

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФГБОУ ВПО «Ярославский государственный
педагогический университет им. К. Д. Ушинского»

УДК 37.013
ББК 74.3
Д48

Печатается по решению
редакционно-издательского
совета ЯГПУ им. К. Д. Ушинского

Рецензент:

канд. пед. наук, профессор кафедры логопедии ЯГПУ
Н.В. Новоторцева

ДИСЛАЛИЯ

Часть I ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИСЛАЛИИ

Методическое пособие

Д48 Дислалия. Часть I. Теоретические основы дислалии :
методическое пособие / сост. В.А. Жарова, Е.С. Теплякова;
под общ. ред. В.А. Жаровой. – Ярославль : Изд-во ЯГПУ,
2011. – 75 с.

Методическое пособие предназначено для самостоятельной работы студентов дефектологического факультета очной и заочной форм обучения по курсу «Логопедия».

Пособие представляет теоретические и практические аспекты дислалии. Содержание пособия соответствует государственным образовательным стандартам, включает в себя контрольные вопросы, тесты для проведения межсессионной аттестации студентов, практические задания, вопросы к экзамену, библиографический список, глоссарий. Оно представляет интерес для преподавателей вузов, может использоваться на курсах повышения квалификации логопедов-практиков.

Составители:

канд. пед. наук, доцент кафедры логопедии *А.В. Жарова*;
ассистент кафедры логопедии *Е.С. Теплякова*

УДК 37.013
ББК 74.3

© ФГБОУ ВПО «Ярославский
государственный педагогиче-
ский университет
им. К. Д. Ушинского», 2011
© Жарова В.А., Теплякова Е.С.,
составление, 2011

Ярославль
2011

СОДЕРЖАНИЕ	
ВВЕДЕНИЕ	4
1. РЕЧЬ И ЕЁ МЕХАНИЗМЫ	5
2. РАЗВИТИЕ РЕЧИ ДЕТЕЙ В ОНТОГЕНЕЗЕ. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ	14
3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИСЛАЛИИ. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЛАЛИИ	26
4. КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСЛАЛИЙ	33
5. ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПРИ ДИСЛАЛИИ. ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, ОБЩЕНИЯ, РЕЧИ И ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА С ДИСЛАЛИЕЙ.....	62
6. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ	65
7. ГЛОССАРИЙ.	67
8. ЛИТЕРАТУРА	74

ВВЕДЕНИЕ

Изучение данного курса базируется на знаниях, полученных в результате освоения таких дисциплин, как «Анатомия и физиология человека», «Теоретико-методологические основы логопедии» и других курсов медико-биологического цикла.

Неуклонный рост числа нарушений звукопроизводительной стороны речи у дошкольников является тревожным сигналом недостаточной готовности детей к школьному обучению, трудностей овладения письменной речью.

Методическое пособие по курсу «Логопедия. Раздел «Дислалия» предназначено студентам, обучающимся по специальности «Логопедия» дневного и заочного отделения, логопедам-практикам.

Целью преподавания данной дисциплины является: ознакомление студентов с законами речевой артикуляции и специфическими особенностями звукопроизводительной организации речи и с ее нарушениями у лиц с нормальным слухом и сохранной иннервацией речевого аппарата.

Задачи дисциплины:

- ознакомление студентов с теоретическими проблемами дислалии, ее классификацией;
- изучение клинической и психолого-педагогической характеристик двух основных форм дислалии;
- овладение логопедическими методиками нормализации звукопроизводительной стороны речи при дислалии.

При изучении данного курса у студентов формируются следующие компетенции:

- 1) способность использовать нормативные правовые документы в своей профессиональной деятельности;
- 2) готовность к организации коррекционно-развивающей среды, её методическому обеспечению и проведению коррекционно-компенсаторной работы в сферах образования, здравоохранения и социальной защиты с целью успешной социализации лиц с ОВЗ;
- 3) готовность к организации и оказанию логопедической помощи детям в условиях специального и интегрированного обучения;

4) использование современных технологий диагностики, консультирования, готовность к аналитической и прогностической деятельности в логопедической практике.

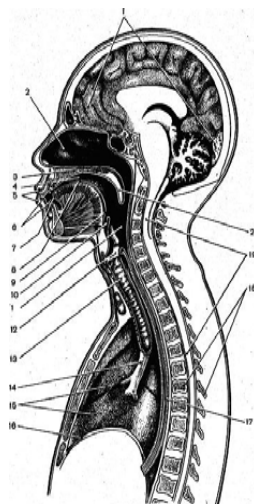
Данное пособие состоит из введения, пяти глав, глоссария, контрольных вопросов и заданий, списка литературы.

1. РЕЧЬ И ЕЁ МЕХАНИЗМЫ

Строение речевого аппарата

Речевой аппарат состоит из двух тесно связанных между собой частей: **центрального** (или регулирующего) речевого аппарата и **периферического** (или исполнительного). Центральный речевой аппарат находится в головном мозге. Он состоит из коры головного мозга (преимущественно левого полушария), подкорковых узлов, проводящих путей, ядер ствола (прежде всего, продолговатого мозга) и нервов, идущих к дыхательным, голосовым и артикуляторным мышцам.

Какова же функция центрального речевого аппарата и его отделов?



Строение речевого аппарата: 1 – головной мозг; 2 – носовая полость; 3 – твердое нёбо; 4 – ротовая полость; 5 – губы; 6 – резцы; 7 – кончик языка; 8 – спинка языка; 9 – корень языка; 10 – надгортанник; 11 – глотка; 12 – гортань; 13 – трахея; 14 – правый бронх; 15 – правое легкое; 16 – диафрагма; 17 – пилецевод; 18 – позвоночник; 19 – спинной мозг; 20 – мягкое нёбо

Речь, как и другие проявления высшей нервной деятельности, развивается на основе рефлексов. Речевые рефлексы связаны с деятельностью различных участков мозга. Однако некоторые отделы коры головного мозга имеют главенствующее значение в образовании речи. Это лобная, височная, теменная и затылочная доли преимущественно левого полушария мозга (у левшей – правого). Лобные извилины (нижние) являются двигательной областью и участвуют в образовании собственной устной речи (центр Брока). Височные извилины (верхние) являются речеслуховой областью, куда поступают звуковые раздражения (центр Вернике). Благодаря этому осуществляется процесс восприятия чужой речи. Для понимания речи имеет значение теменная доля коры мозга. Затылочная доля является зрительной областью и обеспечивает усвоение письменной речи (восприятие буквенных изображений при чтении и письме). Кроме того, у ребенка речь начинается развиваться благодаря зрительному восприятию им артикуляции взрослых. Подкорковые ядра ведают ритмом, темпом и выразительностью речи.

