

В.А.КАЛЯГИН
Т.С. ОВЧИННИКОВА

 **КАРО**

ПСИХОЛОГИЯ

ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ



ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ
ВЗГЛЯД

А. К. Колеченко

Психология лиц с нарушениями речи. Монография

Серия «Психологический взгляд»

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=42575243

Психология лиц с нарушениями речи:

ISBN 978-5-89815-925-2

Аннотация

Полноценная речь является необходимым условием становления и функционирования человека, в частности, его коммуникативных возможностей, лежащих в основе формирования личности. Оптимизация помощи лицам, имеющим речевые расстройства различного генеза, требует от дефектологов специальных знаний о взаимовлиянии речи и других психических функций. В качестве концептуальной базы логопсихологии авторы рассматривают активно разрабатываемую в современной науке модель психосоматических отклонений, в основу которой положено представление о сложном диалектическом взаимодействии психики (души) и сомы (тела) человека. При наличии расстройства речи это взаимодействие выражается во влиянии дефекта на психику ребенка, подростка или взрослого и обратном влиянии психики на дефект. Поскольку эти отношения могут принимать патогенный

(по механизмам так называемого порочного круга) или, наоборот, саногенный характер (способствующий излечению, избавлению от дефекта), их знание имеет решающее значение для результативности оказываемой помощи. В основу материалов учебного пособия положен фактический материал экспериментальных исследований.

Содержание

Введение	5
Глава 1	18
1.1. Краткая история логопедии	18
1.2. Речевые нарушения и их классификация	21
1.2.1. Клинические формы нарушений речи	28
1.3. Расстройства речи вторичного характера	37
1.4. Организация помощи лицам с речевыми расстройствами в системе просвещения и здравоохранения	42
1.4.1. Логопедическая помощь в системе здравоохранения	45
1.4.2. Логопедическая помощь в системе образования	65
Конец ознакомительного фрагмента.	77

Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Психология лиц с нарушениями речи

Введение

Логопсихология – раздел специальной психологии, посвященный изучению причин, механизмов, симптоматики, течения, структуры психических расстройств, а также механизмов психической адаптации у людей с нарушениями речи первичного характера и разработке системы психологической помощи этим людям.

Предметом логопсихологии являются психические особенности лиц с нарушениями речи и методы психологической помощи (коррекции и терапии).

Цель – оказание психологической помощи лицам с нарушениями речи.

В задачи логопсихологии входит:

1) оценка психики человека, имеющего расстройство речи, с позиций целостного подхода в качестве основы для оптимальной диагностической и коррекционной практики;

2) изучение психологических особенностей лиц, страдающих различными формами речевой патологии;

3) разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития);

4) совершенствование методов психологической профилактики и коррекции психики лиц с речевыми нарушениями.

Будучи прикладной, вспомогательной дисциплиной, логопсихология в процессе своего становления следовала за развитием логопедии. Поэтому с некоторой долей условности ее развитие также можно представить в виде трех этапов. Первый (до середины XX в.) заключался в накоплении эмпирических фактов и теоретических построений в отношении преимущественно заикания, носивших в значительной мере умозрительный характер. Этот период характеризуют только отдельные упоминания в литературе психологических проблем лиц с различными нарушениями речи (прежде всего страдающих алалией, афазией, заиканием).

Второй период (с середины до 80-х гг. XX в.) характеризуется накоплением фактических сведений, в том числе с помощью экспериментально-психологических методик, а также теоретическим осмыслением этих сведений.

Существенный резерв развития логопсихологии содер-

жится в работах, которые можно охарактеризовать как психологическое направление в языкознании, в которых лингвисты «обнаружили» говорящего человека, в том числе склонного к различного рода нарушениям, отклонениям от нормы (Х. Штейнталь, А.А. Потенция, К. Бюлер, Р. Якобсон и др.). Если лингвист, рассматривая нарушения речи в качестве своеобразного естественного эксперимента, уточняет теоретические представления об организации речевых процессов, то логопед использует эти знания для понимания конкретных расстройств, чтобы применить их для совершенствования методов коррекции.

Наиболее ранние представления о связи нарушений речи с психическими особенностями человека формировались в отношении заикания. Они разрабатывались врачами и служили основанием для предлагаемых методов лечения. Так, И.А. Сикорский в своей обстоятельной монографии «О заикании» еще в 1889 г. предлагает метод психического лечения, исходя из представлений, что оно «есть функциональное расстройство в сфере речи».

Позже Г.Д. Неткачев предложил собственную развернутую теоретическую концепцию и конкретные методы терапии, основанные на этой концепции (1909, 1913). Несмотря на то, что он рассматривал лишь одно речевое расстройство – заикание, многие положения, сформулированные им, могут быть применены и к другим речевым нарушениям. Относя заикание к психоневрозам, Г.Д. Неткачев, так же как

и И.А. Сикорский, подчеркивает его функциональный характер, отсутствие «заметных органических, патологоанатомических изменений». Исходя из сформулированной позиции о психогенном характере расстройства, он раскрывает механизм его развития и закрепления, по существу предвзято современную концепцию фиксации на дефекте, выдвинутую В.И. Селиверстовым (1994). По Г.Д. Неткачеву, страх приводит к навязчивой фиксации на своем дефекте и с «возрастом больного такой страх захватывает, наконец, уже всю деятельность мышления, чувства и воли». При этом он противопоставляет одностороннему подходу «по дидактическому шаблону» подход, при котором заикание рассматривается «широко во всей полноте картины патологической личности больного с его внутренними и внешними переживаниями».

Г.Д. Неткачев подробно излагает новую систему отношений, складывающуюся у заикающегося с самим собой и с окружающим миром. Эти представления могут быть рассмотрены как предтеча концепции внутренней картины болезни, предложенной в 1939 г. Р.А. Лурия, а затем получившей развитие в исследованиях, посвященных различным психическим и соматическим расстройствам (В.Я. Костерева, 1979; В.А. Ташлыков, 1984, 1989 и др.) и речевым нарушениям (А.Б. Хавин, 1985; В.А. Калягин, 1994, 1996 и др.).

Весьма важным Г.Д. Неткачев считает использование «причинного лечения» (*патогенетического* в сегодняшней терминологии), а не симптоматического, которое, по его

мнению, является не только несостоятельным, но бесплодным и даже вредным. Наконец он подчеркивает: «Такая мера вполне соответствует показанию: «лечить больного человека, а не одну только речь»». Можно сказать, что Г.Д. Неткачев не просто предлагает некоторый новый метод исправления речевого дефекта, но основывает его на четких теоретических позициях, многие из которых сохраняют свою актуальность и сегодня.

Последний тезис обращает нас к целостному системному личностно ориентированному подходу к пониманию и коррекции речевых нарушений. В свою очередь целостный патогенетический подход смыкается с концепцией структуры дефекта Л.С. Выготского и ее развитием в школе А.Р. Лурия в виде нейропсихологического понятия «синдром» [А.Р. Лурия, 1983; Л.С. Цветкова, 2004; Н.Я. Се-маго, М.М. Се-маго, 2005 и др.].

На сегодняшний день можно констатировать наличие двух ведущих психологических концепций, представленных в логопсихологии нейропсихологическую, восходящую к работам Л.С. Выготского и А.Р. Лурия, и личностную, основы которой закладывались Г.Д. Неткачевым и Р.А. Лурия.

В настоящее время логопсихология в России переживает третий этап – разработки обобщающих теоретических концепций и совершенствования на их основе методов психологической диагностики и помощи. К нынешнему моменту накоплен уже довольно существенный багаж результатов пси-

хологических исследований лиц, страдающих нарушениями речи, но пока они остаются разрозненными и не имеют общепризнанной концептуальной базы.

Наибольшее количество исследований посвящено двум расстройствам – афазии и заиканию, причем первое изучается преимущественно с позиций нейропсихологии (Т.В. Ахутина, Л.С. Цветкова, Ж.М. Глозман и др.). Редким исключением является работа Т.А. Виноградовой (1979), в которой представлен личностный подход, являющийся типичным для работ второго направления, посвященных заиканию (В.М. Шкловский, Г.А. Волкова, А.Б. Хавин, В.А. Калягин, Е.Ю. Рау, Л.М. Кроль, Е.Л. Михайлова, Б.К. Осокин и др.).

В процессе своего становления логопсихология заимствовала теоретические положения у таких дисциплин, как психология (общая, медицинская, патопсихология, специальная, возрастная, педагогическая, нейропсихология), лингвистика (общее языкознание, прагматика, психолингвистика), логопедия и ряда других наук.

Будучи вспомогательной по отношению к **логопедии**, логопсихология способствует оптимизации логокоррекционного процесса, имеет с логопедией взаимодополняющие связи, так как знания о расстройствах речи позволяют уточнять конкретное значение речи для становления высших психических функций, развития личности, интеллекта и деятельности. В свою очередь знания о психологии лиц с речевыми

нарушениями уточняют и углубляют знания о симптоматике расстройств, соотношении речи и психических процессов в структуре речевого дефекта.

Являясь частью **психологической науки**, логопсихология использует ее категориальный аппарат и концептуальные установки, прежде всего – теории личности, позволяющие представить психику как систему иерархически организованных элементов, обеспечивающих функционирование различных видов деятельности, включая речь. Логопсихология использует накопленные психологией методы исследования психических явлений и оказания психологической помощи. Отдельные области психологии представляют самостоятельный интерес для решения задач логопсихологии.

Социальный генезис речи, ее коммуникативная функция делает обязательным для логопеда знание **социальной психологии**. Формирование и развитие личности происходит в общественных отношениях, которые в значительной степени реализуются при участии речи. Именно с помощью речи ребенок усваивает систему ценностей, которая определяет его поведение в течение всей жизни.

Психологии мышления посвящены фундаментальные работы таких крупных психологов, как Ж. Пиаже, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.А. Леонтьев. Высшее словесно-логическое, или абстрактное, мышление невозможно без речи. В силу отвлеченности от непосредственного восприятия, возможности обращения к прошлому, причем не только соб-

ственному, но и общественному опыту, слово наделяет человека способностью постигать законы природы, недоступные непосредственному наблюдению и ситуативному опыту.

