

Серия «Наука — практике»

О.А. Безрукова

О.Н. Каленкова

О.Г. Приходько

Речевое развитие детей с ограниченными возможностями здоровья

Учебное пособие

*Рекомендовано к печати ученым советом
Института специального образования
и комплексной реабилитации ГАОУ ВО МГПУ*



МОСКВА 2016

УДК 373.216.71:811.161.1+811.161.1(075.3)
ББК 81.2Рус-9
Б40

*Издано при финансовой поддержке Федерального агентства по печати и массовым
Коммуникациям в рамках Федеральной целевой программы «Культура России»
(2012—2018 годы)*

*Серия основана в 2008 году
Ответственный редактор серии О.А. Безрукова*

Рецензенты:

М.Н. Русецкая — доктор педагогических наук, профессор кафедры логопедии Института специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет»;

Н.М. Назарова — доктор педагогических наук, профессор кафедры психолого-педагогических основ специального образования Института специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО «Московский городской педагогический университет».

*Рекомендовано к печати ученым советом Института
специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО МГПУ
(Протокол № 05 от 16 ноября 2015 г.)*

Безрукова О.А., Каленкова О.Н., Приходько О.Г.

Б40 Речевое развитие детей с ограниченными возможностями здоровья / О.А. Безрукова, О.Н. Каленкова, О.Г. Приходько — М. : Русская Речь, 2016 — 112 с. — (Серия «Наука — практике»/отв.ред. О.А.Безрукова)

ISBN 978-5-91814-033-8

В настоящем учебном пособии изложены современные научные подходы к проблеме речевого развития детей с ограниченными возможностями здоровья, а также представлены методические материалы для организации коррекционно-развивающей работы с указанным контингентом. Теоретические и методические сведения интегрированы в единое концептуальное пространство и адаптированы для профессионального применения в логопедической практике.

Для студентов и магистрантов педагогических вузов (профиль подготовки «Дефектологическое образование»), логопедов, дефектологов, воспитателей, учителей начальных классов.

УДК 373.216.71:811.161.1+811.161.1(075.3)
ББК 81.2Рус-9

ISBN 978-5-91814-033-8

© Безрукова О.А., Каленкова О.Н., Приходько О.Г., 2016
© Оформление. «Русская Речь», 2016

Глава 3. **Нарушения вербальной коммуникации у детей раннего и дошкольного возраста**

3.1. **Дизонтогенез вербальной коммуникации у детей раннего возраста**

Различные негативные воздействия на организм ребенка как во внутриутробный период развития, так и во время родов (родовая травма, асфиксия и др.), а также в первые месяцы и годы жизни (инфекции, интоксикации, травмы) могут привести к речевой патологии. Кроме того, отрицательно влияют на развитие речи неблагоприятные социальные условия, в частности пребывание малыша вне стимулирующей среды, т. е. без полноценного человеческого общения. Это так называемая эмоциональная и вербальная депривация, при которой с самого рождения ребенок не получает достаточного удовлетворения своих аффективных потребностей (прежде всего в доброте, ласке, любви).

Речевая патология у детей раннего возраста проявляется в основном в виде отсутствия или задержки формирования вербальных средств общения. Об отставании в речевом развитии специалисты говорят уже в начале второго года жизни ребенка, если малыш не перешел от доречевого этапа развития к речевому, т. е. не стал произносить отдельные слова или звуковые комплексы, адекватно соотнося их с предметами и действиями. Такой ребенок не испытывает потребности повторять слова или звуковые комплексы за взрослым, т. е. эффект так называемого эхо-феномена, который проявляется при нормативном речевом развитии, отсутствует. Специалисты в области детской речи отмечают, что уже первые слова могут являться сигналами неблагополучия в речевой сфере. Так, например, несоблюдение слогового и интонационного контура слова является симптомом, на который следует обратить внимание: ребенок может повторить только часть слова, не соблюдая его ритмическую структуру и интонационный контур (*го* вместо *голубь*, *ка* вместо *девочка*), нередко грубо искажая и фонетический состав слова (*ва*

вместо *зайчик*, *бу* вместо *машина*). Пытаясь воспроизвести фонетический состав того или иного слова, ребенок применяет в качестве субститутгов (звуков-заместителей) акустически и артикуляторно далекие звуки, в отличие от детей с нормативным речевым развитием. В качестве заместителей звуков такие дети выбирают звук, артикуляционный уклад или акустические признаки которого отличаются от эталонного на два и более признака (например, переднеязычный щелевой *с* меняют на заднеязычный смычно-взрывной *к*). Укорочение длины слова путем опускания слогов (*ако* вместо *молоко*, *май* вместо *мальчик*) или искажение его структуры за счет введения дополнительных гласных звуков, позволяющих унифицировать слоговую структуру, сделав все слоги открытыми (*носока* вместо *носок*, *пусака* вместо *пушка*), — наиболее характерные ранние симптомы речевого неблагополучия.

Не менее информативным является анализ семантики слов, входящих в начальный лексикон ребенка с задержкой речевого развития. Специалисты отмечают не только более позднее появление первых слов у детей данной категории, но их качественное несовершенство. Такой ребенок в течение очень длительного времени (от 7—8 месяцев до нескольких лет) может пользоваться очень ограниченным набором слов, которыми он обозначает предметы, действия и явления окружающего мира. Причем использует он эти слова в неоправданно широком значении. Так, например, словом «*бака*» ребенок обозначает и любимую игрушку, и поездку на автомобиле. Этим же словом ребенок выражает и желание получить конфету. При нормативном речевом развитии такого явления не наблюдается.

