудшается процесс приёма и обработки зрительной информации. Модальная специфичность является отличительной чертой работы мозговых систем 2-ого блока.

Основа представленного блока – первичные зоны коры, выполняющие синтетическую функцию.

Выделяемые патологические состояния:

Затылочная кора (зрительная):

1. Первичные отделы (17-ое поле Бродмана)
 - Гемианопсия;
 - Центральная слепота;
 - Правосторонняя фиксирования гемипарезия;

- Фотопсии.
2. Вторичные отделы (18-ое, 19-ое поля Бродмана)
 - Сложно оформленные галлюцинации;
 - Зрительная предметная агнозия;
 - Симультанная агнозия;
 - Синдром Балинта - оптико-моторная агнозия (психический паралич зрения);
 - Агностическая (литеральная) алексия;
 - Агнозия на лица (прозопагнозия);
 - Агнозия на цвета;
 - Аномия на цвета.

Слуховая (височная) кора:

1. Первичные (провокационные) зоны (41-ое поле Бродмана)
 - Повышение порогов слуховой чувствительности.
2. Вторичные зоны слуховой коры (22-ое, 42-ое и частично 21-ое поля Бродмана)

ПРАВОЕ ПОЛУШАРИЕ:

- Сложно организованные слуховые галлюцинации (звуки музыки, голоса и т.п.);
- Слуховые агнозии;
- Сенсорные амузии (поражение правой височной доли): тональная глухота, глухота на мелодии, трудности восприятия ритма;
- Аритмия;
- Нарушение восприятия и воспроизведения просодических компонентов речи.

ЛЕВОЕ ПОЛУШАРИЕ:

- Сенсорная афазия или «речевая акустическая агнозия» (афазия Вернике);
- Акустико-мнестическая афазия (поражение левой, средней височной извилины), фонематический слух сохранен, снижен объем слухо-звуковой памяти.

Теменная кора

1. Первичные зоны (3-е поле Бродмана)
 - Афферентный парез.
2. Вторичные зоны (1-ое, 2-ое, 5-ое, 7-ое, часть 40-ого поля Бродмана)
 - Возникновение комплексных кожных и кинестетических ощущений;

- НИЖНЕТЕМЕННОЙ СИНДРОМ

1. Астереогноз (тактильная агнозия), имеет два вида:
 - тактильная агнозия текстуры объема;
 - тактильная предметная агнозия;
 2. Дермоалексия (тактильная алексия);
 3. Пальцевая агнозия;
 4. Афферентная кинестетическая апраксия, апраксия позы;
 5. Афферентная моторная афазия.
3. Третичные зоны (7-ое, 39-ое, 40-ое, 21-ое, 37-ое поля Бродмана)

ЛЕВОЕ ПОЛУШАРИЕ:

- Трудности ориентации в системе пространственных координат;
- Синдром Герстмана-Шильдера;
- Нарушения при выполнении зрительно-конструктивных проб;
- Затруднения в вербализации понятий;
- Пространственная апрактоагнозия;
- Зона ТПО – амнестическая афазия, семантическая афазия;
- Идеоторная афазия.

ПРАВОЕ ПОЛУШАРИЕ:

- Соматоагнозия;
- Нарушение идентификации интонационно-выразительных компонентов речи.

При этом особого внимания заслуживают законы построения коры:

1. Закон иерархического построения коры;
2. Закон убывающих специфических иерархических зон коры;
3. Закон прогрессивной латерализации функций.

3-й блок – эфферентный блок. Блок программирования, регуляции и контроля за протеканием сознательной психической деятельности, согласно концепции А. Р. Лурии, занимается формированием планов действий. Локализуется в передних отделах полушарий мозга, расположенных впереди от передней центральной извилины (моторные, премоторные, префронтальные отделы коры головного мозга), в основном в лобных долях.

Поражения данного отдела мозга ведут к нарушениям опорно-двигательного аппарата, движения теряют свою плавность, двигательные навыки распадаются. При этом переработка информации и речь не подвергаются изменениям. При сложных глубоких повреждениях коры лобной области, возможна относительная сохранность двигательных функций, но действия человека перестают подчиняться заданным программам. Целесообразное поведение заменяется инертным, стереотипным либо импульсивными реакциями на отдельные впечатления.

1. Двигательная (вторичная) зона коры (4-ое поле Бродмана)

Вторичную зону играют премоторные отделы лобной области. При поражении этих отделов происходит сокращение различных комплексов движений.

ЛЕВОЕ ПОЛУШАРИЕ (ПРЕМОТОРНЫЙ ОТДЕЛ):

- Кинетическая апраксия (эфферентная);
- Инертные стереотипии и персеверации;
- Нарушение плавной последовательности двигательного акта;
- Эфферентная (кинетическая) афазия;
- Изменение личности, характера, снижение критичности, ослабление воли.

ПРАВОЕ ПОЛУШАРИЕ:

- Моторная амузия;
 - Нарушение динамического праксиса;
 - Нарушение узнавания и классификации фотографий эмоционально выразительных лиц.
2. Третичные зоны коры (префронтальные отделы мозга) – формируются к 8-ми годам, первый скачок развития к 3-4-м годам, второй – в 7-8 лет.
- Регуляторная апраксия;
 - Нарушение программирования движений (инактивность);
 - Динамическая афазия.

§4. Пути восстановления ВПФ и клиника афазий

Среди основных направлений коррекционной работы можно выделить:

1. Растормаживание;
2. Викариат – перемещение функций в сохранные отделы головного мозга;
3. Перестройку функциональной системы – восстановительное обучение;
4. Спонтанное восстановление:
 - а) самостоятельное перемещение функции;
 - б) переход функции в подкорковые структуры (или правое полушарие);
 - в) активизацию соседних с пораженными участков мозга;
5. Фармакотерапию;
6. Изменение установок личности.

Формы афазии:

3 – сенсорных формы:

1. Акустико-гностическая афазия (нарушено фонематическое восприятие);
2. Акустико-мнестическая афазия (нарушена слуховая память);
3. Семантическая афазия (нарушена семантика).

При сенсорной афазии нарушено понимание речи. А.Р. Лурия классифицировал эти формы на основе патогенеза речевой деятельности, механизмов (факторов нарушения), которые лежат в основе афазии.

3 - моторных формы:

1. Афферентная моторная афазия (нарушен афферентный праксис – кинестетический праксис);
2. Эфферентная моторная афазия (нарушен эфферентный праксис – кинетический праксис);
3. Динамическая (есть трудности программирования речевого высказывания).

Возможно также рассмотрение афазии с точки зрения лингвистики:

Парадигматические формы афазии:

1. Имеет место нарушение парадигматики (все остальные формы афазии – это «задние» формы).

Синтагматические формы афазии:

1. Нарушено синтагматическое развернутое высказывание (афазия, связанная с поражением передних отделов головного мозга – динамическая афазия; эфферентная моторная афазия).

Сенсорная акустико-гностическая афазия (афазия Вернике) – локализация очага поражения в зоне Вернике (22-ое поле Бродмана). Центральный механизм – нарушение акустического анализа и синтеза звуков речи, которое проявляется в нарушении фонематического восприятия. Центральный симптом – нарушение понимания речи.

Нейропсихологический синдром:

1. Нарушение всех видов импрессивной речи;
2. Нарушение всех видов экспрессивной речи;
3. Нарушение чтения и письма;
4. Нарушение устного счета со слуха из-за дефекта анализа на слух;
5. Нарушение воспроизведения ритмов;
6. Нарушение эмоционально-волевой сферы.

Остаются сохранными функции не связанные с акустическим гнозисом:

1. Праксис;
2. Пространственное восприятие;
3. Зрение;
4. Программирование и т.д.

Клиническая картина

Грубая степень тяжести

Понимание речи – объем понимания речи крайне ограничен, больной в состоянии понимать речь ситуативно, устные инструкции не выполняются. Ситуативную речь пациенты понимают, зато понимание более сложных речевых конструкций крайне затруднено.

Средняя степень тяжести

Для пациента нет разницы абстрактное ли слово или конкретное. Предметная отнесенность страдает чаще, чем переносность. На способность понимания речи оказывает влияние темп говорящего. Самостоятельно больные могут лишь заметить грубые искажения. С ошибками исполняют устные инструкции.

Легкая степень тяжести

Больные относительно свободно понимают речь, но имеют место трудности понимания развернутых сложных текстов, иногда в осложненных ситуациях – отчуждение. Дефекты фонематического слуха проявляются редко, в условиях истощения слухового внимания. Устные инструкции доступны.

Объем слухоречевой памяти:

Грубая степень

Резко снижен.

Средняя степень тяжести

Объем нарушен, существенно ограничен (вторично снижен).

Легкая степень

Несколько ограничен (из-за вторичного нарушения).

Экспрессивная речь:

Грубая степень

Лексический состав разнообразен, при этом больные сопровождают высказывания разнообразными адекватными мимикой и жестами, самоконтроль, однако, практически отсутствует.

Средняя степень

Характеризуется литеральной избирательностью, парафазией, логореей, встречаются аграмматизмы согласований, темп речи ускорен, могут появляться паузы (нелогичные). Присутствует самоконтроль. Лексика разнообразная, сохраняется тенденция к использованию глаголов, междометий, местоимений. Имеются слова с конкретным и абстрактным значением, встречаются речевые штампы, в которые вплетаются индивидуальные парафазии. Фрагменты речи приобретают нестандартный характер, причудливо витиеватый. Общий смысл высказывания больные передать могут.

Легкая степень

Речь развернута, разнообразна по лексическому составу, редкие латеральные и вербальные парафазии. Служебных частей речи в высказываниях больше. За счет повторяемости фрагментов ситуации создается впечатление логореи. Темп речи ускоренный, есть ошибки в ударении, интонации разнообразные. Речь имеет затейливый и витиеватый характер.

Функции

Повторная речь:

Грубая степень

Крайне ограничена, больной может повторить знакомые слова, допуская звуковые ошибки.

Средняя степень

Повторение слов возможно, бытовая фраза доступна, искажение лексического состава слова. При повторении звуков отмечаются латеральные парафазии.

Легкая степень

Повторение доступно.

Диалог:

Грубая степень

Больной не будет понимать вопрос.

Средняя степень

Диалог возможен, но ответы не всегда информативны.

Легкая степень

Диалог практически не нарушен, но есть сложности в понимании сложных вопросов.

Называние:

Грубая степень

Попытки называния сопровождаются вербальными парафазиями, на основе акустической и смысловой близости слова.

Средняя степень

В состоянии называть обиходные предметы и действия.

Легкая степень

Называние как функция не страдает.

Фраза по сюжетной картинке:

Грубая степень

Будет логорея.

Средняя степень

Пациенты справляются с речевым изложением сюжета.

Легкая степень

Фраза возможна, будет усложнение синтаксической и лексической структуры.

Пересказ:

Грубая степень

Не доступен.

Средняя степень

Общая смысловая направленность передается, будут искажения.

Легкая степень

Пациенты справляются с пересказом, витиеватость, вычурность стиля, многоречивость.

Чтение:

Грубая степень

Недоступно, в состоянии распада, есть элементы глобального чтения, связь фонема-графема грубо нарушена.

Средняя степень

Чтение вслух возможно, сопровождается искажениями, отдельные буквы большие узнают.

Легкая степень

Достаточно свободно читают фразы и даже тексты, однако имеют место латеральные и вербальные искажения.

Письмо:

Грубая степень

Недоступно из-за логореи, идеограмное письмо, списывание бывает очень сильно нарушено.

Средняя степень

Выраженные нарушения письменной речи, могут копировать фразы, доступно письмо под диктовку, имеют место вербальные и латеральные парафазии, тенденция привязать звук к какому-то слову, при попытке анализа – грубые ошибки в количестве и качестве.

Легкая степень

Письменная речь без грубых искажений, переписывание доступно, письмо под диктовку доступно, письмо от себя – витиевато.

Схема развития ВПФ:

По Л.С. Цветковой: невербальные методы → текст → фраза → слово → звук → текст.

Акустико-мнестическая афазия – локализация очага поражения – средние отделы височной области коры левого полушария (частично 21-ое и 37-ое поля по Бродману).

Факторы, лежащие в основе нарушения:

1. Нарушение слухоречевой памяти;
2. Сужение объема акустического восприятия;
3. Нарушение зрительных, предметных образов представлений.

Центральные дефекты – нарушение понимания речи и посторения высказывания, вторично нарушается и устная речь.

Нейропсихологический синдром:

1. Нарушение импрессивной речи (понимание);
2. Нарушение устной (экспрессивной) речи;

3. Нарушение восприятия и оценки ритмов.

Сохранные ВПФ: сохранены все виды праксиса и гнозиса (даже фонематическое восприятие).

Клиническая картина:

Понимание:

Грубая и средняя степени тяжести

Короткие конструкции доступны, трудны для восприятия развернутые тексты, показ предметов по единичным названиям доступен. Первичных нарушений фонематических конструкций практически нет, простые инструкции выполняют.

Легкая степень

Понимание ситуативное страдает незначительно. Присутствуют сложности восприятия развернутых текстов. Трудны для восприятия многозвеньевые инструкции, имеют место ошибки в объеме на серийном предъявлении речевого материала.

Спонтанная речь:

Грубая и средняя степени тяжести

Экспрессивная речь представлена короткими фразами. Выражены антиципации и слабость акустических следов.

Легкая степень

Экспрессивная речь достаточно развернута, словарь – разнообразен, фраза состоит из различных синтаксических значений. Фраза как правило короткая.

Функции

Повторная речь:

Грубая степень

Как функция страдает не сильно, ошибки будут связаны с недостаточностью объема удержания; слова и фразы, которые доступны для восприятия, оказываются как бы стертными после введения инторференции (гомогенная и гетерогенная).

Легкая степень

Повторная речь практически сохранна, за исключением развернутых конструкций.

Диалог:

Доступен.

Называние:

Доступно.

Семантическая афазия — одна из форм афазии, которая связана с нарушением понимания логико-грамматических структур.

Данная форма афазии возникает при поражении теменно-затылочного отделов доминантного левого полушария у правшей. Первичный дефект, который лежит в основе данного синдрома — трудности в восприятии

логики-грамматических структур, страдает одновременный симультанный анализ и синтез явлений.

У больных с семантической афазией наблюдаются затруднения в выполнении заданий, которые содержат сложные синтаксические структуры. Страдает симультанный анализ и синтез, или возможность оценки пространственных или «квазипространственных» отношений. При восприятии простых предложений не нарушены восприятие и понимание предложений, однако при введении сложных синтаксических структур больные не могут понять смысл предложения. Речь как автоматизированная деятельность у больных сохранена. Письмо и чтение замедляются ввиду непонимания больным квазипространственных отношений.

Как пишет А. Р. Лурия, «это нарушение заключается в том, что непосредственный образ, скрывающийся за словом, или его непосредственная предметная отнесенность остается сохранным, вся же кроющаяся за словом система связей и отношений оказывается глубоко нарушенной».