Психология деятельности имеет прямое отношение к проблемам логопсихологии, так как, с одной стороны, речь является уникальным средством планирования и регуляции поведения человека, с другой – она представляет собой один из видов деятельности. Вся практическая деятельность человека, все его достижения по преобразованию мира, в котором он живет, были бы невозможны без речи. Немаловажным является то обстоятельство, что речь, возникшая как результат человеческих отношений, способна оказать благотворное влияние на сами эти отношения.

Существенное значение для логопсихологии имеет **возрастная психология**, так как диагностика и коррекция должны строиться с учетом закономерностей психического развития. Необходимо учитывать не только возрастные нормы тех или иных психических характеристик, но и закономерности их взаимодействия на разных этапах развития. Важную роль играет понимание возрастных кризисов не только с точки зрения возможности их преодоления, но и как своеобразных универсальных сензитивных периодов, создающих благоприятные условия для психокоррекционного воздействия.

Педагогическая психология ориентирует на создание предпосылок для наилучшего усвоения навыков норматив-

ной речи. Современная педагогика все шире применяет психологические знания для оптимизации решения своих задач, в частности, использование различных форм активного обучения, учет индивидуальных особенностей ребенка, таких как темперамент, когнитивные стили и т. д.

Физиологическая психология помогает объяснить, с помощью каких физиологических процессов реализуются психические явления. Основным понятием психофизиологии является функциональная система, то есть такая активность различных отделов мозга, которая определяет отражение действительности (в том числе опережающее). Именно системный характер психофизиологии обеспечивает прогноз изменений изучаемого объекта психики с учетом состояния физиологических функций мозга.

Специальная психология, частью которой является логопсихология, рассматривает общие механизмы психических нарушений и адаптации в условиях того или иного дефекта, компенсаторные возможности, а также принципы организации помощи с учетом специфики имеющихся нарушений.

Патопсихология способствует пониманию речевых нарушений, отягощенных психопатологией.

Медицинская психология ориентирует на принцип «лечить больного, а не болезнь», то есть на личностный подход к субъекту с нарушениями речи, позволяет понять «взаимоотношения» дефекта и личности (внутренняя картина дефекта), располагает многочисленными методами психологиче-

ской помощи (психотерапии), которые успешно адаптируются для решения задач логопсихологии.

Нейропсихология разрабатывалась с целью помощи невропатологу в постановке диагноза психологическими методами и для понимания связи нарушенных функций с определенными структурами головного мозга. Многочисленные исследования посвящены изучению механизмов нарушений речи (афазии) при локальных поражениях мозга. В настоящее время активно разрабатываются методы нейропсихологической диагностики для разных возрастных категорий, позволяющие оказывать наиболее эффективную помощь лицам с разными речевыми нарушениями, опираясь на выявление механизмов их возникновения.

Необходимость обеспечения индивидуального подхода требует знаний **дифференциальной психологии**.

В той или иной мере логопсихология обращается и к таким разделам современной психологии, как **психология личности, интеллекта, деятельности, памяти, внимания** и другим.

Большое значение для логопсихологии имеют **лингвистические науки**, которые исследуют сущность, функции, структуры языка. Знание норм и законов языка, а также последовательности их усвоения ребенком необходимо психологу для понимания того, как те или иные отклонения от этих норм будут сказываться на психологических особенностях ребенка. При этом следует помнить, что в своем ста-

новлении языковая система опирается на психические функции, нарушение которых может стать одной из причин ее отклонений от нормы.

Многие проблемы, затрагиваемые *психолингвистикой*, близки логопсихологии. К ним относятся множественность интерпретаций текста, культуральная обусловленность речи, использование паралингвистических средств общения – мимики и жестов и ряд других проблем. А.А. Леонтьев (1969), характеризуя различия между лингвистом и психологом в исследовании речевой деятельности, писал, что первый изучает что усваивается, а второй – как говорящие конструируют и понимают речевые сообщения.

Огромную значимость для логопсихологии имеют вопросы психосемантики и психологии грамматики, разрабатываемые психолингвистикой; первая изучает происхождение, строение и функционирование индивидуальной системы знаний, вторая – особенности восприятия и понимания высказываний в зависимости от их грамматических форм.

В отношении отдельных речевых нарушений психолингвистический подход при изучении, например, алалии позволяет глубже вскрыть механизм речевого нарушения, уточнить структуру дефекта с учетом его психологических составляющих; при анализе афазии – оценить состояние операций восприятия и порождения речевого высказывания при различных ее формах.

Объединяет психолингвистику с логопсихологией также

то, что обе дисциплины ориентированы на динамическую организацию речи, речевую деятельность. А в истоках их происхождения стоит задача формирования «новой» речи (для психолингвистики в виде усвоения нового языка, а для логопсихологии – восстановления утраченного).

Логопсихология связана с *прагматикой человеческой коммуникации* – разделом современной лингвистики, которая сочетает в себе элементы социологии, информатики и психологии личности.

Физиология высшей нервной деятельности позволяет строить логопедическую помощь, основываясь на понимании динамики основных нервных процессов, возбуждения и торможения в коре головного мозга при том или ином нарушении речи.

С **психоневрологией** логопсихологию связывает теория, согласно которой речевое нарушение включено в структуру сложного нейропсихического расстройства, во многом определяющего специфику коррекционной или медикаментозной помощи больному. Логопед и психолог должны знать неврологические основы речевых расстройств, ориентироваться в вопросах детской психопатологии, иметь представления о наиболее частых формах детских психических расстройств, которые проявляются в поведенческих, эмоциональных нарушениях и задержке психического развития. Это крайне важно учитывать в раннем дошкольном возрасте, когда неврологическая симптоматика часто является веду-

щей в структуре нарушения и для того, чтобы подготовить базу для дальнейшей логопедической работы, необходимо в первую очередь оказать ребенку комплексную медицинскую помощь.

Глава 1

Характеристика речевых нарушений

Речь – конкретное говорение, происходящее в звуковой (включая внутреннее проговаривание) или письменной форме. Под речью принято понимать как сам процесс говорения, так и результат этого процесса, т. е. речевую деятельность и речевые произведения, фиксируемые памятью и письмом.

Общая характеристика речи обычно дается через противопоставление ее языку. Речь и язык (система языка) в совокупности образуют единый феномен языка. Речь есть воплощение, реализация языка (системы языка), который обнаруживает себя только в речи и только через нее выполняет свое коммуникативное назначение.

Русский язык. Энциклопедия, 1979

1.1. Краткая история логопедии

Логопедия – наука о нарушениях речи, методах их выявления, устранения и предупреждения средствами обучения и воспитания. Исторически сложилось так, что логопедия и логопсихология развивались с опорой на знания, накоплен-

ные педагогикой и медициной. Научное изучение речевой патологии и ее коррекции началось сравнительно недавно, с тех пор как стали известны основные анатомо-физиологические механизмы обеспечения речевой деятельности, то есть примерно с середины XIX в.

Пионерами науки о речевых расстройствах являются невропатологи П. Брока и К. Вернике. Брока в 1861 г. показал, что моторные функции речи локализуются в заднем отделе третьей лобной извилины левого полушария (у правой) головного мозга, а Вернике в 1873 г. описал центр сенсорной стороны речи, находящийся в задней трети левой височной извилины. Эти открытия положили начало дискуссии о том, с какими отделами мозга связана работа речевой системы, эта дискуссия длилась несколько десятилетий. Одни (локализационисты) настаивали на строгой привязке этих функций к определенным центрам, другие (антилокализационисты) утверждали, что за них отвечает весь мозг. Наряду с осмыслением мозговых механизмов речи постепенно накапливались сведения о различных видах речевых нарушений, появились работы лингвистов, рассматривавших эти расстройства как своеобразный естественный эксперимент, позволявший совершенствовать представления об устройстве языка и организации речевого процесса.

Таким образом, предпосылки для становления логопедии закладывались этими науками, а также в определенной мере сурдопедагогикой, для которой формирование речи являет-

ся одной из центральных проблем.

В России помощь детям с нарушениями речи получила государственную поддержку после 1917 г. Основопологающими для развития логопедии были декреты Советского правительства о включении всех частных детских учебно-воспитательных учреждений, в том числе и для аномальных детей, в общую систему народного просвещения, и о согласовании функций Наркомпроса и Наркомздрава в деле воспитания и охраны здоровья детей. Эти декреты и последующие съезды Наркомпроса РСФСР, посвященные борьбе с детской дефектностью, имели огромное значение для организации обучения и воспитания всех категорий детей, в том числе и с «речевой дефективностью».

В истории формирования научной школы логопедии прослеживаются три основных этапа (В.И. Селиверстов, 1997):

- поиск и становление педагогических основ логопедии (до 1950 г.);
- обоснование и развитие комплексного медико-педагогического подхода к изучению и преодолению нозологически разных речевых расстройств (с 1950 до 1978 г.);
- выделение и совершенствование психолого-педагогических основ логопедии, поиск путей оптимизации психолого-педагогического изучения и коррекционного обучения и воспитания детей с нарушениями речи (начиная с 80-х гг. XX в.).

1.2. Речевые нарушения и их классификация

Речь представляет собой сложную психическую деятельность, которая с точки зрения деятельностного подхода выступает или в виде целостного акта деятельности, или в виде речевых действий, включенных в неречевую деятельность. Речь имеет сложную структуру, включающую этапы ориентировки, планирования (в форме «внутреннего программирования»), реализации и контроля.

Рассматривая речь как процесс общения людей и как механизм мыслительной деятельности, психологи выделяют две неразрывно связанные функции речи – общения (коммуникативная функция) и мышления (речемышлительная функция). В коммуникативной функции, в свою очередь, принято различать функции побуждения к действию и сообщения. Речь становится средством, формой выражения мыслей благодаря тому, что она обозначает те или иные предметы, явления, действия, качества и отношения между ними. В этой связи говорят о семантической функции речи. Однако роль речи в процессе мышления этим не ограничивается. Усваивая язык как общественно-знаковую систему, человек овладевает неразрывно связанными с ним логическими формами и операциями мышления, речь становится средством анализа и синтеза, сравнения и обобщения пред-

метов и явлений действительности. Принята дифференциация речи на несколько видов: устную, письменную, внутреннюю, автономную, эгоцентрическую, дактильную, жестовую.

