**3. Нарушения устной речи и чтения**

Нарушения устной речи могут быть разделены на два типа:

1) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи

2) структурно–семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными или полиморфными нарушениями речи.

I. Расстройства фонационного оформления высказывания могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена:

а) голосообразования,

б) темпоритмической организации высказывания,

в) интонационно–мелодической,

г) звукопроизносительной организации.

Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины:

1. Дисфоиия (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации фоноторные нарушения, вокальные нарушения.

Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

2. Брадилалия – патологически замедленный темп речи.

Синоним: брадифразия.

Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

3. Тахилалия – патологически ускоренный темп речи

Синоним: тахифразия.

Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.

При замедленном темпе речь оказывается тягуче растянутой, вялой, монотонной. При ускоренном темпе – торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения, выраженные в терминах баттаризм, парафразия. В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином полтерн. Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием – нарушение темпа речи. Следствием нарушенного темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико–интонациональной выразительности.

4. Заикание – нарушение темпо–ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развитие ребенка.

5. Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: Косноязычие (устаревшее), дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.

Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков) или неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения про¬изношения рассматриваются либо как следствие несформированности операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия), либо как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования), либо как нарушение условий реализации звуков.

При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии – функциональный.

Нарушение возникает обычно в процессе развития речи ребенка; в случаях травматического повреждения периферического аппарата – в любом возрасте.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

6. Ринолалия – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия.

Проявляется в патологическом изменении тембра голоса,

который оказывается избыточно назализованным вследствие того, что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. При ринолалии наблюдается искаженное произнесении всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринолалии мало разборчива (невнятная), монотонная. В отечественной логопедии к ринолалии принято относить дефекты, обусловленные врожденными расщелинами нёба, т. е. грубыми анатомическими нарушениями артикуляторного аппарата. В ряде зарубежных работ такие нарушения обозначаются термином «палатолалия» (от лат. – нёбо). Все остальные случаи назализованного произношения звуков, обусловленные функциональными или органическими нарушениями различной локализации, в этих работах называют ринолалией. В отечественных работах явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к ринофонии.

До недавнего времени ринолалию определяли как одну из форм механической дислалии. Учитывая специфику нарушения, необходимо ринолалию выделить в самостоятельное

речевое нарушение.

7. Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно–фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является анартрия, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой формат. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

Дизартрия является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам. По локализации поражения ЦНС выделяют различные формы дизартрии. По тяжести нарушения различая степень проявления дизартрии.

Чаще всего дизартрия возникает вследствие рано приобретенного церебрального паралича, но может возникнуть на любом этапе развития ребенка вследствие нейроинфекции других мозговых заболеваний.

II. Нарушения структурно–семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: алалией и афазией.

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Синонимы: дисфазия, ранняя детском афазия, афазия развития, слухонемота (устаревшее).

Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается, не сформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств (фонематических, граммагических, лексических) не формируется, страдает мотивационно–побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. Встречается несколько вариантов алалии в зависимости от того, какие речевые механизмы не сформированы и какой из их этапов (уровней) пре– имущественно страдает.

2. Афазия – полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Синонимы: распад, утрата речи.

У ребенка теряется речь в результате черепно–мозговых травм, нейроинфекции или опухолей мозга после того, как речь была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до трех лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, то говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя афазия.

При каких заболеваниях возникает нарушение устной речи:

Самыми распространенными недостатками речи у детей младшего школьного возраста являются различные виды нарушения звукопроизношения:

– неумение произносить тот или иной звук;

– замена одного звука другим;

– искажения имеющегося звука.

К органическим причинам были отнесены недоразвитие и поражение мозга во внутриутробном периоде, в момент родов или после рождения, а также различные органические нарушения периферических органов речи. Им были выделены органические, центральные поражения мозга и органические периферические причины (поражение органа слуха, расщепление нёба и другие морфологические изменения артикуляционного аппарата).

Механическая дислалия может зависеть от нарушений костного и мышечного строения периферического речевого аппарата. Эти нарушения могут быть врожденными и приобретенными. Врожденные дефекты периферического речевого аппарата:

– несращение верхней губы, челюсти, мягкого и твердого нёба;

– массивные и короткие подъязычные уздечки;

– изменения формы и относительной величины челюстей;

– патологическое расположение и форма зубов верхней и нижней челюстей.

Приобретенные дефекты периферического речевого аппарата бывают вследствие раздробления костей и разрыва мышц (с последующими рубцами), в результате челюстно–лицевых травм. Эти нарушения могут возникнуть в любом возрасте.

