



## ПРЕДИСЛОВИЕ

В логопедии как педагогической науке понятие «общее недоразвитие речи» применяется к такой форме патологии речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, когда нарушается формирование всех компонентов речевой системы.

При общем недоразвитии речи отмечается позднее ее появление, скудный запас слов, аграмматизм, дефекты произношения и фонемообразования...

Понятие «общее недоразвитие речи» основывается на точке зрения о возможности единого педагогического подхода к разнородным по своей этиологии и проявлениям недоразвитости речи у детей, исходя из конкретного состояния языкового развития ребенка.

Термин «общее недоразвитие речи» отражает феноменологический подход к нарушению речевого развития, и его анализ доступен педагогу. Такой подход не претендует на патогенетический анализ структуры дефекта, требующий от специалиста солидной общебиологической и медицинской компетенции, что является прерогативой врача.

Однако педагогу-логопеду не безразлично, с кем он работает, на каком фоне возникает общее недоразвитие, какое влияние на темп речевого развития оказывают сопутствующие неврологические нарушения, генетические предпосылки, особенности психической деятельности, личностные особенности ребенка, наличие или отсутствие медикаментозного лечения и другие факторы, которые могут быть получены и проанализированы только в совместной работе педагога с врачом.

Система логопедического воздействия, предлагаемая настоящим пособием, опирается на поэтапность усвоения детьми родного (русского) языка при правильном формировании речевой функции.

Коррекционное обучение охватывает широкий диапазон уровней речевого развития: оно начинается с первых «детских слов» и заканчивается развернутой фразовой речью, когда ребенок может свободно выражать свои мысли. Весь практический материал пособия дается с постепенным усложнением. Его можно использовать полностью в той последовательности, как он помещен, а можно брать задания и упражнения выборочно в зависимости от структуры дефекта и уровня языкового развития детей.

В основу формирования правильной устной речи дошкольников положена такая единица речи, как предложение, с учетом закономерностей его синтетического и аналитического развития.

Выдающийся советский лингвист А.Н. Гвоздев писал: «Предложение в развитии детской речи играет огромную роль. Представляя собой известное высказывание, сообщение, оно является основной единицей речи как орудия мышления и общения. **Овладение родным языком в основном и протекает в виде усвоения предложений разных типов.** Именно в предложениях формируются как отдельные словосочетания, так и отдельные грамматические категории с их внешним морфологическим выражением. Развитие предложения у ребенка и состоит во все большем усложнении предложений в отношении количества включаемых им элементов (слов) и разнообразия взаимоотношений этих элементов между собой».

В отечественной логопедии нарушения речи никогда не рассматривались вне связи с умственным развитием ребенка, поэтому взаимосвязь речевой деятельности детей со всеми сторонами их психического развития должна быть в центре внимания логопеда. Наблюдательный специалист всегда обратит внимание на соответствие или несоответствие между речевым и умственным развитием и возрастом ребенка.

Авторы считают необходимым параллельно с логопедической работой проводить с детьми занятия по развитию их внимания, памяти, навыков конструирования, первоначальных представлений о числе и т. п.

Пособие *«Логопедия. Основы теории и практики»* содержит в себе материалы, которые должны быть творчески использованы специалистами при соблюдении общей поэтапности и последовательности в коррекционном обучении. Допустимо внесение изменений в лексический материал заданий, выборочное использование логопедических приемов и заданий (например, в связи с прохождением программного материала детского сада).

*Н.С. Жукова*

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

### СОЦИАЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ РЕЧИ

Речь возникает при наличии определенных биологических предпосылок, и прежде всего нормального созревания и функционирования центральной нервной системы. Однако речь является важнейшей социальной функцией, поэтому для ее развития одних биологических предпосылок недостаточно, она возникает только при условии общения ребенка со взрослым. При этом ведущее значение имеет общение ребенка с эмоционально близким для него взрослым (матерью).