Для выявления семантической афазии больным предлагают объяснить смысл таких предложений или выполнить такие задачи, содержащие в себе логики-грамматические конструкции, в которых требуется квазипространственный синтез. Например:

1. Предложения с предлогами;
2. Сравнительные предложения («Карандаш короче ручки. Что длиннее ручка или карандаш?». «Оля темнее Кати, но светлее Сони. Кто самый тёмный?»);
3. Слова с суффиксами (например, «чернильница», где суффикс «ца» обозначаетместилище);
4. Конструкции родительного падежа («„брат отца“ и „отец брата“ — это одно и то же или нет?»);
5. Временные конструкции, которые отражают временные отношения между событиями (например, просят пояснить смысл фразы «Прежде чем поехать в город, он зашел к товарищу»);
6. Пространственные конструкции, выражения, в которых имеются логические инверсии («Колю ударил Петя? Кто драчун?»);
7. Выражения, в которых логически связанные слова далеко разведены друг от друга (например, «В школу, где учится Ваня, пришел лектор, чтобы сделать доклад. Где планировалось прочитать доклад?»);
8. Предложения с «переходящими» глаголами («Вера одолжила деньги Маше. Сережа одолжил деньги у Коли. Кто кому должен?»);
9. Решение арифметических задач.

Афферентная моторная афазия — одна из форм афазии, связанная с нарушением произношения звуков.

Афферентная моторная афазия вызывается нарушением нижних отделов постцентральной области. Первичным дефектом, лежащим в основе данного синдрома, является нарушение афферентации артикуляционного

аппарата. Это нарушение приводит к утрате тонких двигательных дифференцировок, необходимых для точной реализации артикуляторной программы.

У больных с афферентной моторной афазией страдает произношение звуков, наблюдаются их полные или частичные замены. В тяжёлых случаях больные не могут произнести ни одного членораздельного звука. В лёгких случаях у больных отмечается только соскальзывание на близкие артикуляции. Характерно, что собственная речь больных, особенно стереотипы, страдает в наименьшей степени. Кроме того, у больных нарушается письмо и чтение, так как больные не могут проговаривать про себя. У них возникают литеральные парафазии. Также у них страдает оральный праксис, например, им трудно надуть щёки, облизать губы и т. д.

- Распад грамматики высказывания (аграмматизм): больному трудно пользоваться грамматически значимыми предлогами и артиклями, он путается во временах и падежах, ему сложно переключаться с одного слова или слога на другое вследствие инертности речевых стереотипов.
- Аномия: больному трудно искать нужные слова, он пытается заменять их синонимами, пытаясь сохранить смысл сказанного, что приводит к косноязычию и общему замедлению речи^[1]
- Затрудненная артикуляция: звуки бывают расположены в неверном порядке.

Эфферентная моторная афазия. Возникает в результате повреждения премоторных участков коры больших полушарий. Эфферентная моторная афазия проявляется буквально заклиниванием речи больного на конкретных звуках. Пациент не может изменить положение артикуляционного аппарата, что приводит к появлению больших временных пауз между произносимыми звуками. Речь становится телеграфной или штампованной.

Стоит отметить, что практически в половине всех случаев выявленной моторной афазии у больных происходит сочетание и афферентной и эфферентной афазии. Смешанная афазия проявляется комплексным проявлением все вышеперечисленных проявлений, что называется термином – сенсомоторное нарушение речи.

Состояние орального и артикуляционного праксисов:

Грубая степень тяжести

У большей части больных с грубой степенью выраженности эфферентной моторной афазии оральный праксис нарушен. Больные справляются с воспроизведением отдельных поз, но затрудняются при необходимости перейти к следующей. В этих случаях возникают застревания на отдельных элементах действия, поиски поз. То же самое наблюдается и в артикуляторном праксисе: изолированные звуки больные повторяют относительно свободно, однако задание воспроизвести серию звуков вызывает существенный артикуляционный сбой. Эфферентная артикуляционная апраксия является первичным дефектом, на основе которого развивается афферентная моторная афазия.

Средняя степень тяжести

При меньшей степени выраженности речевого дефекта имеются нарушения орально-артикуляционного праксиса. Переключение с позы на позу, с артикулемы на артикулему затруднено, особенно в усложненных условиях. В символическом праксисе возможны персеверации.

Легкая степень

У больных с легкой степенью данной формы афазии отмечаются негрубые расстройства в сфере орально-артикуляционного праксиса по премоторному типу. Иногда они проявляются в виде псевдоскандированности речи, т.е. произнесении слов по слогам. Такой способ говорения увеличивает время на артикуляционные переключения и тем самым облегчает его.

Спонтанная речь:

Грубая степень

Спонтанная речь больных с грубой формой афазии бедна. Она состоит в основном из хорошо упроченных слов, преимущественно номинаций. Имеются значительные произносительные трудности, проявляющиеся в «застревании» на отдельных фрагментах слова. Слова «разорваны», абрисы их, как правило, не сохраняются. Интонация бедная, однообразная. Речевая активность средняя.

Средняя степень

Больные с менее грубой афазией в состоянии передать в общих чертах свою мысль. Однако фразовая речь практически отсутствует. У ряда больных имеется аграмматизм типа телеграфного стиля. Словарь представлен в основном существительными, частотными глаголами в инфинитиве. В сложных по звуковой структуре словах выражены трудности артикуляторных переключений. Интонационный рисунок речи бедный. Имеются ошибки в ударении. В целом в высказывании отсутствует плавность, оно носит разорванный характер.

Легкая степень

При легкой степени выраженности речевого дефекта спонтанная речь больных достаточно развернута, фраза однообразна по синтаксической структуре, однако отмечается большое количество речевых штампов, маскирующих трудности речевого программирования. Выявляются отдельные аграмматизмы. Словарный состав разнообразный. Высказывание не всегда носит ситуативный характер. Возможна монологическая речь на определенные темы.

Речевые автоматизмы:

Грубая степень

В большинстве случаев у больных даже с грубой эфферентной моторной афазией имеются те или иные речевые автоматизмы: сопряженный и отраженный прямой счет (обратный счет недоступен), пение со словами.

Средняя и легкая степени

При средней и легкой степени данной формы афазии речевые автоматизмы обычно сохранены.

Повторная речь:

Грубая степень

Даже при грубой степени выраженности речевого дефекта большая часть больных способна к повторению отдельных звуков как с опорой на артикуляционный образ, так и по акустическому образцу. Повторение слогов затруднено из-за трудностей артикуляционных переключений. Некоторые больные не в состоянии слить в открытый простой слог согласный и гласный звуки. Воспроизведение слова, как правило, не удается. Повторная речь воспроизводится легче спонтанной.

Средняя степень

При средней степени выраженности речевого расстройства повторная речь нарушена не грубо. Больные справляются с повторением звуков, слогов, слов и простых фраз. Однако в более сложных по синтаксической структуре фразах допускают аграмматизмы. Имеются артикуляционные трудности при произнесении слов. Страдает и просодический компонент высказывания. Больные с трудом передают интонацию вопроса, восклицания.

Легкая степень

У больных с легкой афазией повторная речь с незначительными произносительными трудностями, проявляющимися в отсутствии плавных артикуляторных переходов внутри слова (тенденция к по-слоговому произнесению).

Диалогическая речь:

Грубая и средняя степени

Больным с грубым речевым дефектом недоступно поддержание диалога. При меньшей грубости речевого нарушения больные способны участвовать в ситуативном диалоге, но при этом отмечаются частые эхолалии, прямое использование текста вопроса для ответа. Может наблюдаться стереотипность ответов, персеверации (застывание на фрагментах предыдущих ответов). Выражены трудности переключения с одного фрагмента слова на другой. Наиболее доступен ситуативный диалог.

Легкая степень

При легкой степени выраженности афазии диалогическая речь в общем сохранена и близка к норме, хотя нередко остается некоторая стереотипность формулировок, недостаточная развернутость вопросно-ответных видов речи. Имеются также специфические произносительные трудности.

Называние:

Грубая степень

Некоторым больным даже с грубой формой эфферентной моторной афазии доступно воспроизведение отдельных высокочастотных номинаций, артикуляционное выражение которых является высоко упроченным преморбидно. Вместе с тем называнию серьезно препятствуют персеверации, проявляющиеся в трудностях артикуляционных переключений внутри слов.

Средняя степень

При средней степени выраженности данной формы афазии название как функция нарушена не грубо. Однако трудности звуковой (артикуляционной) организации слова довольно значительны. Отсутствует способность воспроизводить слова на основе их кинетических мелодий. Слоговая структура часто нарушена.

Легкая степень

У больных с легкой эфферентной моторной афазией название в общем сохранено, однако имеется определенный словарный дефицит. Больные редко продуцируют малочастотные названия, избегают слов со сложной звуковой структурой.

Фраза по сюжетной картинке:

Грубая степень

Больным с грубым речевым дефектом составление фраз по сюжетной картинке практически недоступно. Они конструируют лишь очень простые по синтаксической структуре фразы. Часты пропуски Названий действий, реже— предметов, служебных частей речи, в окончаниях и т.п., однако кроме этих элементов «телеграфного стиля» имеются и произносительные трудности.

Средняя и легкая степени

В случае средней и легкой степени выраженности речевого нарушения больные справляются с составлением по сюжетной картинке фраз относительно простых грамматических моделей. Встречаются отдельные аграмматизмы.

Пересказ текстов:

Грубая и средняя степени

У больных с грубой и средней степенью выраженности эфферентной моторной афазии обнаруживаются дефекты, сходные с теми, которые имеются у больных с афферентной моторной афазией. Это объясняется тем, что и те и другие лишены полноценных артикуляционных опор.

Легкая степень

При легкой афазии пересказ текстов сопровождается отдельными трудностями конструирования фразы, имеются элементы аграмматизма типа телеграфного стиля. Высказывания несколько бедны просодически, есть отдельные артикуляционные застревания.

Понимание речи:

Грубая степень

Первичные расстройства функции понимания отсутствуют даже у больных с грубой афазией. Однако имеют место и трудности восприятия речи из-за отсутствия полноценных артикуляционных опор, а также инертности в области переключения слухового внимания. Отмечается неполное понимание речевых конструкций, в которых грамматические элементы несут существенную смысловую нагрузку.

Средняя и легкая степени

При средней и легкой степени выраженности эфферентной моторной афазии особенности понимания речи менее выражены и аналогичны

особенностям нарушения речи у больных с грубой эфферентной моторной афазией.

Объем слухо-речевой памяти:

Клинические проявления нарушений слухо-речевой памяти те же, что и при афферентной моторной афазии.

Состояние функции чтения:

У больных с грубой степенью выраженности эфферентной моторной афазии чтение практически отсутствует. Имеется способность к прочтыванию отдельных букв, поскольку связь «артикулема— графема» сохранена. Прочтывание слогов происходит со значительными артикуляционными затруднениями. Чтение слов недоступно больному, т.е. имеются трудности артикуляционной деятельности, связанной с необходимостью воспроизведения не единичных, а серий графем. Вместе с тем у большей части больных имеются некоторые возможности глобального чтения (раскладывание подписей под картинками и т.д.). При меньших степенях грубости эфферентной моторной афазии чтение в значительной мере сохранно.

Состояние функции письма:

У больных с грубой степенью выраженности эфферентной моторной афазии дефекты письма качественно те же, что и при грубой степени афферентной моторной афазии. При меньшей грубости дефекта в письме под диктовку больные допускают большое число литеральных парафазии, выступающих в виде персевераций, пропусков не только согласных, но и гласных звуков. В основном это обусловлено нарушениями звуко-буквенного анализа состава слова, а именно трудностями организации его сукцессивной звуковой структуры.

Динамическая афазия — нарушение регулирующей функции речи, то есть больной не может построить внутренний план высказывания, и реализовать его во внешней речи, т.е. произнести фразу или длинный текст. При данной форме афазии страдает грамматический строй речи, отличительной особенностью является трудность в определении, понимании и актуализации (воспроизведении) предикатов (глаголов), а также предлогов, местоимений, существительные, как правило, употребляются в именительном падеже, характерно употребление шаблонных фраз.

Впервые синдром динамической афазии описал Карл Клейст в 1934 году. Он подчёркивал, что при этой форме афазии страдает только спонтанная речь. Клейст придерживался позиции узкого локализационизма, поэтому в основном говорил о топике поражения. Позднее этой темой с другой методологической точки зрения занимался А. Р. Лурия. Он также отмечал, что при данной форме афазии главным образом нарушена развернутая спонтанная речь, при возможной сохранности моторного и сенсорного звена. Она может проявляться в легкой степени или же экспрессивная речь (в нейропсихологии под экспрессивной речью понимается процесс говорения, она противопоставляется импрессивной речи, т.е. процессу понимания) совсем распадается.

Школа А. Р. Лурии полагает, что в основе любого нарушения лежит первичный дефект, нарушение которого приводит к определенным речевым расстройствам. В данном случае в роли такого первичного дефекта выступает распад внутренних динамических схем, которые управляют развёртыванием во времени речевых и двигательных программ. Как считал А. Р. Лурия, всё это наблюдается при поражении премоторной зоны коры левого полушария. В первую очередь происходит распад внутренней речи, которая лежит в основе развёрнутого речевого высказывания (сначала составляется внутренний план высказывания, а затем его реализация, произношение фразы или текста).

При данной форме афазии наблюдается дефект построения активной речи, как устной, так и письменной, трудности понимания определённых видов текстов, выполнение некоторых мыслительных операций. Страдают те виды речи, для построения которых требуется составление внутреннего плана, развёрнутая монологическая речь, устная и письменная, понимание достаточно длинных, сложных текстов и их пересказ. Больные с динамической афазией не могут произвольно выстраивать высказывание, у них страдает грамматический строй речи, в первую очередь затруднено понимание и актуализация предикатов (глаголов), а также предлогов, местоимений, они чаще употребляют существительные в именительном падеже, характерно употребление шаблонных фраз. Если динамическая афазия проявляется в грубой форме, то больные не способны построить элементарное высказывание, на любые вопросы дают односложные ответы, в них стараются максимально повторить слова вопроса, либо вообще отказываются отвечать. Наблюдается дезавтоматизированность понимания сложных речевых структур, т.е. больному необходимо проговаривание фразы или внешняя помощь в виде разъяснения, особого интонирования текста при чтении и т.д.

Синдром динамической афазии в рамках школы отечественной нейропсихологии впервые был описан А.Р.Лурией, теперь этот термин принят и используется и некоторыми западными учеными. Динамическая афазия возникает при поражении префронтальной области левого полушария головного мозга.

Динамическая афазия может быть диагностирована с помощью составления рассказа по сюжетной картине, составления рассказа по серии картинок, изложения прочитанного отрывка текста, сочинения на заданную тему. При этом больному доступно повторение фонем, слов и фраз, называние, воспроизведение упроченных речевых штампов (поговорки, стихотворные строчки, речевые стереотипы), сохранна рядовая речь (они могут перечислять дни недели и месяцы, считать от одного до десяти).

Для восстановления динамики речи и мышления больных использовались следующие приемы:

1. Составление плана рассказа с помощью серии последовательных картинок;

2. Предоставление больному словарика переходных фраз, куда входили формулировки типа «однажды», «когда», «в то время как» и т. д.;
3. Составление картотеки-плана.

Также Л. С. Цветковой успешно были проведены эксперименты с восстановлением построения фраз.

РАЗДЕЛ II. ЗАИКАНИЕ

§1. Введение в проблему заикания.

Клинические и психические особенности проявления заикания. Исторический обзор

Изучение проблем заикания в отечественной коррекционной педагогике неразрывно связано с именем Федора Андреевича Рау – основоположника логопедии в России.

