

МОСКОВСКИЙ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ –  
МОСКОВСКИЙ АРХИТЕКТУРНО-СТРОИТЕЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ

**Р.Е. Барабанов**

**РЕЧЬ КАК ВЫСШАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ:  
КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ**

*Учебное пособие для высших учебных заведений*

Москва  
МИТУ–МАСИ  
2021

**УДК 159.95**  
**ББК 88**  
**Б 24**

Под редакцией канд. психол. наук, доцента,  
заместителя руководителя Федеральной инновационной площадки  
ГБОУ ЦО № 1679 *Е.В. Емельяновой*

***Автор:***

доцент кафедры психолого-педагогических и театральных дисциплин  
МИТУ–МАСИ, старший научный сотрудник, советник Российской академии  
естествознания, руководитель Научно-консультативного центра практической  
психологии «Концепт» *Родион Евгеньевич Барабанов*

***Научный рецензент:***

логопед высшей квалификационной категории, нейродефектолог,  
сотрудник 2-ого педиатрического отделения клиники МЕДСИ,  
руководитель сектора нейрореабилитации Научно-консультативного  
центра практической психологии «Концепт» *Гульнора Куватовна Абидова*

**Б 24      Речь как высшая психическая функция: краткое изложение :**  
учебное пособие для высших учебных заведений / Р.Е. Барабанов ;  
под ред. Е.В. Емельяновой ; Московский архитектурно-строительный  
институт. – М. : МИТУ–МАСИ, 2021. – 56 с. – Текст : электронный.  
ISBN 978-5-91195-084-2

В пособии представлены теоретические и практические основы логопедии, основные типы нарушений речи и речемыслительной деятельности при различных формах ограниченных возможностей здоровья, сведения об организации речевых и неречевых процессов, технологии коррекционно-логопедического воздействия. Содержательно материал пособия соответствует традиционной логопедической науке. Текст краток, лаконичен, минимализирован, представлен в виде тезисов. Такая подача материала обеспечивает усвоение его при самостоятельной работе студентов и оптимизирует учебный процесс.

Пособие адресовано студентам (бакалавриат, магистратура), изучающим курс речевой патологии, клинической и специальной психологии, оно может быть использовано слушателями на курсах повышения квалификации и переподготовке педагогов-практиков.

**УДК 159.95**  
**ББК 88**

© Р.Е. Барабанов, 2021  
© Московский информационно-технологический  
университет – Московский архитектурно-  
строительный институт, 2021

ISBN 978-5-91195-084-2

## § 1. С ЧЕГО НАЧИНАЕТСЯ РЕЧЬ? ОНТОГЕНЕЗ РЕЧЕВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Крик** здорового ребенка характеризуется звонким и продолжительным голосом, коротким вдохом и удлиненным выдохом.

Уже вскоре после рождения крик приобретает различную обертональную окраску в зависимости от состояния ребенка. Так, крик «голода» отличается от крика, связанного с охлаждением ребенка, или другими состояниями, ощущениями дискомфорта. Крик является первой интонацией, значимой по своему коммуникативному содержанию, которая в дальнейшем оформляется как сигнал недовольства.

Ко 2–3-му месяцу жизни крик ребенка значительно обогащается интонационно. При крике отмечается усиление некоординированных движений рук и ног. С этого возраста ребенок начинает реагировать криком на прекращение общения с ним, удаление ярких предметов из поля зрения и т.п.

Интонационное обогащение крика свидетельствует о том, что у ребенка начала формироваться функция общения.

Период интенсивного-интонационного обогащения крика совпадает с определенным этапом развития моторики. Ребенок начинает держать голову вертикально, разжимать и сжимать кисть, удерживать вложенный в руку предмет. В это же время ребенок начинает прислушиваться к звукам речи, отыскивать взглядом источник звучания, поворачивать голову к говорящему, сосредотачивая свое внимание на лице, губах взрослого.

К 2–3-м месяцам жизни появляются специфические голосовые реакции – **гуление**. К ним относятся звуки кряхтения, радостного повизгивания. Их с трудом можно идентифицировать со звуками родного языка. Однако можно выделить звуки, которые напоминают гласные (а, о, у, э), наиболее легкие для артикулирования; губные согласные (п, м, б), обусловленные физиологическим актом сосания, и заднеязычные (г, к, х), связанные с физиологическим актом глотания.

В период гуления, помимо сигналов недовольства, выраженных криком, появляется интонация, сигнализирующая о состоянии благополучия ребёнка, которая время от времени начинает носить выражение радости.

Между 4-мя и 5-ю месяцами жизни начинается следующий этап предречевого развития ребенка – **лепет**. Этот период совпадает с формированием у ребенка функции сидения. Первоначально ребенок пытается присаживаться. Постепенно у него возрастает способность удерживать туловище в положении сидя, что обычно окончательно формируется к 6-ти месяцам жизни.

В этот период лепетных звуков появляется признак локализованности и структурация **слога**. Голосовой поток, характерный для гуления, начинает распадаться на слоги, постепенно формируется психофизиологический механизм слогообразования.

Гуление и первый этап лепета осуществляются благодаря врожденным программам центральной нервной системы, не зависят от состояния физического слуха детей и не отражают фонетический строй родного языка, то есть они являются филогенетической речевой памятью в функциональной системе речи.

В 1-м полугодии жизни идет диффузная отработка **координации фонаторно-дыхательных механизмов**, лежащих в основе формирования устной речи.

Лепетная речь, являясь **ритмически** организованной, тесно связана с ритмическими движениями ребенка, потребность в которых появляется к 5–6-ти месяцам жизни. Взмахивая руками или прыгая на руках у взрослых, он по несколько минут подряд ритмически повторяет слоги «та-та-та», «га-га-га» и т.д. Этот ритм представляет собой архаическую фазу языка, что и объясняет его раннее появление в речевом онтогенезе.

Дальнейшее развитие речи связано с обязательным речевым (слуховым) и зрительным контактом со взрослым человеком, то есть необходима сохранность слуха (в первую очередь) и зрения. На этом этапе онтогенеза лепетного языка у ребенка с сохранным слухом прослеживаются явления аутоэхолалии. Ребенок подолгу повторяет один и тот же открытый слог (ва-ва-ва, га-га-га). При этом можно заметить, как он сосредоточенно слушает себя (второй этап в развитии лепета).

После 8-ми месяцев постепенно звуки, не соответствующие фонетической системе родного языка, начинают угасать и появляются новые речевые звуки, сходные с фонемами речевого окружения.

Третий этап в развитии лепета – ребенок начинает произносить «слова», образованные повторением одного и того же слога по типу: «баба», «мама». В попытках вербальной коммуникации дети в 10–12 месяцев жизни уже воспроизводят наиболее типичные характеристики ритма родного языка. Временная организация таких доречевых вокализаций содержит элементы, аналогичные ритмическому структурированию речи взрослых. Такие “слова”, как правило, не соотносятся с реальным предметом, хотя ребенок произносит их достаточно четко. Этот этап лепета обычно бывает коротким, и ребенок вскоре начинает говорить первые слова.

**Первые слова** появляются к концу первого года жизни. Этот период совпадает с новым этапом развития психомоторики. Ребенок начинает делать первые шаги, в короткое время обучается ходить. Развивается активная манипулятивная деятельность рук. В захватывании кистью предметов начинает участвовать большой палец и конечные фаланги остальных пальцев.

Произнося первые слова, ребенок воспроизводит их общий звуковой облик, обычно в ущерб роли в нем отдельных звуков. Все исследователи детской речи единодушны в том, что фонетический строй речи и словарь дети усваивают не параллельно, а последовательными скачками. Освоение и развитие фонетической системы языка идет вслед за появлением слов, как семантических единиц.

Скорость овладения активным словарем в дошкольном возрасте протекает индивидуально. Особенно быстро пополняется словарь в последние месяцы 2-го года жизни. Исследователи приводят разные данные по количеству слов, употребляемых ребенком в этот период, что указывает на большую индивидуальность в темпе развития речи.

К концу второго года жизни формируется элементарная фразовая речь.

**Элементарная фразовая речь** включает в себя, как правило, 2–3 слова, выражающие требования («мама, дай», «папа, иди», «Лиле пить дать»). Если к 2,5 годам у ребенка не формируется элементарной фразовой речи считается, что темп его речевого развития начинает отставать от нормы.

На третьем году жизни резко усиливается потребность ребенка в общении. В этом возрасте не только стремительно увеличивается

объем общеупотребительных слов, но и возрастает возникшая в конце второго года жизни способность к словотворчеству.

В речи трехлетнего ребенка постепенно формируется умение правильно связывать разные слова в **предложения**. От простой двухсловной фразы ребенок переходит к употреблению сложной фразы с использованием союзов, падежных форм существительных, единственного и множественного числа. Со второго полугодия третьего года жизни значительно увеличивается число прилагательных.

После трех лет интенсивно развивается фонематическое восприятие и овладение звукопроизношением. Считается, что звуковая сторона языка при нормальном речевом развитии ребенка полностью формируется к четырем-пяти годам жизни.

Звуки русского языка появляются в речи ребенка в следующей последовательности: взрывные, щелевые, аффрикаты. Позднее всего дети обычно начинают произносить дрожащий «р».

Артикуляторная программа в онтогенезе формируется таким образом, что **безударные слоги** в процессе устной речи подвергаются компрессии, то есть длительность произнесения безударных гласных значительно редуцируется. **Ритмической структурой слова** ребенок овладевает постепенно. В дошкольном возрасте ребенок плохо управляет своим голосом, с трудом меняет его громкость, высоту. Только к концу четвертого года жизни появляется шепотная речь.

Начиная с четырех лет жизни фразовая речь ребенка усложняется. В среднем предложение состоит из 5–6 слов. В речи используются предлоги и союзы, сложноподчиненные и сложносочиненные предложения. В это время дети легко запоминают и рассказывают стихи, сказки, передают содержание картинок. В этом возрасте ребенок начинает оречевлять свои игровые действия, что свидетельствует о формировании регуляторной функции речи.

К пяти годам ребенок полностью усваивает обиходный словарь.

В 5–6 лет ребенок овладевает типами склонений и спряжений. В его речи появляются собирательные существительные и новые слова, образованные с помощью суффиксов.

К концу пятого года жизни ребенок начинает овладевать контекстной речью, то есть самостоятельно создавать текстовое сообщение. Его высказывания начинают напоминать по форме короткий рассказ. В активном словаре появляется большое количество слов,

сложных по лексико-логической и фонетической характеристикам. Высказывания включают фразы, требующие согласования большой группы слов.

Наряду с количественным и качественным обогащением речи, возрастанием ее объема в речи ребенка 5–6-ти лет наблюдается увеличение грамматических ошибок, неправильные изменения слов, наблюдаются нарушения в структуре предложений, затруднения в планировании высказывания.

В период становления монологической речи идут поиски адекватного лексико-грамматического оформления высказывания, что выражается в появлении **пауз хезитации**. Пауза хезитации отражает мыслительную активность говорящего, связанную с поиском адекватной лексемы или грамматической конструкции. По мнению Р.Е. Левиной, в этом возрасте аффективное напряжение ребенка относится не только к содержанию контекстной речи, но и к ее лексико-грамматическому оформлению.