Процесс накопления слов ребенком с нарушенным речевым развитием также имеет свои особенности. Количество слов, обозначающих предметы, значительно превышает объем глагольного словаря. Прилагательные и наречия, как правило, и вовсе отсутствуют в речи ребенка. Дефицит предикативного словаря существенно тормозит и появление фразовой речи.

Известно, что нормально развивающийся в речевом плане ребенок, накопив в своем лексиконе 30—40 слов, начинает активно комбинировать их друг с другом. Ребенок с задержкой речевого развития речи может накопить до 100 и более лексических единиц, не предпринимая никакой попытки их объединения. Переход от отдельных слов к словесным комбинациям занимает у ребенка, речевое развитие которого идет по патологическому типу, очень длительное время. Столь же долго такой ребенок не замечает и способов грамматической связи между словами, которые он стал комбинировать друг с другом. Словесные комбинации

оказываются лишенными каких бы то ни было грамматических маркеров, т. е. они употребляются в одной и той же форме, вне зависимости от ситуации: существительные, как правило, в именительном падеже, глаголы в инфинитиве или повелительном наклонении. В литературе описаны многочисленные случаи употребления таким ребенком комбинаций из 4—5 слов, полностью лишенных грамматической связи.

Обращает на себя внимание и то, что дети длительное время не способны обобщать языковые явления и действовать с опорой на языковую аналогию: *дай куклу, дай сумку, дай пилу*, значит, нужно и *дай ручку; рисуют, читают, гуляют*, значит, нужно и *поют*. Иными словами, однотипные ситуации в языковом сознании ребенка с речевой патологией не связываются с однотипными грамматическими категориями. Характерной особенностью речевого дизонтогенеза является длительное сосуществование в речи как грамматически правильно, так и неправильно оформленных предложений. Ребенок может по-разному оформить одно и то же предложение, употребив в одном случае правильную, а в другом неправильную грамматическую форму.

Таким образом, при речевом дизонтогенезе наблюдается пониженная способность к восприятию и имитации речевых образцов, которая обусловлена трудностями различения физических характеристик элементов звучащей речи, усвоению языка как кодовой системы, в частности лексических и грамматических значений языковых единиц. В свою очередь, это существенно ограничивает и возможности творческого использования языка для решения коммуникативных задач.

* * *

При диагностике речевого развития детей первых лет жизни оценке подлежит большой комплекс патологических изменений, зачастую представляющий собой весьма сложную, многокомпонентную и многоуровневую систему, в которой устойчивость аномальных процессов сочетается с большими возможностями адаптации и изменения внутренней среды организма.

Сложность диагностики речи детей этой возрастной категории обусловлена тем, что здесь приходится иметь дело с объектом, развитие которого происходит как *системогенез* (по П.К. Анохину), — это значит, что разные элементы (блоки, модули) системы развиваются неодновременно и неравномерно: одни из них, первичные, необходимы для формирования других — вторичных, осуществляющих более сложные и тонко дифференцированные функции.

Все это требует от специалиста дифференцированного учета всех

взаимодействующих факторов с выделением ведущего звена (ведущих звеньев) патологического процесса, которое может быть выявлено как в речевой (например, при *алалии*), так и в неречевой области (например, при *нарушениях аффективно-волевой сферы* или *нарушениях интеллекта*)¹. Именно поэтому обследование речи ребенка раннего возраста осуществляется в общем контексте с другими линиями развития: социальной, познавательной и двигательной.

В настоящее время существует два основных подхода к диагностике нарушений развития у детей первых лет жизни: клинический (В.А. Доскин, Л.Т. Журба, Е.М. Мастюкова), психолого-педагогический (Н.М. Аксарина, О.В. Баженова, Е.А. Екжанова, Г.А. Мишина, Т.В. Николаева, Г.В. Пантюхина, К.М. Печора, О.Г. Приходько, Е.О. Смирнова, Е.А. Стребелева, Э.Л. Фрухт и др.). Безусловно, второй представляет наибольший интерес для логопедической практики. В рамках этого подхода комплексная диагностика общепсихического развития детей раннего и младшего дошкольного возраста предполагает исследование следующих основных линий развития ребенка в их совокупности²:

- социальное развитие;
- познавательное развитие;
- речевое развитие;
- двигательное развитие.

Уровень **социального развития** ребенка определяется на основе совокупной оценки контактности, эмоциональной сферы, навыков самообслуживания.

Уровень **познавательного развития** можно установить на основе совокупной оценки сенсорного развития (зрительного, слухового, тактильно-кинестетического, пространственного восприятия), сформированности предметной и предметно-игровой деятельности, познавательной активности, мотивации к различным видам деятельности, знаний об окружающем мире, внимания, обучаемости.

При определении уровня **речевого развития** учитывается понимание ребенком обращенной к нему речи, развитие экспрессивной речи (смысловой и звуковой ее стороны), ее просодических компонентов.

¹ В современной специальной литературе у одних исследователей психомоторное развитие ребенка рассматривается и изучается как единое целое, у других моторное развитие ребенка (задержка моторного развития) рассматривается независимо от интеллектуального, в состав которого авторы часто включают и речевое (предречевое) развитие (задержку речевого/предречевого развития).

² Такой подход отвечает и позиции большинства неврологических и психологических школ различных стран мира.

Уровень **двигательного развития** устанавливается с учетом сформированности основных двигательных навыков, моторных функций кистей и пальцев рук, а также артикуляционного аппарата.

Безусловно, оценить социальное, познавательное, речевое и двигательное развитие без учета возраста ребенка не представляется возможным. Для определения уровня развития каждой из вышеназванных сфер необходимо соотнести актуальные навыки, которые демонстрирует ребенок, со средними показателями нервно-психического развития детей первых лет жизни [Безрукова, Приходько и др. 2012].