Заикание, хоть и является одной из центральных проблем логопедии, но изучается ею на ряду с другими речевыми нарушениями, обладает яркими феноменологическими признаками в отличие от других речевых нарушений. Не только по симптоматике, механизмам и причинам возникновения заикание отличается от других форм речевой патологии, но, прежде всего, по нестабильности своего проявления (то есть заикающийся любого возраста может то заикаться, то говорить плавно). Эта нестабильность проявления заикания связана с рядом обстоятельств, а точнее, напрямую связана с разнообразными условиями речевого общения с другими людьми, в частности, - от степени публичности (когда заикающийся говорит с большим количеством людей, с группой). Часто заикающимся трудно говорить с малознакомыми людьми. Проявление заикания также зависит от статуса собеседника (трудно говорить с учителями, воспитателями), возраста (трудно говорить со старшими людьми), от пола. Имеет значение речь, обращенная к животным (общение с животными обычно не составляет для заикающихся проблем). Находится ли заикающийся в одиночестве, учит ли уроки или декламирует стихи – речь в этом случае спонтанно нормализуется и не проявляется запинок. Важно, о чём говорит заикающийся, как строит своё высказывание. Степень самостоятельности и спонтанности высказывания.

Для заикающихся не сложно произносить автоматизированные ряды (счёт, дни недели, месяцы). Заикающимся всегда легко петь. Заикающимся легче произносить заученный наизусть стихотворный текст, чем новый текст, который нужно прочитать, запомнить, воспроизвести. Им легко даётся хоровое проговаривание. Отраженная речь, требующая повторения, не вызывает нарушений плавности. Как правило, если заикающийся заучивает роль, то она ему дается без нарушения плавности. Заикающиеся актеры на сцене не заикаются. Дети, разговаривая с игрушками и куклами – не заикаются.

Более сложная – вопросно-ответная форма диалога и пересказ страдают больше. Вызывает трудности – рассказ на заданную тему. Ещё сложнее – рассказ на свободную тему или свободный монолог/диалог.

Известные личности, страдающие заиканием:

- Демосфен (публицист, оратор Древней Греции);
- Мерлин Монро;
- Уинстон Черчилль;
- Брюс Уиллис;

- Льюис Кэрролл (автор «Алиса в стране чудес»);
- Николай Бурляев (советский артист);
- Фаина Раневская;
- Борис Хмельницкий;
- Сергей Бодров (сценарист).

Иван Алексеевич Сикорский «Феномен Димосфена» (1889 год, «О заикании»). Первый в России труд по логопедии и он посвящен заиканию. Заикание – одна из первых проблем, изучавшаяся логопедией. Методы борьбы с заиканием Демосфена:

- Дидактические упражнения (речь с камушками во рту, декламирование на ходу, речь на одном выдохе);
- Психологические упражнения (уходил в пещеру, ограничивал речевое общение, сбивал свой стереотип – режим молчания, немая артикуляция, продумывал тексты в уме, программируя свою речь, подражал актерам мимикой, жестами).

Феноменом заикания является понимание о сугубо психологическом коммуникативном нарушении. В 1929-ом году один из основоположников изучения заикания, врач-психиатр **Григорий Данилович Неткачев**, говорил о заикании как о психоневрозе, о том, что нарушение плавности речи, спровоцированное судорожностью в мышцах речевого аппарата, вызвана особыми психическими состояниями, ярко проявляющимися в подростковом возрасте (состояниями страха, неуверенности в себе, повышенной мнительности, беспокойства, тревоги, стыда за свою речевую неполноценность, гнева, раздражения и т.д.). Г.Д. Неткачев первый сказал о наличии логофобий (навязчивого страха за исход собственной речи, навязчивая боязнь говорить).

Его ученик **Андрей Григорьевич Тартаковский** говорил о заикании, как о неврозе речи. На современном этапе заикание иногда называют логоневрозом. Есть и другие логоневрозы – функциональная дисфония, афония, мутизм. Сам А.Г. Тартаковский был также заикающийся, вылечился и стал автором многих исследований в области заикания. Выступал под псевдонимом «**Упрямый**», стал автором метода коллективной психотерапии заикающихся.

Эрих Фрёшельс – автор публикации «**Заикание или ассоциативная афазия**» (начало XX века). В этой работе он говорит о речевой судорожности, её видах, и указывает на то, что судорожные спазмы в мышцах речевого аппарата могут быть как клоническими, так и тоническими. То есть если пациент говорит «п-п-п-папа» - это пример клонической судороги (повторение буквы, слога, слова, словосочетания); тоническое повторение – длительное застревание на одном моменте «...к...укушка» или застревание с открытым ртом.

Достижение **Ивана Алексеевича Сикорского** – понимание о заикании, как о судорожном состоянии, которое нарушает непрерывность и

плавность речи. Наличие судорожных спазмов происходит в разных отделах речевого аппарата (артикуляционном, голосовом, дыхательном). Нарушает координацию деятельности этих трёх систем. И.А. Сикорский предлагает классификацию типов речевых судорог по их локализации (дыхательном, голосовом и артикуляционном аппаратах).

В 1933-ем году отечественными логопедами – **Еленой Федоровной Рау**, **Натальей Александровной Власовой** при поддержке **Федора Андреевича Рау**, который с 1920-ого по 1940-ой годы был заведующим кафедрой сурдопедагогики и логопедии 2-ого МГУ, была проведена работа по подготовке первых дефектологов и логопедов Москвы. Другие педагоги и клиницисты (Хватцев М.Е., Гиляровский В.А., Правдина О.В., Ляпидевский С.С. и др.) были авторами клинко-педагогической классификации речевых нарушений. Они также являлись организаторами первых коррекционных учреждений для лиц, страдающих нарушениями слуха и речи, первых детских садов для глухих детей. Елена Федоровна Рау стала организатором первых ясель для детей с нарушением слуха (начало 30-ых годов) на базе Института педиатрии. Ею написана методика для занятий с заикающимися детьми.

Наталья Александровна Власова стала организатором первых дошкольных учреждений на базе неврологической больницы г. Москвы – это был новый подход к устранению заикания у детишек.

В настоящее время существует школа-интернат №96 – для заикающихся, Центр патологии речи и нейрореабилитации Виктора Марковича Шкловского – отделения для заикающихся разного возраста, а также психоневрологические диспансеры. Организованы коммерческие центры помощи заикающимся: центр «Орлилия» (методика Л.З. Арутюнян), «Логопед +», «центр Елены Рау» и т.д.

§2. Современные представления о заикании

Заикание – это та форма речевой патологии, которая интересует специалистов разных направлений. Ей занимаются дефектологи, психологи, врачи, лингвисты, физиологи. Все специалисты сходятся на том, что заикание – это коммуникативное нарушение. Несмотря на разность подходов, все специалисты утверждают в концепции сугубо коммуникативного нарушения.

Определение заикания может быть различным, в зависимости от принадлежности авторов к разным научным школам. Первые авторы, **Е.Ф. Рау и Н.А. Власова**, говорили о заикании, как о нарушении темпа, ритма и плавности речи, проявляющемся в общении.

Если рассматривать заикание в рамках **клинко-педагогических классификаций** речи, то заикание относится к группе нарушений произносительной стороны речи или группе фонационных нарушений, в которую входит нарушение звукопроизношения, голосообразования и темпоритмические нарушения совместно с брадилалией и тахилалией, а также

клаттеринг. Заикание не относится к семантическим нарушениям – только фонационным. Заикание относится к группе расстройств с нарушением применения языковых средств коммуникации. К этой группе также относятся все остальные темпо-ритмические нарушения, а также нарушения голосообразования или мелодико-интонационные нарушения – ОНР, ФФН, ринология, дизартрия.

Определение авторов **клинического направления** (первое определение было предложено И.А. Сикорским) – заикание – это форма речевой патологии с нарушением темпо-ритмической организации речи, обусловленная наличием судорожных спазмов в разных отделах речевой мускулатуры, проявляющихся в зависимости от разнообразных коммуникативных условий общения, а так же в зависимости от сложности и самостоятельности построения речевого высказывания. В соответствии с клиническим подходом имеется клиническая классификация заикания в зависимости от причин, вызвавших наличие речевой судорожности, механизмов и симптомокомплекса. В рамках данной клинической классификации заикание делится на разные клинические формы, в частности, клиницисты выделяют:

1. невротическое заикание;
2. неврозоподобное заикание;
3. заикание на фоне психических заболеваний (по типу шизофрении и эпилепсии) и заикание на фоне врожденной психопатологии характера, т.е. акцентуации характера по типу истерии.

Причины невротического заикания – разнообразные хронические и острые психотравмирующие ситуации, которые испытывает ребёнок в детстве в возрасте от 2 до 5 лет в период незавершенного формирования речи. Учитывается особая предрасположенность ребёнка к сильной эмоциональной активности, врождённая предрасположенность личности, ее эмоциональных свойств и особенности взаимоотношений в семье и семейная дисгармония.

Причина неврозоподобного заикания – последствия раннемозговой органики или последствия органического поражения мозга в любом возрасте, вызывающие афазические расстройства, расстройства интеллектуального характера. Причины, вызывающие недоразвитие психики или психическое недоразвитие могут выступать в виде задержки психического развития, недоразвития моторной сферы, как у детей с детскими церебральными параличами с дизартрическими проявлениями, когда недоразвиты речевые зоны мозга. Неврозоподобное заикание возникает на фоне любых видов психического недоразвития, включая моторику и речь, в тот период, когда ребёнок начинает овладевать фразовой речью.

В основном встречаются заикающиеся с невротическим заиканием. Более тяжелый уровень – неврозоподобное заикание (присутствует органический компонент).

Рассмотрим психолого-педагогическую классификацию Р.Е. Левиной: заикание – это расстройство применения языковых средств в процессе коммуникации.

Авторы данного направления:

- Белякова Л.И.;
- Филатова Ю.О.;
- Дьякова Е.А.;
- Крапивина Л.М.;
- Оганесян Е.В.;
- Дубинская А.И.;
- Асатиани Н.М.
- Казаков В.Г.;
- Власова Н.А.;

«Левинское» направление (понимание развития языковых средств, акцент на психолингвистику):

- Левина Р.Е.;
- Миронова С.А.;
- Чивилева Н.А.;

Авторы методик:

- Ястребова А.В.;
- Волкова Г.Г.;
- Чиркина Г.В.

Владимир Ильич Селиверстов – автор психолого-педагогического направления (рассматривал речевую патологию как социально-психологический аспект, отношение личности и окружающих к дефекту).

Клинико-психологическое направление связано с именем **Виктора Марковича Шкловского**, который возглавляет Центр патологии речи. Он придерживается теории клинического психолога В.Н. Мясищева (СПб) – изучал клинику неврозов у людей и связывал это с нарушением взаимоотношений человека с окружающими. В.М. Шкловский поддерживает теорию В.Н. Мясищева и перенес её на заикание, учитывая, что заикание является логоневрозом или психоневрозом. Виктор Маркович предложил классификацию заикания:

- 1) группа людей, у которых не нарушены отношения с людьми;
- 2) группа людей, у которых нарушение отношений с людьми избирательного характера;
- 3) группа людей, у которых помимо заикания отмечаются нарушения всей системы взаимоотношений со средой.

Клинико-психологическое направление:

- Шкловский В.М.;
- Хавин А.Б. (психолог);
- Резниченко Т.С. (логопед);
- Визель Т.Г.

Лого-психотерапевтическое (лого-психологическое) направление. Получило свое развитие в середине 60-х годов. Связано с именем харьковского психотерапевта Казимира Марковича Дубровского. В дальнейшем направление оформилось и оформляется в психологически обоснованную систему лого-психокоррекционных воздействий при устранении заикания у дошкольников, школьников, подростков и взрослых.

Развитие направления:

- Доктор психологических наук Некрасова Ю.Б. - автор методики реабилитации заикающихся;
- Профессор Арутюнян Лилия Зеновьевна – автор методики реабилитации заикающихся;
- Маргарита Иосифовна Мерлис (г. Харьков).

Их последователи:

1. Рау Елена Юрьевна
2. Карлова Наталья Львовна
3. Мерзлякова Валерия Павловна
4. Садовникова Елена Николаевна
5. Бедлова Ольга Александровна
6. Канари Андри
7. Казбарова Елена Сергеевна

Заикание – нарушение, связанное с проблемами личности. Это особое отрицательное психоречевое состояние, которое связано с переживанием в общении ряда часто повторяющихся фрустраций (психологических барьеров, одним из которых является сам дефект речи). Это один из вариантов фрустративного поведения (поведение в условиях помехи).

При этом Казимир Маркович Дубровский первый предложил метод одномоментного снятия заикания. В основе данного метода – сеанс эмоционально-стрессовой терапии. Он предлагал этот метод в середине 60-ых годов. Метод не зарекомендовал себя надолго. Эта одномоментность была под вопросом у специалистов. Метод себя не зарекомендовал, потому что результат после сеанса держался не так долго. Очень мало пациентов сохраняли этот результат навсегда. У многих наступал рецидив и заикание возвращалось.

К.М. Дубровский проводил курсы по подготовке специалистов по проведению данного метода. Съезжались многие специалисты: логопеды, психологи, врачи, сурдологи. У него учились:

- Некрасова Юлия Борисовна – логопед (автор метода «социальной реабилитации заикающихся» подростков и взрослых; автор диссертации «психологические основы процесса социореабилитации заикающихся»);
- Лилия Зиновьевна Арутюнян – логопед (автор метода «устойчивой нормализации речи с использованием синхронизации речи и движений пальцев ведущей руки»);

- Виктор Маркович Шкловский – логопед (автор метода по устранению заикания, который реализуется сейчас в его речевом центре);
- Драпкин Борис Зиновьевич – психотерапевт, психиатр, врач (автор метода, применяющегося в условиях клиники с подростками), работал на базе 6-ой психоневрологической больницы;
- Мерлис Маргарита Иосифовна – работала в городе Харьков, в психоневрологическом диспансере и также являлась автором метода по реабилитации заикающихся;
- Селиверстов Владимир Ильич – имеются труды относительно заикания, внедрял метод коррекции заикания в условиях санаториев для заикающихся школьников.

В систему своих логопедических воздействий они включали психотерапевтические методы, владея методом эмоционально-стрессовой психотерапии. И включали метод эмоционально-стрессовой психотерапии в свои авторские системы. Заслугой этих авторов является то, что они не использовали этот метод как одномоментный, а включали его в систему, они разработали этапы, принципы, методические приемы, которые были направлены не только на одномоментные достижения, а на систему закрепления, автоматизации, и внедрения в речевую коммуникацию всех достигнутых результатов. Следовательно, эти системы были продлены во времени воздействия, т.е. у каждого автора был курс реабилитации (3 месяца, 2 месяца и т.д.) с участием разных специалистов, с реализацией комплексного воздействия. У каждого из автора сеанс эмоционально-стрессовой терапии был введен в курс, но место и время различались у всех специалистов.

- **Юлия Борисовна Некрасова** всегда проводила сеанс в самом начале курса и он был основополагающим. Она говорила о том, что это первая активная встреча с пациентом. Далее курс разворачивался и проходил ежедневно;
- **Виктор Маркович Шкловский** проводил сеанс в середине курса, когда у пациентов есть первичные умения (расслабляться, осознавать свою проблему). Сеанс приходился на переходный момент курса, помогал заикающимся решить остаточные психологические и речевые проблемы сильным психотерапевтическим воздействием;
- **Борис Зиновьевич Драпкин** всегда проводил сеанс в конце курса. Он завершал все, что было проведено логопедами, врачами. Снимались остаточные явления.