Необходимо учитывать, что 3 последних дефекта часто являются лишь предрасполагающим моментом к появлению дефектов звукопроизношения, так как у физически и психически здорового ребенка при правильном речевом воспитании в большинстве случаев находятся естественные пути компенсации такого дефекта.

Функциональные причины М.Е. Хватцев объясняет учением И.П. Павлова о нарушениях соотношения процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Он подчеркивал тесное взаимодействие органических и функциональных, центральных и периферических причин.

Под социально–психологическими причинами он понимал различные неблагоприятные влияния окружающей среды.

К психоневрологическим причинам им были отнесены умственная отсталость, нарушения памяти, внимания и другие расстройства психических функций.

Достижения последних лет в области биологических, медицинских и других наук о человеке позволили более полно показать значение экзогенных (внешних) и эндогенных (внутренних) причин в возникновении речевых расстройств. Был сделан акцент на необходимость комплексного, системного подхода в диагностике речевых нарушений. Важно не только выделять органические (центральные и периферические) и функциональные причины речевых расстройств, но и представлять себе механизмы речевых нарушений, возникающих под влиянием тех или иных неблагоприятных воздействий на организм ребенка, что необходимо для выработки стратегии и тактики коррекции речевых расстройств, а также для прогноза их предупреждения.

**Дислексия** – парциальное расстройство навыков чтения, вызванное недостаточной сформированностью (либо распадом) психических функций, участвующих в осуществлении процесса чтения. Основными признаками дислексии являются стойкость, типичность и повторяемость ошибок при чтении (смешения и замены звуков, побуквенное чтение, искажение слоговой структуры слова, аграмматизмы, нарушение осмысления прочитанного). Диагностика дислексии предполагает оценку уровня сформированности устной речи, письма, чтения, неречевых функций. Для преодоления дислексии необходимо развитие нарушенных сторон устной речи (звукопроизношения, фонематических процессов, словаря, грамматического строя, связной речи) и неречевых процессов.

Дислексия – специфические затруднения в овладении навыками чтения, обусловленные недоразвитием ВПФ, принимающих участие в реализации процесса чтения. Распространенность дислексии среди детей с нормальным интеллектом составляет 4,8%. Дети с тяжелыми нарушениями речи и ЗПР страдают дислексией в 20–50% случаев. Соотношение частоты случаев дислексии у мальчиков и девочек – 4,5:1.

По степени тяжести нарушения процесса чтения в [логопедии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/logopaedics/) принято различать дислексию (частичное расстройство навыка) и алексию (полную невозможность овладеть навыком или его утрату). Дислексия (алексия) может наблюдаться изолированно, однако чаще она сопутствует другому нарушению письменной речи – [дисграфии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysgraphia).

**Причины дислексии**

В зарубежной литературе широко распространена теория наследственной предрасположенности к нарушениям письма и чтения – дисграфии и дислексии у лиц с правополушарным типом мышления. Некоторые авторы указывают на связь дислексии и дисграфии с явным и латентным левшеством.

Большинство исследователей, изучающих проблему дислексии у детей, отмечает наличие в анамнезе воздействия патологических биологических факторов, вызывающих [минимальную мозговую дисфункцию](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/minimal-brain-dysfunction). Перинатальное повреждение головного мозга может носить гипоксический характер (при неправильной имплантации плодного яйца, анемии и [пороке сердца](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/heart_defects) у матери, [врожденных пороках сердца](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cardiology/congenital-heart-defect) плода, [фетоплацентарной недостаточности](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/fetoplacental-insufficiency), аномалиях развития пуповины, [преждевременной отслойке плаценты](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/placental-abruption), затяжных родах, [асфиксии в родах](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/newborn-asphyxia) и т. д.). Токсическое поражение ЦНС наблюдается при алкогольной и медикаментозной интоксикации, [гемолитической болезни плода](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/newborn-hemolytic-disease), [ядерной желтухе новорожденных](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/nuclear-jaundice). Причинами инфекционного поражения головного мозга ребенка во внутриутробном периоде могут выступать заболевания беременной [краснухой](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/rubella), [корью](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/measles), [герпесом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/herpetic-infection), [ветряной оспой](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/varicella), [гриппом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/infectious/flu) и т. д. Механические повреждения связаны с плодоизгоняющими манипуляциями, [узким тазом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gynaecology/contracted-pelvis) роженицы, затяжными родами, [внутричерепными кровоизлияниями](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/intracerebral-hematoma).