При распознавании различных отклонений в речевом развитии детей, как правило, возникают трудности с установлением причин их появления, что влечет за собой не детерминированную, а вероятностную связь между наблюдаемыми явлениями. Ряд состояний обусловлен множеством длительно действующих в различных комбинациях факторов и условий, т. е. является многопричинным (мультикаузальным). С увеличением числа выявленных болезней и отклонений в той или иной сфере (сенсорно-перцептивной, познавательной, аффективно-волевой, двигательной) возрастает неопределенность в оценке состояния речи ребенка и, как следствие, в подборе адекватных реабилитационных мероприятий (как медицинских, так и психолого-педагогических).

Следует помнить, что при вероятностной форме причинности аномального развития все последующие состояния организма ребенка определяются не однозначно, как в жестко детерминированной системе, а с разной долей вероятности, которая обусловлена влиянием конкретных условий среды на конкретного ребенка.

Диагностика задержки развития ребенка основывается на выявлении самого факта задержки моторного, умственного, речевого, социального развития, выявлении причин, установлении ведущего патологического звена (или звеньев), правильной интерпретации полученных результатов (отнесение к оптимальному, субоптимальному (пограничному) или патологическому статусу).

В связи с этим применительно к детям раннего и младшего дошкольного возраста сложилась практика постановки таких «диагнозов», как «задержка речевого развития», «задержка психоречевого развития», «задержка моторного развития», «задержка психомоторного развития» и пр., по своей сути являющихся не диагнозами, так как они не раскрывают содержания и характера патологии развития, а скорее диагностическими признаками, которые наряду с другими заставляют обратить более пристальное внимание специалистов на психическое (в том числе речевое) развитие ребенка.

Семантическая неоднозначность и неопределенность вышеуказанных дефиниций часто осложняют взаимопонимание между специалистами, что влечет за собой и трудности определения маршрута коррекционно-развивающих и реабилитационных мероприятий.

Под *задержкой речевого развития* понимают более позднее возникновение речи, а в некоторых случаях и нарушение темпов ее формирования.

В отношении *задержки моторного развития* отсутствует строгое определение понятия, и обычно под этим термином понимают временное отставание формирования двигательных навыков (более чем на 30 %) по отношению к средним возрастным показателям двигательного развития. Неврологический осмотр, который необходим для определения задержки моторного развития, включает в себя оценку мышечного тонуса, пассивных и активных движений, рефлексов, статики (позы тела), походки и координации. С психолого-педагогической точки зрения в двигательной сфере ребенка анализу подлежит в первую очередь двигательный праксис — целенаправленные движения (в том числе артикуляционные, кистей и пальцев рук).

Под *задержкой психического развития (ЗПР)* большинство современных научных школ подразумевают существенные ограничения ряда функций, в первую очередь познавательных и аффективно-волевых. Задержка психического развития характеризуется значительным снижением (по сравнению со средними показателями) уровня интеллекта, сочетающимся с относительным ограничением *в двух и более адаптивных сферах* поведения: общении, самообслуживании, быту, социальной жизни, обучении и т. п.

Диапазон этиологических вариантов задержки психического развития довольно широк. С практической точки зрения имеет смысл упомянуть о *специфической* и *неспецифической* формах задержки развития.

Под *неспецифической* задержкой развития понимают такую форму дизонтогенеза, которая не обусловлена поражением мозга и может быть компенсирована с возрастом при благоприятных социальных (в том числе педагогических) условиях без медицинского вмешательства. Как правило, данный вид задержки развития возникает у детей с тяжелыми соматическими заболеваниями, в так называемых неблагополучных семьях. Эта форма задержки заключается в некотором запаздывании становления различных психических функций, что может быть выявлено в любой возрастной период. Такая задержка относительно быстро и легко компенсируется под воздействием

коррекционно-развивающих мероприятий и не сочетается с патологическими неврологическими и психоневрологическими симптомами.

Специфическая задержка развития обусловлена структурными и функциональными изменениями головного мозга, вызванными как пренатальными, так и интра- и постнатальными факторами. Как правило, она связана с различными неврологическими синдромами.

Задержка развития может быть парциальной (частичной) и тотальной (т. е. по всем линиям развития).

Легкая задержка протекает, как правило, с запаздыванием возрастных навыков менее чем на 3 месяца, причем это отставание не носит качественного характера (только временной). Задержка развития средней степени тяжести характеризуется стойким временным дефицитом и качественным изменением нарушенных функций по мере развития ребенка. При тяжелой задержке временное отставание составляет более 6 месяцев.

Необходимо дифференцировать задержки и *гетерохронию* (асинхронию) развития. Фактически можно выделить два основных варианта гетерохронии: неравномерность развития различных функциональных систем между собой (например, более быстрый темп моторного развития по сравнению с речевым) и неравномерность темпов развития («скачкообразное» развитие). Гетерохрония развития функций мозга может лежать в основе парциальных задержек развития.

В связи с вышесказанным применительно к детям раннего и младшего дошкольного возраста наиболее целесообразным признано написание не логопедического (в строгом смысле этого слова), а **психолого-педагогического заключения**, в структуре которого обязательно должна содержаться информация о состоянии основных линий развития ребенка, в первую очередь речевого и познавательного. Что касается двигательной сферы, то, если у ребенка отмечаются речедвигательные (неврологические) нарушения в мышцах и моторике артикуляционного аппарата, в заключении указывают: «симптоматика спастического пареза в артикуляционной мускулатуре» или «спастико-паретический синдром в артикуляционной моторике». Термин «дизартрия» употребляется тогда, когда в речи ребенка имеются хотя бы простые фразы.