§3. Система коррекции заикания Е.Ю. Рау

В системе Е.Ю. Рау курс коррекции заикания проводится в течение 1,5 месяцев и затем в течение года после окончания логопедической работы проводятся поддерживающие микрокурсы. Курс делится на 4 этапа:

- 1. Организационно-подготовительный.** Цель: диагностическая (проведение психолого-педагогической диагностики) и мотивирующая, формирующая психологическую готовность на восприятие всех видов воздействия и активное участие пациентов в подготовке позитивного самонастроения. Мать ребенка пишет дневник, сам пациент пишет дневник жизнеописания, которое реализуется через представление о своей проблеме. Дневник заполняется в форме рассказа. Дошкольники рисуют дневник (6-8 рисунков на заданную тему), родители могут подписывать рисунки, делать пометки. Речь ребенка с разными речевыми заданиями (представься, расскажи о своей семье, перескажи прослушанный текст, расскажи стихотворение, спой, посчитай от 1 до 10, послушай фразу и повтори её) записывается на видео. Диагностические задания: библиотерапия.
- 2. Сеанс эмоционально-стрессовой психотерапии.** Организация проведения основополагающего занятия психотерапии. Цель: вызывать у пациента путём введения в особое психо-эмоциональное состояние свободную от заикания речь с помощью эмоционального стресса. Метод осуществляется с помощью психотерапевтических приемов и является психотерапевтической моделью, которая рассматривается в рамках медицинских методов психотерапии, является суггестивной, т.е. построена на гетерогенном внушении (из вне) в бодрствующем состоянии. Отсутствует введение пациентов в гипнотическое состояние (т.к. гипноз – это сон, измененное состояние сознания), хотя элементы суггестивной терапии применяются. В психотерапии они называются «пробы на внушаемость», которые проводятся для определения степени внушаемости пациента и степени вовлеченности в процесс суггестивного воздействия. Эти элементы проводятся как определённый этап, усиливающий эффект эмоционального стресса, в сочетании с другими психолого-педагогическими моделями психотерапии. Технология:
 - Модель «психотерапевтического зеркала», когда говорят с одним пациентом, другие пациенты отражаются как в зеркале (один видит себя в проблеме окружающих);
 - Модель «опрокидывания в прошлое» пациентов - разбор состояний, которые были с людьми в прошлом;
 - Приём вызывания «синдрома по ситуации» или «ситуации по синдрому» – вспоминания успешных или неуспешных ситуаций и эмоциональных состояний»;
 - Модель «анонимного публичного обсуждения» проблем пациентов;

- Модель «наглядная психотерапия» - должна проводиться с учетом преемственности и передачи своего позитивного опыта бывшими пациентами настоящим и будущим группам. Срабатывает приём формирования позитивной модели будущего, перспективной модели будущего. В момент такой наглядности успеха других пациентов у будущих пациентов начинается процесс выздоровления;
- Приём привлечения примеров из жизни знаменитых людей с той же проблемой;
- Приём, который связан с самовнушением – произнесение первых фраз с групповой поддержкой сугубо позитивного, жизнеутверждающего содержания, приём, который объединяет группу против своей болезни и вызывает чувство поддержки;
- Прием индивидуального внушения или обращения к личности;
- Арт-терапия.

Во всех видах терапии важно произвести словесно-образную модель коммуникативного поведения в будущем.

3. **Этап активной лого-психокоррекции.** Самый длительный этап основного курса. Занятия длительны по времени, проходят с длительным пребыванием заикающихся в условиях коррекционного учреждения. Занятия проходят с перерывом на чаепитие. Цель: формирование, автоматизация и введение в речевую коммуникацию навыков речевой, мышечной и эмоциональной саморегуляции. Приемы или технологии - логопедические и психокоррекционные. Это интегративные, комбинированные технологии введения и закрепления речевой техники путем использования библиотерапии, психотерапии, сказкотерапии и т.п.
4. **Этап поддерживающей лого-психокоррекции.** Направлена на поддержание речевых успехов, работоспособности, на развитие и мотивацию качества результатов, внедрение результатов во все коммуникативные ситуации. Поддерживающий этап состоит из микрокурсов.

§4. Заикание с точки зрения разных авторов, анализ речевой судорожности, как основополагающего симптома заикания.

Характер структуры дефекта при заикании

Структура дефекта при заикании очень сложная и комбинированная. Особенно это касается заикания у лиц подросткового возраста и взрослых. Более легкая структура дефекта может быть у детей дошкольного или ясельного возраста.

При заикании имеются различные **проявления**:

- **речевые проявления** (непосредственно отражаются на говорении). Речевая судорожность – препятствие для непрерывного потока речи, которое прерывает плавное течение речи, разрывая словесные и синтаксические

связи, слоговую структуру, делая речь или её ритмическую организацию своеобразной, дизритмичной. Судорога затягивает непреднамеренные паузы, затягивает произнесение элементов и в результате нарушается ритмическая и темпо-ритмическая организация. Замедляется темп, появляется дизритмия в связи с эмболофазией. Отсутствие правильных пауз. Персеверации, повторы, остановки, непреднамеренные паузы, неправильное членение речи на смысловые отрезки, замена слов, трудных для произнесения (речевая редакция). Заикание проявляется в более сложных видах речевого высказывания, на более легких видах – речь спонтанно нормализуется. Заикание проявляется в зависимости от ситуационного общения с людьми.

- **физические** – появляются до начала речи и сохраняются после говорения. Сопутствующие движения как произвольные (подергивания, раздувание щек, крыльев носа), так и произвольные (проявляются в разных частях тела – перемигивание с ноги на ногу, выбрасывание руки в сторону, поднятие на носочки). Моторно-двигательные уловки, которые организованы как защитные, маскировочные, отвлекающие собеседника от процесса говорения явления. Ощущения сдавленности, сжатости, напряжения в мышцах, участвующих и не участвующих в речи. Ощущения, связанные с вегетативными проявлениями – покраснение, бледность, тремор, усиление сердцебиения, потливость. Психические проявления – логофобия. Степени логофобии:

1 – страх – проявляется задолго до начала общения;

2 – генерализованная логофобия – человек испытывает страх постоянно.

Состояние логофобии может проявляться от простого волнения и беспокойства за исход речи до выраженной тревоги, как ситуационной, так и вне ситуационной и фрустрированности. Фрустрация – «крушение планов и надежд» - появляется у человека при блокировании какой-либо жизненно важной человеческой потребности или достижения цели, решения задачи реальной или мнимой. Фрустрация возникает, как реакция на препятствие. Заикание является препятствием к общению. Когда человек испытывает неудовлетворенность в общении, возникает реакция на блокирование – гнев, агрессия, раздражение, фиксация. Часто повторяясь, они могут отражаться на формировании черт характера или личности – скованность, неуверенность в себе, депрессивность, уныние, мнительность. Заикание, начавшееся у маленького ребенка, вызывает физический дискомфорт при общении со сверстниками, фиксирует ребенка на его проблеме. В сознании ребенка формируются представления о трудных моментах. Формируются отрицательные черты характера, это отражается на личности, проявляется вторичный невроз заикающихся.

- **психические.** У детей ясельного возраста и дошкольного возраста менее выраженная комбинированная структура дефекта. Но среди детей довольно часто встречаются сомнамбулы – гипервнушаемые дети.

§5. Клиническая классификация заикания

Для подтверждения клинической формы заикания, которую устанавливает невролог или психоневролог, необходимо тщательно провести логопедическое обследование для того, чтобы подтвердить либо уточнить первичный клинический диагноз. В структуру логопедического обследования входит несколько видов обследования:

- Сбор анамнестических данных:
 - 1) Этап пренатального периода (какая по счету беременность, каковы были вредные воздействия, были ли травмы);
 - 2) Натальный (родовая травматизация, асфиксии, патологии);
 - 3) Постнатальный (заболевания в первые месяцы жизни, мозговые отеки, хронические заболевания и т.д.);

Выяснение обстоятельств проводится на основе беседы с матерью. Выявляется причина появления заикания у ребенка, ведущий или предрасполагающий фактор биологического характера (наследственность).

- 4) Период психомоторного и речевого развития ребенка. У подростка или взрослого – важно анализировать данные до того возраста, как появилось заикание. Нужно выявить истинную причину заикания и вызывающие факторы (семейного воспитания, развития ребенка). Если заикание у взрослых или подростков – обратить внимание на наличие психических или психопатологических акцентуаций характера.

В.Г. Казаков предложил для дифференциальной диагностики у подростков и взрослых понятие «логофобический синдром», по структуре которого можно более точно отдифференцировать ту или иную клиническую форму заикания, в частности, в структуру логофобического синдрома входят следующие симптомы:

1. Наличие заикания;
2. Наличие логофобии (страха речи);
3. Наличие аффективных нарушений – неконтролируемых эмоций (агрессии, депрессии, панических состояний);
4. Астенические формы реагирования (слабость, истощенность), защитные формы реагирования (избегание контактов, слов, речевых ситуаций, закрытость).

Наличие всех симптомов в структуре указывает на невротическое заикание. Считается, что при неврозоподобном заикании логофобия снижена или вовсе отсутствует. Возможно, степень логофобии при заикании у подростков несколько снижена. Критический взгляд на себя и анализ взаимоотношений с окружающими менее фиксирован. Соответственно, их личностные свойства, связанные с дезадаптацией, менее выражены.

Аффективные нарушения имеются, астенические формы реагирования связаны с основным нозологическим симптомом, имеет место соматическая ослабленность.

Заикание как симптом присутствует у истериков и психастеников.

Наличие заикания при шизофрении специалистами подвергается сомнению. Его может не быть при значительных жалобах. Иногда эти жалобы являются навязчивой идеей.

При эпилепсии важным основным стержнем является особенность мышления человека с эпилепсией. Особенности личности и поведения. Персеверации, повторения, детализации в речи. Педантизм. Проявления аффектов в структуре заболевания. Боязнь смены обычных условий жизни, эпилептического приступа. Логофобия снижена.

Невротическое заикание (функциональное). Появления логофобии, усиление заикания, появление астенических форм реагирования. Манифестации. Логофобия приобретает значительные формы, проявляется порочный круг. У невротиков порочный круг развивается и стереотипизируется.

§6. Психолого-педагогический аспект изучения заикания по работам Р.Е. Левиной и её последователей

Р.Е. Левина посвятила свою классификацию нарушениям речи у детей. Заикание относится к нарушению применения языковых средств общения (тахилалия, брадилалия, потеря голоса). Заикание она рассматривает как нарушение коммуникации. Все заикающиеся дети обладают импульсивным или тормозным поведением в процессе речевого общения.

По мнению Р.Е. Левиной, заикание провоцируется у ребенка употреблением в его речи «контекстных» форм высказывания, когда он употребляет или старается рассказать, используя разные грамматические категории, в частности разные формы глагола прошедшего, настоящего и будущего времени, устанавливая логическую последовательность событий, причинно-следственные связи, объясняя, анализируя и обобщая своё высказывание. Наряду с существованием контекстной речи, имеются более легкие формы высказывания, например, «ситуативная речь», которая может быть использована ребенком в процессе ручной деятельности, сопровождая ее наглядной опорой, в содержании которой ребенок использует простые предложения, простые грамматические конструкции, например, глагольные формы настоящего времени. Именно этот вид высказывания детей облегчает темпо-ритмическую организацию их речи и является легким, не провоцирующим заикание у детей фактором.

Следовательно, термин «ситуативная речь» используется Р.Е. Левиной не с точки зрения ряда коммуникативных ситуаций, связанных с общением с другими людьми, а с точки зрения психолингвистического смысла, т.е. использования языковых средств, которые адекватны понятию «ситуативная

речь» - наглядная опора, присутствие в ситуации деятельности, использование языковых средств.

Р.Е. Левина считает, что от сложности речевого высказывания зависит качество речи заикающегося ребенка. Известно, что речь спонтанно нормализуется при других видах речевой ситуации.

Общительность, сдержанность, импульсивность, организованность речи и ее темп – это речевое поведение ребенка.

Теория Р.Е. Левиной успешно применялась при создании специальных методик по коррекции речи заикающихся дошкольного и младшего школьного возраста. В частности, Чевелева Н.А. разработала методику исправления заикания в процессе ручного труда на занятиях в школе, используя лепку, аппликацию, конструирование, ИЗО. Вся речевая работа строилась по принципу усложнения речевого материала и периодов, начиная от доступных ситуативных форм высказывания, сопровождающих деятельность, по принципу здесь и сейчас. В последствие, этот период сменялся периодом завершающей действия речи с использованием глагольных форм прошедшего времени и предваряющих действие форм высказывания с использованием глагольной лексики будущего времени. Дети учились строить самостоятельное высказывание организованно, логично, систематизировано. Они научались строить монологические формы самостоятельного высказывания без заикания. Специальных работ по коррекции темпо-ритмической организации речи с применением каких-либо специальных технологий не проводилось, как и работ по формированию речевого дыхания, по развитию мышечной релаксации, воспитанию волевых качеств личности, голосоведению и т.д. Следовательно, этот подход не являлся комплексным с точки зрения развития и формирования разных систем голосообразования, артикуляции, темпо-ритма, дыхания, обеспечивающих плавную речь. Этот подход не является целостно-коммуникативным, т.к. не достаточно обеспечивает ребенку общения с другими людьми. Умения не доводятся до стойко закрепленного навыка речевой, мышечной и психической саморегуляции, которая позволяет ребенку использовать ее во всех ситуациях общения.

Наряду с Чевелевой Н.А. С.А. Миронова создала программы, которые были основаны на принципах формирования плавной речи при постепенном развитии, начиная от ситуативных доступных до более сложных самостоятельных контекстных форм высказывания детей путем многократного повторения речевых эталонов, сопровождающих различные ручные действия на определенном виде занятий по ручному труду и ИЗО, а также на занятиях по развитию речи. Программный материал отбирался и использовался по тематическому принципу и концентрированному изучению выбранной темы. Каждая тема изучалась в течение одной недели и проводилась через различные виды деятельности. Таким образом, создавались благоприятные условия для речевой практики детей, для более прочного усвоения программного материала.

Также известный отечественный специалист Ястребова А.В. занималась устранением заикания у школьников в общеобразовательных организациях. Наиболее известная ее книга - «Коррекция заикания у учащихся общеобразовательной школы» описывает методику обследования детей с заиканием и работу по его устранению. Вся методика построена на принципе речедвигательной координации. Этот подход предупреждает появление речевых судорог и дальнейшее развития патологического процесса.

РАЗДЕЛ III. РИНОЛАЛИЯ

§1. Определение причины и механизма нарушения. Классификация форм ринолалии. Причины врождённых расщелин губы твёрдого нёба. Виды врождённых расщелин

Ринолалия – нарушение, характеризующееся своеобразным сочетанием расстройств голоса и неправильной артикуляцией звуков, обусловленное патологией нёбно-глоточного затвора. *Ринолалию и ринофонию относят к нарушениям голоса*, которые провоцируют нарушения речи, т.к. несбалансированный резонанс провоцирует развитие других патологических изменений (неправильное произношение звуков).

Ринофония – нарушение голоса, обусловленное патологией нёбно-глоточного затвора, увеличением носового резонанса без искажения звукопроизношения. *Звукопроизношение сохранно*. В отличие от механической дислалии, при ринолалии нарушаются не только согласные, но и гласные звуки. Ринолалия и ринофония принципиально отличаются от других нарушений голоса – страдают не только звонкие, но и глухие согласные. Имеет место неправильное тактильное восприятие звуков.