В постнатальном периоде задержку созревания и функционирования структур коры головного мозга, приводящих к дислексии, может вызывать [черепно–мозговая травма](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/brain-injury), нейроинфекции, цепочка детских инфекций (краснуха, корь, ветряная оспа, [полиомиелит](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/poliomyelitis) и др.), истощающие заболевания. Дислексия (алексия) при [алалии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/alalia), [дизартрии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/dysarthtia), [афазии](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/aphasia) связана с органическим поражением определенных зон головного мозга. Дислексия часто встречается у детей с [ЗПР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/mental-retardation), тяжелыми речевыми нарушениями, [ДЦП](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/cerebral-palsy), умственной отсталостью.

В числе социальных факторов дислексии наибольшее значение играют дефицит речевого общения, синдром «госпитализма», педагогическая запущенность, неблагоприятное речевое окружение, билингвизм, раннее начало обучения грамоте и высокий темп обучения. Ведущей предпосылкой дислексии у детей является несформированность устной речи – [ФФН](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/ffn) или [ОНР](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder/onr).

**Механизмы дислексии**

В контроле и реализации чтения, как психофизиологического процесса, участвуют зрительный, речедвигательный и речеслуховой анализаторы. Процесс чтения включает этапы зрительного восприятия, узнавания и различения букв; соотнесение их с соответствующими звуками; слияния звуков в слоги; объединения слогов в слово, а слов в предложение; понимание, осознание прочитанного. Нарушение последовательности и единства этих процессов и составляет суть дислексии с точки зрения психолингвистики.

В психологическом аспекте механизм дислексии рассматривается с точки зрения парциальной задержки развития психических функций, в норме обеспечивающих процесс чтения. При дислексии отмечается несформированность зрительного гнозиса, пространственных ориентировок, мнестических процессов, фонематического восприятия, лексико–грамматичского строя речи, зрительно–моторной или слухо–моторной координации, а также внимания и эмоционально–волевой сферы.

**Классификация дислексии**

По ведущим проявлениям различают литеральную (связанную с трудностями усвоения отдельных букв) и вербальную (связанную с трудностями прочтения слов) дислексию.

В соответствии с нарушенными механизмами принято выделять следующие формы нарушения чтения:

* Фонематическую дислексию (вследствие недоразвития фонематического восприятия, анализа и синтеза)
* Семантическую дислексию (вследствие несформированности слогового синтеза, бедности словаря, непонимания синтаксических связей в структуре предложения).
* Аграмматическую дислексию (вследствие недоразвития грамматического строя речи, морфологических и функциональных обобщений)
* Мнестическую дислексию (вследствие нарушения речевой памяти, затруднения соотнесения буквы и звука)
* Оптическую дислексию (вследствие неcформированности зрительно–пространственных представлений)
* Тактильную дислексию (вследствие нечеткости тактильного восприятия у слабовидящих).

Т. о., фонематическая, семантическая и аграмматическая дислексии связаны с несформированностью речевых функций, а мнестическая, оптическая и тактильная дислексии – с несформированностью психических функций.

**Симптомы дислексии**

В устной речи у детей с дислексией отмечаются дефекты звукопроизношения, бедность словарного запаса, неточность понимания и употребления слов. Речь детей с дислексией отличается неправильным грамматическим оформлением, отсутствием развернутых предложений, несвязностью.

При фонематической дислексии на первый план выступают замены и смешения между собой звуков, сходных по артикуляторным или акустическим признакам (звонких–глухих, свистящих–шипящих и т. д.). В других случаях отмечается побуквенное чтение, искажения звуко–слоговой структуры слова (добавления, пропуски, перестановки звуков и слогов).

Семантическую дислексию также называют «механическим чтением», поскольку при этой форме нарушается понимание прочитанного слова, фразы, текста при правильной технике чтения. Нарушение понимания читаемого может возникать как при послоговом, так и при синтетическом чтении.

В случае аграмматической дислексии отмечается неправильное прочтение падежных окончаний существительных и прилагательных, форм и времен глаголов, нарушение согласования частей речи в числе, роде и падеже и др. Аграмматизмы при чтении соответствуют таковым в устной речи и на письме.

При мнестической дислексии нарушается ассоциация между зрительной формой буквы, и ее произносительным и акустическим образом. То есть ребенок не запоминает буквы, что проявляется в их смешении и заменах при чтении. При [обследовании слухоречевой памяти](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/memory) у ребенка с мнестической дислексией выявляется невозможность воспроизведения ряда из 3–5 звуков или слов, нарушение порядка их следования, сокращение количества, элизии.