Примерно к шести годам формирование речи ребенка в лексико-грамматическом плане можно считать законченным.

К седьмому году жизни ребенок употребляет слова, обозначающие отвлеченные понятия, использует слова с переносным значением. К этому возрасту дети полностью овладевают разговорно-бытовым стилем речи.

Наряду с постепенным овладением лексико-грамматическим строем и фонетической системой родного языка, в дошкольном возрасте постепенно развиваются механизмы координации между дыханием, фонацией и артикуляцией, что обеспечивает **формирование речевого дыхания**. В возрасте трех лет эти механизмы находятся в фазе начального становления. В этом возрасте ребенок может произносить отдельные слова или фразы в любую фазу дыхания, как во время вдоха, так и во время выдоха, а также в период паузы между ними.

В возрасте шести лет соотношение артикуляторного и дыхательного компонентов в процессе устной-речи продолжает оставаться непостоянным. Однако произнесение одного слова вслух у большинства детей уже происходит в фазе начала выдоха. При этом **длительность выдоха** соответствует выполняемой речевой задаче, то есть **длине произносимого слова**. В то же время в процессе произнесения

фразы дыхание нарушается. Дети этого возраста еще не могут произнести всю фразу в процессе одного выдоха. Часть фразы может произноситься ими на вдохе, или они делают для этого дополнительный поверхностный вдох для полного завершения фразы.

У детей десяти лет так же, как и у взрослых, произнесение как отдельных слов, так и фразы, всегда происходит в фазе выдоха. К этому возрасту происходит формирование циклов речевого дыхания, которые начинают соответствовать **синтагматическому делению текста**.

Формирование координаторных механизмов в деятельности периферического речевого аппарата проходит сложный процесс. Становление речевого дыхания завершается лишь к 10-ти годам.

Таким образом, в дошкольном возрасте проходит процесс интенсивного формирования двух основных сторон речевого процесса: психического и речедвигательного.



## § 2. СЕНЗИТИВНЫЙ ПЕРИОД И ГИПЕРСЕНЗИТИВНЫЕ ФАЗЫ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Весь период речевого развития от 1 до 6 лет считается сензитивным. Именно в этот период дети могут особо продуктивно освоить устную речь.

Если в сензитивный период развития речи организм ребенка претерпевает влияние каких-либо вредон. В любом случае, овладение устной речью в период воздействия вредоносных факторов затрудняется. Соматические и особенно нервно-психические заболевания, а также эмоциональная депривация, ограничение речевого общения могут вести к задержке, искажению и патологии речевого развития.

Помимо того, что весь период от 1 до 6 лет считается сензитивным для развития речи, на этом фоне отмечаются достаточно ограниченные по времени гиперсензитивные фазы.

Первая из них относится к периоду накопления **первых слов**. Условно это период от **1 до 1,5 лет**. Гиперсензитивность этой фазы сводится, с одной стороны, к тому, что адекватное речевое общение взрослого с ребенком позволяет ребенку достаточно быстро накапливать слова, являющиеся основой для дальнейшего нормального развития фразовой речи, с другой стороны, недостаточное речевое общение со взрослым, соматические и психические стрессы легко приводят к разрушению формирующейся речи. Это может проявляться в задержке появления первых слов, в «забывании» тех слов, которыми ребенок уже владел, и даже в остановке речевого развития.

Вторая гиперсензитивная фаза в развитии речи относится в среднем к периоду **трех лет** (2,5–3,5 года). Это период, когда ребенок активно овладевает **развернутой фразовой речью**. То есть, в это время ребенок делает переход от несимволической к символической вербализации, от односложных фраз к комплексным и иерархически организованным синтаксическим и семантическим структурам. Именно в этот период резко усложняется внутреннеречевое программирование.

Реализация ребенком речевого замысла на этом этапе сопровождается не только психическим, но и эмоциональным напряжением. Все это отражается на характере устной речи. В речи ребенка **появля-**

**ются паузы**, которые могут возникать не только между отдельными фразами, но и в середине фраз и даже слов (дизритмия речевого высказывания). Появление пауз внутри слов как между слогами, так и внутри слогов то есть онтогенетические **паузы хезитации**, характерны только для детей в период формирования фразовой речи. Эти паузы свидетельствуют об интенсивном формировании внутриречевого программирования.

Помимо пауз, появляются повторения слогов, слов или словосочетаний – **физиологические итерации**. Этот период сопровождается определенными **особенностями речевого дыхания**. Ребенок может начинать речевое высказывание в любую из фаз дыхательного акта: *на вдохе, выдохе, в паузу между выдохом и вдохом*. Нередко речевые высказывания детей этого возраста сопровождаются выраженными вегетативными реакциями: покраснение, учащение дыхания, общее мышечное напряжение.

В этот период речь самого ребенка становится средством его интеллектуального и речевого развития. У ребенка трех лет появляется повышенная потребность в речевой активности. Он говорит постоянно, обращается к взрослому с вопросами, инициативно подключая взрослого в общение с собой.

Любые, главным образом, психические стрессы в этот период, а также любые виды сенсорных деприваций могут не только изменить темп речевого развития (задержку речевого развития), но и привести к патологии речи (заикание).

Третий гиперсензитивный период наблюдается в **5–6 лет**, когда в норме формируется **контекстная речь**, то есть самостоятельное порождение текста. В этот период у ребенка интенсивно развивается и существенно усложняется механизм перехода внутреннего замысла во внешнюю речь. Как и в возрасте трех лет, центральная нервная система детей 5–6 лет испытывает особое напряжение в процессе речи.

И это время можно наблюдать **«сбои» речевого дыхания** в момент произнесения сложных фраз, увеличение количества и длительности пауз, связанных с затруднениями лексико-грамматического оформления высказывания.

### § 3. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ ЭТАПОВ ДОВЕРБАЛЬНОГО И НАЧАЛЬНОГО ВЕРБАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ (ПО Н.С. ЖУКОВОЙ, Е.М. МАСТЮКОВОЙ, Т.Б. ФИЛИЧЕВОЙ)

<i><b>Возраст (месяцы)</b></i>	<i><b>Основные показатели довербального и вербального развития</b></i>
1	Реакция сосредоточения на речевое общение с ребёнком
2	Улыбка при общении
3	Комплекс оживления при общении со взрослым, гуление
4	Дифференциация комплекса оживления, смех
5	Дифференциация звука, певучее гуление
6	Лепет
7	Готовность к совместной игровой деятельности, ориентация на колокольчик – вызванная реакция
8	Реакция на незнакомое лицо, повторение одинаковых слогов («ба-ба» и т.д.)
9	Общение с помощью жестов, игра в «ладушки»
10	Ситуационное понимание обращённой речи, предметно- действенное общение со взрослым, использование 1–3 «лепетных слов», понятных при соотнесении с ситуацией
11	Использование 3–4 «лепетных слов» с соотнесением
12	Использование 3–4 «лепетных слов» с соотнесением; понимание простой инструкции без жеста
15	Словарный запас увеличивается до 6 слов, ребёнок понимает простую инструкцию без жеста

18	Показывает одну из частей тела, словарный запас до 7–20 слов
21	Показывает 3 части тела, использует фразу из 2-х слов, словарный запас – 20 слов
24	Показывает 5 частей тела, имеет словарный запас минимум 50 слов. Понимает двухэтапную инструкцию, неадекватно использует местоимение «я», «ты», «мне», предложения строит из 2-х слов
30	Адекватно использует местоимение «я», «ты», «мне»; повторяет две цифры в правильной последовательности, имеет понятие «один»
36	Словарный запас 250 слов, использует предложение из трех слов, овладел множественным числом существительных и глаголов. Ребёнок называет свое имя, пол и возраст, понимает значение простых предлогов; выполняет задания типа «положи кубик под чашку», «положи кубик в коробку»

## § 4. РАЗЛИЧИЯ АКУСТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РЕЧИ: ТЕМП И РИТМ, КАК ЭЛЕМЕНТЫ ИНТОНАЦИИ

	<i>Темп</i>	<i>Ритм</i>
Определение	Скорость протекания речи во времени или число звуковых единиц, произносимых в единицу времени	Звуковая организация речи при помощи чередования ударных и безударных слогов
Метрические признаки	Звуковой единицей могут быть звук, слог и слово. Измеряется числом звуковых единиц, произносимых в единицу времени. У взрослого темп речи в спокойном состоянии варьируется от 90 до 175 слогов в минуту	Метрические признаки ритма составляют его «скелет», что отражено в метрических схемах (количество и порядок ударных и безударных слогов)
Виды	Различают три основных вида темпа: нормальный, быстрый и медленный	Различают ряд компонентов ритма. Основным свойством речевого ритма является регулярность
Свойства	Темп у одного и того же человека может быть как стабильным, так и изменяющимся	Основным свойством речевого ритма является регулярность

## **§ 5. РИТМ КАК СРЕДСТВО РЕЧЕВОЙ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ САМОРЕГУЛЯЦИИ НА МОДЕЛИ ЗАИКАНИЯ (ПО Е.Ю. РАУ, Е.С. КАЗБАНОВОЙ)**

Заикание – это сложное психофизиологическое расстройство, связанное с нарушением плавности речи. Понятие плавность речи связано с интонационной выразительностью речи в целом, где особое значение имеет её темпо-ритмическая организация. Эти параметры являются так называемыми паралингвистическими средствами вербальной коммуникации человека и имеют особое значение для психологии общения. Основным проявлением нарушения темпо-ритмической организации речи при заикании являются судорожные сокращения мышц в различных отделах речевого аппарата (дыхательном, голосовом, артикуляционном), что приводит к прерыванию речевого потока, в связи с чем принято рассматривать данную речевую патологию как нарушение общения. Остановимся подробнее на понятиях темпа и ритма. В Большой Советской Энциклопедии им даны следующие определения:

Темп (от латинского «tempus» – «время»)

- «степень скорости, быстроты движений, осуществления чего-либо;
- в физических упражнениях определённая частота повторения равномерно выполняемых многократных движений, например шагов при ходьбе, беге».

Термин ритм (от греческого «rhythmos», «rheo» – теку) явление многозначное и определяется как «воспринимаемая форма протекания во времени каких-либо процессов».