Потребность в общении формируется в жизненной практике взаимодействия ребенка с окружающими людьми. Она возникает в первые два месяца жизни ребенка на основе его первичных органических нужд и потребности в новых впечатлениях. Среди средств общения выделяют экспрессивно-мимические, предметно-действенные и речевые.

Первый год жизни ребенка, когда общение со взрослым осуществляется при помощи экспрессивно-мимических и предметно-действенных средств, мы называем довербальным. Именно в этот период у ребенка формируется устойчивое избирательное реагирование на звуки человеческого голоса по сравнению со звуками физических объектов, равными первым по силе, длительности, составу и высоте.

Решающую роль общения в возникновении и развитии речи ребенка доказывают исследования так называемого госпитализма<sup>1</sup>.

Изоляция ребенка от стимулирующей среды человеческого окружения (семьи, детской группы и т. п.) рассматривается как депривационная ситуация, которая оказывает замедляющее влияние на его психическое развитие. Если подобная ситуация является длительной, то возникает состояние психической депривации.

---

<sup>1</sup>*Госпитализм* — глубокая психическая и физическая отсталость, возникающая в первые годы жизни ребенка вследствие дефицита воспитания.

Особенно неблагоприятное влияние на развитие речи оказывает эмоциональная депривация, при которой с самого рождения ребенка имеет место недостаточное удовлетворение его аффективных потребностей, и прежде всего потребностей в теплоте, ласке, любви. Подобная ситуация нередко складывается в неблагополучных семьях, при злоупотреблении родителями алкоголем, при отсутствии матери, при воспитании детей с первых месяцев жизни в детских домах, в которых уделяется недостаточное внимание воспитательной работе.

Л.С. Выготским впервые было выдвинуто положение о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка<sup>1</sup>.

В настоящее время это положение нашло свое дальнейшее развитие и подтверждение в нейрофизиологических исследованиях. Установлено, что чем более интенсивный и разнообразный поток информации поступает в мозг ребенка, тем быстрее происходит функциональное и анатомическое созревание центральной нервной системы. Вопрос о возможных пределах стимуляции развития отдельных функциональных систем полностью не изучен.

Однако следует учитывать, что интенсивность поступающей информации должна соотноситься с возрастом, физическим и психическим состоянием ребенка, ибо всякая перегрузка отрицательно влияет на состояние центральной нервной системы.

## **ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РЕЧИ**

Механизмы речи связаны с деятельностью мозга, иерархической по своему строению, каждое из звеньев которой вносит свой специфический вклад в характер речевой деятельности. Клинический опыт показывает, что поражение разных участков коры головного мозга приводит к качественно отличным нарушениям речи. В связи с этим выделяются различные области, поражение которых вызывает те или иные расстройства речи.

Область Брока расположена в заднем отделе третьей лобной извилины, поражение которой у взрослых приводит к моторной афазии. Область Вернике расположена в заднем отделе верхней височной извилины. С этой областью в значительной степени связано узнавание устной речи. При поражении этой области у взрослых возникает сенсорная афазия.

---

<sup>1</sup> См.: *Выготский Л.С.* Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте // *Выготский Л.С.* Избранные психологические исследования. — М., 1956. — С. 438—452.

Обе эти области расположены в одном полушарии (у правшей в левом) и тесно взаимосвязаны.

Анализ нейрофизиологических механизмов речи основывается на принципе динамической системной локализации функций, который впервые был сформулирован И.П. Павловым и получил свое дальнейшее развитие в исследованиях Н.А. Бернштейна, П.К. Анохина, А.Р. Лурии. Большое значение для понимания механизма речевых нарушений у детей имеют работы, посвященные сравнительному анализу результатов нейропсихологических исследований при поражении головного мозга у детей и взрослых.

Несмотря на большое число противоречивых взглядов на роль правого и левого полушарий в развитии речи ребенка, большинство авторов приходят к выводу о том, что в детском возрасте правое полушарие играет значительно бóльшую роль в речевых процессах, чем у взрослых, и вносит свой специфический вклад в их развитие. Высказывается точка зрения, что недостаточная осознанность и произвольность детской речи на ранних этапах ее становления связаны с активным участием в организации речевого акта именно правого полушария. В формировании же сознательного и произвольного применения речевых средств ведущая роль принадлежит структурам доминантного по речи (обычно левого) полушария мозга<sup>1</sup>.