Устной речью принято называть вербальное (словесное) общение при помощи языковых средств, воспринимаемых на слух. Она характеризуется тем, что отдельные компоненты речевого сообщения порождаются и воспринимаются последовательно. Процессы порождения устной речи включают звенья ориентировки, одновременного планирования (программирования), речевой реализации и контроля; при этом планирование в свою очередь совершается по двум параллельным каналам и касается содержательной и моторно-артикуляционной сторон. Устную речь подразделяют на диалогическую и монологическую.

Письменной речью называют вербальное (словесное) общение при помощи письменных текстов. Оно может быть отсроченным (например, письмо) и непосредственным (обмен записками во время заседания). Письменная речь отличается от речи устной не только тем, что использует графику, но и в грамматическом (прежде всего синтаксическом) и стилистическом отношениях – типичными для нее синтаксическими конструкциями и специфичными функциональными стилями. Ей свойственна весьма сложная композиционно-структурная организация, которой необходимо специально овладеть, и отсюда – особая задача обучения письму в школе. Восприятие письма отличается от восприятия речи

устной, поскольку текст может быть воспринят одновременно или, во всяком случае, большими «кусками».

Внутренняя речь – это различные виды использования языковых значений вне процесса реальной коммуникации. Выделяют три основных типа: а) внутреннее проговаривание – «речь про себя», сохраняющая структуру внешней речи, но лишенная фонации, то есть произнесения звуков, она типична для решения мыслительных задач в затрудненных условиях; б) собственно внутренняя речь, когда она выступает как средство мышления, пользуется специфическими единицами и имеет специфическую структуру, отличную от структуры внешней речи; в) внутреннее программирование – формирование и закрепление в специфических единицах замысла (типа, программы) речевого высказывания, целого текста и его содержательных частей (А.Н. Соколов, 1968; Н.И. Жинкин, 1998 и др.). В онтогенезе внутренняя речь формируется в процессе интериоризации внешней речи.

Один из ранних этапов развития речи ребенка, переходный к овладению речью взрослых, называется *детской автономной речью*. По форме «слова» детской речи являются результатом искажения слов взрослых или их частями, повторенными дважды (например, «коко» вместо «молоко», «кика» вместо «киска» и т. п.). Характерными особенностями детской речи являются: а) ситуативность, влекущая за собой неустойчивость значения слов, их неопределенность и многозначность; б) своеобразный способ «обобщения», ос-

нованный на субъективных чувственных впечатлениях, а не на объективных признаках или функциях предмета (например, одним словом «кика» могут обозначаться все мягкие и пушистые вещи – шуба, волосы, плюшевый мишка, кошка); в) отсутствие флексий и синтаксических отношений между словами. Детская речь может принимать более или менее развернутые формы и сохраняться продолжительное время. Это нежелательное явление задерживает не только формирование речи, но и умственное развитие ребенка в целом. Специальная речевая работа с детьми, правильная речь окружающих взрослых, исключая «подстраивание» под несовершенную речь ребенка, служат средством профилактики и коррекции.

Эгоцентрическая речь – это речь, обращенная к самому себе, регулирующая и контролирующая практическую деятельность. Как показал Л.С. Выготский в полемике с Ж. Пиаже, она генетически восходит к внешней (коммуникативной) речи и является продуктом ее частичной интериоризации. Эгоцентрическую речь можно считать своеобразным переходным этапом от внешней к внутренней речи. Понятие эгоцентрической речи используется, как правило, в патопсихологии при описании соответствующих синдромов.

Дактильную (от гр. *daktylos* – буквально: «палец») и *жестовую речь* используют в сурдопедагогике как вспомогательное речевое средство при обучении глухих словесной речи, а также в межличностной коммуникации глухих и обще-

нии слышащих с глухими.

Расстройства речи – распад уже сложившейся речи (у взрослых) или нарушение ее нормального развития у детей, вызванные различными заболеваниями. Нарушения речи возникают в силу действия разных причин. при нарушении нормального восприятия звуковой речи из-за дефектов периферической части слухового анализатора, при поражении некоторых отделов центральной нервной системы, осуществляющих анализ и синтез получаемых сигналов, их переработку и организацию собственных речевых высказываний, а также при патологии систем, передающих нервные импульсы от коры к периферическим органам речи, и при наличии анатомо-физиологических дефектов этих органов.

Для нормальной речевой деятельности необходима сохранность и целостность всех структур мозга, повреждение периферических и центральных отделов слухового, зрительного и моторного анализаторов вызывает те или иные расстройства речи. Нарушения представлены широким спектром разнообразных расстройств органического и функционального генеза (А. Митринович-Моджиевска, 1965; К.П. Беккер, М. Совак, 1981; Н.М. Асатиани, Л.И. Белякова, Н.А. Власова и др., 1983; Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова, 1995). Их природа обусловлена особенностями первичного нарушения, его характером, степенью тяжести и условиями становления и функционирования речи (каче-

ством речи окружающих, объемом и характером речевого общения и др.).

Выделяют расстройства, при которых страдает процесс восприятия (нарушения слуха, сенсорная афазия) или порождения речи (дизартрия, моторная алалия, моторная афазия, заикание). Качественные изменения речи весьма разнообразны – от искаженного произношения отдельных звуков до тотального расстройства всей структуры речи, приводящего к нарушению мышления.

Понять сложную структуру речевых нарушений, выявить первичные и вторичные их проявления, а затем определить приемы коррекционной и терапевтической помощи возможно только на основе классификации речевых расстройств.

При проведении конкретных исследований речевых расстройств оказалось, что ряд традиционных представлений о характере тех или иных нарушений нуждается в серьезном пересмотре, поэтому одной из главных задач логопедии 60–80-х гг. XX в. было создание классификации расстройств, удовлетворяющей потребностям педагогов и медиков.

Научно обоснованное соотношение нозологического (клинико-педагогического) и симптомологического (психолого-педагогического) подхода выразилось в настоящее время в двух основных классификациях речевых расстройств – психолого-педагогической (М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский., Б.В. Гриншпун) и клинико-педагогической (Р.Е. Левина), которые рассматривают

речевые расстройства в различных аспектах. Вместе с тем обе классификации, дополняя друг друга, позволяют комплектовать группы детей с речевой патологией и обеспечивают системное, дифференцированное логопедическое воздействие с учетом симптоматики и механизмов нарушений речи.

Психолого-педагогическая классификация создавалась с учетом практических потребностей работы логопеда. В этой классификации характеристики расстройств речи сгруппированы от частного к общему, поскольку она ориентирована прежде всего на выявление речевой симптоматики (симптомологический уровень) на основе психолого-лингвистических критериев. Симптоматический уровень анализа речевых нарушений позволяет описать внешние проявления недоразвития языка (речи) у детей, выявить нарушенные компоненты речи (общее недоразвитие, фонетико-фонематическое недоразвитие и т. д.).

Эта классификация учитывает, какие компоненты речи нарушены и в какой степени. Согласно этой классификации выделяют следующие группы речевых нарушений:

- фонетическое нарушение речи (ФНР) – нарушение произношения отдельных звуков;
- фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР), где наряду с нарушением фонетической стороны имеется и недоразвитие фонематических процессов;
- общее недоразвитие речи (ОНР I, II, III и IV уровней),

при котором нарушены все компоненты языковой системы (лексика, грамматика, фонетика и фонематика, просодика).

Клинико-педагогическая классификация строго не соотнесена с клиническими синдромами и ориентирована на те нарушения, которые подлежат логопедической коррекции. При этом выделяют следующие расстройства: дислалия, нарушения голоса, ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия, дисграфия и дислексия.

Патологические нарушения речи в зависимости от локализации подразделяются на центральные и периферические, а в зависимости от характера нарушения – на органические и функциональные.

1.2.1. Клинические формы нарушений речи

1. Периферического характера:

Дислалия (от гр. *dis* – приставка, означающая расстройство, и *lalia* – речь) – расстройство речи, проявляющееся в нарушении произношения звуков. Различают механическую дислалию, связанную с анатомическими дефектами артикуляторного аппарата, и функциональную, обусловленную нарушениями функции артикулирования при сохранном строении органов артикуляции. Причины дислалии лежат в неблагоприятных условиях развития речи или в нарушении фонематического слуха.

Дисфония (или *афония*) (от гр. *dis* – приставка, означающая расстройство, *a* – отрицательная приставка и *phone* – звук, голос) – расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фонаторные нарушения, вокальные нарушения. Отсутствует звучный голос при сохранении шепотной речи.

Ринофония (от гр. *rhis*, род. п. *rhinos* – нос и *phone* – звук, голос) – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

Ринолалия (от гр. *rhis*, род. п. *rhinos* – нос и *lalia* – речь) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба. Ринолалия может быть открытой, когда воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, и закрытой, которая проявляется в нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, хронических процессах в носоглотке. Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия. В отличие от дислалии грубо нарушается произношение всех звуков.

2. Центрального характера:

Дизартрия (от гр. *dis* – приставка, означающая расстройство чего-либо, *arthroo* – издаю членораздельные звуки) – нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения,

просодии, голоса), обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата. Для дизартрии характерна ограниченная подвижность органов речи – мягкого нёба, языка, губ, вследствие чего артикулирование звуков оказывается затрудненным. Дизартрия нередко приводит к отклонениям в овладении звуковым составом слов и, как следствие, к нарушениям чтения и письма, а иногда и к общему недоразвитию речи (неполноценность словаря, грамматического оформления речи).

Алалия (от гр. *a* – отрицат. приставка и *lalia* – речь) – отсутствие или ограничение речи у детей из-за недоразвития или поражения речевых зон больших полушарий головного мозга. Алалия обусловлена повреждениями речевых зон коры головного мозга во время родов, заболеваниями или травмами мозга в доречевой период жизни. Различают *моторную* алалию, когда ребенок вообще не может говорить, хотя понимание обращенной к нему речи не нарушено, и *сенсорную*, когда нет понимания обращенной к нему речи при своевременно появившейся речевой активности.