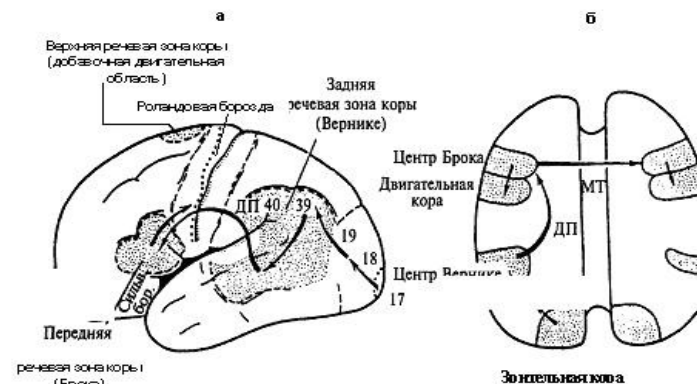


Рис. 10. Обобщенная схема основных нервных структур, предположительно участвующих в назывании увиденного предмета: а – левое полушарие, вид сверху; б – вид головного мозга сверху; МТ – мозолистое тело; ДП – дугообразный пучок (по Г. Шенергу, 1987).

Проводящие пути. Кора головного мозга связана с органами речи (периферическими) двумя видами нервных путей: центробежными и центростремительными.

Центробежные (двигательные) нервные пути соединяют кору головного мозга с мышцами, регулирующими деятельность периферического речевого аппарата. Центробежный путь начинается в коре головного мозга в центре Брока.

От периферии к центру, т.е. от области речевых органов к коре головного мозга, идут центrostремительные пути.

Центrostремительный путь начинается в проприорецепторах и в барорецепторах. Проприорецепторы находятся внутри мышц, сухожилий и на суставных поверхностях двигающихся органов.

Проприорецепторы возбуждаются под действием мышечных сокращений. Благодаря проприорецепторам контролируется вся наша мышечная деятельность. *Барорецепторы* возбуждаются при изменениях давления на них и находятся в глотке. Когда мы говорим, происходит раздражение проприо- и барорецепторов, которое идет по центrostремительному пути к коре головного мозга. Центrostремительный путь играет роль общего регулятора всей деятельности речевых органов. В ядрах ствола берут начало черепно-мозговые нервы. Все органы периферического речевого аппарата иннервируются (иннервация – обеспеченность какого-либо органа или ткани нервными волокнами, клетками) черепно-мозговыми нервами. Главные из них: тройничный, лицевой, языкоглоточный, блуждающий, добавочный и подъязычный.

Тройничный нерв иннервирует мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть; *лицевой нерв* – мимическую мускулатуру, в том числе мышцы, осуществляющие движения губ, надувание и втягивание щек; *языкоглоточный и блуждающий нервы* – мышцы гортани и голосовых складок, глотки и мягкого нёба. Кроме того, языкоглоточный нерв является чувствительным нервом языка, а блуждающий иннервирует мышцы органов дыхания и сердца. *Добавочный нерв* иннервирует мышцы шеи, а *подъязычный нерв* снабжает мышцы языка двигательными нервами и сообщает ему возможность разнообразных движений.

Через эту систему черепно-мозговых нервов передаются нервные импульсы от центрального речевого аппарата к пери-

ферическому. Нервные импульсы приводят в движение речевые органы.

Но этот путь от центрального речевого аппарата к периферическому составляет только одну часть речевого механизма. Другая его часть заключается в обратной связи – от периферии к центру.

Теперь обратимся к строению периферического речевого аппарата (исполнительного).

Периферический речевой аппарат состоит из трех отделов: 1) дыхательного; 2) голосового; 3) артикуляционного (или звукопроизводящего).

В дыхательный отдел входит грудная клетка с легкими, бронхами и трахеей.

Произнесение речи тесно связано с дыханием. Речь образуется в фазе выдоха. В процессе выдоха воздушная струя осуществляет одновременно голосообразующую и артикуляционную функции (помимо еще одной, основной – газообмена). Дыхание в момент речи существенно отличается от обычного, когда человек молчит. Выдох намного длиннее вдоха (в то время как вне речи продолжительность вдоха и выдоха примерно одинакова). Кроме того, в момент речи число дыхательных движений вдвое меньше, чем при обычном (без речи) дыхании.

Понятно, что для более длительного выдоха необходим и больший запас воздуха. Поэтому, в момент речи, значительно увеличивается объем вдыхаемого и выдыхаемого воздуха (примерно в 3 раза). Вдох при речи становится более коротким и более глубоким. Еще одной особенностью речевого дыхания является то, что выдох в момент речи осуществляется при активном участии выдыхательных мышц (брюшной стенки и внутренних межреберных мышц). Это обеспечивает его наибольшую длительность и глубину и, кроме того, увеличивает давление воздушной струи, без чего невозможна звучная речь.

Голосовой отдел состоит из гортани с находящимися в ней голосовыми складками. Гортань представляет собой широкую короткую трубку, состоящую из хрящей мягких тканей. Она расположена в переднем отделе шеи и может быть спереди и с боков прощупана через кожу, особенно у худых людей.

Сверху гортань переходит в глотку. Снизу она переходит в дыхательное горло (трахею). На границе гортани и глотки находится надгортанник. Он состоит из хрящевой ткани, имеющей форму язычка, или лепестка. Передняя поверхность его обращена к языку, а задняя – к гортани. Надгортанник служит как бы клапаном: опускаясь при глотательном движении, он закрывает вход в гортань и предохраняет ее полость от попадания пищи и слюны.

У мужчин гортань крупнее, а голосовые складки длиннее и толще, чем у женщин. Длина голосовых складок у женщин равна в среднем 18–20 мм, у мужчин она колеблется от 20 до 24 мм.

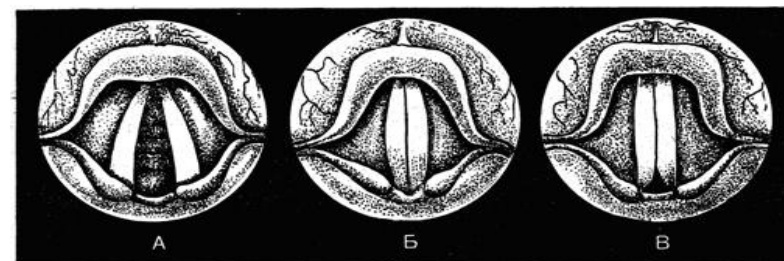
У детей до начала пубертатного периода (т.е. периода полового созревания) различий в величине и строении гортани между мальчиками и девочками не отмечается.