Особенностью речевых нарушений в детском возрасте является их обратимость, что связано с высокой пластичностью детского мозга.

## **ФУНКЦИИ РЕЧИ В ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ РЕБЕНКА**

В основе всего вербального развития ребенка лежит коммуникативная функция речи. От своевременного появления этой функции зависит, как скоро ребенок овладеет высшими уровнями сознания и произвольности поведения.

Овладение речью как средством общения проходит три основных этапа<sup>2</sup>.

На довербальном этапе ребенок не понимает речи окружающих взрослых, но здесь складываются условия, обеспечивающие овладение речью

---

<sup>1</sup> См.: *Симерницкая Э.Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. — М., 1985.

<sup>2</sup> См.: *Общение и речь: Развитие речи у детей в общении со взрослыми* / Под ред. М.И. Лисиной. — М., 1985.

в последующем. На втором этапе — этапе возникновения речи — ребенок начинает понимать простейшие высказывания взрослых и произносит свои первые слова. Овладение разными способами общения с окружающими осуществляется на этапе развития речевого общения.

В качестве второй функции речь выступает как средство мышления. Слово, таким образом, как психологическая единица речи служит не только средством общения, но и обобщения. Обобщая предметы, оно является орудием абстракции.

Коммуникативная и обобщающая функции речи формируются в тесном единстве: с помощью речи ребенок не только получает новую информацию, но и усваивает ее. Вместе с тем речь является и средством регуляции высших психических функций. Так, включаясь в процесс восприятия, она делает его более обобщенным и дифференцированным; вербализация запоминаемого материала способствует осмысленности запоминания и т.д. В норме регулирующая функция речи возникает к концу дошкольного возраста и имеет большое значение для перехода ребенка к школьному обучению. Л.С. Выготский показал, что первоначально планирующая речь является внешней по своей форме, а затем переходит во внутренний план (внутренняя речь).

Формирование регулирующей функции речи приводит к возникновению у ребенка способности подчинять свое действие речевой инструкции взрослого.

Современные психологические исследования показали, что недоразвитие регулирующей функции речи является общей закономерностью аномального развития<sup>1</sup>.

При недоразвитии регулирующей функции речи действия ребенка отличаются импульсивностью, инструкция взрослого мало организует его деятельность, ребенок затрудняется в последовательном выполнении тех или иных интеллектуальных операций, не замечает своих ошибок, «теряет» конечную задачу, легко отвлекается, не может затормозить побочных ассоциаций. Эти особенности деятельности, связанные с недоразвитием у ребенка регулирующей функции речи, необходимо учитывать при проведении коррекционной логопедической работы.

---

<sup>1</sup> См.: *Лубовский В.И.* Развитие словесной регуляции действий у детей (в норме и патологии). — М., 1978.

# МЕДИЦИНСКИЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

## ПРИЧИНЫ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Различные неблагоприятные воздействия как во внутриутробном периоде развития, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к общему речевому недоразвитию.

Структура речевой недостаточности и процессы компенсации во многом определяются тем, когда произошло мозговое поражение. В настоящее время доказано, что от времени поражения в значительной степени зависит характер аномалии развития мозга в целом. Наиболее тяжелое поражение мозга под влиянием различных вредностей (инфекций, интоксикаций и т. п.) обычно возникает в период раннего эмбриогенеза. Полагают, что наиболее обширные изменения структуры головного мозга возникают при его поражении на 3–4-м месяце внутриутробной жизни, в период наибольшей дифференциации нервных клеток. В зависимости от того, какие отделы нервной системы наиболее интенсивно развиваются в период влияния того или иного вредного фактора, недоразвитие может касаться преимущественно двигательных, сенсорных, речевых или интеллектуальных функций.