Афазия (от гр. *a* – отрицат. приставка и *phasis* – высказывание) – системные нарушения речи, вызванные локальными поражениями коры левого полушария (у правшей). Эти нарушения могут затрагивать фонематическую, морфологическую и синтаксическую структуры активной и пассивной речи. По классификации А.Р. Лурия, основанной на концепции динамической локализации высших психических функ-

ций, выделяются следующие формы афазии.

Эфферентная моторная афазия впервые описана П. Брока в 1961 г. Является результатом поражения нижних отделов премоторной коры – вторичной зоны постцентральной и нижнетеменной извилин мозга. Страдает временная организация движений, нарушается последовательность цепей звуков, слогов в слове и слов в предложении, часто сопровождается кинетической апраксией. Наблюдается патологическая инертность речевых стереотипов, ведущая к слоговым и лексическим перестановкам и персеверациям в результате отсутствия своевременного переключения артикуляторных движений.

Афферентная моторная афазия впервые описана О. Липманом в 1913 г. Возникает при поражении нижних отделов постцентральной коры левого полушария (у правой). В ее основе лежит нарушение кинестетической афферентации, поступающей именно в эти отделы. Проявления заключаются в нарушении произношения слов, замене звуков (литеральные парафазии в виде замен звуков близкими по произношению [т]-[д]-[л]-[н], [к]-[г]-[х], [в]-[ф] и др. Нарушено самостоятельное письмо и письмо под диктовку. Другие виды речи страдают вторично.

Динамическая афазия впервые описана К. Кляйстом в 1934 г. Возникает при поражении средне- и заднелобных отделов коры левого полушария мозга (у правой). В ее основе лежат нарушения сукцессивной организации речево-

го высказывания, дефекты внутренней речи. Проявляется нарушением планирования речи, общей речевой аспонтанностью, трудностью актуализации слов, обозначающих действия. Относительно сохранены сопряженная и автоматизированная речь, чтение и письмо под диктовку.

Сенсорная афазия, впервые описанная К. Вернике в 1874 г., является результатом поражения задней трети верхней височной извилины коры левого полушария мозга. Вследствие чего возникают нарушения акустического анализа и синтеза звуков речи, проявляющихся в расстройстве фонематического слуха. У больных затруднено восприятие устной речи и письмо под диктовку. Вторично страдают другие виды речи.

Акустико-мнестическая афазия выделена К. Гольдштейном и Г. Хэдом в 1926 г. Следствие поражения средних отделов левой височной области (у правшей). В основе лежит нарушение слухоречевой памяти. Больные с трудом понимают речь в усложненных условиях, например, быструю речь, одновременно два речевых сообщения. В устной речи наблюдается затруднение в поиске нужных слов, вербальные парафазии. Нарушено письмо под диктовку. Другие виды речи страдают вторично.

Семантическая афазия впервые описана Г. Хэдом в 1926 г. Следствие поражения зоны третичной коры теменно-височно-затылочных отделов левого полушария (у правшей). В основе лежат дефекты симультанного анализа и синтеза

(трудности в оценке пространственных и «квазипространственных» отношений). Проявляется нарушениями понимания сложных логико-грамматических конструкций типа «брат отца», «отец брата», «весна перед летом» и т. п., отражающих пространственные отношения. При обширных поражениях больные не понимают таких слов, как «над», «под», «слева», «справа». Сопровождается акалькулией, нарушением пространственного мышления, конструктивного праксиса.

Дислексия (от гр. *dis* – приставка, означающая расстройство, и *lego* – читаю) – нарушение чтения, связанное с поражением или недоразвитием некоторых участков коры головного мозга. Выражается в замедленном, часто угадывающем характере чтения. Нередко дислексия сопровождается фонетическими искажениями и неправильным пониманием простейшего текста. Тяжелая степень нарушения представляет собой *алексию* – отсутствие возможности чтения.

Дисграфия (от гр. *dis* – приставка, означающая расстройство чего-либо, и *grapho* – пишу) – нарушение письма, при котором наблюдается характерная замена букв (рука – лука, жук – зук и т. д.), своего рода «косноязычие в письме», пропуски и перестановки букв и слогов, а также слияние слов. Письмо может нарушаться при поражении почти любого участка коры левого полушария мозга – заднелобных, нижнетеменных, височных и затылочных отделов.

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации

речи (в английской терминологии *disfluens* – нарушение плавности), обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Наиболее распространенной формой является *заикание развития*. Есть веские основания (наличие заикающихся родственников, возникновение этого нарушения у монозиготных близнецов и преобладание его среди лиц мужского пола) считать его наследственно обусловленным, но возникающим по причине каких-либо стрессовых обстоятельств, которые проявляют эту предрасположенность. Некоторые авторы считают, что эта форма заикания возникает как результат сохранения и закрепления у ребенка периода так называемых естественных итераций, то есть запинок, характерных для периода обучения правильной речи.

Психогенная форма заикания встречается значительно реже, представляет собой исключительно функциональное расстройство, возникающее в ответ на какой-либо психотравмирующий фактор. Судя по литературным данным, к этой категории может быть отнесено и заикание, представляющее собой проявление истерического невроза.

Наконец, наиболее редкой большинством исследователей признается *неврогенная форма заикания*, причиной которой является органическое поражение мозга. Московская логопедическая школа разделяет заикание на две формы: невротическую и неврозоподобную. Первая, согласно представлениям школы, развивается по механизмам невроза речи и

встречается чаще второй. Вторая каким-то образом сопряжена с органическим поражением мозга.

К самостоятельным расстройствам относят нарушения темпа речи – брадилалию и тахилалию.

Брадилалия (от гр. *bradys* – медленный и *lalia* – речь) – патологическое замедление темпа речи. Проявляется в замедленной реализации артикуляционной речевой программы и имеет в своей основе усиление тормозного процесса.

Тахилалия (от гр. *tachys* – быстрый и *lalia* – речь) – патологическое ускорение темпа речи. Проявляется в ускоренной ритмизации артикуляционной речевой программы и связана с преобладанием у человека процесса возбуждения.

В качестве вариантов или самостоятельных расстройств выделяют также *баттаризм*, *парафразию*, где к ускорению добавляется аграмматизм (нарушение способности пользоваться грамматическим строем речи), и *полтерн*, или *клаттеринг* – с добавлением «проглатываний» окончаний, сбоев плавности.

В структуре любого речевого расстройства в той или иной пропорции сочетаются речевая симптоматика (фонетические, грамматические, лексические, фонематические, просодические нарушения) и неречевая симптоматика (нарушения моторики, познавательных, эмоционально-волевых процессов, типичные способы реагирования и личностные особенности в условиях дефекта). Задача логопсихологии выявить специфические психологические реакции, характер-

ные для данного дефекта, и отграничить их от подобных проявлений, обусловленных возрастными, физиологическими или индивидуальными особенностями.

1.3. Расстройства речи вторичного характера

Существующие нарушения речи весьма разнообразны и не ограничиваются перечисленными. Некоторые из них не подлежат вмешательству логопеда, так как по своему происхождению относятся к компетенции других специалистов. Однако знания этой категории явлений необходимы логопеду для проведения дифференциальной диагностики. Они позволяют уточнять специфику нарушений речи, относящихся к ведению логопедии, по сравнению с другими категориями, в том числе носящими временный обратимый характер. Так, например, существует значительное количество работ, посвященных оговоркам и опискам лиц без речевой патологии (О.В. Вессарт, 1980; В.А. Калягин, 1979; Ю.И. Кузьмин, 1984; D.S. Boomer, J.D. Laver, 1967; D.S. MacKay, 1968; S.G. Nootboom, 1969; V. Fromkin, 1971 и др.). Исследования этих отклонений от речевой нормы имеют большое значение для понимания механизмов речи.

Здесь не будут рассматриваться вторичные нарушения речи, связанные с сенсорными нарушениями (при глухоте и слепоте) и умственной отсталостью, так как им посвящены специальные учебные курсы.

Одной из причин нарушений речи является эмоциональная напряженность, которая может возникать, когда необ-

ходимо принять ответственное решение или при дефиците времени и т. д. Существенным изменениям в этих ситуациях часто подвергаются разные характеристики речи. Например, громкость речи как существенно повышается, так и понижается; возможен излом голоса; убыстрение либо замедление темпа речи; произношение может стать более отчетливым; почти на 50% повышается количество пауз хезитации (сомнения); речь может прерываться вздохами, фразы становятся отрывистыми и не завершаются.

Происходят изменения в грамматике. Возрастает количество существительных и глаголов по сравнению с прилагательными и наречиями. По синтаксическому строению фраз речь сближается с телеграфным стилем; возникают семантически нерелевантные повторы и двусмысленности.

Лексика речи упрощается – используются более короткие слова, имеющие наибольшую частотность в языке. В речи появляются слова-паразиты, неологизмы и парафазии (ошибочное употребление слов), а также слова со значением семантической безысключительности («вечно», «всегда», «никогда», «никто»). Речь отличается, с одной стороны, большей резкостью в оценках, с другой – нерешительностью.

При измененных состояниях сознания (в экстремальных внешних условиях – высокогорье, плавильный цех и т. п., при алкогольном и наркотическом опьянении, под гипнозом) речь также характеризуется снижением разнообразия лексикона, стереотипизацией, упрощением синтаксиса, уве-

личением количества ошибок, размыванием ее цельности, общей дестабилизацией языкового сознания.

Существует большое количество наблюдений, как речь меняется под влиянием того или иного психического расстройства, в том числе при акцентуациях и психопатиях.

При паранойяльной психопатии человек предпочитает писать слова с прописных букв, чаще использует пассивные конструкции для выражения своих представлений и чувств, часто говорит о себе, для синтаксиса характерно некоторое нарушение связности. Эпилептоидность приводит к появлению сниженного стиля, вязкости речи, слов с уменьшительно-ласкательными суффиксами. В состоянии депрессии человек может полностью отказаться от общения (мутизм). В маниакальном состоянии для речи характерны так называемый «словесный понос», слишком громкая речь и пение, а также множество ассоциаций по созвучию вплоть до употребления рифмующихся слов. Речь истероида часто лжива, изобилует пересказами чужой речи и словами, обозначающими эмоции, телодвижения и цвета. Речь больного шизофренией, как правило, абстрактна, псевдонаучна, не ориентирована на собеседника; она может быть фонетически однотонна и содержать слова, произносимые собеседником (эхолалия), или бессмысленные выкрикивания одного и того же слова (вербигерация).