Вообще у детей гортань мала и растет в разные периоды неравномерно. Заметный рост ее происходит в возрасте 5–7 лет, а затем в пубертатный период: у девочек в 12–13 лет, у мальчиков в 13–15 лет. В это время размеры гортани увеличиваются у девочек на одну треть, а у мальчиков на две трети, голосовые складки удлиняются; у мальчиков начинает обозначаться кадык.

У детей раннего возраста форма гортани воронкообразная. По мере роста ребенка форма гортани постепенно приближается к цилиндрической. Голосовые складки своей массой почти совсем застилают просвет гортани, оставляя сравнительно узкую голосовую щель. При обычном дыхании голосовая щель широко раскрыта и имеет форму равнобедренного треугольника. Выдыхаемый и выдыхаемый воздух при этом беззвучно проходит через широкую голосовую щель.

Как же осуществляется голосообразование (или фонация)? Механизм голосообразования таков. При фонации голосовые складки находятся в сомкнутом состоянии (см. рис.). Струя выдыхаемого воздуха, прорываясь через сомкнутые голосовые складки, несколько раздвигает их в стороны. В силу своей упругости, а также под действием гортанных мышц, суживающих голосовую щель, голосовые складки возвращаются в исходное, т.е. срединное, положение, с тем, чтобы в результате продолжающегося давления выдыхаемой воздушной струи снова раз-

двинуться в стороны и т.д. Смыкания и размыкания продолжаются до тех пор, пока не прекратится давление голосообразующей выдыхательной струи. Таким образом, при фонации происходят колебания голосовых складок. Эти колебания совершаются в поперечном, а не в продольном направлении, т.е. голосовые складки перемещаются кнутри и кнаружи, а не кверху и книзу.



Уклад голосовых складок: А - при дыхании; Б - при фонации; В - при шепоте.

В результате колебаний голосовых складок движение струи выдыхаемого воздуха превращается над голосовыми складками в колебание частиц воздуха. Эти колебания передаются в окружающую среду и воспринимаются нами как звуки голоса.

При шепоте голосовые складки смыкаются не на всем своем протяжении: в задней части между ними остается щель в форме маленького равностороннего треугольника, через которую проходит выдыхаемая струя воздуха. Голосовые складки при этом не колеблются, но трение струи воздуха о края маленькой треугольной щели вызывает шум, который и воспринимается нами в виде шепота.

Голос обладает силой, высотой и тембром.

Сила голоса зависит в основном от амплитуды (размаха) колебаний голосовых складок, которая определяется величиной воздушного давления, т. е. силой выдоха. Значительное влияние на силу голоса оказывают также резонаторные полости надставной трубы (глотка, полость рта, носовая полость), которые являются усилителями звука.

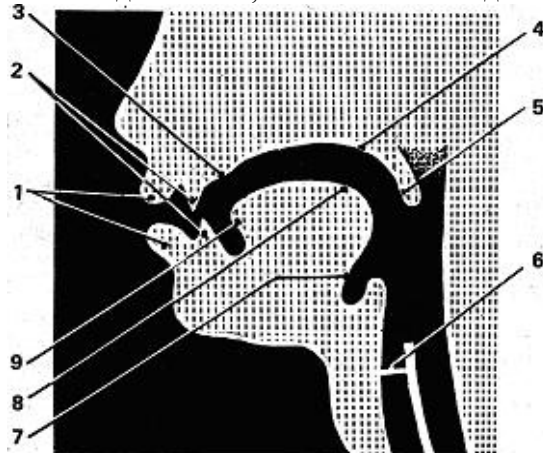
Величина и форма резонаторных полостей, а также особенности строения гортани влияют на индивидуальную «окраску» го-

лоса, или *тембр*. Именно благодаря тембру мы различаем людей по голосу.

Высота голоса зависит от частоты колебаний голосовых складок, а она в свою очередь зависит от их длины, толщины и степени напряжения. Чем длиннее голосовые складки, чем они толще и чем меньше напряжены, тем ниже звук голоса.

Кроме того, высота голоса зависит от давления воздушной струи на голосовые складки, от степени их натяжения.

Артикуляционный отдел. Основными органами артикуляции являются язык, губы, челюсти (верхняя и нижняя), твердое и мягкое нёбо, альвеолы. Из них язык, губы, мягкое нёбо и нижняя челюсть являются подвижными, остальные – неподвижными.



Профиль органов артикуляции: 1 – губы; 2 – резцы; 3 – альвеолы; 4 – твердое нёбо; 5 – мягкое нёбо; 6 – голосовые складки; 7 – корень языка; 8 – спинка языка; 9 – кончик языка

Главным органом артикуляции является язык. Язык – массивный мышечный орган. При сомкнутых челюстях он заполняет почти всю ротовую полость. Передняя часть языка подвижна, задняя фиксирована и носит название корня языка. В подвижной части языка различают кончик, передний край (лезвие), боковые края и спинку. Сложно переплетенная система мышц языка, разнообразие точек их прикрепления обеспечивают возможность в больших пределах изменять форму, положение и степень напряжения языка. Это имеет очень большое значение, так как

язык участвует в образовании всех гласных и почти всех согласных звуков (кроме губных).

Важная роль в образовании звуков речи принадлежит также нижней челюсти, губам, зубам, твердому и мягкому нёбу, альвеолам. Артикуляция и состоит в том, что перечисленные органы образуют щели, или смычки, возникающие при приближении или прикосновении языка к нёбу, альвеолам, зубам, а также при сжатии губ или прижатии их к зубам.

Громкость и отчетливость речевых звуков создаются благодаря резонаторам. Резонаторы расположены во всей надставной трубе. Надставная труба – это все то, что расположено выше гортани: глотка, ротовая полость и носовая полость.

У человека рот и глотка имеют одну полость. Это создает возможность произнесения разнообразных звуков. У животных (например, у обезьяны) полости глотки и рта связаны очень узкой щелью. У человека же глотка и рот образуют общую трубку – надставную трубу. Она и выполняет важную функцию речевого резонатора. Надставная труба у человека сформировалась в результате эволюции.

Надставная труба благодаря своему строению может меняться по объему и по форме. Например, глотка может быть вытянутой и сжатой и, наоборот, очень растянутой. Изменения формы и объема надставной трубы имеют большое значение для образования звуков речи. Эти изменения формы и объема надставной трубы и создают явление резонанса. В результате резонанса одни обертоны речевых звуков усиливаются, другие – заглушаются. Таким образом, возникает специфический речевой тембр звуков. Например, при произнесении звука [а] ротовая полость расширяется, а глотка сужается и вытягивается. А при произнесении звука [и], наоборот, ротовая полость сжимается, а глотка расширяется.