В качестве примера можно привести следующие формулировки психолого-педагогического заключения:

- «задержка речевого развития; познавательное развитие в пределах возрастной нормы»;
- «выраженная задержка речевого развития; легкая задержка познавательного развития»;

- «задержка речевого развития на фоне спастико-паретического синдрома в артикуляционной мускулатуре; познавательное развитие соответствует возрасту»;
- «спастико-паретический синдром в мускулатуре и моторике артикуляционного аппарата; речевое и познавательное развитие в пределах возрастной нормы»;
- «задержка речевого развития при дизартрии»;
- «задержка речевого и познавательного развития»;
- «выраженная задержка речевого и познавательного развития».

Для оформления логопедического «диагноза» полученная семиотическая картина (совокупность тех или иных симптомов аномального развития) должна быть классифицирована, что в настоящее время является одной из актуальнейших проблем логопедической науки и практики.

3.2. Дизонтогенез вербальной коммуникации у детей дошкольного возраста

Нарушения вербальной коммуникации у детей дошкольного возраста, как правило, проявляются в виде *недоразвития речи*, под которым в логопедии традиционно понимают «качественно низкий уровень сформированности сравнительно с нормой той или иной речевой функции или речевой системы в целом» (цит. по: Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1989). Содержание понятия «недоразвитие речи», по сути, совпадает с дефиницией *нарушения речи* — отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленные расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности (Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. М., 1989).

Недоразвитие речи наблюдается при различных формах аномального развития ребенка. Например, при задержке психического развития, умственной отсталости, тугоухости, аутизме и мн. др. В этих случаях речевое недоразвитие рассматривается как вторичный дефект по отношению к основному, системообразующему звену данной формы аномального развития ребенка. Так, например, при умственной отсталости общая когнитивная недостаточность неизбежно влечет за собой особые отклонения в речезыковой сфере, а нарушения вербальной коммуникации входят в качестве одного из основных симптомов в структуру дефекта при аутизме. Безусловно, речезыковые затруднения при каждой форме аномального развития ребенка будут специфичны.

Особого внимания заслуживает *недоразвитие речи*³, являющееся первичным дефектом и собственно определяющим суть данной формы аномального развития ребенка. Такое нарушение речи в отечественной логопедии квалифицируется как *алалия*, или *общее недоразвитие речи*. В зарубежной литературе этим терминам соответствует термин *специфическая речевая недостаточность* [Benton 1964; Bishop 1997; Johnston, Stark, Mellits, Tallal 1981]. Лексема «специфическая» указывает на то, что были исключены неспецифические факторы, такие как снижение интеллекта, глухота, тяжелые расстройства личности и мн. др. По аналогии с медицинской практикой для диагностики данного расстройства речи используются критерии исключения. Таким образом, принципиальным отличием специфической речевой недостаточности от неспецифической является первичная сохранность мотивационной и когнитивной сферы, а также физиологического слуха.

Специфическая и неспецифическая речевая недостаточность относятся к нарушениям речи, которые в зарубежной литературе трактуются как *языковые нарушения*, в противовес *речевым нарушениям* [Ingram 1971; Aram, Nation 1975; Bishop 1979, Rapin, Allen 1982]. В отечественной литературе общепринятого деления на языковые и речевые нарушения не существует, хотя в классификациях нарушений речи, принятых в отечественной логопедии, разделение речевых расстройств на *структурно-семантические* и *фонационные* (клинико-педагогическая), а также на нарушения *средств общения* и нарушения *в применении средств общения* (психолого-педагогическая) по сути коррелирует с дифференциацией на языковые и речевые расстройства.

* * *

При *недоразвитии речи* любой этиологии в качестве основного симптома выступает нарушение языковых норм, что внешне выражается в форме устойчивых специфических ошибок, свидетельствующих о трудностях усвоения как языка в целом, так и отдельных его подсистем: фонетико-фонологической, лексической, морфологической и синтаксической.

Так, например, **фонетико-фонологические** трудности у детей с недоразвитием речи проявляются в виде искажения, смешения, взаимозамены звуков в речи (*каса* вместо *каша*, *панка* вместо *банка*), нарушений ритмической, слоговой структуры и интонационного контура слова

³ Речевое недоразвитие может иметь разную степень выраженности, которая, по сути, определяется степенью владения родным языком: чем выше уровень владения средствами вербальной коммуникации, тем менее выражено недоразвитие речи.

(*го* вместо *голубь*, *кúза* вместо *кукуруза*, *сивипед* вместо *велосипед*); **лексические** — в виде неадекватного употребления слов (*моет* вместо *стирает*, *мельница* вместо *мельница*, *коньки* вместо *лыжи*); **грамматические** — в виде так называемых аграмматизмов: словоизменительных (*венки из ромашек*, *пять карандашей*), словообразовательных (*лисий хвост*, *пухляк* (пуховая) *подушка*), синтаксических (*Я видел цирк, когда я был вчера*).

Словарный запас ребенка с недоразвитием речи несовершенен как в количественном, так и в качественном отношении. Такие дети длительное время не могут усвоить названия многих предметов, действий или признаков, поэтому их лексикон ограничен в основном словами, относящимися к ядру определенной тематической группы. Например, тематические ряды «кухня», «одежда», «животные» в словаре ребенка могут быть представлены словами соответственно: *ложка, тарелка, пить; шапка, туфли, сапоги; киса, жук, летит*. Слова, относящиеся к периферии этих тематических групп (*кувшин, дурилаг, жарить; пальто, летний, завязывать; гнездо, сорока, ворковать*), либо совсем отсутствуют в словаре ребенка, либо с трудом актуализируются. При этом наблюдается более выраженное, в сравнении с нормативным, расхождение между объемом пассивного и активного словаря: активный словарь значительно уже пассивного.