При врождённых расщелинах нёба или нёбно-глоточной недостаточности носовая полость становится парным резонатором ротовой. В соответствии с законами акустики, частота колебаний этого парного резонатора накладывается на частоту колебаний основного тона → возникает назализация (носовой оттенок голоса). Носовой резонанс лишает голос звонкости и «полётности», голос становится монотонным, гнусавым, глухим. При *ринолалии* к перечисленным особенностям прибавляются отклонения в аэродинамических условиях речеобразования: изменение направления воздушных потоков в полостях рта и носа, понижение воздуха в полости рта. Нарушаются ротовые звуки, как следствие → грубое искажение артикуляции.

Ринолалия проявляется в 3 формах:

1. **Открытая ринолалия** – самое сложное нарушение. Характеризуется нарушением ротовых звуков, которые приобретают назальный оттенок и искажаются. Наиболее заметно искажается тембр гласных *И* и *У*, т.к. ротовая полость при произнесении этих звуков наиболее сужена. При звуке *А* – наименьшая назальность, т.к. ротовая полость максимально открыта. При произнесении шипящих и фрикативных прибавляется хриплый звук, который возникает в ротовой полости. Взрывные звуки – звучат неясно, т.к. в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление. Страдает вибрант (звук *Р*). Для определения открытой ринолалии существуют разные методы функционального исследования:

- 1) *Проба Германа Гутцмана* – ребёнка заставляют попеременно повторять гласные *А* и *И*. При этом носовые ходы то зажимают

пальцами, то открывают. Если у ребёнка открытая ринолалия, то звучание будет отличаться.

Следствием является расщелина твёрдого нёба. Открытая ринолалия делится на две формы:

- 1) *Функциональная форма.* Обусловлена различными причинами: недостаточным подъёмом мягкого нёба при фонации. Признаком служит более выраженное нарушение произношения гласных звуков, а при согласных нёбно-глоточное смыкание хорошее. Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно более благоприятный;
- 2) *Органическая форма.* Может быть врождённой (расщелина твёрдого нёба) и приобретённой (образуется при перфорации твёрдого и мягкого нёба, при рубцовых изменениях, парезах и параличах мягкого нёба). Причиной могут являться: повреждение языкоглоточного и блуждающего нервов, ранения, давление опухоли.

2. **Закрытая ринолалия.** Образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Самый сильный резонанс у носовых M и $N + M'$ и N' . В речи исчезает противопоставление звуков по признаку «назальный/неназальный», что существенным образом влияет на разборчивость речи. Меняется звучание гласных звуков из-за заглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях. Гласные звуки в речи приобретают неестественный оттенок. Причина закрытой формы чаще всего органические изменения в носовом пространстве или функциональное расстройство нёбно-глоточного смыкания.

Мстислав Зеeman различает 2 вида закрытой ринолалии:

- 1) *Передняя закрытая* – при непроходимости носовой полости. Наблюдается при хронической гипертрофии слизистой носа, при полипах в носовой полости, искривлении перегородки носа, опухолевых явлениях в носовой полости и насморке (временно).
- 2) *Задняя закрытая* – при уменьшении носоглоточной полости. Может быть следствием аденоидных разрастаний, носоглоточных полипов, фибром или иных носоглоточных опухолей.

Функциональная закрытая ринолалия наблюдается часто у детей, но не всегда правильно распознаётся. Мягкое нёбо при фонации (голосоведении) и произношении носовых звуков сильно поднимается вверх и закрывает доступ звуковым волнам к носоглотке (невротическое расстройство). Тембр назальных и гласных звуков может быть нарушен сильнее, чем при органической форме.

Ринолалия			
Открытая форма (гиперназализация)		Закрытая форма (гипоназализация)	
Органическая	Функциональная	Органическая	Функциональная
		Передняя и задняя	

3. **Смешанная форма.** М. Зеeman, А. Митринович-Моджеевска. Состояние речи, характеризующееся пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованный голос). Причинами являются сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно-глоточного контакта функционального и органического происхождения. Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, его подслизистого расщепления и аденоидных разрастаний. Состояние речи может ухудшиться после аденотомии (удаления аденоидов), т.к. возникает нёбно-глоточная недостаточность и появляются признаки открытой ринолалии.

Причины врождённых расщелин верхней губы твёрдого и мягкого нёба

Частота рождения детей с расщелинами различна среди разных народов. На 600-1000 новорождённых рождается 1 ребёнок с врождённой расщелиной твёрдого нёба. Тенденция идёт на увеличение. В возникновении таких пороков играют роль генетические и внешние факторы или их совместное действие в раннем периоде развития эмбриона.

Причинами врождённых пороков лица верхней губы и нёба могут быть различные эндогенные и экзогенные факторы (внутренней и внешней среды). Характер и сила повреждающего момента не одинаковы на протяжении развития. Один и тот же вредоносный фактор (тератогенный), воздействуя в различные периоды эмбриогенеза, вызывает различные пороки. Различные факторы, воздействуя в один и тот же период, вызывают один и тот же порок.

Критическим периодом в отношении расщелин лица, верхней губы и нёба является 4-8 неделя эмбриогенеза. Для расщелин лица: 5-6 неделя, а 7-8 – верхняя губа и нёбо.

В результате воздействия неблагоприятного фактора происходит отклонение от нормального развития производных 1-ой висцеральной (жаберной) дуги и лобного отростка. Эти отклонения, прежде всего, выражаются в следующих нарушениях:

1. Не осуществляется планомерное деление клеток;
2. Имеет место нарушение миграции и дифференцировки клеток;
3. Наличествует рассасывание отмирающих клеток и адгезивный процесс (срастание и склеивание эмбриональных зачатков).

Причины:

1. Наследственный характер аномалий;
2. Радиационное излучение;
3. Недостаток или избыток алиментарных факторов (дефицит или переизбыток основных питательных веществ и ряда микроэлементов: медь, марганец, магний, цинк);
4. Лекарственные препараты (жаропонижающие, антипаразитарные, противосудорожные, некоторые антибиотики и витамины, седативные средства, гормональные препараты);
5. Заболевания (вирус коревой краснухи, грипп, эпидемический паротит \свинка);
6. Химические вещества (ядохимикаты, кислоты, фенолы);
7. Психические потрясения, гинекологические патологии, эндокринные заболевания, возраст родителей, различного рода интоксикация, профессиональные вредности.

Формы врождённых расщелин

Расщелина – анатомический дефект ткани в результате порока эмбрионального развития. Расщелина может располагаться в любом органе, но на практике чаще встречается расщелина лица; к врождённым недоразвитиям нёба, дающим носовой оттенок речи относятся:

1. Врождённые расщелины неба и губы;
2. Подслизистая (субмукозная) расщелина;
3. Врождённое недоразвитие нёба;
4. Врождённая асимметрия лица при деформации нёба.

Чаще всего встречаются расщелины губы и нёбного свода. Формы нёбных расщелин разнообразны и все они ведут к нарушению речи:

- *Расщелина губы.* Расщелина верхней губы (заячья губа) по форме может быть различна, от небольшой выемки (частичная), до полного сообщения губы с полностью носа (полная расщелина). Может быть односторонняя и двусторонняя (проходящая по двум носогубным складкам), или когда расщелина губы ограничена мышечной тканью (скрытая расщелина);
- *Расщелина нёба.* Форма и величина разнообразна. Различия состоят в размере протяжённости и расположении. Размер (протяжённость) и расположение:
 - сквозные (односторонние – соединение между челюстной/резцовой костью с носовой перегородкой и верхне-челюстными костями отсутствует с обеих сторон; при такой комбинированной расщелине постепенно наступает нарушение развития верхней челюсти, что приводит к тяжёлой деформации лица – средний участок верхней челюсти сильно выступает вперёд, а боковые отделы челюсти сближаются (волчья пасть) и двусторонние) – сочетаются с

расщелиной верхней губы, альвеолярных отростков верхней челюсти твёрдого и мягкого нёба;

- несквозные расщелины нёба. Несквозные – несрастание доходит до области резцового отверстия, обычно – это очень широкие расщелины. При несквозной расщелине альвеолярный отросток развит нормально. Несквозные расщелины делятся на: полные и частичные. Полные: расщелина проходит через мягкое и твёрдое нёбо, а частичная только через мягкое и частично через твёрдое. К частичным расщелинам относят скрытые и подслизистые расщелины, при которых расщелина мышц мягкого нёба, а иногда и твёрдого, прикрыта слизистой оболочкой.

ВР (врождённая расщелина)			
губы		нёбо	
полная неполная	односторонняя двусторонняя	сквозная	несквозная
		односторонняя двусторонняя	полная неполная субмукозная

Схема: «Оказание лечебно-профилактической помощи детям с ВР губы и нёба».

Вид расщелины	Ведущий специалист	Дополнительные специалисты
1. Изолированная расщелина верхней губы. (речь не всегда нарушена, при правильном и своевременном корректировании и отсутствии вторичных патологий)	<i>Хирург</i> – операция по пластике губы (хейлопластика) <i>Ортодонт</i> - наблюдение <i>Педиатр</i> - обучение матери грудному вскармливанию <i>Логопед</i> -/+	<i>Генетик</i> - генетическое консультирование <i>Психолог</i> – предупреждение вторичных психических отклонений (комплексы) <i>Стоматолог</i> --- <i>Лор</i> --- <i>Невролог</i> – дооперационное консультирование

<p>2. Изолированная расщелина мягкого нёба</p>	<p><i>Хирург</i> – пластика мягкого нёба (уранопластика) <i>Ортодонт</i> – наблюдение, лечение по индивидуальным показаниям. <i>Педиатр</i> – обучение матери грудному вскармливанию и подготовка к оперативному лечению <i>Логопед</i> – коррекция голоса и звукопроизношения</p>	<p><i>Генетик</i> – генетическое консультирование <i>Психолог</i> – предупреждение вторичных психических отклонений <i>Стоматолог</i> – своевременная санация полости рта <i>Лор</i> – предупреждение и своевременное лечение заболевания верхних дыхательных путей и слухового аппарата <i>Невролог</i> – дооперационное консультирование</p>
<p>3. Расщелина твёрдого и мягкого нёба</p>	<p><i>Хирург</i> – пластика твёрдого и мягкого нёба <i>Ортодонт</i> – наблюдение и лечение возможных зубочелюстных деформаций <i>Педиатр</i> – обучение матери искусственному вскармливанию и подготовка к оперативному лечению <i>Логопед</i> – коррекция голоса и звукопроизношения</p>	<p><i>Генетик</i> - генетическое консультирование <i>Психолог</i> – предупреждение вторичных психических отклонений <i>Стоматолог</i> – своевременная санация полости рта <i>Лор</i> – предупреждение и своевременное лечение заболевания верхних дыхательных путей и слухового аппарата <i>Невролог</i> - дооперационное консультирование</p>

<p>4. Сквозная односторонняя расщелина верхней губы и нёба</p>	<p><i>Хирург</i> – пластика губы, нёба, расщелины альвеолярного отростка (реконструктивная хейлоринопластика) <i>Ортодонт</i> – систематические наблюдение и лечение <i>Педиатр</i> – обучение матери искусственному вскармливанию, подготовка к оперативному лечению, предупреждение респираторных заболеваний <i>Логопед</i> – коррекция голоса, звукопроизношения</p>	<p><i>Генетик</i> - генетическое консультирование <i>Психолог</i> – предупреждение вторичных психических заболеваний <i>Стоматолог</i> - своевременная санация полости рта <i>Лор</i> - предупреждение и своевременное лечение заболевания верхних дыхательных путей и слухового аппарата <i>Невролог</i> – дооперационное корректирование</p>
<p>5. Сквозная двусторонняя расщелина верхней губы и нёба</p>	<p><i>Хирург</i> - пластика губы, нёба, расщелины альвеолярного отростка, реконструктивная хейлоринопластика <i>Ортодонт</i> – ортодонтическая подготовка к оперативному лечению, систематическое наблюдение и лечение <i>Педиатр</i> - обучение матери искусственному вскармливанию, подготовка к оперативному лечению, предупреждение респираторных заболеваний <i>Логопед</i> - коррекция голоса, звукопроизношения</p>	<p><i>Генетик</i> - генетическое консультирование <i>Психолог</i> - предупреждение вторичных психических заболеваний <i>Стоматолог</i> - своевременная санация полости рта <i>Лор</i> – предупреждение и своевременное лечение заболевания верхних дыхательных путей и слухового аппарата <i>Невролог</i> - дооперационное корректирование</p>
<p>6. Синдромальная патология – врождённая патология</p>	<p><i>Хирург</i> – оперативное лечение по индивидуальным показаниям после</p>	<p><i>Генетик</i> – прогноз осложнений, характерных для каждого синдрома при</p>

<p>сочетается с врождённым синдромом.</p>	<p>согласования с другими специалистами <i>Ортодонт</i> – систематическое наблюдение и лечение <i>Педиатр</i> – подготовка к оперативному лечению, динамическое наблюдение <i>Логопед</i> – систематическая коррекционная работа</p>	<p>проведении оперативного лечения <i>Психолог</i> – развитие высших психических функций <i>Стоматолог</i> – своевременная санация полости рта <i>Лор</i> - предупреждение и своевременное лечение заболевания верхних дыхательных путей и слухового аппарата <i>Невролог</i> – оценка психического развития ребенка, дооперационное консультирование</p>
---	---	---

Хирургическое лечение врождённых расщелин губы и твёрдого нёба

Если есть возможность вскармливать ребёнка естественным путём, то операцию лучше отложить на период около 2-х месяцев. Молоко может быть донорским.

Первичное (базисное) хирургическое лечение

Проводится в несколько этапов:

- I. В возрасте от 1 месяца до 6-7 месяцев (до активной деятельности ребёнка, во избежание повреждений после операции). Производится первичная пластика верхней губы и носа. Операция носит название «Первичная функциональная хейлоринопластика». Цель данной операции: полностью устранить косметический дефект и деформацию верхней губы и носа. Результат: красивая форма верхней губы и носа, симметричное положение этих элементов, активное их использование в выполнении основных функций;
- II. Пластика мягкого нёба (уронопластика). Проводится в возрасте 6-8 месяцев. Цель операции: создать оптимальные условия для развития нормальной речи. Устраняется расщелина мягкого нёба, восстанавливается непрерывный мышечный слой в области смыкания с задней стенкой глотки и формируется глоточное кольцо. При правильном оперировании – хороший прогноз для формирования речи;
- III. Пластика твёрдого нёба. Проводится в возрасте 12-14 месяцев. Данный вид операции проводится с целью предотвращения заброса жидкости и пищи во время еды и утечки воздуха во время речи через полость носа. Закрытие дефекта твёрдого нёба.

Разделение пластики нёба на 2 этапа позволяет предотвратить формирование остаточных дефектов твёрдого нёба и минимально травмировать верхнюю челюсть при устранении дефектов в пределах твёрдого нёба. → Снижается риск развития деформаций верхней челюсти в дальнейшем.

IV. В возрасте 8-12 лет (после прорастания зубов). Костная пластика альвеолярного отростка верхней челюсти. Дефект между краями десны в проекции промежутка между 1 и 3 молочными или постоянными зубами. Нередко происходит сообщение преддверия полости рта с полостью носа. Костный дефект один из основных факторов, способствующих потере зубов, расположенных по его краям (образуется промежуток в верхнем ряду). Подвижность или нестабильность костных фрагментов по отношению друг к другу в области дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти.