Одна гортань не создает специфического речевого звука, он образуется не только в гортани, но и в резонаторах (глоточном, ротовом и носовом).

Надставная труба при образовании звуков речи выполняет двоякую функцию: резонатора и шумового вибратора (функцию

звукового вибратора выполняют голосовые складки, которые находятся в гортани).

Шумовым вибратором являются щели между губами, между языком и зубами, между языком и твердым нёбом, между языком и альвеолами, между губами и зубами, а также прорываемые струей воздуха смычки между этими органами.

При помощи шумового вибратора образуются глухие согласные. При одновременном включении тонового вибратора (колебании голосовых складок) образуются звонкие и сонорные согласные.

Ротовая полость и глотка принимают участие в произнесении всех звуков языка. Если у человека правильное произношение, то носовой резонатор участвует только в произнесении звуков [м] и [н] и их мягких вариантов. При произнесении остальных звуков нёбная занавеска, образуемая мягким нёбом и маленьким язычком, закрывает вход в полость носа.

Итак, первый отдел периферического речевого аппарата служит для подачи воздуха, второй – для образования голоса, третий является резонатором, который дает звуку силу и окраску и таким образом образует характерные звуки нашей речи, возникающие в результате деятельности отдельных активных органов артикуляционного аппарата.

Для того чтобы было осуществлено произношение слов в соответствии с задуманной информацией, в коре головного мозга производится отбор команд для организации речевых движений. Эти команды носят название артикуляторной программы. Артикуляторная программа реализуется в исполнительной части речедвигательного анализатора – в дыхательной, фонаторной и резонаторной системах.

Речевые движения осуществляются настолько точно, что в результате возникают определенные звуки речи и формируется устная (или экспрессивная) речь.

Понятие об обратной связи. Выше мы говорили о том, что нервные импульсы, поступающие от центрального речевого аппарата, приводят в движение органы периферического речевого аппарата. Но имеется и обратная связь. Как же она осуществля-

ется? Эта связь функционирует по двум направлениям: кинестетическому и слуховому пути.

Для правильного осуществления речевого акта необходим контроль:

- 1) с помощью слуха;
- 2) через кинестетические ощущения.

При этом особо важная роль принадлежит кинестетическим ощущениям, идущим в кору головного мозга от речевых органов. Именно кинестетический контроль позволяет предупредить ошибку и внести поправку до того, как звук произнесен.

Слуховой же контроль действует лишь в момент произнесения звука. Благодаря слуховому контролю человек замечает ошибку. Чтобы устранить ошибку, нужно исправить артикуляцию и проконтролировать ее. Обратные импульсы идут от речевых органов к центру, где контролируется, при каком положении органов речи произошла ошибка. Затем от центра посылается импульс, который вызывает точную артикуляцию. И снова возникает обратный импульс – о достигнутом результате. Так происходит до тех пор, пока не будут согласованы артикуляция и слуховой контроль. Можно сказать, что обратные связи функционируют как бы по кольцу – импульсы идут от центра к периферии и далее – от периферии к центру.

Так осуществляется обратная связь и формируется вторая сигнальная система. Важная роль при этом принадлежит системам временных нервных связей – динамическим стереотипам, которые возникают благодаря многократному восприятию элементов языка (фонетических, лексических и грамматических) и произнесению. Система обратных связей обеспечивает автоматическое регулирование работы органов речи.

2. РАЗВИТИЕ РЕЧИ ДЕТЕЙ В ОНТОГЕНЕЗЕ. ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗВУКОПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Процесс овладения языком, с точки зрения Д.П. Горского, состоит в овладении лексическим запасом языка, его грамматическим строем и фонетическими особенностями. Ребенок в про-

цессе развития овладевает всеми тремя сторонами языка одновременно. Научаясь соотносить (а затем и произносить) тот или иной звуковой комплекс с предметом, который он обозначает, ребенок овладевает одновременно и лексическим составом языка, и фонетическим его строем.

Ребенок при нормальном развитии учится артикулированию на основе слухового восприятия речи окружающих. Даже нередко выраженное снижение слуха у ребенка может затруднить овладение речью. Структуры звуков речи, фонем и их соединений закрепляются на основе образовавшихся кинестетических стереотипов. И.П. Павлов говорил: «Слово состоит из трех компонентов: кинестетического, звукового и зрительного». Зрительно ребенок воспринимает некоторые движения речевого аппарата окружающих, и это играет роль в построении им артикуляционного процесса.

Первые голосовые реакции ребенка совершенно отчетливы. Появление на свет в норме сопровождается криком новорожденного, и первые месяцы жизни дети плачут достаточно много. У начальных голосовых проявлений новорожденных существует сугубо психологическая функция, которая состоит в том, что с их помощью выражаются субъективные состояния малыша.

На **первом месяце жизни** с помощью крика и плача ребенок выражает свои лишь негативные недифференцированные состояния. В результате постепенного развития общих психофизиологических механизмов эти голосовые явления позднее оказываются способными выражать позитивные состояния, а затем при нормальном развитии ребенка превратятся в его речь.

По мнению В.М. Смирнова, первые функциональные связи в соответствующих морфологических структурах возникают при крике новорожденного. Акустическая характеристика крика новорожденного несет в себе те же составляющие, что и звуки речи, совершается на тех же частотах, а значит, крик, воспринимаемый органами слуха ребенка, стимулирует функциональную активность речевых зон коры. Е.А. Мастюкова в этой связи отмечает, что в крике преобладают гласноподобные звуки, имеющие носовой оттенок. На протяжении первых месяцев жизни крик приобретает второе сигнальное значение, так как он вызы-

вает те ответные действия взрослых, которые требует данная ситуация.

В **2-4 месяца** можно наблюдать изменения в голосовых проявлениях младенца. Ребенок начинает произносить звуки с участием губ и языка и, главное, становится заметно, что ребенок сам получает от них удовольствие. Появляются первичные вокализации, известные как гуление, переходящее позднее в лепет. Первичные вокализации имеют спонтанный характер и проявляются у ребенка в состоянии спокойного бодрствования. На слух они воспринимаются как гласноподобные звуки, близкие к нейтральным гласным взрослых. Эти проявления, очевидно, имеют чисто биологическое основание, поскольку по всему миру дети гулят практически одинаково, независимо от языкового окружения. Гуление является первичной циркулярной формой голосовой активности малыша. Она свидетельствует о «пробуждении» и постепенном нарастании через повторение латентных двигательных программ.