При неблагоприятных условиях в течение всей внутриутробной жизни может иметь место недоразвитие всего мозга в целом, с более выраженным поражением отдельных мозговых структур, что обуславливает возникновение сложного дефекта, например сочетание олигофрении с моторной алалией и т. п.

Среди причин, вызывающих указанные повреждения или недоразвитие мозга, наиболее частыми являются инфекции или интоксикации матери во время беременности, токсикозы, родовая травма, асфиксия, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности крови, заболевания центральной нервной системы (нейроинфекции) и травмы мозга в первые годы жизни ребенка.

В настоящее время показано, что употребление алкоголя и никотина во время беременности также может привести к нарушениям физического и нервно-психического развития ребенка. При алкогольном синдроме плода дети рождаются с низкой массой тела даже при доношенной беременности, отстают в физическом и психическом развитии. Могут быть выраженными общая диспластичность телосложения, стойкие де-



фициты роста и веса, деформация грудной клетки, микроцефальный или (реже) гидроцефальный череп, короткая шея, недоразвитие верхней и нижней челюстей, высокое «готическое» нёбо, узкие и короткие глазные щели, широкое запавшее переносье и целый ряд других признаков, сочетающихся с различными аномалиями и пороками развития внутренних органов, зрения, слуха и др. Недоразвитие речи у этих детей сочетается с синдромами двигательной расторможенности, аффективной возбудимости и с крайне низкой умственной работоспособностью. Раннее выявление этих детей, изоляция их от пьющих родителей, правильно организованная медицинская, воспитательная и логопедическая работа имеют важное значение в предупреждении у них речевого и интеллектуального недоразвития.

В тех случаях, когда вредоносное воздействие на речевые зоны мозга ребенка происходит в период, когда речь его уже сформировалась, может иметь место распад речи — афазия.

Большая роль в возникновении речевых нарушений, в том числе и общего недоразвития речи, принадлежит генетическим факторам. В этих случаях речевой дефект может возникнуть под влиянием даже незначительных неблагоприятных внешних воздействий.

Возникновение обратимых форм общего недоразвития речи может быть связано с неблагоприятными условиями окружения и воспитания. Психическая депривация в период наиболее интенсивного формирования речи приводит к отставанию в ее развитии. Если влияние этих факторов сочетается хотя бы и с нерезко выраженной органической недостаточностью центральной нервной системы или с генетической предрасположенностью, то нарушения речевого развития приобретают более стойкий характер и проявляются в виде общего недоразвития речи. На основании представленных данных можно сделать общее заключение о сложности и полиформизме этиологических факторов, вызывающих общее недоразвитие речи: наиболее часто имеет место сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и повреждения или нарушений созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов, действующих во внутриутробном периоде, в момент родов или в первые годы жизни ребенка.

Этиология и патогенез общего недоразвития речи многообразны, но с клинической точки зрения наибольшее значение имеет группа общего недоразвития речи, связанная с ранним органическим поражением центральной нервной системы.

В зависимости от времени поражения выделяют внутриутробную патологию, нарушения со стороны центральной нервной системы, свя-

занные с родовой травмой (интранатальное поражение мозга), и постнатальное повреждение, возникающее под влиянием инфекций и травм уже после рождения ребенка.

Особое место в этиологии общего недоразвития речи занимает так называемая **перинатальная энцефалопатия** — поражение мозга, возникшее под влиянием сочетания неблагоприятных факторов как во внутриутробном периоде развития, так и в период родов<sup>1</sup>.

Если причиной перинатальной энцефалопатии является кислородное голодание мозга за счет внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах, она обозначается как *гипоксическая энцефалопатия*; если имела место механическая родовая травма — как *травматическая энцефалопатия*; если имело место сочетание обоих факторов — *гипоксически-травматическая энцефалопатия*. Если поражение мозга произошло за счет несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности с токсическим поражением центральной нервной системы — это билирубиновая энцефалопатия.