Н.А. Додонова (1988) в результате исследования речи больных неврозами установила, что она отличается от речи

здоровых лиц по лексико-семантическим характеристикам. Больные истерией в наибольшей степени актуализируют в речи тревогу, больные неврастенией – агрессию, а для больных с неврозом навязчивых состояний эти проявления не являются типичными. С увеличением выраженности невротического расстройства увеличивается и употребление форм речи, характерных для каждого вида неврозов. Выявлена зависимость между степенью актуализации в речи состояний тревоги, агрессии, депрессии, а также некоторых видов коммуникаций и личностными особенностями больных.

Большее значение для проявлений в речи состояния тревоги имеет уровень личностной тревожности, чем актуальное состояние больных.

Пол испытуемых играет существенную роль в отражении в речи психических состояний и некоторых типов коммуникаций. Для женщин характерна большая актуализация в речи тревоги разобщения, тревоги за других людей и эмоциональной стороны коммуникаций; для мужчин в большей степени типична актуализация тревоги социального неодобрения и поведенческих аспектов коммуникаций (высказывания об избегании контактов).

Больные неврозом в целом отличаются более низкими показателями «связности» речи, чем здоровые испытуемые.

Проявление в речи рассмотренных Н.А. Додоновой показателей зависит от темы анализируемого рассказа. Рассказы на нейтральные темы в наибольшей степени дифференци-

руют группы больных невротами и здоровых лиц, эмоционально положительные и эмоционально негативные темы выявляют группы больных с наиболее и наименее выраженной симптоматикой.

1.4. Организация помощи лицам с речевыми расстройствами в системе просвещения и здравоохранения

До революции 1917 г. в России не существовало организованной специализированной помощи лицам с речевыми нарушениями, поскольку до этого времени логопедическая помощь находилась в частных руках и была доступна только состоятельным слоям населения.

Отдельные специалисты (сурдопедагоги, артисты, врачи) исправляли речь (косноязычие, заикание) частным образом, никакого контроля в отношении приемов, способов, а также оплаты не существовало. Пользоваться такой помощью могли только обеспеченные люди.

Общественность с конца XVIII в. в лице педагогов и врачей обращала внимание на отрицательное значение речевых недостатков для развития детей. Под руководством известного сурдопедагога профессора Ф.А. Рау была начата соответствующая работа по исправлению речи в двух вспомогательных школах, но вместе с тем система образования для этой категории детей создана не была.

Молодое Советское государство с первых дней полностью взяло на себя заботу о глухих, слепых и умственно отсталых детях, создав для них сеть специализированных учебно-вос-

питательных учреждений. В ноябре 1917 г. при Наркомпросе РСФСР был создан Школьно-санаторный совет, одной из задач которого была организация воспитания и обучения дефективных детей. Наркомпрос РСФСР издал приказ «О мерах по борьбе с речевой дефективностью у детей школьного и дошкольного возраста». В приказе указывалось на отсутствие должного внимания к речевым расстройствам у детей и подростков, и о вредности подобных расстройств в отношении успеваемости в школе. Одновременно началась подготовка дефектологических кадров для работы с аномальными детьми. В 1926 г. в Ленинграде было положено начало организации логопедической работы в школах, сначала вспомогательных, а затем и в массовых.

В 1928 г. профессор Ф.А. Рау поставил вопрос о необходимости организации дошкольной помощи детям с дефектами речи с целью исправления речевых расстройств до поступления детей в школу. Им же были предприняты первые попытки выделить легкие формы речевых расстройств, которые могут быть устранены воспитателями детских садов или учителями в школах, и тяжелые речевые расстройства, которые могут быть скоррегированы только при организованной помощи специалистами-логопедами в специально для этого созданных условиях.

В 1930 г. в Москве при нервно-психиатрической лечебнице была открыта первая логопедическая группа для заикающихся дошкольников.

Годом рождения логопедии в России можно считать 1933 г., когда Л.С. Выготский совместно с директором Экспериментального дефектологического института Нарком-проса И.И. Данюшевским создал еще одну отрасль дефектологии, объектом исследования которой стали дети с нарушениями речи: при Экспериментальном дефектологическом институте появилась школа-клиника речи.

В настоящее время в нашей стране создана и постоянно совершенствуется система помощи детям и взрослым с речевой патологией. Логопедическая помощь детскому и взрослому населению осуществляется в системах образования и здравоохранения (табл. 1).

Таблица 1

Оказание логопедической помощи детям дошкольного и школьного возраста в системах просвещения и здравоохранения

Система здравоохранения	Система просвещения
<ol style="list-style-type: none"> 1. Логопедические кабинеты при детских поликлиниках 2. Речевые стационары и полустационары при детских больницах 3. Детские санатории для детей с нарушениями речи 4. Сурдологические кабинеты 5. Специализированные ясли для детей с нарушениями речи 6. Фонопедические кабинеты при поликлиниках 7. Медицинские центры по лечению заикания 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Детские сады для детей с нарушениями речи 2. Ясли-сады для детей с нарушениями речи 3. Временные речевые группы для детей с нарушениями речи при детских садах общего типа (для детей с НПОЗ) 4. Отдельные группы для детей с нарушениями речи при детских домах и детских садах общего типа 5. Школы для детей с тяжелыми нарушениями речи 6. Логопедические пункты при школах для детей с нарушениями речи 7. Логопедическая помощь в ПМПК (консультациях) 8. Речевые классы в школах других видов (например, в школах для глухих и слабослышащих)

1.4.1. Логопедическая помощь в системе здравоохранения

Традиционно лечение лиц с речевыми расстройствами осуществлялось в системе здравоохранения. На основании Приказа Минздрава № 465 от 8 апреля 1985 г. «О мерах по дальнейшему совершенствованию логопедической помощи больным с нарушениями речи» определены направления развития специализированной помощи: расширение се-

ти логопедических кабинетов, отделений восстановительного лечения в детских поликлиниках, психоневрологических диспансерах.

За последние годы в системе здравоохранения проводится интенсивная работа по улучшению логопедической помощи взрослым, страдающим различными речевыми расстройствами. Особое внимание уделяется проблемам восстановления речи у больных, перенесших тяжелый инсульт, операции на головном мозге и т. д.

Система логопедической помощи взрослому населению включает учреждения разного типа:

- 1) стационарного (неврологические отделения при больницах);
- 2) полустационарного (кабинеты трудотерапии);
- 3) амбулаторного (методические кабинеты при районных поликлиниках города).

Прием больных в поликлинике планируется из расчета 4–6 человек за рабочий день. Один раз в неделю логопед поликлиники посещает больных на дому. Курс восстановительного обучения в условиях поликлинического кабинета охватывает одновременно от 10 до 17 человек. В неделю с каждым больным планируется от 1 до 5 занятий, это количество обусловлено состоянием пациента. Курс восстановления речи длится в среднем 3 месяца. При наличии соответствующих показаний больному курс обучения можно повторить. Постоянно осуществляется контроль и наблюдение врача-нев-

ропатолога, проводятся систематические фронтальные и индивидуальные логопедические занятия. Одновременно назначается комплекс лечебной физкультуры, массаж и физиотерапия. Открытие полустационаров с широким использованием трудовой терапии для больных с афазией позволяет успешнее решать вопросы социальной адаптации и психотерапевтического воздействия.

Оказание логопедической помощи в условиях стационара больным с выраженными нарушениями речи (афазия, дизартрия, заикания, расстройства голоса различной этиологии) осуществляется поэтапно. Раннее коррекционное воздействие повышает эффективность работы и имеет большое профилактическое значение. Сроки нахождения больных в стационаре 1–3 месяца.

Больным с тяжелой формой заболевания рекомендуются повторные стационарирования с интервалом 6–12 месяцев. Общий объем логопедической работы включает 1–2 года и более.

Комплексное обследование, в котором участвует врач, логопед, психолог и другие специалисты по мере необходимости, способствует выявлению степени, характера и локализации поражения, компенсаторных возможностей больного.

С больными, страдающими афазией, проводятся подгрупповые, индивидуальные занятия; их частота, характер и содержание зависят от индивидуальных возможностей больного и степени речевого расстройства. Продолжительность ло-

гопедического занятия в первые недели – 10–15 минут (1–2 раза в день). Несколько позже длительность занятий возрастает до 45 минут ежедневно, для подгрупповых занятий срок удлиняется до 1 часа. В речевой карте больного 2 раза в месяц фиксируется динамика логопедической работы (текущий эпикриз).

Наряду с утренними занятиями проводятся вечерние в форме домашнего задания.

Эффективность логопедической работы во многом определяется контактом логопеда с врачом, психологом и родственниками больного.

В соответствии с комплексным медико-психолого-педагогическим подходом курс лечения определяется специалистами медицинского консилиума и включает в себя диагностику, прогнозирование и лечение (рис. 1).

Ведущая роль в системе здравоохранения отводится медицинскому сопровождению больных, которое выражается в осуществлении лечебных медикаментозных курсов невролога, психиатра, психотерапевта. При этом логопедическая помощь заключается в непосредственной коррекции и лечении, в то время как в образовательной системе логопед в большей степени занимается образовательной деятельностью. Роль психолога заключается в определении внутренней психологической картины речевого дефекта и осуществлении психотерапевтической помощи.