На **5-8 месяце** в голосовых проявлениях ребенка сохраняется крик и плач, гуление переходит в форму, которую можно квалифицировать как лепет. Особенность лепета в его зрелой форме составляет наличие в вокализациях слоговых элементов и неоднократное повторение малышом одного и того же или сходных слогов, например «та-та-та», «па-па», «ма-ба-ба» и т.п. Лепет также можно рассматривать как форму развитой (вторичной) циркулярной реакции, включающей элементы произвольного управления со стороны ребенка.

Филолог А.М. Кондратов отмечает, что подражать звукам, в том числе и человеческой речи, умеют попугаи, скворцы, другие птицы. Ребенок также имитирует речь. Но, что самое главное, он не только подражает, он играет звуками речи. И такая игра присуща только людям. По-иному она называется лепетом.

Сначала ребенок издает короткие звуки, внешне напоминающие сочетания «согласный – гласный». Постепенно лепет усложняется. Усложнение идет по нескольким линиям. Во-первых, возникают все новые и новые сочетания звуков. Во-вторых, удлиняются звуковые последовательности: если вначале ребенок произносил один слог, то вскоре возникают цепочки слогов,

включающие три, четыре и более одинаковых слога. Постепенно слоговые цепочки становятся все более разнообразными: в их составе оказываются не только одинаковые, но и разнотипные слоги.

Лепет в жизни ребенка играет огромнейшую роль. Из этой звуковой массы выкристаллизовывается стройная система языка. Как утверждает А.М. Кондратов, ученые нашли в детском лепете самые разнообразнейшие и сложные звуки: там есть и шипящие, и свистящие согласные, гортанные, и даже щелкающие звуки. Под влиянием взрослых лепет переходит в детскую речь. Те звуки, которых нет в родном языке, забываются, исчезают, так как ребенок не слышит их от взрослых. А.М. Кондратов в этой связи сравнивает языковую систему с ситом, отсеивающим в лепете ребенка ненужные, «неродные» звуки и оставляющей лишь необходимые, те, которыми пользуются окружающие.

Исследования Е.Н. Винарской показали, что голосовые реакции детей раннего возраста: врожденные младенческие крики, гуление, лепет и формирующиеся на их основе псевдослова и псевдосинтагмы, — не обладая языковыми значениями, имеют богатейшую эмоциональную семантику. Такие приобретенные условно-рефлекторным путем знаки эмоциональной выразительности становятся необходимой предпосылкой языкового развития ребенка, а именно формирования в языковой среде фонетических речевых единиц.

В.М. Смирнов говорит о том, что дети в раннем, доречевом, периоде развития уже издают звуки, но эти звуки врожденные, одинаковые для детей всех народов с различными языками, культурой. На каком бы языке не говорили мать и в будущем ее ребенок, он до того, как овладел речью, издает звуки, по которым мать может понять, что он голоден, у него что-то болит. Но этим звукам его никто не обучал; он их издает не потому, что хочет нечто сообщить, он лишь непроизвольно выражает ими то или иное свое состояние. В.М. Смирнов утверждает, что в доречевых звуках ребенка преобладают те, произносительный аппарат которых наиболее близок к механизму сосания. Эти губные звуки способствуют возникновению слов «мама», «папа», «баба», очень сходных на разных языках.

Лепет представляет собой «предречь», так как происходит упражнение речевого аппарата, ребенок учится прислушиваться к себе, соизмерять слуховое восприятие и двигательные реакции. Развивается контроль за дыханием, изменяются параметры тона, громкость звуков.

По многим исследованиям развития речи у детей отмечается интересная закономерность: последовательность появления звуков в лепете (сначала губные согласные [б], [п], [м], потом переднеязычные мягкие [д'], [т'] и т.п.) аналогична последовательности появления звуков в словесной речи. Получается, что ребенок как бы дважды проходит путь освоения звуков родного языка: сначала происходит репетиция в форме игры, забавы, веселого развлечения, затем — сложный и трудный этап освоения тех же звуков в составе слов.

Ребенок, без труда произносивший в период лепета самые разнообразные и сложные звуки, затем медленно и с величайшим трудом учится членораздельно произносить их в составе слов. В лепете царит непроизвольность. Перед ребенком не стоит задачи воспроизвести определенный звук, имеющий в качестве эталона какой-либо звук родного языка. Что же касается произношения того или иного звука в составе слова, то тут требуется произнести его, подстроившись под определенный эталон, контролируя себя, соизмеряя сложную работу мышц речевого аппарата и звуковой образ слова.

Голосовые проявления ребенка **9-12 месяцев** включают плач и крик в ответ на неприятные воздействия, а в эмоционально нейтральной или позитивной ситуации — гуление и лепет. Дополнительно к этим феноменам обнаруживается значимое для речевого развития явление произвольной, хотя и неоформленной вокализации — «младенческое пение». Оно состоит в том, что малыш производит вокализации различной аффективной окраски.

«Младенческое пение» завершает формирование дословесного «коммуникативного каркаса»: оказывается сформированной способность выразить в конвенциональной форме свои желания в ситуации общения, побудить окружающих к их исполнению, использовать для этого произвольно управляемые голосовые

сигналы. Однако сами голосовые сигналы остаются еще не оформленными, «дословесными». В конце этого этапа обычно возникают первые детские слова. Эти слова чрезвычайно специфичны, часто мало похожи на соответствующие слова окружающих как по звучанию, так особенно и по значению. И все же взрослые отличают их появление и отмечают их значимость для успешного развития ребенка.

Итак, **к концу 1 – началу 2 года** жизни у ребенка на фоне продолжающегося лепета и «младенческого пения» появляются звукокомплексы, которые квалифицируются окружающими как первые детские слова. По своему звуковому оформлению они могут быть близкими к лепетным звукокомплексам (типа «ма-ма», «па-па») и получили название «нянечные слова». Принципиальное отличие первых слов от лепета заключается в их осмысленности, отмечаемой окружающими.

С появлением первых имитированных слов происходит активное уточнение артикуляторной регуляции, дифференцирование способа произнесения накапливаемых слов. Здесь довольно существенна роль взрослых, дающих поправки малышам.

Состав начального детского словаря неоднороден. В него входят, во-первых, нормативные слова, звуковая форма которых, как правило, упрощается, адаптируется ребенком. В основном это простые слова, обозначающие предметы, с которыми ребенок так или иначе взаимодействует. Во-вторых, это звукоподражательные и лепетноподобные слова. Они содержат звуки, легкие для произношения, представляют собой по большей части соединение двух одинаковых слогов. Своеобразна и их ритмическая структура: слоги, как правило, произносятся с одинаковым ударением, нет преобладания одного из них как ударного.