Несовершенство организации словарного запаса у детей с недоразвитием речи проявляется также в том, что они часто не могут установить правильные смысловые и формальные связи между словами и, как следствие, уяснить значение этих слов на понятийном уровне. В результате в речи таких детей наблюдается много ошибок, связанных со смешением лексических единиц как по формальному (например, звуковому: *спица* вместо *синица*), так и по смысловому сходству: *шьет* вместо *вяжет*, *толстый* вместо *широкий*, *платье* вместо *юбка*.

При овладении словообразовательной системой родного языка ребенок с недоразвитием речи не всегда может вычленить те элементы (морфемы), которые вносят изменения в лексическое значение слова. В связи с этим он испытывает серьезные трудности при необходимости использовать такие слова, как: *спрыгнул, запрыгнул, перепрыгнул; песчинка, бусинка; медвежий, беличий, яблочный; легче, глубже, смелее; овощерезка, снегоуборочный*. Неполноценное усвоение словообразовательной системы отрицательно сказывается и на способности детей адекватно трактовать значение слова.

Помимо несовершенства лексических навыков, не менее значимым симптомом недоразвития речи является несформированность

актуальных грамматических навыков, что проявляется в речи в виде устойчивых ошибок при изменении форм слов и построении предложений. Не освоив «техники» сочетания слов путем изменения их форм, ребенок допускает ошибки в согласовании прилагательных с существительными: в роде (*большая мяч*), числе (*сильный слоны*), падеже (*из громкому телевизора*); существительных и глаголов: в лице (*девочка мою руки*), числе (*едут трамвай*); существительных с числительными: в роде (*два тарелки, одна ножик*), падеже (*пять мышам (мышей), три помидору*) и т. п. Как правило, также остаются неувоенными и значения многих предлогов: *спрятался в стул* (вместо *спрятался за стул*); *сидит под клетке* (вместо *сидит на клетке*), *вылез из шкафа* (вместо *вылез из-под шкафа*).

Трудности усвоения лексико-грамматических и фонетических средств языка негативно отражаются и на связной речи (текстовой деятельности). Именно в текстовой продукции наиболее ярко проявляется специфика речевого недоразвития при различных формах аномального развития ребенка, так как выполнение конкретных речемыслительных действий (операций) зависит не только от уровня владения речевыми средствами, но и от состояния таких сфер психики, как память (оперативная и долговременная), внимание (концентрация и распределение), мышление.

Так, например, у детей с *общим недоразвитием речи* на первый план выходят ошибки, обусловленные трудностями языкового кодирования смысловой информации. Дети с ОНР с большим трудом овладевают такими операциями, как лексическое наполнение и грамматическое структурирование речевого высказывания. При этом грубых смысловых ошибок в их речевой продукции не наблюдается.

У детей с когнитивной недостаточностью в первую очередь обращают на себя внимание ошибки смысловой организации речи. Помимо ошибок языкового кодирования их речь изобилует ошибками, свидетельствующими о выраженных трудностях продуцирования смысла и внутреннего программирования высказывания. Такие дети не могут установить правильные логико-смысловые отношения в предложении, удерживать и воспроизвести общий смысловой стержень как отдельного высказывания, так и текста в целом. В речи это проявляется в виде устойчивых специфических ошибок, свидетельствующих о выраженных трудностях построения пропозиций (суждений), типа: *Белка выбрасывает когда у них открываются глаза и уходит* (воспроизведение фрагмента из текста: «Белка бросает своих бельчат, как только у них откроются глаза, и больше не занимается их воспитанием»).

Специфика речевой продукции детей с *задержкой психического развития* также детерминируется ведущим звеном в структуре их аномального развития. У детей с ЗПР помимо ошибок языкового оформления высказывания наблюдается большое количество ошибок, обусловленных несовершенством высших психических функций, в первую очередь памяти и внимания⁴.

Ограниченные возможности памяти и внимания, характерные для детей с ЗПР, часто не позволяют им в нужный момент актуализировать то или иное слово, воспроизвести тот или иной отрезок речевой цепи, удерживать в сознании смысловую цельность, что проявляется в речи в виде актуализации неподходящего в данной ситуации слова (*маленький* вместо *узкий*, *моет* вместо *стирает*), в виде искажения информативно значимых частей предложения или текста (*Мы ходили в цирк, который я был вчера* вместо *Мы вчера ходили в цирк, который находится около нашего дома*) и др.

Недостатки памяти и внимания влекут за собой и ослабление контроля формы и содержания. Следствием ослабленного контроля выступает такое явление, как *интерференция* — наложение, взаимоподавление близких по форме или по значению единиц. В речи детей с ЗПР интерференциальные ошибки встречаются достаточно часто: *мыльница — мельница, жираф — журавль, выкидывает воду — выливает воду*. Интерференция в речи детей данной категории регулярно возникает и как следствие трудностей перехода с одного кода на другой, например со зрительного на языковой: *сарафан* вместо *фартук*, *лейка* вместо *чайник*, *шьет* вместо *вяжет*.

Недоразвитие высших психических функций проявляется в плохо контролируемом потоке ассоциаций, которые, собственно, и управляют извлечением информации и ответственны за ее сохранение. Незначительное забвение общего замысла или его несформированность

⁴ Ошибки, обусловленные недостаточностью памяти и внимания, связаны с трудностями поиска и извлечения информации. Говорящему часто не удается с первой попытки осуществить подбор нужной языковой единицы. Первой актуализируется наиболее привычная и частотная представительница данного смысла в языковом коде, как правило это единица с более общим значением, и только затем — с более конкретным, подходящим для контекста значением: *шапка* вместо *кепка*, *пьет* вместо *лакает*, *маленький* вместо *узкий*. Для предотвращения этого явления существует функция контроля. Если же контроль ослаблен, то «снятия» исходного варианта не происходит и «примерная», первичная номинация закрепляется как единственная. К основным видам контроля относят контроль формы и контроль содержания. Эти два вида контроля должны действовать одновременно, однако в некоторых случаях один из них отключается.