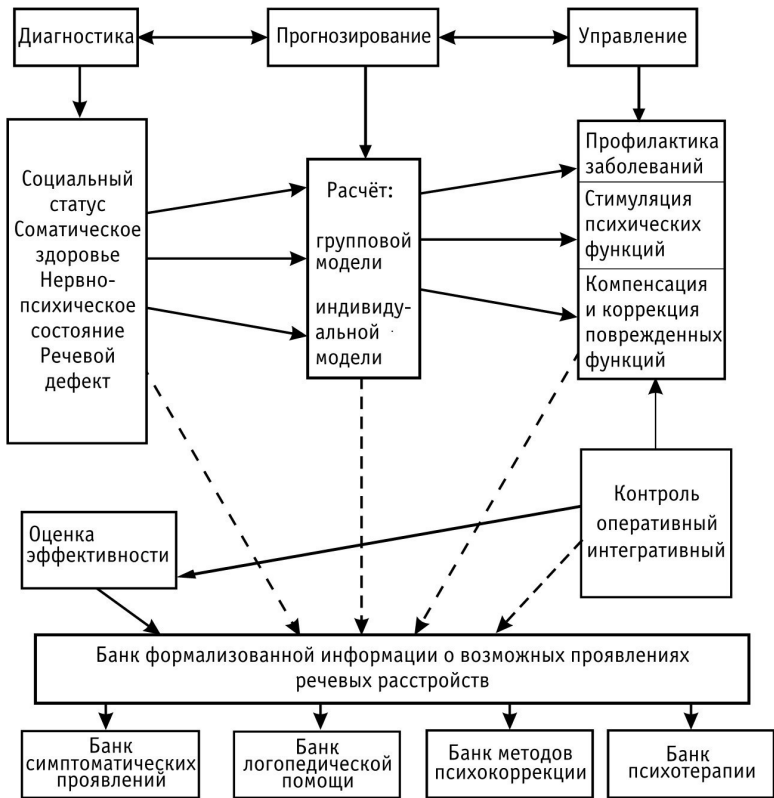


Рис.1. Организация помощи в системе здравоохранения

В системе здравоохранения помощь детям с речевой патологией оказывается в логопедических кабинетах детских поликлиник, в специализированных яслях для детей с нарушениями речи, в специализированных домах ребенка, в

детских психоневрологических больницах и санаториях, полустационарах и летних лагерях-санаториях. В условиях медицинских учреждений детям оказывается комплексная медико-психолого-педагогическая помощь, что предполагает коррекционно-воспитательную работу логопеда, воспитателя и психолога, медицинское воздействие (медикаментозное лечение, физиотерапию, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию, массаж, лечебно-охранительный режим, рациональное питание и т. п.).

Логопедические кабинеты при детских поликлиниках открываются на основании Приказа № 999 Министерства здравоохранения СССР от 11 октября 1982 г. «О штатных нормативах медицинского педагогического персонала городских поликлиник». В них оказывается помощь детям в возрасте от 2 до 14 лет со всеми видами речевой патологии независимо от уровня интеллектуального развития и сохранности физического слуха.

Логопедические кабинеты детских поликлиник обслуживают детей по месту жительства. Работа логопеда поликлиники строится согласно «Положению о логопедическом кабинете детской поликлиники», в котором определены направления его работы: диспансеризация детей, находящихся в детских дошкольных учреждениях, первичный прием детей, не посещающих детские дошкольные учреждения, участие в комплектовании логопедических учреждений системы здравоохранения и образования, педагогическая работа

по исправлению дефектов речи, проведение логопедической санитарно-просветительной работы среди населения.

В *специализированные ясли* для детей с нарушениями речи принимаются дети в возрасте до 3 лет с заиканием и задержкой речевого развития органического генеза, с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, с сохранной двигательной сферой. Специализированные ясли являются самостоятельным учреждением здравоохранения и имеют своей целью воспитание детей и проведение мероприятий, направленных на правильное развитие речи или исправление ее дефектов.

Данный тип учреждений работает в интернатном режиме круглосуточного пребывания детей. Группы комплектуются по речевому дефекту – для заикающихся детей и для детей с задержкой речевого развития. В яслях проводятся подгрупповые и индивидуальные логопедические занятия по исправлению речи, а также занятия по всем видам учебной деятельности. На протяжении всего года дети находятся под наблюдением медицинского персонала.

Отбор в ясли для детей с нарушениями речи проводится специальной комиссией в составе педиатра, психиатра (невропатолога, психоневролога) и логопеда. Дети направляются на отборочную комиссию со следующей документацией: выписка из истории развития болезни, заключение психоневролога и логопеда поликлиники, справка с места жительства, справка с места работы родителей о размере заработной пла-

ты.

Прием в специализированные ясли осуществляется:

а) для детей с задержкой речевого развития в течение всего года по мере освобождения мест;

б) для заикающихся – один раз в 6 месяцев; в особых случаях срок пребывания ребенка в группе для заикающихся может быть продлен до одного года.

Противопоказаниями к приему являются: выраженная умственная отсталость (олигофрения, умственная отсталость, связанная с прогрессивным психическим заболеванием), судорожные припадки, грубые нарушения двигательных функций.

Работа специализированных яслей строится по типу учреждений с круглосуточным пребыванием детей. В специализированных яслях находятся дети до 4 лет (принимаются в возрасте до 3 лет).

Выписка из специализированных яслей производится домой, в специальный детский сад или детский сад общего профиля (по показаниям).

В *специализированных домах ребенка* находятся дети с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС) с 3 месяцев до 1 года. В детские психоневрологические больницы направляются дети с последствиями раннего органического поражения ЦНС (основной контингент – дети с детским церебральным параличом) для получения комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

Основной задачей логопеда в доме ребенка является профилактика отклонения в речевом развитии (начиная с доречевого периода – от 3 месяцев и до 1 года), своевременная диагностика и исправление речи детей во всех возрастных группах.

Логопед ежедневно занимается с детьми всех возрастов (начиная с трехмесячного возраста) по подгруппам и индивидуально (в соответствии с методическими установками по обучению детей раннего возраста), оценивает эффективность обучения.

В *детских психоневрологических санаториях* находятся дети дошкольного возраста от 4 до 7 лет и школьного возраста от 7 до 13 лет. В санатории направляются дети с последствиями раннего органического поражения ЦНС, с ОНР, ЗПР, заиканием. Коррекционно-воспитательная работа направлена на исправление речевых нарушений и отклонений в психическом развитии.

Отбор детей в детский психоневрологический санаторий осуществляется в соответствии с «Показаниями и противопоказаниями для лечения детей в местных санаториях и на курортах».

Показания для направления детей в психоневрологический санаторий:

- неврозы и невротические формы реактивных состояний; астенические, церебростенические, неврозоподобные состояния как следствие раннего органического поражения цен-

тральной нервной системы; травмы черепа, нейроинфекции, соматические заболевания;

- неврозоподобные формы психических заболеваний в стадии неполной компенсации;
- начальное проявление психогенных патологических формирований личности и патологических черт характера без выраженных расстройств поведения и социальной адаптации;
- общее недоразвитие речи всех уровней с сопутствующими нарушениями чтения и письма; дислексия, дисграфия, дизартрия, дислалия, ринолалия; задержка речевого развития; заикание (с сопутствующими нарушениями звукопроизношения, чтения и письма), мутизм.

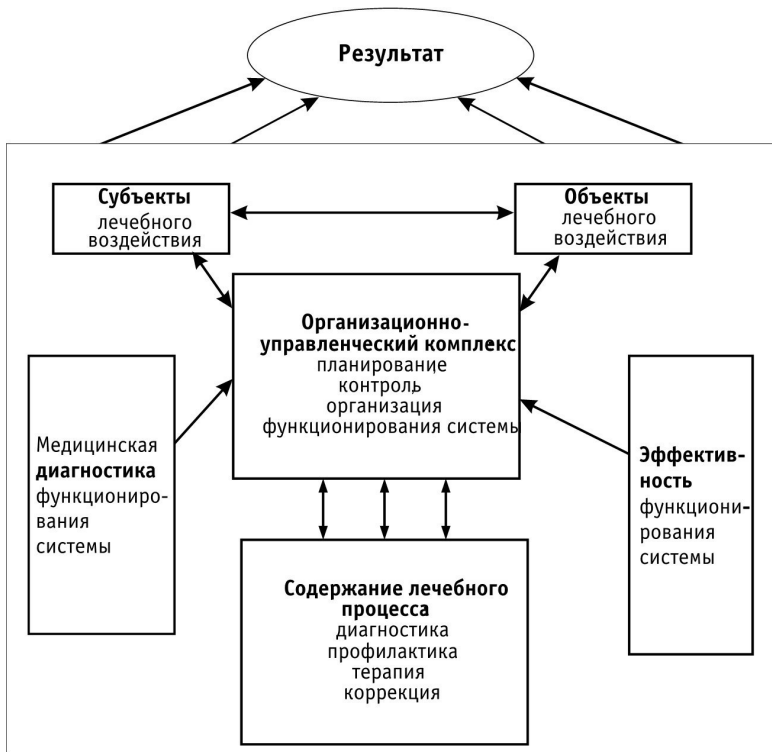
Срок пребывания в санатории – 3 месяца. Возможно повторное лечение через 6 месяцев.

Комплектование осуществляется по возрастному принципу.

Система оказания лечебной помощи лицам с нарушениями речи является макросистемой, состоящей из большого количества подсистем (в рамках отдельных медицинских дисциплин – психиатрии, невропатологии, ортопедии, оториноларингологии), которые, с одной стороны, сами являются системами (микросистемами), имея свою структуру и специфику деятельности, а с другой – будучи частью всей системы здравоохранения, имеют общее предназначение.

Под системой логопедической помощи медицинского

учреждения следует понимать совокупность основных компонентов лечебного процесса, определяющих отбор лечебных средств и материала для занятий, формы их применения, методы и средства лечения и обучения, а также способы их организации. Действие (функционирование) компонентов лечебно-педагогической системы проявляется во взаимодействии в каждом конкретном акте оказания помощи. Все компоненты находятся в определенной иерархической зависимости (рис. 2).



Лечебная система



Рис. 2. Структура лечебно-педагогической системы медицинского учреждения

Первым структурным компонентом системы логопедической помощи являются участники лечебно-коррекционного процесса, субъекты и объекты – врачи, педагоги, специалисты, родители и ребенок, образующие динамичную систему при ведущей роли врача.

Как *субъекты* лечебно-педагогической системы специалисты, оказывающие помощь (врачи и педагоги), получают специальное образование, осознают себя ответственными перед обществом за результаты своей деятельности. Как *объекты* они в результате непрерывных внешних воздействий получают новую информацию, подвергаются квалификационной оценке, воздействию мероприятий, проводимых в учреждении, жалобам и требованиям больных.