Ритм изучается различными научными областями, поскольку является фундаментальным атрибутом живых и неживых систем. Речевой ритм, по мнению Н.И. Жинкина, представляет собой чередование ударных и безударных слогов и играет важную роль в организации двигательного стереотипа речи. Можно сказать, что организм человека представляет собой совокупность большого числа ритмических циклов (ритмы сокращения сердца, дыхания, работы мозга, синтеза белка и др.), работающих согласованно между

собой. Здоровье человека находится в значительной зависимости от согласованности этой работы. Поэтому говоря о нарушении речевого ритма, некоторые исследователи, например, М.И. Лохов, рассматривают заикание как пограничное психическое расстройство, в основе которого лежит рассогласование в межструктурных связях головного мозга и его полушарий, общие резидуальные поражения мозговых структур, что отвечает концепции устойчивого патологического состояния (УПС), положения которого разработаны академиком Н.П. Бехтеревой и её школой. Л.И. Белякова пишет о том, что факт появления судорожных запинок свидетельствует о возникновении патологической функциональной системы речи, сопровождающейся усилением возбуждения эмоциогенных структур мозга с образованием в них застойной патологической активности. Любое усиление эмоционального возбуждения ухудшает состояние центральной нервной системы и провоцирует судорожные запинки. В.М. Шкловский считает, что заикание относится к особому виду речевой апраксии и является своеобразным нарушением реципрокного взаимодействия полушарий. Более ранние исследователи феноменологии заикания, такие, как М.Е. Хватцев, определяли заикание как невроз, «проявляющийся в процессе речи в судорогах звукопроизводящих механизмов, с одновременными болезненными изменениями в сфере психической, в частности – эмоциональной и волевой». Помимо представленного выше психофизиологического подхода в изучении заикания, были учёные – приверженцы психотерапевтического направления: например, в противоположность сложившейся ранее дидактической системе, ставившей в основу лечения данной речевой патологии гимнастику речи, Г.Д. Неткачев считал, что при заикании прежде всего возникают изменения в личности заики. Психолингвистический аспект изучения заикания ярко выражен в трудах И.Ю. Абелевой, которая пыталась установить, на какой фазе речевой коммуникации возникают судорожные запинки. Ею было выявлено, что произносительный механизм речи ломается при намерении говорить, что, вероятно, связано с эмоциональным дискомфортом, проявляющемся в страхе речи (логофобии).

Как мы видим, многие исследователи выделяли связь такого комплексного расстройства, как заикание, с эмоциональной сферой личности. Поэтому в данной статье мы рассматриваем ритм как средство речевой и эмоциональной саморегуляции на модели заикания.

Замечено, что комплексные методики коррекции заикания с использованием психотерапевтических приёмов, воздействующих на эмоциональную сферу, гораздо более эффективны, чем дидактические методики. Однако и у дидактических приёмов есть положительная сторона: это использование ритмики для возобновления правильного функционирования различных отделов речевого аппарата. М.Е. Хватцев писал, что при заикании вся работа основывается на ритме, а «главные упражнения – чёткое ритмическое чтение по слогам под отбиваемый рукой такт с постепенным ускорением темпа чтения». Отдельным направлением в логопедической работе с заикающимися является логоритмика. В системе Л.З. Арутюнян ритмизация речи осуществляется при помощи синхронизации речи с движениями пальцев ведущей руки, определяющими ритмико-интонационный рисунок фразы, когда с участием руки отрабатывается модель послогового проговаривания. Другими приёмами ритмизации речи можно считать замедленную речь с сохранением редукции, послоговую речь с сохранением ударности, всех позиций слогов, но с увеличением времени на произнесение каждого слога с сохранением слабой редукции; дирижирование; а также описанный ещё И.А. Сикорским приём звукового (побуквенного) произношения со вставкой гласной после каждого согласного. Также в качестве приёма ритмизации речи используется отстукивание, одновременное с проговариванием; скандированная речь с равноударными слогами; полный стиль произношения, который не предполагает редукции, основываясь на полногласии и дополнительном акцентировании первого слога каждого слова. Это вид речи, который используется в некоторых коммуникативных ситуациях, лицами определённых профессий и ярко представлен в пении, в устной речи при общении на далёкие расстояния, затруднённой слышимости, при письме под диктовку, при произнесении незнакомых для слушателя и многосложных слов.

В настоящее время ряд перечисленных приёмов, помимо традиционных методик, используется также в компьютерных программах коррекции заикания. Такие программы основываются на принципе биологической обратной связи, когда программа анализирует непрерывность (плавность) речи говорящего, и направлены на выработку визуально-кинестетических и визуально-аудиальных условно-рефлекторных связей в ЦНС, позволяющих впоследствии



сознательно контролировать темпоритм и эмоциональность речи в любых ситуациях общения. Однако существенным недостатком этих программ является отсутствие реальной ситуации общения, в которой и проявляется заикание.

Итак, мы видим, что в работе над ритмикой речи коррекционная работа базируется на слоге. Почему именно слог является основой для формирования новой речи без судорожных запинок? Потому что именно слог, как первоначальный «кирпичик» речи, остаётся неповреждённым, когда вся остальная речевая система при заикании разрушена. Слог можно представить как некоторый «блок», содержащий часть программы синтеза речи. Слоги в слитной речи объединяются в синтагмы, которые являются более длинным отрезком программы, управляющей синтезом речи. В ней оказывается заложена определённая последовательность слогов, реализуемая в некотором сложном ритме. М.И. Лохов в своей работе поясняет, почему именно ритм способен оказывать лечебное воздействие. Психолог Лакан, исследуя теорию психоанализа З. Фрейда, выдвигает тезис о том, что бессознательное сконструировано как язык. По особенностям речи человека – повторам определённых слов, длительности пауз, смещению ударения – можно судить о важнейших жизненных событиях и желаниях, которые были вытеснены в сферу бессознательного. На этой основе Лакан создаёт психотерапию, особенность которой – работа врача над речью больного: восстановление пропущенного, выяснение роли ударений и пауз позволяет врачу создать из речи больного связную историю и совместно с больным перестроить его чувства, мышление и поведение соответствующим образом. В.В. Налимов расширяет теорию Лакана: он отводит языку функцию передачи не только осознанного, но и бессознательного, он находит ту составляющую языка, через которую бессознательное частично осознаётся. Этой частью является ритм.

Итак, современные методики коррекции заикания, совмещая дидактическую и психотерапевтическую составляющие, включают в себя работу над воссозданием плавности речи (а значит, работу и над речевой ритмикой) и комплексное воздействие на личность пациента, особенно на способы эмоционального реагирования в различных ситуациях речевого общения.

В связи с этим и с тем, что у заикающихся «потерян» ритм речи ввиду её постоянного прерывания запинками, нужно организовать

специальную работу над ритмом, формируя у пациентов ритмическое чувство, которое развивается путём использования как вербальных, так и невербальных стимулов.

Рассмотрим взаимосвязь ритма и эмоций в курсе комплексной логопсихотерапии заикающихся подростков и взрослых, систематически проводимого на базе кафедры логопедии МПГУ кандидатом педагогических наук Е.Ю. Рау. Во время занятий пациенты вырабатывают новую речевую программу правильной речи без заикания, одновременно «стирая» старую речевую программу. Модель возникновения заикания при этом представляется следующим образом.

В момент ярко выраженного эмоционально нестабильного состояния (например, стресса), когда в эмоциогенных структурах мозга появляется очаг повышенного возбуждения, впервые возникают судорожные запинки.

Человек слышит свою неправильную речь и оценивает её как таковую, видит реакцию собеседника, чувствует судорожные сокращения мышц речевой системы в различных её отделах. Таким образом работает механизм обратной связи, оценивания результата выполненного действия, обратная афферентация. Человек осознаёт сам факт появления заикания.

Со временем такое эмоциональное возбуждение становится пусковым механизмом для появления запинок (а впоследствии факт предстоящего говорения вызывает неадекватные по силе эмоциональные реакции), и передающаяся по всем трём каналам связи (слуховому, зрительному, проприорецептивному) информация отвечает ожиданиям говорящего: собеседник реагирует на запинки, сам пациент слышит свою неправильную речь, мышцы речевого аппарата судорожно сокращаются. Возникает порочный круг: рождение определённого эмоционального состояния (как правило, ситуации общения или даже мысли о речи) становится причиной запинок, нарушением плавности речи, её дизритмией. Возникает устойчивая программа порождения заикания.

С началом курса занятий путём дестабилизации устойчивого патологического состояния (а именно очага повышенного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга) параллельно со «стиранием» (режимом молчания вне занятий) программы неправильной речи осуществляется формирование новой программы уже новой, плавной речи. Это может быть достигнуто с помощью выработки

«необычной» для пациента речи, а ритмизированная речь является таковой. В обычных условиях мы не пользуемся такой речью, однако в курсе логопсихотерапии она позволяет переключить внимание пациента с возможности появления запинок на речевую технику, являясь вербальным стимулом. Данная техника называется полным стилем произношения (ПСП) и описана выше. Ритмизирование осуществляется не только на речевом уровне, но и в самой организации занятий, в аутотренинге, проводимом под метроном, в упражнениях дыхательной гимнастики, подборке ритмизированных текстов, пении, игре на ударных музыкальных инструментах, элементах танце-двигательной терапии. В результате использования приёмов ритмизации всех видов деятельности пациентов на основе вербальных и невербальных стимулов оптимизируется усвоение новой бессудорожной речевой программы. А самое главное – на фоне использования данных коррекционных приёмов у пациентов возникает пролонгированное эмоционально положительное состояние, которое «включается», когда пациент произвольно начинает использовать новую речевую программу. Данное состояние вводится в процессе аутотренинга. Новая ритмизированная бессудорожная речь вызывает такое состояние, регистрирующееся тремя каналами связи, а с помощью обратной афферентации в мозг передаётся информация о том, что речь плавная. В то же время реакция собеседника обусловлена не качеством речи партнёра, а скорее её смысловым компонентом. Эмоционально комфортное состояние при использовании ритмизированной речи закрепляется на функциональных речевых тренировках по овладению ораторским мастерством.

В дальнейшем ритмизированность речи становится менее утрированной, а пациент закрепляет умение произвольно пользоваться новой речевой программой вне зависимости от сложности ситуации общения.

Таким образом, ритмизированная речь рождает комфортное эмоциональное состояние, способствует угасанию очага застойной активности в эмоциогенных структурах мозга. Речь, теряя свою повышенную значимость для пациента, перестаёт быть психологически травмирующим фактором, становясь эффективным способом эмоциональной регуляции.

## § 6. РИТМ В СТИХАХ

**Хорей** – это стих, где ударения должны падать на нечетные слоги. Значит, формула хорей – 1, 3, 5, 7, 9... и т.д.

\* \* \*

Выхожу один я на дорогу;  
Сквозь туман кремнистый путь блестит;  
Ночь тиха. Пустыня внемлет богу,  
И звезда с звездою говорит.

В небесах торжественно и чудно!  
Спит земля в сиянье голубом...  
Что же мне так больно и так трудно?  
Жду ль чего? жалею ли о чем?

Уж не жду от жизни ничего я,  
И не жаль мне прошлого ничуть:  
Я ищу свободы и покоя!  
Я б хотел забыться и заснуть! –

Но не тем холодным сном могилы...  
Н б желал навеки так заснуть,  
Чтоб в груди дремали жизни силы,  
Чтоб, дыша, вздымалась тихо грудь;

Чтоб всю ночь, весь день мой слух лелея,  
Про любовь мне сладкий голос пел,  
Надо иной чтоб, вечно зеленея,  
Темный дуб склонялся и шумел.

*(М.Ю. Лермонтов)*

**Ямб** – это стих, где ударения должны падать на четные слоги. Значит, формула ямба – 2, 4, 6, 8, 10... и т.д.

\* \* \*

Конечно, царь: сильна твоя держава,  
Ты милостью, раденьем и щедротой

Усыновил сердца своих рабов.

Но знаешь сам: бессмысленная чернь

*(А.С. Пушкин, «Борис Годунов»)*

\* \* \*

Ты погрусти, когда умрёт поэт,

Покуда звон ближайшей из церквей

Не возвестит, что этот низкий свет

Я променял на низший мир червей.