приводят к тому, что ассоциации становятся неуправляемыми. Ненужные или избыточные ассоциации могут вызывать и такие нарушения, как вставка единиц, имеющих неподходящее значение или не несущих новой информации. Именно такими ошибками и изобилует речь ребенка с ЗПР при построении текста. Дети с ЗПР допускают пропуски, перестановки информативно значимых частей текста, вставляют в текст семантически избыточные единицы. Соответственно и при извлечении смысла из текста они испытывают трудности при необходимости установления правильных иерархических связей (логических ролей) между смысловыми компонентами, часто соединяя в одну пропозицию равноуровневые смысловые единицы.

Таким образом, специфика речевых ошибок детерминируется этиологией и патогенезом недоразвития речи при той или иной форме аномального развития ребенка. За внешним сходством речевых ошибок могут скрываться различные механизмы их порождения, что необходимо учитывать при проведении диагностических и коррекционных мероприятий.

При оценке речи детей, владеющих речезыковыми средствами, большинство специалистов в области детской речи признают, что самым важным показателем речевого развития ребенка следует считать **уровень владения родным языком**. Определение этого уровня осуществляется на основе анализа комплекса используемых ребенком языковых средств: **лексических, морфологических, синтаксических, фонетических** (Е.И. Исенина, Н.И. Лепская, Р.Е. Левина, Т.Н. Ушакова, С.Н. Цейтлин, А.М. Шахнарович и мн. др.).

Основной критерий усвоения родного языка индивидуумом — это состояние его **лексикона** (словарного запаса). Лексикон запускает механизм переработки смысловой информации, с которым связаны многие психические явления и процессы, в первую очередь оперативная и долговременная память, наглядно-образное и логическое/словесно-логическое мышление, речевое внимание. При оценке лексикона важно учитывать как **количественный**, так и **качественный** аспект. Количественная оценка предполагает определение объема лексического запаса, качественная — уровня сформированности лексической системности, которая проявляется в упорядоченности лексических единиц в языковом сознании ребенка, т. е. в наличии разнообразных связей (прежде всего смысловых) между ними.

Не менее важен такой показатель языкового развития ребенка, как уровень сформированности **грамматической компетенции** (грамма-

тических навыков⁵ и умений⁶). Оценка ее осуществляется на основе совокупных данных об усвоении правил словоизменения (формоизменения), словообразования, синтаксиса.

Усвоение **фонетической/фонологической**⁷ системы языка наряду с лексической и грамматической — это также немаловажный критерий овладения родным языком.

Сформированность фонологических (звукоразличение, звуковой анализ и синтез) навыков и умений является показателем возможности овладения грамотой. Фонетические навыки и умения (звукопроизнесение, произнесение слов различной слоговой структуры, просодическое оформление речи) свидетельствуют о способности «внешне» (фонационно) оформить высказывание.

Известно, что лингвистическое развитие ребенка происходит в тесной взаимосвязи с развитием его представлений об окружающей действительности. Поэтому при оценке речи информативен и такой параметр, как «уровень сформированности представлений об окружающем мире» («фоновые знания», «индивидуальная картина мира»).

Владение родным языком, его лексическими, морфолого-синтаксическими и фонетическими средствами, наиболее ярко проявляется в связной речи (связном монологическом высказывании). Применительно к детям дошкольного возраста связное речевое высказывание оценивается с точки зрения понимания и самостоятельного продуцирования/репродуцирования текста повествовательного характера в соответствии

⁵ Грамматический навык — действие, достигшее уровня автоматизма, обеспечивающее правильное (безошибочное) употребление грамматической формы в речи. Владение грамматическими навыками является одним из условий осуществления речевой деятельности. В состав грамматических навыков входят: морфологические навыки (правильное словоизменение (формоизменение) и словообразование), синтаксические навыки (правильное расположение слов в предложениях разных типов; владение различными типами синтаксических конструкций), орфографические (безошибочное письмо).

⁶ Грамматическое умение — способность осознанно совершать действия с грамматическим материалом, опираясь на сформированные навыки и приобретенные знания.

⁷ Фонетика, изучающая звуковую сторону языка (способы образования звуков и их акустические свойства), подразделяется на *антропофонику* и *фонологию*. Изучение звуковой структуры языка решает двоякую задачу: с одной стороны, исследуется звуковая материя языка, с другой — ее социальная функция, т.е. использование звуковой материи для образования значимых единиц языка: морфем, слов, предложений и др. Эти две составляющие звуковой структуры языка — материальная (антропофоническая) и функциональная (фонологическая) — являются неразрывными и взаимопроникающими.

с определенным сюжетом (рассказ/пересказ). При оценке этого умения учитывается адекватность понимания и репродуцирования текста, а также возможность передачи вербальными средствами в определенной последовательности логически связанных событий, представленных визуально или акустически.

Помимо этого, следует помнить, что речевая деятельность зависит от состояния сенсорно-перцептивной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер психики: памяти (оперативной и долговременной), концентрации и распределения внимания, оптико-пространственной и зрительно-моторной координации, мышления, а также работы речедвигательного и речеслухового анализаторов. Причем степень участия этих составляющих в конкретных видах речевой деятельности неодинакова, что необходимо учитывать как при подборе диагностического материала, так и при интерпретации полученных данных. При оценке речи показателями являются состояние вербальной памяти, сформированность речевого внимания, наглядно-образного и абстрактно-логического/словесно-логического мышления (так называемый невербальный и вербальный интеллект).

Таким образом, качественная характеристика речевого развития ребенка может быть дана лишь на основе исследования его речезыковой, а точнее, мыслеречезыковой деятельности, в которой тесно переплетаются языковые, познавательные, аффективно-волевые, сенсорно-перцептивные процессы.