Дефект верхней челюсти замещается путём использования разнообразных трансплантатов. Наиболее часто аутооттрансплантатов из гребня подвздошной кости ребёнка.

Вторичное хирургическое лечение ребёнка

Появляются остаточные явления дефектов нёба после первичной операции, возникающие по причинам:

- Использования хирургических методик, приводящих к формированию дефектов в переднем отделе твёрдого нёба;
- Формирования свода нёба в постоперационном периоде;
- Осложнённого течения послеоперационного периода (ОРВ, обострение хронических вялотекущих заболеваний – вызывают нарушение течения процессов).

Наиболее высока вероятность формирования дефектов твёрдого нёба после первичной одноэтапной пластики нёба в позднем возрасте (до 60%). Повторная операция на твёрдом нёбе успешна лишь в 50% случаев.

§2. Структура дефекта при ринолалии

1. Анатомо-физиологические особенности нёбно-глоточного аппарата (норма и патология):

Норма

Нёбо в норме – это образование, которое разобщает полости рта, носа и глотки. Состоит из твёрдого и мягкого нёба. Твёрдое нёбо имеет костную основу. Спереди и по бокам его обрамляет альвеолярный отросток верхней челюсти с зубами, а сзади – мягкое нёбо. Твёрдое нёбо покрыто слизистой оболочкой, поверхность которой позади альвеол имеет высокую чувствительность. Высота и конфигурация твёрдого нёба влияет на резонанс.

Позади твёрдого нёба – мягкое нёбо мышечное образование. При подъёме мягкое нёбо удлиняется.

Условно мягкое нёбо делится на 3 части:

- передняя треть практически неподвижна, истончается при подъёме;
- средняя часть наиболее активно участвует в речи;
- задняя часть в напряжении при проглатывании, утолщается при подъёме.

Мягкое нёбо связано с глоткой, образуя нёбно-глоточный механизм, который участвует в дыхании, глотании и речи. При дыхании мягкое нёбо опущено и частично прикрывает отверстие между глоткой и полостью рта. При глотании мягкое нёбо натягивается, поднимается и приближается к задней стенке глотки, которая движется на встречу и вступает в контакт с нёбом. В процессе речи постоянно повторяется очень быстрое мышечное сокращение, которое приближает мягкое нёбо к задней стенке глотки по направлению кверху и кзади. Степень поднятия мягкого нёба зависит от беглости речи и произносимых фонем. Максимального поднятия требуют фонемы *А* и *М*. Наибольшего натяжения мышц мягкого нёба – фонема *И*.

Существует функциональная связь между мягким нёбом и гортанью. → Малейшее изменение положения нёбной занавески влияет на положение голосовых складок. Возрастание тонуса в гортани влечёт за собой более высокий подъём мягкого нёба. Врождённые расщелины нёба нарушают это взаимодействие.

Патология

При сквозных расщелинах нарушается целостность альвеолярного отростка. При двусторонних расщелинах резцовая кость продвинута вперёд и может занимать горизонтальное расположение. Последствия: нарушения зубных рядов (неправильное расположение зубов), отсутствие зубных фолликулов (нет зубов), избыточное наличие зубов, сильное поражение кариесом, нарушенный прикус. Расщеплённое нёбо обычно бывает укороченным и отстаёт в росте. Функции мягкого нёба нарушаются из-за отсутствия связи между парными мышцами. При дыхании, глотании и фонации эти мышцы разводят сегменты мягкого нёба в разные стороны. Анатомические дефекты вызывают расстройства дыхания, питания, фонации, речи и слуха.

Изменение дыхания при расщелинах разносторонне. Дети пользуются носо-ротовым дыханием. → учащённое поверхностное дыхание, жизненная ёмкость лёгких понижается, грудная клетка отстаёт в развитии. Глубоко страдает фонационное дыхание. При выдохе значительный объём воздуха (около 30%) утекает в нос. Это создаёт 2 последствия:

1. значительно сокращается речевой выдох;
2. понижается давление воздуха в надскладочном пространстве.

Стремясь сократить утечку воздуха в нос и поддержать необходимое для согласных звуков давление, дети напрягают мышцы лба, сжимают крылья носа → образуются компенсаторные гримасы, которые входят в привычку.

Голос глухой, сдавленный, слабый, истощаемый, тихий, с выраженным носовым резонансом. Акустические изменения в спектре голоса мешают его звонкости и полётности, снижают разборчивость речи. На первом году жизни голос ничем не отличается от обычного детского голоса. Назальный оттенок впервые начинает выявляться, когда появляются лепетные цепочки. В дальнейшем, примерно до 7 лет, дети говорят с назальным оттенком, но другие нарушения голоса отсутствуют. После 7 лет голос начинает ухудшаться. Падает сила, появляется истощаемость, осиплость, не расширяется диапазон. На лицо все признаки расстройства двигательной функции голосообразующего аппарата (неравномерная работа складок). Это патологическое явления закрепляется к 12-14 годам. Около 80% подростков и взрослых, страдающих ринолалией, имеют дополнительные нарушения голоса (фонастения или парез внутренних мышц гортани).

2. Влияние врождённых расщелин нёба на физическое и речевое развитие ребёнка:

Наличие врождённых расщелин нёба ставит ребёнка в неблагоприятные условия для его развития. Невозможность грудного вскармливания. Во время питания пища попадает в носовую полость, складки недоразвившегося нёба, евстахиевы трубы, дыхательные пути, носоглотку. Застывшая пища гноится, воспаляются слизистые оболочки. → нарушение слуха, соматическая ослабленность. Вследствие неправильного питания зубы быстро разрушаются. Из-за нарушения сосательного движения нарушается лицевая мускулатура. Развитие лицевых мышц совершается своеобразно (либо отсутствует, либо осложнено). Мимика ребёнка обедняется, мышцы лица включаются в артикуляцию, движения тикообразные.

У ребёнка с врождённой расщелиной холодный вдыхаемый воздух сразу попадает в ротоносовую полость, т.к. хоаны при расщелине соединены в единый резервуар со ртом. Охлаждается вся поверхность носо-ротовых слизистых, раздражаются дыхательные пути.

Если ребёнок вовремя не прооперирован, ему приходится приспосабливаться к дефекту – закрывает щель языком. Своеобразное расположение языка в полости рта. Корень языка сильно поднимается вверх, пытаясь закрыть дефект. Работа корня языка усиливается и в процессе кормления ребёнка, он пытается ухватить соску корнем языка. Эта мышечная взаимосвязь прочно закрепляется и в дальнейшем сказывается на качестве лепета, также оказывает влияние на формирование произношения. Часто при ринолалии отмечают снижение слуха. Оно может быть разной степени, от крайне незначительной до тяжёлой тугоухости и тотальной глухоты.

Наблюдается снижение функционального речевого слуха. Люди, страдающие данной патологией, не замечают собственной патологии речи.

При врождённых расщелинах нёба и губы в большей или меньшей степени нарушаются:

- питание ребёнка;
- физическое и речевое дыхание;
- изменяется характер работы лицевой мускулатуры;
- может возникнуть снижение слуха;
- стабилизируется неправильное положение языка в полости рта.

3. Характеристика речи:

Речь формируется с опозданием. Первые слова появляются к 2 годам и позже. Речь имеет качественные особенности. Импрессивная речь при благоприятных условиях развивается относительно нормально. Экспрессивная речь претерпевает качественные изменения. Крайняя невнятность речи. Звукообразование специфично по артикуляции и звучанию. Гласные звуки произносятся при оттянутом кзади языке с выдохом воздуха через нос и характеризуются вялой губной артикуляцией. Согласные звуки – храпящие с носовым оттенком, глухие воспринимаются как близкие к звуку *X*. Губно-губные и губно-зубные близкие к звуку *M*, переднеязычные – к звуку *H*, звуки *G* и *K* либо отсутствуют, либо замещаются характерным взрывом. Образование смычки передвигается на уровень глотки или гортани. Из-за отсутствия тонких дифференцированных движений кончика языка, звук *P* не достигает правильной артикуляции даже после логокоррекции. Страдает произнесение шипящих и свистящих звуков по этой же причине. Звуки нарушены тотально. Самостоятельное осознание дефекта речи у больных отсутствует, критичность к нему снижена.

В структуре речевой деятельности при ринолалии дефект фонетико-фонематического строя речи является ведущим. Этот первичный дефект накладывает некоторый отпечаток на формирование лексико-грамматического строя речи, но глубокие качественные изменения встречаются лишь при сочетании ринолалии с другими речевыми нарушениями.

4. Психологические особенности ребёнка ринолалика:

У детей с открытой ринолалией, наряду с особенностями нарушения речевого развития, существуют и вторичные нарушения психических процессов. Чем сильнее нарушена речь, тем более явно выражено вторичное нарушение. Это связано с неблагоприятной социальной адаптацией такого ребёнка.

Дети с открытой ринолалией могут обладать неустойчивым и рассеянным вниманием. Внимание нестабильно, быстро иссякает → нарушена познавательная деятельность. Зрительная память развита лучше

всего. Рече-слуховая память – хуже всего. Речевое недоразвитие приводит к недостаточности словесно-логического мышления, заторможенности процессов анализа и синтеза. Затруднено понимание и восприятие обобщающих понятий. В большей степени нарушена эмоционально-волевая сфера. Пониженная работоспособность.

Страдает коммуникативная функция. Такой ребёнок будет избирателен в контактах (общаться только с теми, кто его понимает). Замкнутость, неконтактность, раздражительность, нежелание общаться с различными людьми.

Слабость активного торможения. Проявление внезапных неадекватных агрессивных реакций. Специфична игровая деятельность. Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций больного и, в первую очередь, на становление личности в целом.

Коррекционная работа имеет 2 направления:

1. Исправление голоса и речи;
2. Максимально адекватное развитие коммуникативной функции ребёнка.

§3. Комплексное обследование лиц с ринолалией

Обследование проводится комплексом специалистов (врачи, дефектологи различных профилей, логопеды, психологи, нейропсихологи). Логопеду важно дифференцировать: ринолалия ли это в чистом виде или она сочетается с другими нарушениями. При констатации факта нужно определить, чем обусловлено это нарушение.

Обследование и коррекционная работа ведётся с учётом личностных особенностей больных.

1. Анамнез

- Социальный аспект: состав семьи, род занятий, отношение к ребёнку в семье. Отношение к своему дефекту (определяется после 5 лет);
- Возраст родителей, какая по счёту беременность, её течение. Самочувствие матери с первых же дней, желанный ли ребёнок;
- Роды и их характер. Состояние ребёнка при рождении;
- Раннее развитие ребёнка. Когда начал держать голову, сидеть, стоять, ходить. Какие заболевания были на первом году жизни (ЛОР заболевания). Развитие речи, когда мама начала замечать отклонения в речи ребёнка;
- Психические особенности ребёнка, как он ориентируется в окружающей обстановке, реагирует на трудности, любит ли игрушки. Самостоятельная деятельность ребёнка. Навыки самообслуживания;
- Лечение ребёнка, хирургическое вмешательство, медикаментозное лечение, результат воздействия.

2. Строение и подвижность артикуляционного аппарата. Наличие асимметрий лица и носогубных складок. Форма губ и их активность. Зубочелюстная система, положение, подвижность и форма языка, нёбный свод, челюсть и подвижность нижней челюсти. Доступность и характер выполнения упражнений.
3. Тип и характер физиологического и речевого дыхания (грудное, диафрагмальное, брюшно-ключичное, смешанное). Частота дыхания, ритмичность, сила. Причина нарушений.
4. Особенности голоса ребёнка. Характер голоса во время речи.
5. Обследование звукопроизношения
 - Начинается с гласных звуков, в определённой последовательности:

А э о ы у и я е ё ю й

В карте обследования фиксируется положения языка при произнесении каждого звука, наличие синкенезий и применение мимических мышц там, где это не нужно. Позиция между двумя гласными А.

- Развёрнутая речь и возможность её использования.

6. Исследования слуха

7. Исследование ВПФ

Результат каждого пункта обследования фиксируется в карте.

- Скрининговая оценка речи при расщелине нёба.
 1. Анкетные данные (имя, дата рождения, дата обследования);
 2. Назальный резонанс (оценивается по типу гипер-, гипо-, смешанный, по типу выраженности и постоянству). Резонанс разделён по степеням:
 - 1) Гиперназальный резонанс, который слышится при произнесении гласных звуков;
 - 2) Гиперназализация гласных и звонких согласных звуков (0 = норма, -1 = гипоназализация).

Определенный тип резонанса определяется его постоянством. При постоянном резонансе назначается инструментальное обследование. Непостоянный требует выявления причин, а также выявления возможных путей терапии для нормализации резонанса.

3. Носовая эмиссия и назальная турбулентность. Оценивается по 3 разделам:
 - 1) Неслышимая носовая эмиссия (утечка воздуха есть, но звуки не искажаются);
 - 2) Слышимая носовая эмиссия (есть утечка воздуха и звуки искажаются);
 - 3) Назальная турбулентность (носовое фырканье, шум) – очень слышимая носовая эмиссия.

По степени выраженности существует 3-х бальная шкала: 0 – отсутствует, 1 – слабая, 2 – выраженная.

- Активная носовая эмиссия;

- Пассивная носовая эмиссия.

Чтобы определить: во время речи осуществляется мягкое нажатие на нос пациента. Если при этом звукопроизношение улучшается – пассивная носовая эмиссия. В данном случае, она является частью артикуляции, как правило, это показатель велофарингеальной неадекватности (невротический статус). Если нажатие создаёт «блок» для направления воздушного потока через нос и тормозит произнесение звука – это активная носовая эмиссия. Речевая терапия и инструментальное обследование.

8. Носовые гримасы.

Соотносимое с речью поведение. Гримасы – это неслышимый параметр, но важный аспект оценки, который помогает определить на что направить внимание в контексте оценки других аспектов речи, гримасы могут служить индикатором нёбно-глоточной недостаточности.

9. Звукопроизношение. В речевой карте должна быть транскрипция отдельных фраз. Недостатки речи возрастных норм.
10. Дополнительная информация от родителей. Проводились ли занятия с логопедом, информация о здоровье ребёнка и успехах в учёбе.
11. Фонация. Нарушение фонации выглядит как механизм компенсации нёбно-глоточной недостаточности. Нарушение в одной части вокального тракта могут привести к компенсаторному поведению (изменение громкости во время речи)
12. Визуальное впечатление от речи. Индивидуальная характеристика. Состояние прикуса, зубов, мягких тканей лица
13. Речевое развитие. Особенности языковой системы в семье
14. Определение этиологии речевого расстройства. Сопоставление данных различных специалистов (хирург, ортодонт, психолог, отоларинголог, логопед)
15. Направление дальнейшей оценки.
16. План. По результатам обследования формируются рекомендации для дальнейшей коррекции и лечебным мероприятиям. План коррекционной работы согласуется с логопедом по месту жительства ребёнка.

§4. Коррекционная работа

Коррекционная работа по преодолению ринолалии включает в себя следующие этапы:

1. *Подготовка нёбной занавески к смыканию*

Воспитание смыкания при фонации. Наиболее удобны в произнесении звуки «А» и «Э» (наибольший подъём мягкого нёба), легче вырабатывается условно-рефлекторная связь между ощущением подъёма нёбной занавески и звукообразованием за счёт участия речедвигательного, речеслухового и кинестетического анализаторов.