Характерной особенностью становления звуков в начальном периоде является неустойчивость артикуляции при их произношении. Новые элементы появляются группами, а порядок усвоения групп согласных находится в зависимости от артикуляционных звуков, составляющих эти группы. Большинство звуков формируется в правильном виде не сразу, а постепенно, через промежуточные, переходные звуки. А.Н. Гвоздев в этой связи указывал, что отсутствующие в произношении звуки в процессе

развития речи замещаются другими звуками, которые есть в распоряжении ребенка. Система замены одних звуков другими базируется на артикуляционном родстве звуков, в первую очередь на группировке их по месту образования, реже – по способу образования. Овладение новым типом артикуляционных движений вызывает к жизни ряд родственных звуков. Новый звук при его усвоении появляется лишь в части слов, а в других словах по-прежнему присутствует субститут.

Ребенок **младшего дошкольного возраста (от 2 до 4 лет)** уже в значительной мере овладевает речью, но речь еще недостаточно чиста по звучанию. Наиболее характерный речевой недостаток для детей этого возраста – смягчение речи. Многие трехлетние дети не произносят шипящих звуков [ш], [ж], [ч], [щ], заменяя их свистящими. Трехлетние часто не произносят звуки [р] и [л], заменяя их. Отмечается замена заднеязычных звуков переднеязычными: [к] – [т], [г] – [д], а также оглушение звонких звуков.

Произнесение слов в этом возрасте имеет особенности. В русском языке малышам с трудом дается произношение двух-трех рядом стоящих согласных звуков, и, как правило, один из этих звуков или пропускается, или искажается, хотя изолированно ребенок эти звуки произносит правильно. Часто в слове один звук, обычно более трудный, заменяется другим, имеющимся в том же слове. Иногда эти замены не связаны с трудностью произношения звука: просто один звук уподобляется другому, потому что ребенок быстрее уловил его и запомнил. Очень часто дети делают перестановку звуков и слогов в словах.

По словам М.Ф. Фомичевой, произношение ребенком каждого звука – это сложный акт, требующий точной координированной работы всех частей речедвигательного и речеслухового анализаторов. У большинства детей трех лет встречаются физиологические, непатологические недостатки звукопроизношения, которые имеют непостоянный, временный характер. Они обусловлены тем, что у ребенка трех лет еще несовершенно функционируют центральный слуховой и речевой аппараты. Связь между ними недостаточно выработана и прочна, мышцы периферического речевого аппарата еще слабо натренированы. Все

это приводит к тому, что движения речевых органов ребенка еще недостаточно четкие и согласованные, звуки не всегда точно различаются на слух. Важнейшим условием правильного произношения звуков является подвижность органов артикуляционного аппарата, умение ребенка владеть ими. Автор также отмечает, что 3–4 года – это период осознания процесса овладения звуками, период, когда дети начинают интересоваться звуковой стороной речи.

Особенности произношения детей на третьем и четвертом году жизни А.Н. Гвоздев характеризует как период усвоения звуков, когда наряду с правильным произношением наблюдаются пропуски, замены, уподобление звуков, смягчение их.

В **среднем дошкольном возрасте (4–4,5 года)** в речи почти исчезает смягчение, оно наблюдается лишь у немногих. У большинства уже появляются шипящие звуки [ш], [ж], [ч], сначала они звучат нечисто, но постепенно дети овладевают ими вполне, хотя для этого возраста характерна неустойчивость произношения. Многие дети среднего дошкольного возраста уже произносят звук [р], но он еще недостаточно автоматизирован в речи. Пропускается звук Р в словах редко, чаще он заменяется другими звуками: [р], [л'], [й]. Интересно, что у некоторых детей этого возраста наблюдается непомерно частое использование звуков [р], [ш], [ж], когда они переходят к их правильному произношению. Ребенок заменяет новым звуком те звуки, которые сами раньше являлись заменителями.

В возрасте **5–6 лет** ребенок способен замечать особенности произношения у других детей и некоторые недостатки в своей речи. Речедвигательный и речеслуховой аппараты детей обычно уже готовы к правильному восприятию и произношению всех звуков родного языка. Однако еще встречаются отдельные недостатки произношения звуков: 1) не всегда шипящие произносятся четко; 2) [р] заменяется [л] или [й]; 3) [л] заменяется [л']; 4) характерна еще некоторая неустойчивость уже имеющихся в речи звуков.

М.Ф. Фомичева указывает, что в условиях правильного речевого воспитания и при отсутствии органических недостатков речи ребенок к шести годам овладевает всеми звуками родного

языка и правильно употребляет их в речи. Иногда у детей подготовительной к школе группы еще остается некоторая нечеткость речи, небрежное произношение звуков, слов, недостаточно четкая дифференциация звуков, т. е. они смешивают их при произношении и восприятии на слух.

А.Н. Гвоздев указывает, что последовательность усвоения элементов разных уровней языковой системы очень отчетливо обнаруживает, что в овладении фонемным составом языка проявляется зависимость от степени простоты – сложности соответствующих элементов артикуляции.

Этот же ученый отмечает, что формирование фонем, завершающее усвоение звуковой системы языка, происходит тогда, когда у ребенка осуществляется распознавание прежде смешивавшихся звуков и их устойчивое использование для различения слов в соответствии с имеющейся в языке традицией.

А.Н. Леонтьев выделяет четыре этапа в становлении речи детей:

1. Подготовительный этап – от 0 до 1 года

С момента рождения у ребенка появляются голосовые реакции: крик и плач. Они способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Через две недели можно уже заметить, что ребенок начинает реагировать на голос говорящего: перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются.

Около *2 мес.* появляется гуление и к началу 3-го мес. – лепет (агу-агу, тя-тя, ба-ба и т. п.). Лепет – это сочетание звуков, неопределенно артикулируемых.

С *5 мес.* ребенок слышит звуки, видит у окружающих артикуляционные движения губ и пытается подражать. Многократное повторение какого-то определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка.

С *6 мес.* ребенок путем подражания произносит отдельные слоги (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па и др.).

В дальнейшем путем подражания ребенок перенимает постепенно все элементы звучащей речи: не только фонемы, но и тон, темп, ритм, мелодику, интонацию.

Во *втором полугодии* малыш воспринимает определенные звукосочетания и связывает их с предметами или действиями (гик-гак, дай-дай, бух). В это время он еще реагирует на весь комплекс воздействия: ситуацию, интонацию и слова, что помогает образованию временных связей (запоминание слов и реакция на них).