Общее недоразвитие речи обычно является следствием **резидуально-органического поражения мозга**<sup>2</sup>. Его следует отличать от нарушений речевого развития при текущих нервно-психических заболеваниях (эпилепсии, шизофрении и многих других).

При резидуально-органическом поражении центральной нервной системы выделяют два основных вида нарушений: *дизонтогенетические* — как следствие недоразвития определенных структур и физиологических систем или отставания сроков их формирования; примером подобных нарушений и является общее недоразвитие речи; *энцефалопатические* — как следствие повреждения тех или иных структур центральной нервной системы; примером этих нарушений могут быть локальные речевые и двигательные, а также другие расстройства, например дизартрия, детские церебральные параличи, гидроцефалия и т. д.

В современной зарубежной литературе описывается ряд специфических нервно-психических заболеваний детского возраста, при которых имеет место сочетание энцефалопатических и дизонтогенетических нарушений. Логопедам-практикам полезно иметь представление о некоторых из них. **Синдром Ретта** описан австрийским психиатром Эндрю Реттом (A. Rett) более 20 лет назад. В последние годы этот синдром привлекает к себе внимание ученых всего мира, и ему специально было

---

<sup>1</sup> См.: Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста. — М., 1979. — С. 287–300.

<sup>2</sup> Термином «резидуально-органическое поражение мозга» обозначаются состояния, которые являются результатом законченного патологического процесса.

посвящено несколько международных конференций. Первым признаком заболевания является распад начальных речевых навыков с последующим проявлением тяжелого общего недоразвития речи. Заболевание отмечается только у девочек. При нормальном психомоторном развитии до 12–20 месяцев девочка вдруг начинает терять речь, двигательные и предметно-манипулятивные навыки. Появляются стереотипные ритмические движения рук: похлопывание, потирание, заламывание рук, чередующиеся с приступами криков. Через несколько недель или месяцев состояние стабилизируется и становится очевидной глубокая умственная отсталость ребенка. Нередким проявлением синдрома являются эпилептические припадки. Частота синдрома значительна: 1 из 12 500 девочек в возрасте до 14 лет.

Синдром Ретта служит примером многообразия нервно-психических заболеваний детей раннего и дошкольного возраста, ведущим начальным признаком которого является недоразвитие речи.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ВИДЫ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ

Специальные исследования детей с ОНР показали клиническое разнообразие проявлений общего недоразвития речи. Схематично их можно разделить на три основные группы.

У детей **первой группы** имеют место признаки лишь общего недоразвития речи, без других выраженных нарушений нервно-психической деятельности. Это неосложненный вариант общего недоразвития речи. У этих детей отсутствуют локальные поражения центральной нервной системы. В их анамнезе нет четких указаний на выраженные отклонения в протекании беременности и родов. Лишь у одной трети обследуемых при подробной беседе с матерью выявляются факты нерезко выраженного токсикоза второй половины беременности или недлительной асфиксии в родах. В этих случаях часто можно отметить недоношенность или незрелость ребенка при рождении, его соматическую ослабленность в первые месяцы и годы жизни, подверженность детским и простудным заболеваниям.

В психическом облике этих детей отмечаются отдельные черты общей эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности.

Отсутствие парезов и параличей, выраженных подкорковых и мозжечковых нарушений свидетельствует о сохранности у них первичных

(ядерных) зон речедвигательного анализатора. Отмечаемые же малые неврологические дисфункции в основном ограничиваются нарушениями регуляции мышечного тонуса, недостаточностью тонких дифференцированных движений пальцев рук, несформированностью кинестетического и динамического праксиса. Это преимущественно дизонтогенетический вариант общего недоразвития речи.

Несмотря на отсутствие выраженных нервно-психических нарушений в дошкольном возрасте, дети этой группы нуждаются в длительной логопедической коррекционной работе, а в дальнейшем — в особых условиях обучения. Практика показывает, что направление детей с нерезко выраженными речевыми нарушениями в массовую школу может привести к возникновению вторичных невротических и неврозоподобных расстройств.