При диагностике речи детей дошкольного возраста обязательно должен учитываться возраст ребенка, так как известно, что усвоение тех или иных категорий языка или речевых эталонов является онтогенетически обусловленным. В связи с этим при диагностике речи детей трех-, четырех-, пяти- и шестилетнего возраста внимание специалиста должно быть сфокусировано на разных аспектах речи.

Так, при оценке речи ребенка **трехлетнего возраста** особое внимание уделяется оценке словарного запаса, прежде всего его количественного состава. Важно выявить, сколько в лексиконе ребенка слов, обозначающих предметы и действия окружающего мира, их признаки, достаточно ли этой лексики для осуществления полноценной коммуникации. Информативным показателем является соотношение предметного и предикативного словаря в речи ребенка. Дефицит предикативного словаря является неблагоприятным признаком и свидетельствует об отсутствии необходимой базы для формирования синтаксических навыков (фразовой речи).

При оценке грамматических навыков особое внимание уделяется сформированности словоизменительных навыков, в частности:

— навыков изменения форм слов в соответствии с падежной парадигмой;

— навыков изменения личных окончаний глаголов;

— навыков изменения окончаний глаголов прошедшего времени.

При оценке фонетико-фонологических навыков у детей трехлетнего возраста особое внимание уделяется усвоению повествовательной, вопросительной и побудительной интонации, умению воспроизводить мелодико-ритмический контур слов различной слоговой структуры, дифференцировать на слух акустически наиболее контрастные звуки, правильно произносить звуки раннего онтогенеза.

При диагностике речи **четырёхлетнего** ребенка следует анализировать как количественную, так и качественную составляющую его лексикона. При оценке качественной стороны словаря важно выяснить, на каком уровне ребенок усвоил значение того или иного слова: на номинативном, т. е. овладел лишь денотативным компонентом семантической структуры слова («предмет-ярлык» или «действие-ярлык»), или также на понятийном, т. е. овладел и сигнификативным компонентом, усвоил не только «ярлык», т. е. название, закрепленное за этим предметом в языке, но и сумел выделить наиболее существенные признаки этого предмета или действия.

При обследовании грамматических навыков важно обратить внимание на усвоение ребенком предложно-падежной системы языка (существительные единственного числа в косвенных падежах с предлогами и без предлогов), а также системы основных глагольных форм (личные окончания глаголов настоящего времени и окончания глаголов прошедшего времени).

Словообразовательные навыки ребенка четырехлетнего возраста оцениваются прежде всего с точки зрения усвоения типовых (регулярных) словообразовательных моделей. Обращается внимание на способность ребенка трактовать лексическое значение слова, опираясь на его морфемный состав.

При оценке фонетико-фонологических навыков и умений ребенка этого возраста особое внимание уделяется умению дифференцировать на слух акустически контрастные оппозиционные звуки: переднеязычные — заднеязычные, твердые — мягкие, сонорные между собой и др., а также умению правильно произносить согласные звуки (кроме сонорных *р* — *л*, аффрикат *ч*, *ц* и щелевого *щ*).

При оценке речи ребенка **пятилетнего** возраста особое внимание

уделяется лексической системности, показателем полноценного формирования которой является многообразие смысловых и формальных связей между словами: родовидовых, антонимических, связей между морфологически однотипными словами и др.

Диагностируя речь ребенка этого возраста, следует сосредоточить внимание на словообразовательных навыках, при исследовании которых важно определить, способен ли ребенок не только извлечь смысл слова, опираясь на его морфемный состав (осуществить морфологическое декодирование слова: *футбольный (мяч)* — мяч для игры в футбол), но и самостоятельно «сконструировать» слово по определенной словообразовательной модели: *сахарница, перетащил, абрикосовый* и т. п.

Оценивая грамматические навыки, важно определить, правильно ли использует ребенок в собственной речи словоизменяемые модели, адекватно ли употребляет ту или иную синтаксическую конструкцию.

При определении уровня сформированности фонетико-фонологической компетенции (фонетико-фонологических навыков и умений) акцент делается на исследовании фонематического слуха (ребенок этого возраста должен уметь дифференцировать практически все звуки) и навыков произношения слов различной слоговой структуры.

Анализ речи ребенка **шестилетнего** возраста осуществляется прежде всего с точки зрения структурной организации его лексикона: упорядоченности лексических единиц в языковом сознании ребенка по широкому спектру разнообразных признаков, как семантических, так и формальных.

Важно выяснить, способен ли ребенок объединять слова в группы и, напротив, противопоставлять их друг другу на базе не только очевидного общего признака (например, принадлежность к одному лексико-семантическому классу), но и по более тонким дифференциальным признакам (по функциональному признаку или на основе общего семантического компонента в морфологически однотипных словах).

Особое внимание следует обратить на сформированность словообразовательных навыков, которая определяется прежде всего способностью ребенка устанавливать семантические и формальные связи между морфологически однотипными словами, выбирать и употреблять в речи нужную словообразовательную модель, извлекать смысл из слов с прозрачной внутренней формой, опираясь на их морфемный состав (*землеройка* — *земля* + *рыть*; *барабанщик, пловец, пловчиха, заплыл, плавательный* и т. п.), группировать слова в одно словообразовательное гнездо.

При оценке грамматических навыков следует обратить внимание

на соблюдение ребенком правил согласования полных прилагательных с существительными в ед.ч. и мн.ч. в роде, числе, падеже, усвоение системы предлогов, в том числе сложных (*из-за, из-под*), и моделей сложносочиненных и сложноподчиненных предложений с определительной, временной и причинно-следственной связью.