В возрасте *7-9 мес.* ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

С *10-11 мес.* появляются реакции на сами слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего). Особо важное значение приобретают условия, в которых формируется речь ребенка (правильная речь окружающих, подражание взрослым и др.).

К *концу первого года* жизни появляются первые слова.

2. Преддошкольный этап – с 1 года до 3 лет

Это этап становления активной речи, у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Он очень много и охотно повторяет за говорящим и сам произносит слова. При этом малыш путает звуки, переставляет их местами, искажает, опускает. Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой характер. Одним и тем же словом или звукосочетанием он может обозначать и предмет, и просьбу, и чувства. Такая речь называется ситуационной, сопровождается жестами, мимикой.

С *полутора лет* слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания словесного объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов.

На протяжении *2-го и 3-го г.* жизни у ребенка происходит значительное накопление словаря. Приведем наиболее распространенные данные о бурном развитии словарного запаса детей в преддошкольном периоде: к 1 г. 6 мес. – 10-15 слов; к концу 2-го г. – 300 слов (за 6 мес. около 300 слов!); к 3 г. – около 1000 слов (т. е. за год около 700 слов!). Значения слов становятся все более определенными.

К началу *3-го г.* жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи. Сначала ребенок выражает свои желания, просьбы одним словом. Потом – примитивными фразами без согласования («Мама, пить мамуле Тата» – Мама, дай

Тате попить молока). Далее постепенно появляются элементы согласования и соподчинения слов в предложении.

К *2 г.* дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания. В это время понимание речи взрослого значительно превосходит произносительные возможности.

3. Дошкольный этап – с 3 лет до 7 лет

На дошкольном этапе у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Можно обнаружить дефекты произношения свистящих, шипящих, сонорных звуков [р] и [л], реже – дефекты смягчения, озвончения и йотации.

На протяжении периода *от 3 до 7 лет* у ребенка все более развивается навык слухового контроля за собственным произношением, умение исправлять его в некоторых возможных случаях. Иными словами, формируется фонематическое восприятие. В этот период продолжается быстрое увеличение словарного запаса. Активный словарь ребенка к *4-6 г.* достигает 3000-4000 слов. Значения слов еще больше уточняются и во многом обогащаются. Но часто дети еще неверно понимают или используют слова, например, по аналогии с назначением предметов говорят вместо *поливать из лейки* «леять», вместо *лопатка* «копатка» и т. п. Вместе с тем, такое явление свидетельствует о «чувстве языка». Это значит, что у ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируется чувство языка, способность к словотворчеству.

К. Д. Ушинский придавал особое значение чувству языка, которое, по его словам, подсказывает ребенку место ударения в слове, грамматический оборот, способ сочетания слов в предложении.

Параллельно с развитием словаря идет и развитие грамматического строя речи. В дошкольный период дети овладевают связной речью. После трех лет происходит значительное усложнение содержания речи ребенка, увеличивается ее объем. Это ведет к усложнению структуры предложений. По определению А.Н. Гвоздева, к 3 г. у детей оказываются сформированными все основные грамматические категории.

Дети 4-го г. жизни пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенная форма высказываний в этом возрасте – простое распространенное предложение («Я куклу в такое красивое платье одела»; «Я стану большим сильным дядей»).

На 5 г. жизни дети относительно свободно пользуются структурой сложносочиненных и сложноподчиненных предложений («Потом, когда мы пошли домой, нам подарки дали: разные конфеты, яблоки, апельсины»; «Какой-нибудь умный и хитрый дяденька купил шарики, сделал свечки, подбросил на небо, и получил салют»).

Начиная с этого возраста высказывания детей напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее количество предложений. В пятилетнем возрасте дети без дополнительных вопросов составляют пересказ сказки (рассказа) из 40-50 предложений, что свидетельствует об успехах в овладении одним из трудных видов речи – монологической.

В этот период значительно улучшается фонематическое восприятие: сначала ребенок начинает дифференцировать гласные и согласные звуки, далее – мягкие и твердые согласные и, наконец, – сонорные, шипящие и свистящие звуки. К 4 г. в норме ребенок должен дифференцировать все звуки, т. е. у него должно быть сформировано фонематическое восприятие. К этому же времени заканчивается формирование правильного звукопроизношения и ребенок говорит совсем чисто.

На протяжении дошкольного периода постепенно формируется контекстная (отвлеченная, обобщенная, лишенная наглядной опоры) речь. Контекстная речь появляется сначала при пересказе ребенком сказок, рассказов, затем при описании каких-нибудь событий из его личного опыта, его собственных переживаний, впечатлений.

4. Школьный этап – с 7 до 17 лет

Главная особенность развития речи у детей на данном этапе по сравнению с предыдущим – это ее сознательное усвоение. Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматиче-

ские правила построения высказываний. Ведущая роль при этом принадлежит новому виду речи – письменной.

Таким образом, в школьном возрасте происходит целенаправленная перестройка речи ребенка – от восприятия и различения звуков до осознанного использования всех языковых средств.

Разумеется, указанные этапы не могут иметь строгих, четких границ. Каждый из них плавно переходит в последующий. Для того чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия. Так, ребенок должен:

- 1) быть психически и соматически здоровым;
- 2) иметь нормальные умственные способности;
- 3) иметь нормальный слух и зрение;
- 4) обладать достаточной психической активностью;
- 5) обладать потребностью в речевом общении;
- 6) иметь полноценное речевое окружение.

Таким образом, неправильное произношение отдельных групп звуков в младшем дошкольном возрасте вполне закономерно и оправданно физиологическими особенностями формирования детской речи. Но если ребенок неправильно произносит звуки или недостаточно отчетливо произносит слова, то взрослые обязательно должны обратить на это внимание. Необходимо своевременно выявлять дефекты речи у детей и устранять их.

3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДИСЛАЛИИ. ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЛАЛИИ

В настоящее время существует несколько определений понятия «дислалия». В одних определениях понятия «дислалия» и «косноязычие» дифференцированы, в других – нет. «Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Среди нарушений звукопроизводительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в её звуковом (фонемном) оформлении при нормальном функционировании всех ос-

тальных операций высказывания» (Б.М. Гриншпун. Дислалия // Логопедия. М., 1989. С. 66).

«Дислалия – расстройство речи, проявляющееся в нарушении произношения звуков, связанное либо с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, либо с неблагоприятными условиями развития речи, или с нарушениями фонематического восприятия» (Г.А. Волкова. Проспект учебника «Логопедия». Л., 1986. С. 34).