Наибольшее перемещение спинки языка вперёд при умеренном подъёме. Эти гласные меньше других фонем подвергаются назализации. Поэтому, при произнесении фонем «А» и «Э» учат произносить ребёнка на 1-ом занятии. Широко открыв рот, ребёнок произносит эти фонемы за логопедом, язык лежит на нижней губе. Звук произносится троекратно А-А-А или Э-Э-Э. Такие цепочки произносятся 2-3 раза. Через 4-5 занятий нагрузка увеличивается и переходит к слитному и несколько растянутому произнесению сочетаний звуков АЭ. Произносятся 2-3 раза подряд 6-8 раз в день.

2. *Выработка направленной воздушной струи, коррекция физиологического дыхания*

+ ещё один комплекс. Начинается упражнение с обучения направленному дутью. В ходе занятий дети запоминают ощущения направленного воздушного потока и могут затем его воспроизвести при выполнении дыхательной гимнастики. Используются шпатель, зеркало, комплекс дыхательной гимнастики, «поплёвывания» - ребёнок старается «выплюнуть» свой язык, подышать и подуть на ладонь (тактильные ощущения тепла и холода).

3. *Укрепление мускулатуры гортани*

Предотвратить дистрофию мышц – увеличить нагрузку на мышцы гортани → увеличивается объём глотки и её двигательная активность (имитация зевка и глоточного рефлекса). Оба упражнения выполняются по подражанию 3 раза подряд 6-8 раз в день. Если не получается вызывать глоточный рефлекс, то логопед вызывает его прикосновением шпателя к задней стене глотки или корня языка.

4. *Создание предпосылок для правильного звукопроизношения*

Голосовые упражнения. Произнесение удлинённого звука «М» на основном тоне голоса. Ребёнок выполняет упражнение, не напрягая гортани и контролируя резонанс. Позднее, эта манера фонации вводится в закрытые слоги с редуцированием гласных (мммаммм-мммуммм). Проводится 3 раза подряд 6 раз в день. Звукопостановка гласных звуков. Начинаем с «А» и «Э», далее гласные «О» и «И», «У» и «Ы». Произносится перед зеркалом, сначала звучно, потом шёпотная артикуляция, далее беззвучная и просим угадать, что был за звук. Используется массаж при необходимости.

5. *Дифференциация слухового восприятия фонем*

- 1) Выделять звук из ряда изолированных (называть звуки, ребёнок хлопает в ладоши/поднимает карточку, но не называет);
- 2) Различные виды слогов – прямой, обратный, со стечением (стра, спа, опт, атр). Используются карточки;
- 3) Слово;
- 4) Научить отличать искажённый звук от нормы (носовой от ротового).

6. *Постановка звуков*

Начинается с согласных. Уточняем артикуляцию. Используются традиционные способы для дислалии. Принцип – звук, слог, слово, фраза.

Последовательность работы: соноры «Л» и «Ль», фрикативные «В» и «Ф» + их мягкие варианты. Этап полной автоматизации новых навыков. Учитывать возраст ребёнка.

3 года – сложно мотивировать, но легче поставить звуки по подражанию, акцент на ассоциативные игры и разные виды деятельности, моторная активность (топать, хлопать, рисовать, показывать размеры).

5-6 лет – больше речевая практика, есть стереотипы, можно замотивировать (упражнения, которые получаются)

Школьники и младшие школьники – адаптировать домашние задания, учитывать интересы ребёнка

Подростки – успешность работы зависит от расположения, контакта и актуальной темы. Преодоление комплекса развития. Умение рационально составить коррекционную программу.

Голос средней высоты на основном тоне – лиса, низкий – медведь, высокий – мышка, птичка.

§5. Коррекционная работа с детьми младшего дошкольного возраста

Логопед, обследуя ребёнка, определяет не только уровень и характер проблем, имеющих на данный момент, но и выявляет предпосылки будущих нарушений, решая следующие задачи:

1. Консультирование и обучение родителей;
2. Выявление проблем в развитии ребёнка и их предупреждение;
3. Создание базиса для формирования полноценного речевого и языкового развития.

Цели речевой терапии:

1. Развивать и поощрять любые попытки ребёнка пользоваться речью. Если ребёнок речевой – у него есть желание общаться;
2. Проводить специальную работу с родителями, разъясняя всё, что их тревожит в отношении перспектив развития речи ребёнка. Вести дневниковые записи, наблюдения;
3. Предупреждать или преодолевать развитие нежелательных компенсаторных артикуляций и дисбалансы резонанса;
4. Как можно раньше и активнее развивать нёбно-глочные механизмы ребёнка для создания предпосылок овладения устной речью.

Основные направления речевой терапии с детьми

От 0 до 1 года

1. Развитие зрительного и слухового внимания, стимуляция эмоционального и звукового отклика в режиме контакта, вызывание положительных эмоций от общения с окружающими;
2. Активизация артикуляционной и мимической мускулатуры, поощрение подражания движений, «экспериментирование» с артикуляционными способностями ребёнка. Игровая гимнастика со зрительным и тактильным контролем (комплекс оживления с 2-3 месяцев);
3. Включение взрослого в гласноподобные звукокомплексы и звуки, в лепетную цепочку ребёнка для стимуляции и закрепления спонтанно появляющихся локализаций;
4. Дыхательный игровой тренинг при пассивном участии ребёнка на основе механического дифференцирования вдоха и выдоха. Позднее – на основе ассоциативных действий с предметами.

От 1 до 2 лет

1. Развитие зрительного и слухового восприятия, обучение узнаванию и ассоциированию звуков, определение направления звука, соотнесение собственных действий и звуков;
2. Развитие умения произносить звуки правильно по месту образования и, если это возможно, правильным артикуляционным способом. Не надо добиваться абсолютно правильного повторения и чистого произношения. «Получается – хорошо, не получается – получится чуть позже»;
3. Поощрение употребления правильно произносимых согласных в звукокомплексах и словах;
4. Формирование направленного ротового выдоха, воспитание умения удерживать воздух за щеками (можно сначала удерживать воду), дуть, не надувая щёк, озвучено и беззвучно произносить согласные звуки;
5. Развитие умения достаточно широко открывать рот, петь гласные звуки при соответствующих артикуляционных укладах.

От 2 до 3 лет

1. Развитие зрительного и слухового восприятия, воспитание умения отличать чистую речь от назализованной речи, соотносить предметы и звуки, имитация и их источники, дифференцировать качество звуков;
2. Развитие умения различать слова с правильно произносимыми звуками и выделять эти звуки, закреплять правильно произношение, отождествлять согласные в разных позициях слова;

3. Поощрение правильного произношения согласных, требующих достаточно высокого внутриротового давления (развивать умение смыкать губы, высовывать язык, фиксировать положение языка);
4. Стимулирование скоординированности выдоха с начала фонации, формирование умения дифференцировать выдох по силе и длине, при использовании зрительной и тактильной стимуляции и приёмов спонтанного подражания на основе включения в игровую деятельность.

Научить ребёнка пользоваться речью означает не только дать ему умения и навыки для правильного говорения, но и помочь полностью понимать обращённую речь.

Принципы работы по развитию понимания речи

1. Включение ребёнка в пассивный, а затем и в активный эмоциональный контакт;
2. Оречевление всех действий в присутствии ребёнка, последовательное комментирование с подведением итогов учебных и игровых задач;
3. Соотнесение предмета, качества, явления с наглядным образом, стимуляция речевого и звукового отклика, сопровождающей речи;
4. Постепенное усложнение задач, предъявляемых ребёнку при условии полного усвоения им предыдущих задач;
5. Использование метода поручений, подкрепляемых словесными указаниями, при необходимости, подкрепить зрительным образом. В случае негативизма ребёнка – использовать приём отвлечения;
6. Поощрение правильных ответов и действий, помощь при попытках ребёнка выразить свои мысли, повторение правильных действий и ответов;
7. Предоставление ребёнку возможности познавать окружающий мир (развивать любознательность и определить индивидуальное необходимое количество игрушек для планомерного развития ребёнка);
8. Иллюстрирование всех занятий.

§6. Сочетание ринолалии с задержкой речевого развития

(младший дошкольный возраст – 2-3 года)

Существует ряд особенностей, которые осложняют развитие речевой функции в данном возрасте:

1. Чем младше ребенок, тем сложнее выражена ринолалия (2-3 года – открытая ринолалия).
2. Отсутствие речевых средств или их упрощение, не соответствие речевым нормам.
3. Низкая работоспособность в данном возрасте.
4. Неконтактность ребенка, конфликтность.

Этапы коррекционной работы:

1. *Стимулирование речевой функции*; наиболее эффективным является использование лепетных реакций ребенка. Материал должен отвечать произносительным возможностям ребенка, усложнение речевых заданий, даже на уровне лепетных форм может привести к проявлениям дестабилизации, и усиление явления синкенезий, в виде компенсаторных гримас.

2. *Расширение и уточнение словарного запаса*; нужно учитывать объем памяти ребенка. 2-3 слова за занятие, не надо спешить увеличивать количество слов. В первую очередь предъявляются слова односложные, двусложные, используем открытые слоги.

3. *Совершенствование структуры слова и фразы*; работа строится по принципу подражания. Широко используется стимульный материал, картинный материал. Берем слова с ударным гласным в начале слова. Усовершенствуются произнесение гласных в открытых, закрытых слогах. Работаем над ритмическим контуром слова, берем 3-хсложные, 4-хсложные и т.д. слова. Для того чтобы объяснить ритмический контур слова, используем тактильное восприятие. Так же к стимулам говорения используется глобальное чтение. Берем слово не более 2-хсложной структуры (дом, лама, жук), с картинками (Т.С. Резниченко «Чтобы ребенок не заикался»). Эмоциональное сопровождение обязательно. Речевые формы оказывают положительное влияние развитие эмоциональной сферы детей, на развитие более сложных психических процессов (память, мышление, регуляция собственного поведения). Подготовка артикуляционного аппарата и тренировочные задания проводятся в игровой, доступной детям форме. Используются вспомогательные вопросы, в вопросе должен содержаться ответ. За ребенка нельзя делать. Обращать внимание, на сколько, ребенку это интересно, например можно дать стихи («Спрут» - Саша Черный). Чем меньше речевая практика ребенка, тем меньше у него патологических стереотипов, чем меньше возраст ребенка, тем меньше патологических стереотипов. В момент автоматизации главной задачей является сделать так чтоб ребенок понимал, что нужно сделать. Важен симбиоз (соединение) движений и слов, нужно проговаривать, что делаем, появляется понимание, что делает ребенок и пополняется словарный запас. При произнесении слов от детей требуется, что бы первый звук протягивался, как бы пропевался (Это Аааяя, это Оооля, ииива, Оооля у ииивы и т.д.). Сначала работа идет над гласными потом над согласными. Подбор лексического материала проводится на основе подразделения слов и фраз по ритмико-слоговой структуре.

4. Обучение правильному произношению звуков;

5. Формирование речи, как средства общения ребенка;

6. Плюс, то, что показано при ринолалии.

- ✓ Глобальное чтение: лист делится на три части, в каждой пишется по 1 слову, а на обратной стороне изображаются картинки – значения слов.

Ребёнок запоминает контур написания, т.е. «иероглифы». Книга Т.А. Резниченко «Чтобы ребёнок не заикался»

§7. Ринолалия и дизартрия

Дети у которых ринолалия сочетается с дизартрией, нуждаются прежде всего в снижении проявлений патологической симптоматики дизартрического характера. Коррекционное обучение целесообразно проводить после курса невропатолога, в ряде случаев неоднократно. Логопеды начинают коррекцию с общей моторики (общая, мелкая, артикуляционная).

Дети данного контингента, продвигаются медленнее, часто происходит «застревание» над работой какой-нибудь группой звуков. В ряде случаев может быть проведена коррекция нарушения лексики и грамматики имеющих вторичный характер, обусловленных сочетанием симптомов ринолалии и выраженной формы дизартрия. При более длительных сроках работы удается получить положительные результаты в формировании произношения звуков.

В большинстве случаев можно полностью устранить носовой оттенок речи и осуществить автоматизацию всех звуков. В ряде случаев возможно остаточное проявление нарушений звуков в виде легкой назальности или легких искажений звуков.

Особое внимание уделяется подготовительным занятиям, они могут занять более длительное время, нежели вся другая коррекция. А так же значительное время уделяется заданиям по формированию правильного дыхания и усиления речевого выдоха.

Если ребенок ранее усвоил какие либо упражнения связанные с движением рук, туловища, в последствии их легче ввести в ход работы над произношением звуков.

Особенности подготовки артикуляционной моторики заключаются в том, что при работе с детьми, имеющими дизартрию, большое значение уделяется массажу.

Особенности подготовки артикуляционной моторики заключаются в том, что при работе с детьми, имеющими дизартрию, большое значение уделяется массажу. Массаж помогает не только подготовить артикуляционный аппарат, но и существенно снизить негативные проявления: гипертонус, гипотонус, тремор, гиперкинез; а также активизировать работу мышц, облегчить выполнение артикуляторных движений, создать предпосылки для формирования ощущения сопротивления или расслабления, необходимых для правильного произношения звуков, повысить общий уровень чувствительности мышц, осуществляющих артикуляторные движения. Массаж проводится дифференцировано, при проявлениях повышенного или пониженного тонуса, перед занятием или в ходе его проведения. Возможно неоднократное использование массажа если это необходимо, особенно, когда переутомления

или усиления патологической симптоматики. Рекомендуется проводить массаж лица, шейных и плечевых отделов, массаж мягкого и твёрдого нёба, а также языка.

Способы осуществления массажа

- **Поглаживание**. Снижает мышечный тонус, оказывает успокаивающее действие. Выполняется плоскостное или обхватывающее поглаживание всей ладонью или пальцами в разных направлениях: продольном, зигзагообразном и круговом.
- **Растирание**. Помогает нормализовать тонус мышц, усилить их сократительную способность. Усилий прилагается несколько больше, чем при поглаживании. Выполняются подушечками пальцев или всей ладонной поверхностью в прямом и спиралевидном направлении.
- **Разминание**. Максимально активизирует работу мышц. Выполняется одной или двумя руками одновременно в продольном, поперечном и спиралевидном направлении путём захватывания, сдвигания, растяжения или разминания мышц.
- **Похлопывание**. Оказывает расслабляющее и успокаивающее действие. Выполняется легко, всей поверхностью ладони или пальцами. Применение похлопывания, с использованием лёгких усилий, оказывает тонизирующий эффект.
- **Глубокое надавливание**. Выполняется подушечками пальцев одной или двумя руками одновременно или последовательно, параллельно с двух сторон.
- **Захватывание**. Выполняется при помощи пальцев одной или обеих рук в сочетании с разминанием.
- **Пощипывание**. Выполняется пощипыванием подушечками первого и второго пальцев лёгкими движениями в виде рывков.
- **Вибрация**. При слабом раздражении способствует повышению тонуса мышц, при сильном – снижению. Осуществляется одним, двумя, или всеми пальцами руки, придавая тканям колебательные движения различной частоты и амплитуды.
- **Точечный массаж**. Выполняется вибрирующими движениями указательного пальца:
 1. В углублении под нижней челюстью;
 2. Сверху вниз по носогубным складкам до уголков рта;
 3. В ямке под нижней губой;
 4. В уголках рта над верхней губой и под нижней губой.