Фонетико-фонологические навыки ребенка шестилетнего возраста оцениваются прежде всего в аспекте сформированности навыков фонологического анализа слов различной звукослоговой структуры, умения произвольно дифференцировать на слух акустически и артикуляционно близкие друг другу фонемы (в том числе аффрикаты и входящие в их состав звуки, аффрикаты между собой).

Результатом диагностической процедуры, проводимой с целью обследования речи ребенка, является **логопедическое заключение**. Традиционно на практике в качестве логопедического заключения применяются формулировки различных нарушений речи, существующих в рамках *клинико-педагогической* или *психолого-педагогической* классификаций, разработанных в отечественной логопедии несколько десятилетий назад.

Так, в соответствии с клиникопедагогической классификацией вся речевая патология распределяется прежде всего по видам речевой деятельности на нарушения *устной речи* и нарушения *письменной речи*. Нарушения устной речи, в свою очередь, классифицируются на основе выделения ведущего этиопатогенетического звена в структуре речезыкового дефекта на нарушения внешнего (фонационного) оформления высказывания (*дислалия, афония (дисфония), дизартрия (анартрия), ринолалия, брадилалия, тахилалия, заикание*) и структурно-семантические нарушения (*алалия, афазия*). Очевидно, что структурно-семантические нарушения принципиально отличаются от нарушений внешнего оформления высказывания, так как затрагивают глубинные уровни речепроизводства (внутреннюю речь, программирование речевого высказывания). И если рассматривать нарушения устной речи с позиции современных представлений о речезыковом механизме человека, то первая группа может быть отнесена к разряду *речевых* нарушений, а вторая группа — *языковых* (что, собственно, уже звучит в зарубежной литературе). Нарушения письменной речи в рамках клиникопедагогической классификации представлены двумя формами: *дисграфия* и *дислексия*.

В рамках психолого-педагогической классификации все нарушения речи делятся на нарушения формирования *средств общения*

и нарушения *применения средств общения*. В первую группу входят такие формы речевой патологии, как *общее недоразвитие речи* и *фонетико-фонематическое недоразвитие*. Ко второй группе отнесено только *заикание*. В психологопедагогической классификации представлены только нарушения устной речи, нарушения письменной речи рассматриваются как вторичные проявления *общего недоразвития речи (ОНР)* или *фонетико-фонематического недоразвития (ФФН)*.

Любой логопедический «диагноз» должен начинаться с унифицированных номенклатурных обозначений формы речевой патологии, которую специалист выделил в качестве **основного нарушения** (по аналогии с медицинской практикой, в которой это считается «основным заболеванием»). Например: «дислалия», «общее недоразвитие речи», «дисграфия», «ринолалия» и т. д. Причем может быть как одно, так и несколько так называемых основных нарушений. Например: «механическая дислалия, заикание».

Следующим компонентом в логопедическом заключении могут являться «осложнения основного заболевания», т. е. то, что в дефектологии принято называть «вторичным или третичным дефектом». И тогда логопедическое заключение может выглядеть следующим образом: «дисграфия, обусловленная ОНР (III уровень речевого развития)»; «системное недоразвитие речи, обусловленное умственной отсталостью».

Обратим внимание на то, что далеко не всегда такую причинно-следственную связь удастся однозначно установить, отчего порой затруднительно правильно сформулировать логопедическое заключение.

Помимо этих двух компонентов в логопедическом заключении может быть отражена и сопутствующая патология (как речевая, так и неречевая, но имеющая непосредственное отношение к речи). Например: «общее недоразвитие речи при ринолалии»; «дизартрия при ДЦП»; «системное недоразвитие речи (III уровень речевого развития) при ЗПР».

При оформлении логопедического заключения учитывается патогенетическая и хронологическая последовательность возникновения патологических процессов, но далеко не всегда в качестве основного нарушения следует указывать первоисточник речевой патологии. Это можно проиллюстрировать на примере написания подобного логопедического заключения школьным логопедом. Общеизвестно, что нарушения письменной речи часто являются вторичным дефектом по отношению к ОНР. Однако в качестве основного нарушения следует указывать не ОНР, а дисграфию, так как именно нарушения письма требуют первоочередного внимания, срочной коррекции и наибольших усилий. Например: «дисграфия, обусловленная ОНР (III уровень речевого развития)».

В качестве примеров правильно сформулированного логопедического заключения можно привести следующие, наиболее часто встречающиеся в логопедической практике:

- «дислалия (ротацизм), дисфония»;
- «дислалия (парасигматизм шипящих звуков), заикание»;
- «дизартрия, ринолалия»;
- «моторная алалия (I уровень речевого развития)»;
- «моторная алалия (II уровень речевого развития)»;
- «фонетико-фонематическое недоразвитие при дизартрии»;
- «общее недоразвитие речи (II уровень речевого развития) при дизартрии»;
- «общее недоразвитие речи (III уровень речевого развития) при ринолалии»;
- «общее недоразвитие речи (III уровень речевого развития) при псевдобульбарной/спастико-паретической дизартрии»;
- «оптическая дисграфия; брадилалия»;
- «дисграфия, обусловленная ОНР (III уровень речевого развития); заикание»;
- «дисграфия, обусловленная ФФН»;
- «оптическая дисграфия»;
- «системное недоразвитие речи (II уровень речевого развития) при ЗПР»;
- «системное недоразвитие речи (I уровень речевого развития) при умственной отсталости»;
- «недоразвитие речи (II уровень речевого развития) при тугоухости 3-й степени».

Таким образом, каждая форма речевой патологии подлежит учету в виде определенной формулировки, отражаемой в речевой документации. Основными требованиями, которым должно соответствовать логопедическое заключение, являются *смысловая однозначность* (одно толкование и единообразная лексическая запись) и *достаточная семантическая сила* (точное и полное отражение смысла «диагноза» и причины/причин патологического процесса).