У детей **второй группы** общее недоразвитие речи сочетается с рядом неврологических и психопатологических синдромов. Это — осложненный вариант общего недоразвития речи церебрально-органического генеза, при котором имеет место дизонтогенетически-энцефалопатический симптомокомплекс нарушений.

При тщательном неврологическом обследовании детей второй группы выявляется ярко выраженная неврологическая симптоматика, свидетельствующая не только о задержке созревания центральной нервной системы, но и о негрубом повреждении отдельных мозговых структур. Среди неврологических синдромов у детей второй группы наиболее частыми являются следующие.

1. *Гипертензионно-гидроцефальный синдром* — синдром повышенного внутричерепного давления, при котором имеют место увеличение размеров головы, выступающие лобные бугры, расширение венозной сети в области висков. Гипертензионно-гидроцефальный синдром проявляется прежде всего в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей, а также в быстрой истошаемости и пресыщаемости любым видом деятельности, повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности. В некоторых случаях при гидроцефальном и гипертензионном синдромах может отмечаться приподнято-эйфорический фон настроения с явлениями дурашливости и благодушия. Эти дети плохо переносят жару, духоту, езду на транспорте, иногда жалуются на головные боли и головокружения.
2. *Церебрастенический синдром* проявляется в виде повышенной нервно-психической истошаемости, эмоциональной неустойчивости, в виде нарушений функций активного внимания, памяти. В одних случаях

синдром сочетается с проявлениями гипервозбудимости — признаками общего эмоционального и двигательного беспокойства; в других — с преобладанием заторможенности, вялости, пассивности.

3. *Синдромы двигательных расстройств* характеризуются изменениями мышечного тонуса, легкими гемипарезами, монопарезами, нерезко выраженными нарушениями равновесия и координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса. Часто у этих детей выявляются нарушения артикуляционной моторики в виде легких парезов, тремора и насильственных движений отдельных мышц языка, обуславливающие проявления стертой дизартрии.

Могут наблюдаться также неврозоподобные синдромы в виде тиков мышц лица, преходящего или более стойкого энуреза, а также субклинические эпилептические проявления (судорожные реакции на высоте температуры, вязкость и инертность эмоциональных реакций и поведения, характерные изменения на ЭЭГ).

Клиническое и психолого-педагогическое обследование детей второй группы выявляет наличие у них характерных нарушений познавательной деятельности, обусловленных как самим речевым дефектом, так и низкой умственной работоспособностью. Исследование высших психических функций этих детей показывает локальную недостаточность отдельных видов гнозиса, праксиса, что подтверждается данными нейропсихологического и электроэнцефалографического обследования. Так, специфические затруднения в копировании геометрических фигур, в рисовании могут указывать на несформированность зрительно-пространственного гнозиса.

Многие дети этой группы отличаются общей моторной неловкостью, они с трудом переключаются с одного вида движений на другой. Автоматизированное выполнение тех или иных двигательных заданий и воспроизведение даже простых ритмов оказываются невозможными. Для многих из них характерны нарушения общего и орального праксиса.

Указанные нарушения обычно сочетаются с недостаточностью фонематического восприятия.

Незрелость эмоционально-волевой сферы у этих детей сочетается с низкой умственной работоспособностью, эмоциональной лабильностью, иногда — двигательной расторможенностью, повышенной аффективной возбудимостью, нередко с чертами дурашливости и преобладанием повышенного фона настроения по типу эйфории.

Для некоторых из них, напротив, характерны повышенная тормозимость, неуверенность, медлительность, несамостоятельность. Эти дети

обычно вялы и безынициативны. Их деятельность носит непродуктивный характер.

Дети этой группы обычно испытывают выраженные затруднения при обучении их пониманию количественных отношений, представлений о числе и о натуральном ряде чисел. Катамнестическое изучение этих детей в процессе их обучения в специальной школе<sup>1</sup> выявляет у них выраженные и стойкие затруднения в усвоении математики.