Человек с нарушенной речью как *объект* лечебно-педагогической системы представляет собой индивидуальность, развиваемую и преобразуемую в соответствии с лечебными целями. Как *субъект* он представляет собой развивающуюся личность, наделенную естественными потребностями и задатками, стремящуюся к творческому самопроявлению, удовлетворению своих потребностей, интересов и стремлений, личность, способную к активному усвоению лечебно-педагогических воздействий или сопротивлению им.

Вторым компонентом системы является содержание

лечебно-педагогического процесса, лечение, здоровьесбережение, а также развитие и воспитание, определяемое государственным стандартом.

Третий структурный компонент лечебно-педагогической системы – его организационно-управленческий комплекс, ядром которого являются координация действий всех субъектов, мотивация субъектов к развитию и реализации собственных личностных целей, планирование содержания лечебно-педагогического процесса, контроль за его выполнением и рефлексия субъектов по оценке выполнения поставленных задач.

Четвертым компонентом выступает диагностика (медицинская, педагогическая и психологическая) – установление с помощью специальных методик состояния всей системы в целом и отдельных ее частей.

Пятый компонент – критерии эффективности функционирования системы, позволяющие оценить динамику развития всей системы в течение определенного времени: степень изменений «объектов» поставленным целям, экономичность «затрат».

Системный подход в оценке здоровьесберегающей деятельности предусматривает характеристику каждого из ее элементов и определение его места и значения в общей структуре:

1) *цель* – организация здоровьесберегающей деятельности в медицинском учреждении, которая позволит повысить эф-

фективность качества лечебного воздействия;

2) *условия*, определяемые организацией и состоянием внутренней среды учреждения, которая включает лечебную, профилактическую, образовательную, коррекционную и развивающую ее части;

3) *содержание* воздействия включает программы различных направлений здоровьесберегающих мероприятий;

4) *средства* воздействия – методы, технологии и приемы воздействия в рамках различных направлений работы в парадигме здоровьесбережения;

5) *формы* организации деятельности – групповые, индивидуальные, директивные, свободные и т. д.;

6) *объект* воздействия – пациент лечебного учреждения с нарушениями речи, на которого направлены все лечебные, педагогические и психологические воздействия и психическое и физическое здоровье которого являются одним из главных критериев качества всей системы и валидности мер воздействия;

7) *результат* лечебно-педагогического воздействия – положительная динамика развития пациента, стабильные показатели его психического и физического здоровья.

Основные элементы здоровьесберегающей лечебно-педагогической системы реализуются в следующих видах деятельности:

- определение и планирование содержания здоровьесберегающей деятельности в разных ее формах;

- проектирование и разработка здоровьесберегающих методов и технологий лечения;
- создание условий здоровьесбережения;
- управление и координация здоровьесберегающей деятельностью всех участников лечебно-педагогического процесса;
- контроль выполнения и оценка эффективности осуществляемых воздействий.

Цель характеризуют два основных признака – наличие образа будущего результата (в перцептивной или вербальной форме) и наличие потребности в достижении этого результата. Оптимальным является совпадение целей отдельных людей (в данном случае специалистов, участвующих в оказании помощи лицам с нарушениями речи) и социальной системы (общества, заинтересованного в здоровье своих граждан).

Целеполагание может стать основой концепции развития системы логопедической помощи учреждения в том случае, если выбор целей будет соответствовать потенциалу учреждения, а тактические задачи будут подчинены стратегии, предполагающей приоритетные направления развития и активность всех участников лечебно-педагогического процесса.

Условия организации лечебно-педагогического процесса определяются внешней (природной, социальной, экономической) и внутренней (медицинского учреждения) средой. В силу ограниченности возможности влияния на первую, ос-

новой акцент должен быть сделан на формирование второй, внутренней среды, которую составляют: а) физическое окружение (архитектура, внешний и внутренний дизайн, санитарно-гигиенические характеристики помещений); б) человеческие факторы (пространственная и социальная плотность, персональное пространство, статусно-ролевое и половозрастное распределение субъектов лечебно-педагогического процесса); в) лечебные программы, а также средства контроля их качества (деятельностная структура, стиль взаимодействия персонала и пациентов, формы лечебно-педагогической деятельности). Таким образом, в качестве базовых структурно-содержательных характеристик могут быть выделены предметный, коммуникативный и оздоровительный коррекционно-развивающий компоненты лечебно-педагогической среды, которые находятся в динамическом равновесии.

В отношении *содержания* следует подчеркнуть перманентный процесс инноваций, также требующих специальной организации во избежание нисходящего тренда развития системы. Внедрение новых средств лечебно-коррекционного воздействия должно проводиться с неременным научным обоснованием и проверкой эффективности как отдельных его элементов, так и всего комплекса в целом.

Средства коррекционной деятельности специалистов, оказывающих помощь лицам с расстройствами речи, представляют собой разнообразные приемы, методики, мето-

ды и технологии, с помощью которых осуществляется воздействие на пациента. Лечебно-профилактические, коррекционно-развивающие технологии в системе образования и здравоохранения направлены на решение приоритетной задачи коррекционной педагогики – коррекции и компенсации имеющихся отклонений. Эти технологии по целевому признаку применяются для обеспечения высокого уровня психического, физического и социального развития воспитанников и реализации задач лечения. Обеспеченность технологий диагностическими средствами помогает врачам, специалистам и педагогам отслеживать процесс и результаты лечебно-педагогических воздействий. Цели, средства медицинско-психолого-педагогической диагностики и анализ результативности помогают оценить технологию со стороны ее эффективности и целесообразности. Специфика технологии определяется степенью ее структурирования (алгоритмизации), сущность которой заключается в том, что построенный на ее основе лечебно-педагогический процесс должен гарантировать достижение поставленных целей в оптимальный срок.

К современным *формам* организации лечебно-педагогической деятельности предъявляются два основных требования: разнообразие и гибкость оказания в динамично меняющейся ситуации помощи (по объему, качеству, контингенту лиц с нарушениями речи и т. д.).

Подводя итоги, суммируем требования, предъявляемые

к управлению здоровьесберегающей деятельностью участников оказания помощи лицам с нарушениями речи:

- планирование деятельности всех субъектов процесса;
- проектирование и разработка средств;
- создание лечебных и педагогических условий;
- управление и координация деятельности всех участников педагогического процесса;
- диагностика;
- контроль выполнения управленческих решений;
- рефлексия выполнения управленческих решений;
- оценка эффективности;
- коррекция управленческих решений по результатам промежуточной диагностики;
- мотивация к повышению деятельности всех субъектов управления.

Так, например, главной стратегической задачей санатория для детей с речевыми расстройствами является проведение лечебно-оздоровительных и логопедических мероприятий с целью коррекции речевых нарушений и отклонений в психическом развитии детей. С детьми школьного возраста осуществляется обучение по общеобразовательным предметам соответственно классу.

Основные разделы лечебно-оздоровительной работы представляют:

- лечебно-охранительный и лечебно-тренирующий режим с учетом возраста и состояния детей;

- рациональное питание;
- психотерапия;
- физиотерапия и лечебная физкультура;
- медикаментозная терапия;
- логопедические коррекционные занятия;
- ритмика;
- трудотерапия.

Работа планируется ответственными за каждый раздел работы (педагогом, врачами, логопедом) и координируется главным врачом.

Используются современные лечебные и логопедические методы (рациональная психотерапия, гипнотерапия и пр.).

Несмотря на большие возможности многопланового и постоянного воздействия на личность ребенка-логопата, отмечено, что после выписки из стационара дети нуждаются в дальнейшем закреплении полученных результатов. Автоматизация приобретенных речевых навыков не всегда удается в сроки пребывания ребенка в стационаре. Это побуждает искать формы работы с родителями, в результате которых они смогли бы и в дальнейшем создать необходимые условия для постоянной тренировки речи своего ребенка. Эта работа становится необходимой частью лечебно-педагогического комплекса. Она распадается на несколько этапов.

I этап – организационный. При поступлении детей в логопедическое учреждение следует познакомить родителей с особенностями режима стационара, рассказать о родитель-

ских днях, о сроках пребывания ребенка в стационаре, в общих чертах о содержании работы с детьми. В этот же период организуется родительский коллектив.

II этап – обучающий – предусматривает систему работы с родителями в процессе лечебно-педагогического воздействия на ребенка. С этой целью для родителей организуются беседы о сущности и проявлениях определенного речевого нарушения, о его причинах, лечении и предупреждении и об особенностях воспитания ребенка-логопата в семье.

III этап – завершающий – направлен на подведение итогов работы с родителями. Внимание персонала в этот период направлено на то, чтобы стимулировать и конкретизировать работу с ребенком в домашних условиях. Этот этап охватывает время перед выпиской ребенка из стационара.

IV этап является своеобразной диспансеризацией ребенка после лечения в стационаре.

1.4.2. Логопедическая помощь в системе образования

Комплексное изучение детей, основанное на клинико-психологической диагностике различных видов аномалий, позволило создать фундаментальную научную базу для развития в стране разветвленной сети специальных дошкольных и школьных учреждений.

Правильное понимание сложной структуры речевого де-

фекта дало возможность не только устанавливать правильный диагноз, определять тип коррекционного учреждения и методы коррекционно-воспитательной работы с ребенком, но и прогнозировать нарушения вторичного порядка.

В системе образования оказывается помощь детям с нарушениями речи дошкольного и школьного возраста. С этой целью созданы специальные ясли-сады, детские сады, дошкольные детские дома, дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах, специальные группы в детских садах общего типа, школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида), логопедические пункты при общеобразовательных школах.

Дошкольные учреждения для детей

с нарушениями речи

В логопедические дошкольные учреждения принимают дети с нарушениями речи с трехлетнего возраста при первично сохранном интеллекте и нормальном слухе. Среди этих учреждений есть детские сады с круглосуточным пребыванием, в которые принимаются дети с 4 лет. Основная цель работы дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи, согласно «Типовому положению», – всесторон-

нее воспитание детей, развитие у них правильной разговорной речи, правильного произношения и подготовка детей к школе.

Не вызывает сомнений исключительное значение времени распознавания нарушения и его ранней коррекции. При выраженных нарушениях речи ранняя коррекционно-развивающая работа приводит к более эффективной компенсации дефекта.