Точечный массаж может быть перекрёстным. Например, в точке на носогубной складке справа и в точке под нижней губой слева. Или в точке на носогубной складке и под нижней челюстью.

- **Массаж внутренней поверхности полости рта** осуществляется зондом с шариком или указательным пальцем:

1. По внутренней поверхности щёк поглаживанием сверху вниз в продольном или круговом направлениях сначала с одной, потом с другой стороны;
2. По внутренней поверхности губ от уголков к середине поглаживанием.

Проявления и виды массажа

- При проявлениях сниженного тонуса рекомендуется использовать поглаживание, растирание, похлопывание и лёгкую вибрацию;
- Гипертонус – поверхностное поглаживание или сильная вибрация;
- Гиперкинез – поглаживание и точечный массаж, в том числе, перекрёстный;
- Тремор – поглаживание, лёгкое похлопывание;
- Атаксия – поглаживание, точечный массаж;
- Асимметрия – большее количество движений на поражённой стороне.

Если у ребёнка появляются неприятные ощущения, боль, усиление патологической симптоматики, массаж прекращается. Учитывается психологический статус ребёнка.

Сеанс массажа начинается с общего расслабления. Оптимальное положение ребёнка – полулёжа в кресле или сидя на стуле, облокотившись на спинку. Под голову кладётся валик. Выполняя массаж шеи и плеч, логопед находится за спиной ребёнка, осуществляя движения одновременно и параллельно двумя руками.

Массаж шеи и плеч

Направления движений при гипертонусе:

1. Сверху вниз вдоль позвоночника;
2. От позвоночника в стороны к плечам.

Выполняется 5-7 движений в каждом направлении. Используется сначала поглаживание, потом растирание, лёгкое похлопывание, закончить поглаживанием.

Виды массажа при гипотонусе:

Поглаживание, растирание, разминание с захватом мышц, энергичное похлопывание. Производится 10-12 движений. Направления движений аналогичны гипертонусу.

Массаж лица

Направление линий при гипертонусе:

1. От середины лба к вискам;
2. От бровей до корней волос;
3. От лба вниз до подбородка;
4. От подбородка по щекам к вискам;

Выполняется по 4-5 движений в каждом направлении всей ладонной поверхностью, либо пальцами с двух сторон одновременно. Используется поглаживание

5. От краёв губ с боку до середины по красной кайме, а также, захватывая области над верхней губой и под нижней губой;

6. Верхнюю губу сверху вниз, нижнюю губу снизу вверх. Выполняется по 4-6 раз одним или двумя пальцами (указательным и большим) с двух сторон одновременно. Используется поглаживание и лёгкое растирание.

Направление линий при гипотонусе:

1. От середины лба к вискам;
2. От носа по щекам вниз и в стороны;
3. От подбородка по щекам вверх.

Выполняется поглаживание, разминание в прямом и спиралевидном направлениях.

Направление линий для укрепления губ:

1. От середины верхней губы к углам рта
2. От середины нижней губы к углам рта
3. По носогубным складкам, крыльям носа

Используется поглаживание, растирание, разминание, пощипывание, а также захват большим и указательным пальцем с использованием растирания, разминания и пощипывания. Выполняется по 8-10 раз.

Массаж нёба

Ребёнок сидит на стуле, запрокинув голову, или лежит на кушетке. Под головой – валик. Логопед стоит лицом к ребёнку справа от него. Массаж выполняется подушечками вторых пальцев двумя руками одновременно.

До уранопластики:

1. От резцов по боковым поверхностям твёрдого и мягкого нёба к носоглотке. Используется поглаживание, растирание. Выполняется 8-10 движений;
2. От резцов к носоглотке. Выполняется вибрация круговыми колебательными движениями без надавливания в поперечном, продольном и зигзагообразном направлении. По 3-4 движения в каждом направлении;
3. От основания альвеолярных отростков к средней линии мягкого нёба. Используется поглаживание и растирание, 5-6 движений.

После уранопластики:

1. От передних резцов по направлению к твёрдому нёбу и носоглотке. Осуществляется поглаживание и растирание поверхности нёба, 5-6 движений;
2. От средней линии к шейкам зубов. Может быть использовано прерывистое поглаживание короткими рывками или растирание, 6-8 движений.

Однако, приёмы и дозировка применения различаются. При наличии гипертонуса во фрагментах мягкого нёба до хирургического лечения или в мягком нёбе после него упор делается на поглаживание, лёгкое растирание и усиление нагрузки при усилении точечного массажа. При гипотонусе используется разминание, растирание, точечный массаж лёгкими движениями. Количество движений при проявлении гипотонуса больше, чем при гипертонусе.

Массаж языка

Ребёнок сидит на стуле. Под головой валик. Логопед стоит лицом к нему.

Направление линий при гипертонусе:

1. От середины к краям и от корня к кончику языка. Осуществляется при помощи поглаживания и лёгкого растирания. Выполняется 5-6 движений плоским зондом, шпателем или пальцем;
2. От кончика языка по боковым краям к внутренней поверхности. Используется пощипывание кончика языка и его боковых краёв. Выполняется 4-5 движений.

Направление линий при гипотонусе:

1. Поглаживание плоскости языка от середины к кончику и из стороны в сторону;
2. Ритмичное надавливание шпателя на язык;
3. Лёгкие вибрирующие движения, выполняемые шпателем или плоским зондом;
4. Пощипывание кончика и боковых краёв языка.

Пассивная артикуляционная гимнастика

Гимнастика для губ:

1. Пальцами захватить губы ребёнка, слегка сжать их и оттянуть вперед;
2. Захватывать пальцами верхнюю и нижнюю губы отдельно, вытягивая их вперед;
3. Первый и второй пальцы поставить в углы рта ребёнка, плавными движениями, с лёгким усилием растягивать губы в улыбку;
4. Первый и второй пальцы поставить в углы рта, поднимать верхнюю губу к крыльям носа, обнажая дёсны;
5. Первый и второй пальцы поставить в углы рта, опускать нижнюю губу, обнажая дёсны;
6. Первые и второй пальцы поставить в углы рта, попеременно перетягивая углы рта вправо и влево;
7. Побуждать тянуться губами к пище/шпателю.

Гимнастика для языка:

1. Прижимать язык шпателем ко дну ротовой полости;
2. Прижимать язык шпателем вверх к нёбу;
3. Надавливать шпателем на кончик языка, отодвигать его назад, чтобы поднималась середина языка. Выполняется при гипотонусе;
4. Отклонять язык шпателем из одной стороны в другую. Если есть патологическое отклонение в какую-либо сторону, то на поражённой стороне делается большее количество движений. Увеличивается время удерживания языка в данном положении;
5. Захватить язык пальцами (с помощью салфетки), подтянуть на нижнюю губу, отвести обратно в ротовую полость;
6. Захватить пальцами язык, слегка оттянуть вперед, затем медленно переводить из одной стороны в другую, отвести обратно в ротовую полость;

7. Захватить язык пальцами, слегка оттянуть вперёд, медленно поднимать и опускать язык. Отвести обратно в ротовую полость;
8. Побуждать тянуться языком к пище, шпателью.

§8. Дисграфия при ринолалии

Причины нарушения письма:

1. Дефекты в анатомии органов речи, приводящие к компенсаторному перемещению артикуляционных зон, к поискам удобного артикуляционного участка. В результате образуются неправильные способы овладения звуками. При произнесении гласных звуков отмечается недифференцированная артикуляция с затушевыванием, противопоставлением их по признакам высоты, ряда и огубленности. Недостатки произношения шипящих и свистящих звуков, смешение этих двух групп. Затруднённость тонких движений задней части спинки языка. Результат: звуки «г» и «к» превращаются в звук «х» или искаженный вариант «д» и «т».
2. Нарушение функций мягкого нёба → нарушен нёбно-глоточный затвор → понижение давления воздуха в ротовой полости и утечка его через носовую полость. Результат: ребёнок смешивает носовые и ротовые звуки. Затушёвываются звуки различные по способу образования: фрикативный-смычный-аффриката-дрожящий. Не дифференцируются гласные и согласные звуки. В следствии – смешение звуков, не стойкое пользование ими в речи, большая вариативность их употребления.
3. Специфическая окраска гласных и согласных звуков: щёлкающий призыв, храп, свист, придыхание, гортанность → страдает артикуляция, а также просодические элементы речи. Все это препятствует различению звуков не только в устной речи, но и на письме.
4. Отсутствие кинестетической опоры. Результат: замена букв. Таким образом, замена букв соответствующих определенным гласным и согласным, отражают прежде всего несформированность фонем.
5. Нарушение одной из психологических предпосылок письма. Проговаривание звукового состава записываемого слова, которые помогают не только конкретизировать звуковой состав слова, но и превратить слышимые в данный момент звуковые варианты в чёткие речевые звуки (фонемы).

Характеристика нарушений письма

Для учащихся, с врождёнными расщелинами губы и нёба характерна, главным образом, замена букв, отражающие недоразвитие фонематической системы языка.

1. Наиболее специфичными являются замены букв соответствующих ротовым и носовым звукам:
«п-н, л'-н, д-н, т-к, м-б, б-м»; взаимозамещения букв, соответствующим носовым звукам: «л-н».

2. Большое количество замен букв относится к гласным звукам. Школьники ошибаются в написании не только безударных гласных: «ящерица – яцыриса, у Мурки – у Морки».
3. Нередко учащиеся допускают замены гласных, когда ими обозначаются мягкость предшествующего согласного: «брюки – бруки, клёны - клоны»
4. Недостаточным различением твердых и мягких звуков является смешивание «и – ы, ы - и»
5. Неправильное употребление мягкого знака «в банке – в баньке».
6. Значительное число специфических замен букв касается звонких и глухих звуков «белка – пелка»
7. В письменных работах учащихся наблюдается ряд ошибок данного типа: замены звонких глухими, глухие звонкими, и в обе стороны.
8. Взаимозамещение букв в соответствии свистящим звукам «лисица-лисиса, лежит - лезит»
9. Расщепление аффрикат («ц» на «т» и «с» и «ч» на «т» и «щ»).
10. Взаимозамещение букв т-д-г-к-х. Например, «непогода – неподода»
Взаимозамещение букв б-в-д-ф-т-п. Например, «вьёт – бьёт».
Замена свистящих и шипящих на «х». Например, «журавлиное-хуравлиное»
«Р» на «Л» и наоборот, в обе стороны.
11. Сокращение стечений согласных. Например, «серёжки – сеёжки».
Вставка лишних букв. Например, «синица – синтца»
Недописывание окончаний.

Методика устранения нарушений письма

Коррекционное обучение школьников с расщелинами губы и нёба направлено, прежде всего, на устранение причин нарушения письма. Коррекция состоит в преодолении недостатков произношения у детей, а также развитие у них способности осуществлять наблюдение, сравнение и обобщение в области речевой деятельности, а также развитие способности в области речевой деятельности. Следует, прежде всего, устранить недостатки звукопроизношения и голоса, научить правильно и чётко произносить звуки отдельно, в слогах, словах и связной речи. Подобным образом восстанавливается кинестетический анализ. С уточнением кинестетической характеристики звука создаются объективные условия для формирования фонетического слуха остаётся активизировать процесс фонемообразования через систему упражнений по доразвитию фонематического слуха и восприятия. Детей учат опознавать и выделять звуки на слух из речи окружающих, а также, своей собственной, соотносить звуковой вариант с фонемой.

В целом, коррекционное обучение учащихся по предупреждению и преодолению нарушений письма включает следующие разделы:

1. Развитие артикуляционного праксиса;
2. Постановка физиологического и речевого дыхания;
3. Коррекция фонетической стороны речи (артикуляцией и голосом);

4. Развитие фонематического слуха и восприятия.

Центральная задача обучения: развитие произносительной стороны речи, ликвидация назального тембра голоса. В процессе постановки звуков, ребёнок овладевает артикуляцией, однако письмо ещё не восстанавливается, т.к. таким способом не восполняются пробелы в фонематическом развитии. Овладение письмом тесно связано с развитием умения расчленять звуковой поток речи на отдельные фонемы → коррекционное обучение на данном этапе предусматривает тесную взаимосвязь между развитием звукового анализа и формированием произношения. При этом, коррекции произношения и голоса отводится больше времени, чем звуковому анализу. Все перечисленные задачи объединяет то, что они подготавливают необходимые условия не только для продуцирования звука, но и для его познания, которое лежит в основе овладения процессом письма.

Библиография

Коррекционно-методическая литература	
1	Пособие по восстановлению речи у больных с афазией. Э.С. Бейн, Э.Н. Герценштейн, З.Я. Руденко, С.Л. Таптапова и др.
2	Логопедическая работа при афазии на раннем этапе восстановления. М.К. Шохор-Троцкая, 1988, Москва.
3	Коррекционно-педагогическая работа при афазии. М.К. Бурлакова 1994. Москва.
4	Коррекционно-логопедическая работа при нарушениях голоса. С.Л. Таптапова, М., 1996
5	Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей. Е.С. Алмазова, М., 1997.
6	Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. И.И. Ермакова 1993, М.
7	Нарушения речи и голоса у детей. С.С. Ляпидевский, С.Н. Шаховская, 1999, М.
8	Воспитание речи заикающихся дошкольников. В.И. Рождественская, М., 1997
9	Практикум для заикающихся. И.А. Поварова М., 1995
10	Исправление заикания у школьников в процессе обучения. Н.А. Чевелева, М., 1996
11	Заикание: проблемы теории и практики. Л.И.Белякова, М., 1996
12	Преодоление заикания у детей. Н.А. Чевелева, М., 1997
13	Заикание – недуг устранимый. М.Е. Хватцев, М., 2001
14	Если ребенок заикается. И.Ю. Абелева, Н.Ф. Сеницына, М., 2001
15	От заикания к свободной речи. С.М. Любинская, М., 1999
16	А.Г. Арушанова. Истоки диалога, М., 2004
17	Лечение заикания у детей дошкольного возраста. Н.А. Власова, М. 1999

18	Устранение заикания у дошкольников в игре. И.Г. Выгодская, Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенская, М.,1995
19	Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. Г.А. Волкова, М., 2001
20	Игры и упражнения для исправления заикания. В.И. Рождественская, А.И. Павлова, М., 2002

Дополнительная литература

1	Логопедия. Правдина О.В.М., 2004
2	Воспитание и обучение детей с расстройствами речи. С.С. Ляпидевский, В.И. Селиверстов, М., 1993
3	Логопедия. Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева , М., 2003
4	Формирование навыков чтения у детей при тяжелых нарушениях речи. С.Ф. Иваненко, М., 2001
5	Коррекция звуков речи у детей. Л.Н. Ефименкова М.,1998
6	Дефектологический словарь. А.И. Дьячков, Т.А. Власова, Ф.Ф. Рау и др., М.,1970

Особая благодарность за помощь в подготовке материала выражается:

1. Кандидату педагогических наук, доценту Орешкиной М.Е.
2. Кандидату педагогических наук, профессору Рау Е.Ю.
3. Кандидату педагогических наук, доценту Кучумовой Т.А.

Научно-консультативный центр
ПРАКТИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ "КОНЦЕПТ"

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

афазия, заикание, ринолалия

В учебнике рассматриваются методологические, теоретические и практические аспекты логопедии, а также вопросы организации логопедической работы в области афазиологии, заикологии и ринологии. Описаны традиционные подходы и современные новые технологии в методике логопедической работы. Излагаются достижения отечественной и зарубежной теории и практики логопедии.