*(У. Шекспир; перевод С.Я. Маршака)*

**Дактиль** – это стих, где ударения должны падать на слоги: 1, 4, 7, 10... и т.д.

\* \* \*

Солнце садится, и ветер утихнул летучий,

Нет и следа тех огнями пронизанных туч;

Вот на окраине дрогнул живой и нежгучий,

Всю эту степь озаривший и гаснущий луч.

Солнца уж нет, нет и дня неустанных стремлений,

Только закат будет долго чуть зримо гореть;

О, если б небо судило без тяжких томлений

Так же и мне, оглянувшись на жизнь, умереть!

*(А.А. Фет)*

**Амфибрахий** – это стих, где ударения должны падать на слоги 2, 5, 8, 11... и т.д.

### ***Три пальмы***

В песчаных степях аравийской земли

Три гордые пальмы высоко росли.

Родник между ними из почвы бесплодной,

Журча, пробивался волною холодной,

Хранимый, под сенью зеленых листов,

От знойных лучей и летучих песков.

*(М.Ю. Лермонтов)*

\* \* \*

Как ныне сбирается вещий Олег  
Отмстить неразумным хозарам...

*(А.С. Пушкин)*

\* \* \*

По небу полуночи ангел летел  
И тихую песню он пел.

*(М.Ю. Лермонтов)*

**Анапест** – это стих, где ударения должны падать на слоги: 3, 6, 9, 12... и т.д.

\* \* \*

Размышления у парадного подъезда  
Вот парадный подъезд. По торжественным дням,  
Одержимый холопским недугом,  
Целый город с каким-то испугом  
Подъезжает к заветным дверям;

*(Н.А. Некрасов)*

\* \* \*

О, весна без конца и без краю –  
Без конца и без краю мечта!  
Узнаю тебя, жизнь! Принимаю!  
И приветствую звоном щита!

*(А. Блок)*

## **§ 7. ПОЭТАПНОЕ ОБУЧЕНИЕ ПОЛНОМУ СТИЛЮ ПРОИЗНОШЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ТЕМПО-РИТМОИНТОНАЦИОННОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ (СТРАДАЮЩИХ КЛАТТЕРИНГОМ И ЗАИКАЮЩИХСЯ)**

Первый этап – формирование замедленного полного стиля произношения путем утрированной артикуляции гласных звуков. Постановка гласных на основе синтеза зрительных, двигательных и слуховых ассоциативных образов.

Второй этап – формирование специфически-утрированного «вхождения в речь», путем использования особого ритмического рисунка «интонационной люльки» (для профилактики запинок в начале фразы).

Третий этап – формирование специфически-утрированного ритмического рисунка «интонационной люльки» в любой фазе произнесения для профилактики возможных запинок.

Четвертый этап – формирование специфически-утрированного, слитно-протяжного произнесения соединительных союзов «и» и «да» в речевом потоке по модели «интонационной люльки» с целью достижения максимальной непрерывности речевого потока.

Пятый этап – формирование смычных согласных как аналогов щелевых, с использованием придыхания для профилактики судорожности губного и язычного отделов артикуляторного аппарата.

Шестой этап – формирование смешанного использования полного и разговорного стилей произношения в речевом потоке с целью максимального приближения ритмоинтонационной стороны речи заикающихся к естественному, разговорному стилю.

Седьмой этап – формирование навыков свободного, импровизированного использования полного стиля произношения в различных условиях речевой коммуникации, путем игрового моделирования ситуаций общения, а также проведения функциональных речевых тренировок в реальных жизненных ситуациях.

Автоматизация навыков речевой саморегуляции и введение их в речевую коммуникацию. Закрепление данных приемов на основе использования «эталонных текстов», а также на игровых моделях речевых ситуаций. Поэтапное овладение студентами различными приёмами коррекции темпоритма заикающихся.

## **§ 8. СПЕЦИФИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ И СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

### ***8.1. Задержка психического развития***

**Психолого-педагогическая характеристика.** Следует отметить некоторые особенности формирования двигательной сферы детей с задержкой психического развития (ЗПР). У них не наблюдается тяжелых двигательных расстройств. Однако при более внимательном наблюдении и диагностике обнаруживается отставание в физическом развитии, несформированность техники в основных видах движений, недостаточность таких двигательных качеств как точность, выносливость, гибкость, ловкость, сила, координация. Особенно заметно несовершенство мелкой моторики рук, зрительно-моторной координации, что тормозит формирование у детей графомоторных навыков.

Внимание этих детей характеризуется неустойчивостью, отмечаются периодические колебания, неравномерная работоспособность. Трудно собрать, сконцентрировать внимание детей и удержать на протяжении той или иной деятельности. Очевидна недостаточная целенаправленность деятельности, дети действуют импульсивно, часто отвлекаются. Могут наблюдаться и проявления инертности. В этом случае ребенок с трудом переключается с одного задания на другое. В старшем дошкольном возрасте оказывается недостаточно развитой способность к произвольной регуляции поведения, что затрудняет выполнение заданий учебного типа.

Установлено, что многие из детей испытывают трудности и в процессе восприятия (зрительного, слухового, тактильного). Снижена скорость выполнения перцептивных операций. Ориентировочно-исследовательская деятельность в целом имеет более низкий, по сравнению с нормой, уровень развития: дети не умеют обследовать предмет, не проявляют выраженной ориентировочной активности, длительное время прибегают к практическим способам ориентировки в свойствах предметов.



В отличие от умственно отсталых детей, дошкольники с задержкой психического развития не испытывают трудностей в практическом различении свойств предметов, однако их сенсорный опыт долго не закрепляется и не обобщается в слове. Поэтому ребенок может правильно выполнить инструкцию, содержащую словесное обозначение признака «дай красный карандаш», но самостоятельно назвать цвет показанного карандаша затрудняется.

Особые трудности дети испытывают при овладении представлениями о величине, не выделяют и не обозначают отдельные параметры величины (длина, ширина, высота, толщина). Затруднен процесс анализирующего восприятия: дети не умеют выделить основные» структурные элементы предмета, их пространственное соотношение, мелкие детали. Можно говорить о замедленном темпе формирования целостного образа предмета, что находит отражение в проблемах, связанных с изодетальностью.

Со стороны слухового восприятия нет грубых расстройств. Дети могут испытывать некоторые затруднения при ориентации в неречевых звучаниях, то есть главным образом страдают фонематические процессы.

Названные выше недостатки ориентировочно-исследовательской деятельности касаются и тактильно-двигательного восприятия, которое обогащает чувственный опыт ребенка и позволяет ему получить сведения о таких свойствах предметов, как температура, фактура материала, некоторые свойства поверхности, форма, величина. Затруднен процесс узнавания предметов на ощупь.

У детей с задержкой психического развития замедлен процесс формирования межанализаторных связей, которые лежат в основе сложных видов деятельности. Отмечаются недостатки зрительно-моторной, слухо-зрительно-моторной координации. В дальнейшем эти недостатки препятствуют овладению чтением, письмом.

Недостаточность межсенсорного взаимодействия проявляется в несформированности чувства ритма, трудностях в формировании пространственных ориентировок.

Память детей с задержкой психического развития также отличается качественным своеобразием, при этом выраженность дефекта зависит от генеза задержки психического развития. В первую очередь у детей ограничен объем памяти и снижена прочность запо-

минания. Характерна неточность воспроизведения и быстрая утеря информации. В наибольшей степени страдает вербальная память. При правильном подходе к обучению дети способны к усвоению некоторых мнемотехнических приемов, овладению логическими способами запоминания.

Значительное своеобразие отмечается в развитии их мыслительной деятельности. Отставание отмечается уже на уровне наглядных форм мышления, возникают трудности в формировании образов и представлений. Исследователи подчеркивают сложность создания целого из частей и выделения частей из целого, трудности в пространственном оперировании образами.

Отмечается репродуктивный характер деятельности детей с задержкой психического развития, снижение способности к творческому созданию новых образов. Замедлен процесс формирования мыслительных операций.

К старшему дошкольному возрасту у детей с задержкой психического развития не формируется соответствующий возрастным возможностям уровень словесно-логического мышления: дети не выделяют существенных признаков при обобщении, обобщают либо по ситуативным, либо по функциональным признакам.

Однако, в отличие от умственно отсталых детей дошкольники с задержкой психического развития после получения помощи выполняют предложенные задания на более высоком, близком к норме уровне.

**Краткая характеристика речи.** Нарушения речи при задержке психического развития преимущественно имеют системный характер и входят в структуру дефекта.

Многим детям присущи недостатки звукопроизношения и фонематического развития. Среди воспитанников специализированных групп много детей с таким речевым нарушением, как дизартрия.

На уровне импрессивной речи отмечаются трудности в понимании сложных, многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций типа «Коля старше Миши», «Береза растет на краю поля», дети плохо понимают содержание рассказа со скрытым смыслом, затруднен процесс декодирования текстов, то есть затруднен процесс восприятия и осмысления содержания рассказов, сказок, текстов для пересказа.

Дети рассматриваемой группы имеют ограниченный словарный запас. В их речи редко встречаются прилагательные, наречия, сужено употребление глаголов. Затруднены словообразовательные процессы, позже, чем в норме, возникает период детского словотворчества и продолжается до 7–8 лет.

Грамматическое оформление речи также отличается рядом особенностей. Ряд грамматических категорий дети практически не используют в речи, однако, если сравнивать количество ошибок в употреблении грамматических форм слова и в употреблении грамматических конструкций, то явно преобладают ошибки второго типа. Ребенку трудно воплотить мысль в развернутое речевое сообщение, хотя ему и понятно смысловое содержание изображенной на картинке ситуации или прочитанного рассказа, и на вопросы педагога он отвечает правильно.

Незрелость внутриречевых механизмов приводит не только к трудностям в грамматическом оформлении предложений. Основные проблемы касаются формирования связной речи. Дети не могут пересказать небольшой текст, составить рассказ по серии сюжетных картин, описать наглядную ситуацию, им недоступно творческое рассказывание.

Следует отметить, что характер речевых нарушений у детей с задержкой психического развития может быть самым разным, так же как может быть разным соотношение нарушений отдельных компонентов языковой системы.

Наличие в структуре дефекта при ЗПР недоразвития речи обуславливает необходимость специальной логопедической помощи. Поэтому, наряду с учителем-дефектологом, с каждой группой детей должен работать логопед.

**Общая коррекционная работа.** На уроках педагоги применяют коррекционно-педагогические технологии, помогающие успешно осваивать учебный материал. Значительное место занимает индивидуально-групповая коррекционная работа (логопедические занятия, работа по восполнению пробелов предшествующего обучения или пропедевтика новых и трудных тем).

Учитель-дефектолог проводит следующие занятия:

- социальное развитие;
- познавательное развитие;

- ознакомление с окружающим миром;
- обучение игре;
- математика;
- развитие речи;
- развитие тонкой ручной моторики;
- подготовка к обучению грамоте.