Оптическая дислексия проявляется смешением и заменами букв, сходных графически и различающихся лишь отдельными элементами или пространственным расположением (б–д, з–в, л–д). При оптической дислексии может отмечаться соскальзывание с одной строчки на другую при чтении. К оптической дислексии относятся также случаи зеркального чтения, осуществляемого справа налево.

Тактильная дислексия свойственна незрячим людям. Проявляется смешением тактильно схожих букв (близких по количеству или расположению точек) при чтении азбуки Брайля. В процессе чтения у ребенка с тактильной дислексией также может наблюдаться соскальзывание со строк, пропуски букв и слов, искажение смысла прочитанного, хаотичность движений пальцев рук и т. д.

Диагностика дислексии

[Логопедическое обследование](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/) при дислексии складывается из характеристики уровня сформированности устной речи, письма, чтения, неречевых процессов. На предварительном этапе [логопед](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-logopaedics/logopedist) изучает анамнез жизни и развития ребенка, особенности формирования речи, состояние артикуляционного аппарата, речевой и ручной моторики; выясняет успеваемость ученика по русскому языку.

[Диагностика устной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech) при дислексии включает оценку звукопроизношения, фонематического развития, сформированности слоговой структуры слова, лексико–грамматических средств языка, связной речи. [Диагностика письменной речи](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/diagnosis-logopaedics/speech-written) предполагает выполнение заданий на списывание текстов, письмо на слух, самостоятельное письмо. При обследовании чтения вслух и про себя оцениваются темп и правильность чтения, способ чтения, понимание текста, специфические ошибки. Важной составляющей логопедического обследования при дислексии служит выяснение уровня сформированности зрительного гнозиса, мнезиса, анализа и синтеза; оптико–пространственных ориентировок.

По показаниям диагностическое обследование речи дополняется медицинским блоком диагностики, который может включать консультацию [детского невролога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-neurologist) с выполнением [ЭЭГ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/electrophysiological-neurology/eeg), [ЭхоЭГ](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ultrasound-neurology/echo-encephalography); консультацию [детского офтальмолога](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-pediatrics/pediatric-ophthalmologist) с проведением [офтальмологических тестов](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/ophthalmic-test/).

Коррекция дислексии

Традиционная система логопедических занятий по [коррекции дислексии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-written/dyslexia) предполагает работу над всеми нарушенными сторонами устной речи и неречевыми процессами. Так, при фонематической дислексии основное внимание уделяется коррекции дефектов звукопроизношения, развитию полноценных фонематических процессов, формированию представлений о звуко–буквенном и звуко–слоговом составе слова. Наличие семантической дислексии требует развития слогового синтеза, уточнения и обогащения словаря, усвоения ребенком грамматических норм языка. В случае аграмматической дислексии необходимо формировать у ребенка грамматические системы словообразования и словоизменения.

Мнестическая дислексия требует развития слухоречевой и речезрительной памяти. При оптической дислексии ведется работа по развитию зрительно–пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза; при тактильной дислексии – над дифференциацией тактильно воспринимаемых предметов и схем, развитием пространственных представлений.

Нестандартный подход к коррекции дислексии предлагает методика Рональда Д. Дейвиса, предполагающая придание печатным словам и символам мысленного образного выражения, с помощью которых устраняются пробелы в восприятии.

**Прогноз и профилактика дислексии**

Несмотря на то, что дислексия сегодня часто характеризуется как «проблема гениев», которой в свое время страдали многие знаменитые личности (Г. Христиан Андерсен, Леонардо да Винчи, Альберт Эйнштейн и др.), она нуждается в целенаправленной коррекции. От этого завит успешность обучения ребенка в школе и ВУЗе, степень его личностной самооценки, взаимоотношения со сверстниками и преподавателями, уровень притязаний и успешность в достижении целей. Результат будет тем эффективнее, чем раньше начата работа по преодолению недостатков устной и письменной речи.

Профилактику дислексии нужно начинать в дошкольном возрасте, развивая у детей зрительно–пространственные функции, память, внимание, аналитико–синтетическую деятельность, мелкую моторику. Важную роль играет преодоление нарушений звукопроизношения, формирование лексико–грамматического строя речи. Необходимо своевременное выявление детей с [нарушениями речи](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/speech-disorder), и проведение логопедических занятий по [коррекции ФФН](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-disorders/phonetic-phonemic) и [коррекции ОНР](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/speech-disorders/total), подготовке к освоению грамоты.