У детей **третьей группы** имеет место наиболее стойкое и специфическое речевое недоразвитие, которое клинически обозначается как моторная алалия. По терминологии ряда зарубежных авторов эта форма речевой патологии обозначается как «афазия развития» или «врожденная афазия». Эти термины возникли по аналогии с моторной афазией взрослых на основе предположения, что при этой форме речевой патологии у детей, так же как и при моторной афазии у взрослых, имеется поражение (или недоразвитие) корковых речевых зон головного мозга, и в первую очередь зоны Брока. В отличие от афазии взрослых, когда имеет место распад сформированной речи, при алалии речь недоразвивается в результате раннего поражения (в доречевом периоде) речевых зон мозга. Проблема локализации поражения мозга при моторной алалии широко обсуждается в литературе. В последнее время высказываются предположения о возможности поражения при моторной алалии корковых отделов как левого (доминантного для речи), так и правого полушарий головного мозга. Одновременность поражения обоих полушарий, даже слабой степени выраженности, может объяснить одну из характерных особенностей моторной алалии: слабость, а часто и полное отсутствие спонтанной компенсации речевого дефекта.

При моторной алалии имеют место сложные дизонтогенетически-энцефалопатические нарушения. Характерными признаками моторной алалии являются следующие: выраженное недоразвитие всех сторон речи — фонематической, лексической, синтаксической, морфологической, всех видов речевой деятельности и всех форм устной и письменной речи.

В дошкольном возрасте при моторной алалии отмечаются выраженные трудности в формировании звуковых образов слов: владея достаточным пассивным словарем, дети испытывают стойкие затруднения в назывании слов. Эта особенность определила название данного дефекта речи на основе предположения, что в его основе лежит недостаточность

---

<sup>1</sup> Имеется в виду школа для детей с нарушениями речи.

моторного звена речевой системы, в частности речевого праксиса. Однако дальнейшие исследования показали, что у детей с моторной алалией обычно имеются достаточные артикуляторные (моторные) возможности: все так называемые неречевые артикуляции им доступны, более того, они оказываются в состоянии правильно произносить большинство звуков или даже все звуки изолированно и в слогах. Но отличительной особенностью детей с моторной алалией является то, что они не могут реализовать эти возможности при произнесении слов. Поэтому характерным признаком моторной алалии является несформированность слоговой структуры слов, трудность актуализации даже хорошо знакомых слов. Имея довольно большой пассивный словарь, дети затрудняются в назывании предметов, картинок и даже в повторении за логопедом отдельных слов, особенно сложной слоговой структуры. Искажения слоговой структуры слов в основном идут за счет ее упрощения — опускания звуков и слогов, перестановок, замен. Возникает явление, напоминающее афазию взрослых, — литеральные (буквенные) и вербальные (словесные) парафазии (замены). Характерны нестойкость и разнообразие этих замен. В одних случаях может отмечаться преобладание звуковых, в других — слоговых замен.

При алалии нарушается процесс актуализации нужного слова по его звуковым, семантическим, ритмическим и морфологическим признакам. При этом наиболее трудными для актуализации оказываются слова, выражающие обобщения и абстрактные понятия и не несущие за собой конкретного зрительного представления. Эти трудности обуславливают частые паузы, остановки в речи и широкое использование детьми в общении мимики и жестов.

Для детей с моторной алалией характерна крайне низкая речевая активность. При этом чем выше интеллект ребенка и чем он критичнее относится к своей речи, тем более у него выражены вторичные компенсаторные формы общения с окружающими с помощью мимики и жестов. Иногда подобная форма общения формируется у ребенка как реакция негативизма на предъявление ему непосильных требований, например когда родители или логопед начинают поправлять ребенка, не понимают его искаженных по структуре слов или когда начинают «ставить» ему звуки.

Более всего при моторной алалии страдает фразовая речь. В дошкольном возрасте в результате систематической логопедической работы дети могут воспроизвести лишь простые по синтаксической структуре предложения. При тяжелой форме моторной алалии среди членов распространенного предложения они выделяют только подлежащее и значительно