**Коррекционная работа с речью.** Коррекционно-логопедическое воздействие при ЗПР носит комплексный и в то же время дифференцированный характер. Дифференциация коррекционно-логопедического воздействия осуществляется с учетом клинической характеристики, индивидуально-психологических особенностей ребенка, особенностей его психической деятельности, работоспособности, уровня недоразвития и механизмов нарушений речи. В процессе коррекционной работы логопеду необходимо уметь организовать умственную и речевую деятельность детей, вызвать положительную мотивацию, максимально активизировать познавательную деятельность детей с ЗПР, использовать разнообразные приемы и методы, эффективно осуществлять помощь детям в зоне их ближайшего развития. Одним из характерных признаков нарушений речевого развития детей с ЗПР является недостаточность речевой регуляции действия, трудности вербализации действий, несформированность планирующей функции речи. Таким образом, особенности речи у этой группы детей характеризуются нарушением речи как системы; своеобразие речи отражает недоразвитие эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности. Структура речевого дефекта детей с ЗПР является очень вариативной, характеризуется комбинаторностью различных симптомов речевой патологии. Логопедическая работа с детьми, страдающими ЗПР, учитывает их психологические особенности и проводится по следующим направлениям:

- развитие мыслительных операций анализа, синтеза, сравнения, обобщения;
- развитие зрительного восприятия, анализа, зрительной памяти;
- формирование пространственных представлений;
- развитие слухового восприятия, внимания, памяти;
- коррекция нарушений моторного развития, особенно нарушений ручной и артикуляторной моторики;

- коррекция нарушений звукопроизношения, искажений звуко-логовой структуры слова;
- развитие лексики (обогащение словаря, уточнение значения слова, формирование лексической системности, структуры значения слова, закрепление связей между словами);
- формирование морфологической и синтаксической системы языка;
- развитие фонематического анализа, синтеза, представлений;
- формирование анализа структуры предложений;
- развитие коммуникативной, познавательной и регулирующей функции речи.

Развитие связной речи у умственно отсталых детей должно быть теснейшим образом связано с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при отработке операций внутреннего программирования. Каждая из операций порождения связного высказывания вначале формируется самостоятельно, изолированно, на простых заданиях, постепенно операции объединяются в целостный процесс порождения связного текста.

## ***8.2. Дети с интеллектуальными нарушениями***

**Психолого-педагогическая характеристика.** Из исследований ученых, таких как: Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, М.С. Певзнер, Г.Е. Сухарева и др. можно дать абсолютно точное и полное определение умственной отсталости.

Умственная отсталость – это стойкое, необратимое нарушение познавательной деятельности, вызванное органическим повреждением коры головного мозга. Именно эти признаки (стойкость, необратимость дефекта и его органическое происхождение) должны в первую очередь учитываться при диагностике умственной отсталости. Умственно отсталые – это дети, у которых в результате органических поражений головного мозга наблюдается нарушение нормального развития психических, особенно высших познавательных, процессов (активного восприятия, произвольной памяти, словесно-логического мышления, речи и др.). Для умственно отсталых характерно наличие патологических черт в эмоциональной сфере: повышенной возбудимости или, наоборот, инертности; трудностей формирования интересов и социальной мотивации деятельности.

У многих умственно отсталых детей наблюдаются нарушения в физическом развитии: дисплазии, деформации формы черепа и размеров конечностей, нарушение общей, мелкой и артикуляционной моторики, трудности формирования двигательных автоматизмов. Понятие «умственная отсталость» включает в себя такие формы нарушений, как «олигофрения» и «деменция».

Олигофрения (от греч. *olygos* – малый, *phren* – ум) – особая форма психического недоразвития, возникающая вследствие различных причин: патологической наследственности, хромосомных aberrаций (от лат. *aberratio* – искажение, ломка), природовой патологии, органического поражения центральной нервной системы во внутриутробном периоде или на самых ранних этапах постнатального развития. При олигофрении органическая недостаточность мозга носит непрогредиентный (непрогрессирующий) характер. Действия вредоносного фактора в большой мере уже остановилось, и ребенок способен к развитию, которое подчинено общим закономерностям формирования психики, но имеет свои особенности, обусловленные типом нарушений центральной нервной системы и их отдаленными последствиями.

Степень умственной недостаточности оценивается количественно с помощью интеллектуального коэффициента по стандартным психологическим тестам. По глубине дефекта умственная отсталость при олигофрении традиционно выделяют три степени (в соответствии с международной классификацией (МКБ-9):

- дебильность – относительно легкая, неглубокая умственная отсталость;
- имбецильность – глубокая умственная отсталость;
- идиотия – наиболее тяжелая, глубокая умственная отсталость.

Деменция (от лат. *dementia* – безумие, слабоумие) – стойкое ослабление познавательной деятельности, приводящее к снижению критичности, ослаблению памяти, уплощению эмоций. Деменция носит прогредиентный характер, то есть наблюдается медленное прогрессирование болезненного процесса. В детском возрасте деменция может возникнуть в результате органических заболеваний мозга при шизофрении, эпилепсии, воспалительных заболеваниях мозга (менингоэнцефалитах), а также вследствие травм мозга (сотрясений и ушибов).

**Краткая характеристика речи.** Нарушения речи у умственно отсталых детей носят системный характер. У них оказываются несформированными все операции речевой деятельности:

- имеет место слабость мотивации;
- снижение потребности в речевом общении;
- грубо нарушено программирование речевой деятельности;
- создание внутренних программ речевых действий;
- реализация речевой программы и контроля за речью;
- сличение полученного результата с предварительным замыслом;
- его соответствие мотиву и цели речевой деятельности.

При умственной отсталости в различной степени страдает понимание речи, а также нарушены операции и уровни порождения речевого высказывания (смысловой, языковой, сенсомоторный уровни). Наиболее недоразвитыми оказываются высокоорганизованные, сложные уровни (смысловой, языковой), требующие высокой степени сформированности операций анализа, синтеза, обобщения. Сенсомоторный уровень речи у этих детей страдает по-разному. К старшим классам у большинства школьников происходит коррекция нарушений сенсорно-перцептивного и моторного уровня, полное устранение дефектов фонетической стороны речи (звукопроизношения, просодических компонентов). В то же время семантический и языковой уровни развития у этих детей не достигают нормы. У умственно отсталых детей могут быть те же речевые нарушения (по клинико-педагогической классификации), что и у нормальных детей (дислалия, ринолалия, дисфония, дизартрия, алалия, дислексия, дисграфия, заикание, афазия и др.). Преобладающим в структуре системного речевого нарушения является семантический дефект. Нарушения речи у умственно отсталых детей характеризуются стойкостью, они с большим трудом устраняются, сохраняясь вплоть до старших классов вспомогательной школы. Речь детей часто монотонная, маловыразительная, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях замедленная, в других – ускоренная, у заторможенных голос тихий, слабый, немодулированный, у возбужденных – крикливый, резкий.

**Общая коррекционная работа.** Коррекционная работа с детьми, воспитывающимися в семье, осуществляется при активном участии родителей. В специальных садах оказывается комплексная

помощь умственно отсталым детям. Наряду с коррекционно-педагогическими мероприятиями, проводимыми олигофренопедагогами, воспитателями группы, логопедом, психологом, музыкальным работником, осуществляются лечебно-профилактические мероприятия. В большинстве специальных детских садов открыты бассейны, фитобары. В специальных дошкольных учреждениях соблюдается щадящий, охранительный режим:

- создание доброжелательной, спокойной атмосферы;
- предупреждение конфликтных ситуаций;
- учет особенностей каждого ребенка.

Основной задачей специального дошкольного обучения и воспитания умственно отсталого ребенка является обеспечение максимально возможного уровня физического, умственного и нравственного развития, подготовка к обучению в специальной школе. Эта работа должна проводиться с учетом индивидуальных возможностей каждого ребенка. Целью коррекционной работы является исправление психических и физических функций аномального ребенка в процессе общего его образования, подготовка к жизни и труду. В нашей стране создана дифференцированная система специальных дошкольных учреждений для умственно отсталых детей. В соответствии с характером дефекта и степенью его выраженности дети воспитываются в специальных учреждениях системы образования, здравоохранения или социального обеспечения. В системе образования современная систематическая психолого-медико-педагогическая помощь умственно отсталым детям, консультативно-методическая поддержка их родителей, социальная адаптация и формирование предпосылок к учебной деятельности осуществляются на базе следующих учреждений:

- специальные (коррекционные) образовательные учреждения для воспитанников с отклонениями в развитии: дошкольные отделения (группы) специальных (коррекционных) школ, школ-интернатов, детских домов для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- дошкольные образовательные (коррекционные) учреждения для детей с нарушением интеллекта (умственно отсталых);
- группы кратковременного пребывания для детей с нарушением интеллекта при специализированных дошкольных учреждениях коррекционного типа.



В специальные детские сады с круглосуточным пребыванием детей, а также специальные детские дома принимаются дети с диагнозом олигофрении в степени дебильности неосложненной формы (в возрасте от 4 до 8 лет). Одна из наиболее новых форм помощи детям – группы кратковременного пребывания. При поступлении ребенка в такую группу проводится его первичное обследование, в процессе которого педагог-дефектолог изучает его актуальный уровень развития, потенциальные возможности, индивидуальные особенности и готовность к сотрудничеству со взрослыми. Выясняется исходный уровень основных линий развития ребенка: социального, физического, познавательного и эстетического. Уточняется уровень развития предметной деятельности и делового общения со взрослыми, возможности взаимодействия со сверстниками; уровень развития основных движений пальцев. Иногда разброс показателей в физическом, эмоциональном и интеллектуальном развитии у одного и того же ребенка довольно значителен, что обусловлено многими обстоятельствами: временем наступления первичного нарушения, степенью выраженности этого нарушения, условиями воспитания в раннем возрасте, а также сроками оказания коррекционной помощи и ее содержанием. Именно знание диапазона возможностей каждого воспитанника, его специфических трудностей дает возможность выстроить целенаправленную и эффективную программу обучения каждого ребенка в соответствии с его особенностями и потребностями. Главной целью дошкольного воспитания является создание условий для развития эмоционального, социального и интеллектуального потенциала ребенка, формирование его позитивных личностных качеств.

В специализированном дошкольном учреждении решаются следующие блоки задач:

- диагностические;
- воспитательные;
- коррекционно-развивающие;
- образовательные.

Задачи трудового воспитания и обучения:

- обеспечить максимально возможную для данного ребенка самостоятельность в бытовом и санитарно-гигиеническом обслуживании себя;

- выработать положительное отношение к посильным видам труда, готовность к помощи в хозяйственно – бытовом труде в семье или специальном учреждении умение выполнять несложные виды этого труда;
- сформировать привычку и положительную установку к определенному виду труда в течение установленного времени (5–6 часов в день);
- выработать твердые навыки выполнения ряда операций в том виде труда, которому ребенок обучался в школе;
- по индивидуальным возможностям каждого научить переключаться с выполнения одной знакомой операции на другую, выполнять несколько взаимосвязанных операций последовательно, осуществлять подсчет и складывание готовой продукции в определенном порядке.