Сеть дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи начала развиваться с 1960 г. Вначале это были отдельные экспериментальные группы, организованные при массовых детских садах, а затем – отдельные детские сады. Первоначально в них открывались группы для детей только с легкими нарушениями речи, такими как нарушения звукопроизношения. Затем были организованы группы для детей с более сложными нарушениями (заиканием и общим недоразвитием речи).

Кроме того, для детей дошкольного возраста с расстройствами речи начата организация специальных детских садов и специальных групп при массовых детских садах. Срок пребывания детей в этих группах – до 1 года.

По истечении этого срока дети возвращаются в массовые детские сады или направляются в школы.

Детские сады, ясли-сады для детей с нарушениями речи и соответствующие дошкольные группы при детских садах и яслях-садах общего типа комплектуются непосредственно

теми отделами народного образования, в ведении которых находятся указанные дошкольные учреждения.

Дети, овладевшие нормальной речью, успешно закончившие обучение и не достигшие семилетнего возраста, переводятся в дошкольные учреждения общего типа.

Основные задачи логопедического обучения детей с различными видами речевых аномалий в условиях специальных дошкольных учреждений включают в себя не только коррекцию ведущего дефекта, но и подготовку детей к обучению в школе. Профилактическое направление получило официальное утверждение в 1965 г. в связи с постановлением об организации в детских садах подготовительных групп. Эти группы организованы с целью обеспечить более успешную подготовку детей к школьному обучению.

В специальных учреждениях осуществляется дифференцированное обучение и воспитание дошкольников с различными речевыми аномалиями. Согласно «Типовому положению о дошкольных учреждениях и группах для детей с нарушениями речи» (Приказ № 36 министра просвещения СССР от 26 мая 1970 г.), создаются следующие группы:

- 1) для детей с общим недоразвитием речи;
- 2) для детей с фонетико-фонематическим недоразвитием;
- 3) для детей с нарушениями произношения отдельных звуков;
- 4) для заикающихся детей.

Разрешается также открывать группы для детей с ринола-

лией и дизартрией. Если таких групп нет, то дети, страдающие дизартрией и ринолалией, зачисляются в группы № 1 и 2 (см. выше) в зависимости от уровня их речевого развития.

Отбор детей с нарушениями речи в специальные дошкольные учреждения проводится медико-педагогической комиссией с учетом основных принципов: принципа отграничения детей с речевой патологией от детей с другими аномалиями, возрастного принципа и принципа дифференцированного обучения дошкольников с различными видами речевых нарушений.

В специализированные детские сады принимаются дети только с сохраненным слухом и интеллектом. Группы организуются с учетом возраста.

В дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи предусматривается четкая организация всего коррекционного процесса. Она обеспечивается:

- своевременным обследованием детей;
- рациональным составлением расписания занятий;
- планированием индивидуальной работы с каждым ребенком;
- наличием планов фронтальных занятий;
- оснащением необходимым оборудованием и наглядными пособиями;
- совместной работой логопеда с воспитателем группы и родителями;
- психолого-медико-педагогическим сопровождением и

обеспечением возможности каждому ребенку индивидуального образовательного маршрута в зависимости от состояния его речи и психофизических возможностей.

Возможности преодоления недостаточности в речевой, познавательной и эмоционально-волевой сферах во всех возрастных группах лиц с нарушениями речи зависят от своевременного и адекватного применения комплекса медицинских и психолого-педагогических воздействий.

Проведение всего комплекса коррекционного обучения требует совмещения специальных занятий по исправлению недостатков речи с выполнением общих программных требований. Для дошкольных групп детей с нарушениями речи разработан режим дня, отличающийся от обычного. Предусмотрено проведение логопедом фронтальных, подгрупповых и индивидуальных занятий. Наряду с этим в вечернее время выделяются специальные часы для работы воспитателя с подгруппами и отдельными детьми по коррекции речи по заданию логопеда. Воспитатель планирует свою работу с учетом программных требований и речевых возможностей детей. Он обязан знать индивидуальные отклонения в формировании речи ребенка, слышать дефекты произносительной и лексико-грамматической сторон речи, в процессе учебной и внеучебной деятельности учитывать речевые возможности каждого ребенка.

Совместно с логопедом планируются занятия по развитию речи, ознакомлению с окружающим миром, подготов-

ке к письму и т. д. Преемственность в работе логопеда, воспитателей, психолога и других педагогов дополнительного образования планируется на психолого-медико-педагогических консилиумах, задача которых скоординировать деятельность всех участников коррекционно-развивающего процесса и максимально помочь каждому ребенку освоить образовательный стандарт.

Дошкольные учреждения для детей с нарушениями речи являются перспективным звеном в общей системе воспитания и обучения детей с речевыми расстройствами.

По мере развития сети дошкольных учреждений, удовлетворяющих потребность в логопедической помощи, необходима дальнейшая дифференциация детей с различными речевыми аномалиями (заикающиеся с нормальным уровнем речевого развития; заикающиеся с недоразвитием речи; дети с легкой степенью дизартрии; дети с ринолалией и др.).

В последнее время в ряде регионов страны открываются дошкольные логопедические кабинеты в детских садах общего типа. Логопед оказывает консультативную и коррекционную помощь детям преимущественно с нарушениями произношения по типу амбулаторного приема.

По инициативе отделов образования на местах, администрации учреждений и инициативе родителей в настоящее время создаются дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах и специальные группы в детских садах общего типа. В этих группах оказывается логопедиче-

ская помощь детям с нарушениями произношения в целях подготовки их к школе.

Школы для детей с тяжелыми нарушениями

речи (V вида)

В школах для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида) могут быть два отделения: а) для детей с тяжелыми нарушениями речи (1-е отделение); б) для заикающихся (2-е отделение). Некоторые из этих школ – интернатного типа. В 1-е отделение зачисляются дети, страдающие общим недоразвитием речи. При комплектовании классов учитывается уровень речевого развития детей и характер речевого дефекта (алалия, афазия, ринолалия, заикание с ОНР, дизартрия). Во 2-е отделение зачисляются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи. В школе для детей с тяжелыми нарушениями речи обучение проводится по специально разработанным программам в соответствии с программами общеобразовательных школ.

В 1954 г. в Ленинграде была организована первая такая школа. В 1956 г. в Москве при школе для слабослышащих детей создаются отдельные классы для детей с тяжелой формой недоразвития речи. После 1958 г. подобные школы по-

являются в Москве, Ленинграде, Свердловске и других городах. Первоначально эти школы обеспечивали образование в объеме 4 классов массовой школы.

С 1961 г. начинает разворачиваться сеть специальных школ-интернатов для детей с тяжелыми нарушениями речи, где наряду с задачами общеобразовательной школы выдвигаются и специфические коррекционные задачи:

а) преодоление различных видов нарушений устной и письменной речи;

б) устранение связанных с ними особенностей психического развития в процессе коррекционно-воспитательной работы в учебное и внеучебное время;

в) профессионально-трудовая подготовка.

Школа состоит из двух отделений. В 1 и 2-м отделениях образовательный процесс осуществляется в соответствии с уровнем образования программ двух отделений.

В 1-м отделении: I ступень – начальное общее образование с нормативным сроком освоения 4–5 лет; II ступень – основное общее образование с нормативным сроком освоения 6 лет.

Во 2-м отделении: I ступень – начальное общее образование за 4 года; II ступень – основное общее образование за 5 лет.

Предельная наполняемость классов составляет 12 человек.

Коррекция нарушений речи и письма у учащихся прово-

дится систематически в течение всего учебно-воспитательного процесса, но в наибольшей степени на уроках родного языка. В связи с этим выделены специальные разделы: произношение, развитие речи, обучение грамоте, фонетика, грамматика, правописание и развитие речи, чтение и развитие речи.

Преодоление разнообразных проявлений речевых дефектов детей обеспечивается сочетанием фронтальных (урочных) и индивидуальных форм работы.

Индивидуальные логопедические занятия проводятся учителем-логопедом во внеучебное время. Каждый ученик дополнительно занимается речевой работой 3 раза в неделю (по 15–20 минут). Для детей с нарушением моторики проводятся занятия по лечебной гимнастике. Второе отделение специальной школы предназначается для учащихся с тяжелой формой заикания, особое внимание на нем уделяется специальной речевой работе в младших классах.

Состав учащихся специальных школ пересматривается в конце каждого учебного года. По мере устранения речевого дефекта учащиеся переводятся в общеобразовательную школу. Выпускники специальной школы для детей с тяжелыми нарушениями речи могут продолжать обучение в общеобразовательной школе или в профессионально-технических училищах.

Логопедические пункты при средних

общеобразовательных школах

Развертывание сети логопедических пунктов при средних общеобразовательных школах в республиканских, краевых и областных центрах началось в 1949 г.

В 1976 г. вступило в действие «Положение об образовании логопедических пунктов при общеобразовательных школах на всей территории страны».

Логопедические пункты – специальные учебно-воспитательные учреждения, предназначенные для коррекции нарушений речи у детей школьного возраста. Они организуются в одной из общеобразовательных школ района. За каждым из них закрепляется определенное количество школ, общее число начальных классов которых не должно превышать 16.

Основные задачи пункта:

- исправлять недостатки речи у учащихся;
- пропагандировать логопедические знания среди учителей и населения;
- своевременно выявлять и предупреждать нарушения речи у детей, поступающих в первые классы.

Основной контингент логопедических пунктов составля-

ют учащиеся, имеющие недостатки звукопроизношения, заикание, нарушения чтения и письма, нерезко выраженное общее недоразвитие речи.

При отборе детей логопед обследует их в классе (подготовительной группе). На логопедический пункт направляются дети по инициативе психоневрологов, учителей, родителей.

Одновременно на городском логопедическом пункте занимается 18–25 человек, на сельском – 15–20 человек. Педагогическая работа логопеда планируется из расчета 20 часов в неделю.

Продолжительность коррекционно-развивающего обучения детей с ФФН и нарушением чтения и письма составляет примерно 4–9 месяцев; детей с ОНР и нарушениями письма и чтения – 1,5–2 года.

Результаты логопедических занятий отмечаются в речевой карте ребенка и доводятся до сведения классного руководителя и родителей. Ответственность за обязательное посещение учащимися занятий и выполнение необходимых требований возлагается на учителя-логопеда, классного руководителя и администрацию школы.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.