**Коррекционная работа с речью.** Логопедическая работа во вспомогательной школе характеризуется определенной спецификой, которая обусловлена особенностями высшей нервной деятельности, психологическими особенностями умственно отсталых детей, а также характером симптоматики, механизмов, структуры дефекта у этих детей. Преодоление нарушений фонетической стороны речи у умственно отсталых школьников. Наиболее длительным является введение звука в речь, то есть этап автоматизации. Иногда достаточно бывает 3–5 занятий, чтобы поставить звук, но автоматизация его заканчивается лишь через 1–1,5 года. Коррекцию дефектов звукопроизношения необходимо связывать с развитием познавательной деятельности умственно отсталых детей, формированием операций анализа, синтеза, сравнения. В логопедической работе по коррекции нарушений звукопроизношения во вспомогательной школе широко используется прием сравнения. Так, на этапе постановки звука сравнивается правильное и неправильное произношение. На этапе автоматизации этот звук сравнивается с фонетически далекими. При дифференциации проводится сравнение отрабатываемого звука с фонетически близкими. В процессе коррекции сравнивается звуковой состав различных слов по количеству звуков, месте отрабатываемого звука в словах.

Коррекцию нарушений звукопроизношения связывают с развитием речевой функции в целом, то есть с развитием фонематиче-

ской стороны речи, словаря, грамматического строя языка, так как дефекты звукопроизношения у этих детей проявляются на фоне общего системного недоразвития речи.

При коррекции нарушений звукопроизношения уделяется внимание развитию четких представлений о звуковом составе слова, выделению звука из слова, определению места звуков в словах, уточнению смысловозначительной функции звуков речи.

Особенностью логопедической работы по устранению дефектов звукопроизношения во вспомогательной школе является ее индивидуализация.

Специфика проявляется и в планировании. Темы фронтальных занятий должны быть узкими, учитывающими постепенное введение трудностей. Каждая задача коррекции, доступная нормальному ребенку, во вспомогательной школе должна быть максимально расчленена на простейшие задачи. Эту специфику логопед должен учитывать на каждом этапе работы по коррекции звукопроизношения.

Необходима работа над правильным речевым дыханием, формированием длительного плавного выдоха в игровых упражнениях («тихий ветерок задувает свечу, колышет листья деревьев, гонит облака»). На длительном выдохе вводятся голосовые упражнения, целью которых является развитие силы, тембра, высоты голоса (игры «Эхо», «Сирена», звукоподражания к сказке «Три медведя», повторение серии гласных из 2, 3, 4 звуков). В дальнейшем вводятся простые артикуляторные упражнения. Развитие артикуляторной моторики у умственно отсталых детей проводится в двух направлениях: развитие кинетической основы движения и кинестетической основы артикуляторных движений. При развитии кинестетических ощущений работа проводится без зеркала, ученик воспроизводит положение губ, языка после пассивного их перемещения логопедом по речевой инструкции. Детей учат различать на слух речевые единицы (игры «Угадай, кто кричит», «Узнай, откуда звук»), запоминать последовательность слов, сначала с опорой на картинки, затем без нее повторять слоги. На предварительном этапе осуществляется развитие элементарных форм звукового анализа и синтеза. Дети учатся выделять гласные и согласные звуки из ряда изолированных, ударный гласный из начала простого слова (ой, ус, ах, ау,

Оля). Особенностью этапа постановки звука будет максимальное использование полимодальных афферентаций: зрительного образа артикуляции, слухового образа звука, кинестетических, тактильных и тактильно-вибрационных ощущений. Постановка звука у умственно отсталых детей осуществляется с использованием смешанных способов. Особенно длительным во вспомогательной школе является этап автоматизации звуков речи. На этом этапе проводится работа над сложными формами звукового анализа и синтеза, умением выделять звук в слове, определять его место по отношению к другим звукам. Умственно отсталые дети плохо представляют себе место звука в словах, поэтому не могут своевременно подготовить артикуляторные органы к правильному его произношению (в условиях его коррекции), особенно когда звук находится в середине слова или в конце его. Особенностью этого этапа является и планирование уроков, распределение тем. Четко планируется система занятий, в которой предусматривается постепенное усложнение заданий и речевого материала. Обязательным этапом логопедической работы является дифференциация звуков, что обусловлено особенностями симптоматики нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей. Во вспомогательной школе она необходима даже в том случае, когда звук искажается в устной речи. Это обусловлено недоразвитием речеслуховой дифференциации звуков речи, которое приводит к большому количеству замен букв в письменной речи.

### ***8.3. Дети, имеющие двигательные нарушения***

**Психолого-педагогическая характеристика.** Познавательные процессы при ДЦП:

- нарушение активного произвольного внимания (нарушение восприятия, памяти, мышления, воображения, речи);
- повышенная истощаемость всех психических процессов (пониженная интеллектуальная работоспособность, эмоциональная лабильность);
- повышенная инертность и замедленность всех психических процессов, приводящих к трудностям в переключении с одного вида деятельности на другой, патологическое застревание на отдельных фрагментах.

**Внимание:**

- повышенная психическая истощаемость и утомляемость, пониженная работоспособность (возможно, за счет работы зрительных анализаторов);
- нарушение формирования избирательности, устойчивости, концентрации, переключения, распределения внимания;
- нарушение произвольности внимания – слабость активного произвольного внимания.

**Восприятие:**

- количественное и качественное своеобразие;
- притормаживание общих движений на раздражитель;
- вместо ОР – защитно-оборонительной реакции – вздрагивание, плач, испуг;
- затруднение узнавания перечеркнутых изображений, конфликтных (утка/заяц), не может найти нужную деталь, затруднение при анализе сюжетных картинок;
- цифры и буквы – зеркальны, перевернуты, плохо ориентируются на листе;
- недостаточность зрения (косоглазие);
- задерживается ориентировка в пространстве (двигательное расстройство, фиксация взора);
- пространственное восприятие задерживается, как и формирование схемы тела.

**Память:**

- зрительная, слуховая, осязательная;
- образная – строится на восприятии, что ведет к недостаткам образной памяти;
- образ нечеткий, фрагментарный;
- привнесение новых цифр в числовые ряды (10);
- хорошая механическая память;
- словесно-логическая память – достаточный уровень развития;
- речь и мышление – опаздывает в развитии;
- запоминаются яркие предметы и те, с которыми создаются ассоциативные связи.

**Мышление:**

- опаздывание в развитии наглядно-действенного мышления – нарушение познавательного интереса о мире;

- нарушение наглядно-образного мышления;
- нарушение словесно-логического мышления (от общего значения слов и словесного обобщения) – связь с предметом зрительная – чувственное обобщение преобладает над словесным – задержка понятийного мышления;
- наглядная ситуация, внешние, не существенные признаки (необходимо поставить речь!).

Формы:

1. Гиперкинетическая форма – чувственное обобщение.
2. Двойная гемиплегия, спастическая диплегия – нарушение гностической зрительной функции (опознание) – нарушение воспроизведения объема величин и пространственных отношений.
3. Атоническо-астатическая форма – конкретная связь слова с предметом (не развивается обобщение) – конкретное мышление:
  - трудности в установлении сходства и различия;
  - причинно-следственные связи;
  - нарушение классификации;
  - нарушение абстрактного мышления – нарушение усвоения счета;
  - нарушение деления на части и объединение их в группу ЭВС;
  - ЗПР по типу психического инфантилизма (часто);
  - связано с биологическими факторами;
  - беспокойны, суетливы;
  - расторможенные, раздражительные, упрямые;
  - чрезмерная смена настроения (от + к –);
  - пассивность, безынициативность, нерешительность, заторможенность;
  - повышенная впечатлительность (реакция на тон голоса);
  - расстройство сна;
  - повышенная утомляемость;
  - волевое развитие неоднозначно (зависит от здоровья, настроения, нарушения);
  - 7–8 лет – осознание дефекта.

Э.С. Калижнюк – психогенные реакции:

1. Невротические реакции в сочетании с пассивно-оборонительными реакциями – гипостенический вариант (чрезмерная ранимость, робость, уединенность).

2. Агрессивно-защитные формы поведения – гиперстенический вариант (несдержанность, конфликты).

Психогенные реакции:

- астенофобические проявления – робкие, застенчивые, затормаживается в новой обстановке;
- астенодепрессивная форма реакции – осознание своей физической неполноценности (повышенная ранимость, опасение быть смешным);
- полиморфные симптомы – двигательная расторможенность, упрямство, негативизм, истерические (первый возрастной кризис) – отношение к болезни неоднозначно;
- 90 % – осознание дефекта, не признавали общение со здоровыми сверстниками как необходимые;
- 8 % могли общаться со здоровыми, но были агрессивными.

Особенности деятельности

- предметная деятельность, предметно-игровая формируется с опозданием
- задержка формирования представления о предмете;
- 4–5 лет – игра носит подражательный, процессуальный характер – игры «рядом»);
- 5–6 лет – сюжетно-ролевая игра (4–5 человек вместе);
- 6–7 лет – формирование самостоятельных творческих коллективов (например, планирование, контролирующая роль взрослых);
- трудовая деятельность дошкольников направлена не на получение результата, а на совершение самого процесса (самообслуживание, хозяйственно-бытовой труд, в природе, ручной труд).

**Краткая характеристика речи.** Количественные и качественные особенности (70 %–80 %):

- 60 %–70 % дизартрия (из-за двигательного расстройства);
- нарушение сформированности лексико-грамматической стороны (редко употребляют предлоги: над, под, перед, между, в);
- ограниченный пассивный и активный словарь – узость представлений;
- задержаны сроки речевого развития;
- фразовая речь, но 2–3 слова в предложении;
- нарушение мелодико-интонационной стороны (слабый голос).

**Общая коррекционная работа.** Реабилитация детей, особенно трудоспособного возраста, страдающих детским церебральным параличом, имеет важное социальное значение. Цель реабилитации детей и подростков с последствиями ДЦП по мнению многих психологов – создание при помощи коррекционных физических упражнений и специальных двигательных режимов предпосылок к успешной бытовой, учебной, трудовой и социальной адаптации к реальным условиям жизни, интеграции в обществе.

В настоящее время проблема больных с ДЦП состоит в сложности сочетания всех аспектов жизнедеятельности: рекреационной, социальной, физической, эмоциональной, образовательной и психологической.

Эффективность реабилитации определяется своевременностью, взаимосвязанностью, преемственностью в работе различных звеньев, непрерывностью этих мероприятий. Только при комплексном применении различных методик и совместной работе специалистов (педиатров, невропатологов, психиатров, логопедов-дефектологов, воспитателей, педагогов, ортопедов) может быть обеспечен успех лечебных мероприятий.

Коррекционно-развивающая работа должна начинаться с первых дней жизни ребенка, так как нарушения двигательного развития приводят к вторичной задержке в формировании многих психических функций. Однако на практике это не всегда возможно, поскольку связано с трудностями диагностики ДЦП.

Важной психолого-педагогической коррекционно-развивающей задачей является развитие ручной умелости, мелкой моторики рук у детей с ДЦП в раннем и дошкольном возрасте. При формировании моторики развивается пространственное восприятие, произвольное внимание, память, мышление, воображение, речь – активизируется вся психическая деятельность ребенка.

При всех формах ДЦП нарушается взаимодействие между анализаторными системами. На основе двигательного-кинестетического восприятия формируются многие высшие корковые функции, особенно пространственное восприятие.

Кроме работы, направленной на формирование и коррекцию познавательных психических процессов, большое значение имеют меры по предупреждению у детей патохарактерологического формирования личности. Родителям необходимо разъяснить пагубность



гиперопеки. У детей с ДЦП нужно развивать самостоятельность, инициативность, волевые качества, мотивационно-потребностную сферу личности, черты характера, которые позволят ребенку в дальнейшем адекватно адаптироваться в обществе.

Не менее важное место в развитии личности ребенка с ДЦП занимает преодоление страхов. Поскольку у такого ребенка представления об окружающем мире крайне скупы, то важно постепенно расширять его кругозор, знакомить с различными предметами и явлениями, приучить ребенка к новым явлениям осторожно, не перегружая обилием впечатлений. Важное значение для предупреждения страхов и развития неуверенности, боязливости имеет воспитание у ребенка активности. Он должен выполнять дома и в группе сильную работу.

В ходе коррекционных занятий можно частично либо полностью компенсировать специфичные для данной категории детей нарушения познавательной деятельности и создать учащимся условия для овладения программным материалом общеобразовательной школы, а также предпосылки для овладения квалифицированными профессиями в дальнейшем.

Большинство детей с ДЦП способно овладеть определенным комплексом трудовых навыков, благодаря использованию в процессе обучения оптимальных приемов и методов, среди которых важное место занимает метод тренировки, осуществляемый путем многократного повторения однотипных упражнений. В процессе формирования основных трудовых навыков необходимо строго следовать определенной этапности в предъявлении заданий. Выработку трудовых навыков следует строить на основе элементарных, достаточно автоматизированных двигательных навыков. При этом нужно учитывать индивидуальные особенности проявления двигательной патологии у каждого ребенка.

**Коррекционная работа с речью.** Основная цель логопедической работы с детьми с ДЦП – развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку большее понимание его речи окружающими. Для реализации этой цели необходимо:

1. Уменьшение степени проявления двигательных дефектов речевого аппарата: спастического пареза, гиперкинезов, атаксии

- (в более легких случаях – нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата);
2. Развитие речевого дыхания и голоса; формирование продолжительности, звонкости, управлявшей голоса в речевом потоке. Выработка синхронности голоса, дыхания и артикуляции;
  3. Нормализация просодической системы речи (мелодико-интонационных и темпо-ритмических характеристик речи);
  4. Формирование артикуляционного праксиса на этапе постановки, автоматизации и дифференциации звуков речи;
  5. Развитие фонематического восприятия и звукового анализа;
  6. Развитие функциональных возможностей кистей и пальцев рук.
  7. Нормализация лексико-грамматических навыков экспрессивной речи (при умешанном, сложном речевом расстройстве, являющемся как дизартрической, так и алалической патологией речи или при Задержке речевого развития).

## **§ 9. ОСОБЕННОСТИ ОНТОГЕНЕЗА ДВИГАТЕЛЬНОЙ СФЕРЫ РЕБЕНКА**

Ребенок, конечно, может перескочить через какой-либо этап развития, особенно если взрослые (родители или врачи) не придадут этому значения или сами подтолкнут его к такому «скачку». Так, например, бывает, когда малыш, минуя стадию ползания, сразу начинает ходить. Часто это обусловлено лишь тем, что ребенка не выкладывают надолго на пол, из-за того, что он грязный или холодный. Малыш же, стремясь как можно полнее освоить пространство дома, «торопится» в таком случае научиться ходить. Что в этом плохого?

Дело в том, что за несколько месяцев ползания происходит укрепление мышц позвоночника, окончательно формируются его изгибы (необходимые для амортизации при прямохождении) и, наконец, достигается идеальная координированность тела в пространстве.

Поэтому малыш, начавший ходить без предварительного ползания, рискует иметь в будущем проблемы с осанкой и координацией. Многие педиатры, педагоги, психологи утверждают, что ползание – это не только полезное занятие, но и важнейший, необходимый этап развития ребенка. Если этот этап отсутствовал в раннем развитии ребенка, то в дальнейшем это негативно может сказаться на овладении письмом. Каждое полушарие человеческого мозга управляет «своей» половиной тела, а период ползания является важнейшим этапом для установления функциональной связи между ними. При ползании, благодаря постоянным перекрестным движениям рук и ног, складывается координация движений, а также координация деятельности мозговых полушарий между собой и мозга и тела в целом. Следовательно, если у ребенка сформирована совместная деятельность полушарий, то она является полноценной основой для дальнейшего развития и успешного обучения в школе.

При этом в свое время Н.А. Бернштейн разработал и выдвинул теорию урвневой организации движений, включающей субкортикальные и кортикальные уровни:

**А – уровень палеокинетических регуляций** (руброспинальный уровень центральной нервной системы). Обеспечивает

бессознательную регуляцию тонуса мускулатуры тела с помощью проприоцепции, статическую выносливость и координацию (катание ладонью шариков, хватание предмета, принятие и удержание позы, обмахивание).

**В – уровень синергии и штампов** (таламопаллидарный). Обеспечивает коррекцию, внутреннюю увязку целостного движения, согласование его составных частей, выразительные движения, мимику, пантомимику, пластику (одевание, умение бороться, танцы, гимнастику и т.п.).

**С – уровень пространственного поля** (пирамидно-стриарный).

Обеспечивает согласование двигательного акта с внешним пространством при ведущей роли зрительной афферентации, движения целевого характера, имеющие начало и конец.

Уровень С распадается на два подуровня:

**С1 – стриарный**, принадлежащий к экстрапирамидной системе, нижний подуровень пространственного поля. Осуществляет оценку направления движения и дозирование силы по ходу движения (шнурование, причесывание, перелистывание, слежение за движущимся пальцем, обведение фигуры на бумаге).

**С2 – пирамидный**, относящийся к группе кортикальных уровней, верхний подуровень пространственного поля, представляющий из себя сложную афферентационную систему зрительно-пространственного поля.

Обеспечивает максимальную целевую точность (закатывание шариков в лунки, вдевание нитки в иголку, прыгание до черты, рисование круга).

**Д – уровень действий, практический** (теменно-премоторный, кортикальный). Ведущей афферентной системой является представление о предмете. Афферентация опирается на смысловую сторону действия с предметом. Пространственное поле приобретает новые топологические качественные категории (верх, низ, между, над, прежде, потом). Смысловая логика действия с предметами часто не соответствует логике геометрического пространства (открытие через отвинчивание). Сфера движений – самообслуживание в широком смысле, все предметные, трудовые и производственные действия, спортивные игры. Осознание правой и левой сторон тела.

**Е – высший кортикальный уровень символических координации и психологической организации движений**, основанный

на образном мышлении. Обеспечивает содержание и смысл решаемой задачи, понимание чужой и собственной речи, письменное и устное выражение своих мыслей; музыкальное, хореографическое исполнение – импровизации.

В центральной нервной системе существуют точные формулы движений, или *энграммы* (запечатления) движений, которые охватывают в какой-то из мозговых инстанций весь процесс движения во временном протяжении. В тот момент, когда движение началось, в центральной нервной системе имеется уже вся совокупность энграмм, необходимых для доведения этого движения до конца. Энграммы хранятся в долговременной памяти. Процесс извлечения энграммы из долговременной памяти называется *экфорией*. (Термины «энграмма» и «эйфория» введены Семон в 1912 г.)

Почему энграммы экфорируют не все сразу и почему не нарушается порядок их экфории, а соблюдаются между ними определенные временные длительности (темпы) и количественные соотношения этих длительностей (ритм)? Н.А. Бернштейн считает, что ответ могут дать две гипотезы: «цепочка» и «гребенка»: *«цепочка»* – каждая предыдущая экфорированная энграмма служит сигналом для последующей; *«гребенка»* – экфорирующий механизм лежит вне самих энграмм и управляет ими в порядке главенствования. Гипотеза «гребенка» основана на том, что в центральной нервной системе имеется где-то руководящая энграмма, охватывающая весь процесс движения.

Н.А. Бернштейном особо изучался вопрос проприоцепции и двигательной задачи, поскольку человек на уровне движений определяет, во что ему нужно превратить ситуацию, то есть создает образ того, что должно быть. Уяснение индивидом образа будущего движения служит основанием для программирования решения задачи. По ходу выполнения движения центральная нервная система должна осуществлять ряд непрерывных коррекций с тем, чтобы выявленная двигательная задача и модель будущего движения совпали.

1. Происходит программирование решения определившейся задачи, то есть индивид намечает цель и содержание движения и средства, с помощью которых он решит двигательную задачу.
2. Осуществляется фактическое выполнение движения: человек преодолевает все избыточные степени своих двигательных орга-

нов, превращает их в управляемые системы и выполняет нужное целенаправленное движение. Это происходит в том случае, если индивид овладел координацией движений, поскольку центральным звеном движения является координация.

Координация движения развивается постепенно, на основе опыта и упражнения, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся точно адекватным, центральным ответом. Когда человек начинает овладевать движением, он жестко фиксирует конечность, тело, чтобы погасить ряд кинематических степеней свободы и уменьшить число тех, которыми он должен управлять. По мере овладения координированным движением напряжение заменяется освобождением. Можно выделить две ступени освобождения:

1. Снятие фиксации, то есть включение всех кинематических степеней свободы. Они уже не мешают организму двигаться.
2. Построение движения таким образом, чтобы максимально использовать возникающие реактивные явления.

По Н.А. Бернштейну, «**координация движений** есть преодоление избыточных степеней свободы движущегося органа, иными словами, превращение его в управляемую систему. Или координация есть организация управляемости двигательного аппарата»

Для объяснения явлений координации можно привлечь понятие тонуса: состояние готовности всего нервно-мышечного аппарата к осуществлению движения. С этой точки зрения тонус относится к координации как состояние к действию или как предпосылка к эффекту. И у тонуса, и у координации один анатомический субстрат – низовой этаж экстрапирамидной системы: группа красного ядра. Показано, что возможность быстро образовывать рефлексы на время и выполнять равномерные движения в значительной степени зависит от уравновешенности нервных процессов. Умение же быстро переходить от одного темпа к другому, связано с подвижностью нервных процессов. Люди сангвинического темперамента легко меняют темп движения. Лица с инертностью процесса возбуждения, с неуравновешенностью нервных процессов (холерики) с трудом переходят от быстрого темпа к медленному и с трудом выполняют (или вообще не могут выполнить) равномерные движения. Лица с инертным процессом торможения затрудняются в переходе

от медленного темпа к более быстрому. Флегматики и меланхолики легко приспосабливаются к движениям в более медленном темпе. Внешние раздражители часто вызывают у людей, преимущественно холериков, ускорение темпа движений вследствие растормаживания рефлекса на время. Если внешние раздражители предъявляются равномерно, то лица со слабой нервной системой приспосабливают свои движения к их темпу.

## § 10. ФОНЕТИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕЧИ ЛОГОПЕДА

### *10.1. Фонетические стили и характеристики*

При общении логопеда с ребенком и родителями его речь имеет определенные фонетические, фразеологические и текстуально-грамматические характеристики. В отечественной лингвистике принято различать **два фонетических стиля** (Л.В. Щерба):

1. **Полный.** Свойственен публичной речи, когда слова произносятся ясно и отчетливо. Может характеризовать лишь отдельные фрагменты речи.
2. **Разговорный.** Свойственен общению среди товарищей, в семье, среди ровесников, когда нет надобности в тщательно подчеркнутом произношении (М.И. Матусевич).

Более четко могут произноситься определенные слова в составе высказывания и даже части слов, если наша речь сопровождается шумом или другими помехами: тогда мы говорим, например, по слогам. М.И. Матусевич отмечает, что полный стиль – это не побуквенное произношение, а произношение согласно действующим литературным нормам (например, в слове «чувствовать» третья буква не произносится). Важнейшие отличительные признаки полного стиля – это несколько замедленный темп, отчетливость, отсутствие выпадения безударных гласных. Л.В. Щерба использовал для характеристики обоих стилей принятые немецкой лингвистикой музыкальные термины *Lento* (итал. букв. – медленно) и *Allegroformen* (итал. – весело, радостно). И писал, что утверждение о крайне редком произнесении слов в их идеальной форме ошибочно: «Мы всегда так произносим, когда употребляем редкое для собеседника малоизвестное слово, когда говорим из другой комнаты, когда говорим занятому, рассеянному, тугоухому и т.п., когда поправляем детей, когда хотим привлечь внимание на то или иное слово или даже часть его, когда тянем слова в недоумении или удивлении, когда говорим нараспев или попросту поём».

Любой институциональный дискурс характеризуется более отчетливым произношением, чем дискурс персональный, поскольку участники институционального общения исходят из того, что беседуют с незнакомым человеком, незнающем о личных особенностях



своего партнера, с которым нужно вести себя согласно нормам вежливости и говорить только на тему, имеющую отношение к данному дискурсу. Если в установку персонального дискурса входит уверенность в том, что адресат, отвечающий за успех общения, обязан понимать говорящего, и тот вправе подавать лишь чуть уловимые сигналы, направляющие содержательную сторону коммуникации, то главной характеристикой институционального дискурса служит установка коммуникантов, согласно которой партнеры вовсе не обязаны понимать друг друга, и здесь ответственность за успешное общение лежит на отправителе речи.

Если центр тяжести коммуникации смещен в его сторону, то общение характеризуется четкостью оформления, избыточностью сигнала и постоянной проверкой обратной связи. Эти характеристики многократно сливаются в медико-педагогическом дискурсе, поскольку здесь речь учителя должна быть образцовой по форме, доступной и эффективной по содержанию, вариативной по обратной связи, а в медицинском дискурсе логопед должен постоянно обращать внимание на типовые нарушения речи, как наблюдаемые, так и возможные.

В лингвистике выделены **фонетические характеристики речи детей на доречевом этапе** (В.П. Белявин):

- до 1,5 месяца – крик;
- 1,5–3 месяца – гуление;
- 4 месяца – свирель;
- 7–8,5 месяцев – лепет, произношение слогов («мама», «да-да»);
- 8,5–9,5 месяца – модулированный лепет (единицы типа «мама», «папа» с разнообразными интонациями);
- к 1,5 годам ребенок овладевает простейшими словами, в том числе и специфическими детскими заменителями общепринятых слов («ам-ам» – кушать, «а-та-та» – наказывать), а также активно использует звукоподражание («ав-ав» – собака, «му-му» – корова);
- к возрасту 1 год 8 месяцев – овладевает двухсловными фразами («мама, дай!») и повелительным наклоном глагола.

### **10.2. Фонетические характеристики логопеда, признаки**

1. **Отчетливость артикуляции.** Проявляется в безударных слогах, служебных словах. Логопед, как правило, произносит все слова

так, как если бы его речь записывалась на магнитофон, либо звучала отчетливо вопреки помехам в канале связи.

2. **Сознательная демонстрация артикуляции, тренируемых звуков и слов.** Тренируемые звуки речи логопед выговаривает особенно отчетливо, как в изолированных, так и в связанных позициях. Его задача заключается не только в правильном произношении звуков и расчете на имитацию со стороны ребенка, но в сознательной демонстрации артикуляции. Специальные приёмы: вибрант «Р» рекомендуется ставить на основе близкого по артикуляционному укладу звонкого согласного «д»: «дра-дро-дру». Логопед произносит гласные звуки более длительно, чем обычно, в определенных случаях, артикулируя слова по слогам. Особое внимание уделяется словам с двумя тренируемыми звуками, поскольку обычно ребенок первый звук в них артикулирует правильно, а второй – ошибочно. Когда звук артикулируется правильно, логопед приступает к его тренировке. Работа с языковым материалом строится по принципу постепенного перехода от чисто языковых строевых единиц к коммуникативным единицам: фонема – сочетание фонем (слог) – слово (тренируемая фонема в начальной, срединной и конечной позициях, две тренируемых фонемы в слове), словосочетание, предложение, короткий текст, который легко запоминается (пословицы, стихотворения). Логопед обращает внимание на правильное произношение слов не только во время занятия с ребенком, но и при фатическом (простой, стандартизированный, контактоустанавливающий, от лат. – глупый) общении. Услышав нечеткое произношение, логопед делает вид, что не разобрал слова. Ребенок понимает, что должен правильно его произнести, и повторяет по слогам, то есть переносит учебное произношение на произношение в реальной ситуации.
3. **Контролируемый темп речи.** Темп речи логопеда во время приема немного замедлен по сравнению с темпом речи других специалистов и с его собственным темпом вне работы. Организация речи при общении с детьми и другими коммуникантами принципиально различается по темпу: для детей слова произносятся предельно четко, паузы между ними внутри смысловых синтагм практически отсутствуют, паузы между синтагмами

короткие. При обращении к ребенку произносится 2,9 слога/с, к родителю – 5,1 слог/с. Соотношение между средней скоростью речи, обращенной к детям и их родителям, составляет 0,33 с на слог (к детям) – 0,21 с на слог (к родителям), то есть речь, обращенная к детям, в 1,6 раза медленнее, чем речь, обращенная к родителям. Важной характеристикой речи логопедов является почти буквальный повтор наиболее важных высказываний.

4. **Форсируемая громкость голоса.** Это относится и к занятиям в небольшом кабинете, и к фронтальным занятиям в детских садах, где громкость речи логопеда должна соответствовать громкости речи учителя в классе.
5. **Особая интонационная оформленность высказывания, обращенных к ребенку и его родителям.** Интонационные характеристики речи логопеда складываются из специфических обертонов, показывающих статусное неравенство (позиция вышестоящего), обращенность к ребенку (доброе, ласковое отношение, официальность ситуации). Все эти характеристики взаимосвязаны с лексическими, фразеологическими и синтактико-текстуальными признаками медико-педагогического дискурса.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Арутюнян Л.З.* Как лечить заикание. Методика устойчивой нормализации речи. М., 1993.
2. *Барабанов Р.Е.* Основы логопедии: афазия, заикание, ринолалия: учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Rīga, 2019.
3. *Барабанов Р.Е.* Основы медико-психологических знаний с клиникой патологий: учебное пособие для высших учебных заведений. М., 2016.
4. *Барабанов Р.Е.* Проблема взаимодействия логопеда и семьи, воспитывающей ребенка с нарушением речевого развития, в процессе коррекционного обучения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2015. № 1. С. 120–126.
5. *Барабанов Р.Е., Филиппова О.С.* Организация логопедической помощи в рамках системы здравоохранения (обзор состояния на сегодняшний день) // Преемственность в образовании. 2020. № 27 (11). С. 239–259.
6. *Барабанов Р.Е.* Социально-психологические особенности семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2014. № 2 (14). С. 118–123.
7. *Волкова Г.А.* Логопедическая ритмика. М., 2003.
8. *Каминский Е.И.* Психологические особенности интонационной выразительности речи, ее восприятие и воздействие. М., 1989.
9. *Кузнецова Е.В.* Упражнения для детей с тяжелыми нарушениями речи. М., 2002.
10. *Кузьмин Ю.И.* Темп речи и заикание // Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений. Л., 1982.
11. *Лохов М.И.* Психофизиологические механизмы речи. СПб., 1994.
12. *Миронова С.А.* Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях. М., 1991.
13. *Никуленко Т.Г.* Возрастная физиология и психофизиология. Ростов н/Д., 2007.
14. *Рычкова Н.А.* Логопедическая ритмика. Диагностика и коррекция произвольных движений у детей, страдающих заиканием. М., 2000.

- 
15. *Селиверстов В.И.* Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий. М., 1994.
  16. *Флерова Т.М.* В помощь логопедам и родителям: сборник домашних заданий. Ростов н/Д., 2008.

## **ПЕРЕЧЕНЬ КОНТРОЛЬНЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ**

1. Обследование состояния фонематического слуха.
2. Артикуляционная гимнастика.
3. Обработка данных обследования и составление заключения (по разделам).
4. Подготовка дидактических и наглядных пособий для занятий.
5. Подготовка протоколов обследования детей.
6. Составить план индивидуального занятия по одному из этапов коррекционной работы.
7. Составить таблицу для дифференциальной диагностики
8. Введение функциональных речевых тренировок в модели игровых коммуникативных ситуаций. Обосновать эффективность такого обучения.
9. Составить схему заключения логопеда по результатам обследования: ребенка, подростка, взрослого. Выделить ключевые слова.
10. Перечислите психосоциальные и биологические факторы риска нарушения речи: а) психосоциальные, б) биологические.
11. Напишите правила речевого поведения родителей при общении с детьми, у которых нет речевых нарушений для предупреждения отставания в развитии речи.
12. Составьте правила общего и речевого поведения родителей детьми, имеющими факторы риска нарушения речи: а) при ускоренных темпах развития речи; б) при замедленных темпах развития речи.
13. Составьте тематический план лекций для родителей по профилактике нарушений развития речи.
14. Классификация звуков русского языка.

## СОДЕРЖАНИЕ

§ 1. С чего начинается речь? Онтогенез речевой деятельности .....	3
§ 2. Сензитивный период и гиперсензитивные фазы речевого развития .....	9
§ 3. Диагностическая шкала оценки этапов довербального и начального вербального развития (по Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой).....	11
§ 4. Различия акустических параметров речи: темп и ритм, как элементы интонации .....	13
§ 5. Ритм как средство речевой и эмоциональной саморегуляции на модели заикания (по Е.Ю. Рау, Е.С. Казбановой).....	14
§ 6. Ритм в стихах.....	20
§ 7. Поэтапное обучение полному стилю произношения с целью восстановления темпо-ритмоинтонационной стороны речи (страдающих клаттерингом и заикающихся)...	23
§ 8. Специфика речевых нарушений и соответствующей коррекционной работы у детей с ограниченными возможностями здоровья.....	24
§ 9. Особенности онтогенеза двигательной сферы ребенка .....	43
§ 10. Фонетические характеристики профессиональной речи логопеда .....	48
Библиографический список .....	52
Перечень контрольных вопросов и заданий для самостоятельной работы .....	54
Речь как высшая психическая функция: краткое изложение .....	56

*Учебное издание*

БАРАБАНОВ Родион Евгеньевич

**РЕЧЬ КАК ВЫСШАЯ ПСИХИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ:  
КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ**

*Учебное пособие для высших учебных заведений*

Редактор *Н.В. Бессарабова*  
Компьютерная вёрстка *Н.В. Бессарабовой*

Подписано к изданию 12.11.2021. 60x84/16.  
Гарнитура Times New Roman.  
Усл.-печ. л. 3,5. Зак № 31/21.