«Дислалия – нарушение артикуляции отдельных или нескольких звуков, звукосочетаний или целых групп звуков. Эти отклонения от артикуляционной нормы объединяются также под общим названием «косноязычие» (К.-П. Беккер, М. Совак. Логопедия. М., 1981. С. 111).

«Косноязычием называются разнообразные фонетические недостатки речи при относительной словарно-семантической и синтаксической норме и сохранности в подавляющем большинстве случаев речевой функции в целом» (М.Е. Хватцев. Логопедия. М., 1959. С. 69).

Термин «дислалия» одним из первых в Европе ввел в научное обращение профессор Вильнюсского университета врач И. Франк. В монографии, вышедшей в 1827 г., он применил его в обобщенном значении как наименование всех видов произносительных расстройств различной этиологии. Несколько позже, в 30-е годы XIX столетия, швейцарский врач Р. Шультесс также вводит в свои работы этот термин, но в более узком, нежели у И. Франка, значении: он причисляет к дислалии лишь произносительные нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. Учёные А. Куссмауль и Гутцман придерживаются той же точки зрения, что и Р. Шультесс.

Несколько иную позицию занимал польский исследователь В. Олтушевский, который относил к дислалиям случаи нарушения произношения, не обусловленные анатомическими дефектами речевого аппарата. Он выделял 2 формы дислалии:

- функциональную;
- обусловленную снижением слуха.

Дефекты произношения, обусловленные патологическими изменениями в артикуляционном аппарате, он обозначил терми-

ном «дисглоссия» и выделил четыре вида этого дефекта в зависимости от того, какой из артикуляционных отделов оказывается нарушенным: *губную, язычную, зубную, нёбную*.

В отечественной логопедии начала XX в. объем понятия дислалии не отличался от принятого в работах Куссмауля и Гутцмана, Фрешельса, Либмана, Зеемана и других, которые рассматривали дислалию как косноязычие.

А. Куссмауль называл все недостатки речи, основанные на расстройствах в буквенном звукообразовании, «косноязычием». Если эти недостатки достигают такой степени, что речь становится очень неясной или совсем непонятной, то косноязычие называется лепетанием. А. Куссмауль различает также косноязычие врожденное и приобретенное. Последнее чаще сего бывает функциональным, но может быть и органическим. Косноязычие имеет две формы: физиологическую – возрастное косноязычие, присущее детям в возрасте 2-5 лет, и патологическую, связанную с тем или иным речевым нарушением.

Физиологическое косноязычие рассматривается у таких авторов, как И.А. Сикорский, Н.И. Красногорский, М.Е. Хватцев, Д.Б. Эльконин, Ф.А. Рау. Оно определяется ими как этап нормального речевого развития ребенка.

О косноязычии говорил и М. Зеeman. Он утверждал, что при подражании слышимым словам ребенок не может выполнить правильные акустико-артикуляционные связи, и поэтому слова у него фонетически неправильны. При нормальных условиях развития речи косноязычие исправляется в результате дифференцировочного торможения. Однако у многих детей косноязычие в дальнейшем не исчезает. Такие расстройства произношения называются косноязычными. Недостаток речи в этих случаях выражается в неспособности правильно произносить или образовывать некоторые звуки или ряды звуков.

При органических расстройствах речевых центров возникает нарушение произношения, которое называется центральной дизартрией. У детей она больше напоминает косноязычие, чем дизартрию, поэтому правильнее её называть центральной дислалией. Такое нарушение нельзя считать простым косноязычием, так как это дислалия центрального происхождения.

В 1912 г. Е.С. Боришпольский разделил расстройства речи также на две группы: центральные и периферические. К центральным расстройствам он относил афазии органического происхождения и функциональные (заикание и лепетание). К периферической группе он относил дислалии, или алалии. Среди дислалий (алалий) выделялись глухонмота, связанная с поражением уха, и косноязычие. Ученый считал, что косноязычие зависит только от несовершенства артикуляционного аппарата.

Но уже в 30–50-е годы это понятие претерпевает существенные изменения.

М.Е. Хватцев рассматривает дислалию как одну из форм косноязычия (под этот обобщающий термин подводились все типы нарушения произношения). Он включал в нее звукопроизводительные нарушения, обусловленные поражением или расстройством периферических органов речи: костно-хряще-мышечных частей, а также нарушения звукопроизношения, обусловленные периферической тугоухостью. Исследователь полагал, что не менее 10% случаев дислалий обусловлены этим дефектом.

М.Е. Хватцев выделяет три формы дислалий: механическую, обусловленную грубыми анатомическими дефектами органов речи (расщелинами нёба, короткой подъязычной уздечкой); органическую, обусловленную периферической тугоухостью, аномалиями челюстей, зубов, языка и нёба; функциональную, обусловленную мышечной вялостью мягкого нёба, недостаточной гибкостью кончика языка, слабостью выдыхаемой струи воздуха и т. д.

В начале 50-х годов А.М. Смирнова на основе большого клинического материала публикует классификацию дефектов произношения, которая заметно отличается от классификации, предложенной М.Е. Хватцевым.

В это же время О.В. Правдина дает иную трактовку дислалии: в частности, она исключает нарушения, обусловленные дефектами слуха. Термин «дислалия» означает *расстройство речи*. О.В. Правдина, в отличие от М.Е. Хватцева, выделила только две формы: функциональную и органическую (так называемую механическую). В состав последней была включена и ринолалия.

В 60-е годы в работах С.С. Ляпидевского и О.В. Правдиной прослеживается тенденция к делению произносительных дефектов на дизартрию и дислалию и отказу от обобщающего термина «косноязычие». В эти же годы в работах С.С. Ляпидевского и Б.М. Гриншпуна ринолалия была выделена из механической дислалии в отдельное речевое нарушение. Это сузило понятие дислалии и сделало его более четким.

В дальнейшем дифференцирование дислалии на функциональную и механическую стало разделяться большинством авторов. Лишь в отдельных работах упоминалась органическая дислалия, хотя содержание этого словосочетания не у всех авторов совпадало: в работе Е.Ф. Рау и В.А. Синяка термин *органическая дислалия* просто был заменен термином *механическая дислалия*; в работе Л.В. Мелеховой понятием органическая дислалия охватывались случаи произносительных нарушений, переходные между дизартрией и дислалией. В последнее время такие нарушения определяются как *стертая дизартрия*.

В настоящее время термин «дислалия» приобрел международный характер, хотя его содержание, а также виды нарушений, определяемых им, не всегда совпадают. Эти несовпадения связаны с тем, какие основания берутся исследователями при описании нарушений: анатомо-физиологические, психологические или лингвистические. В традиционных описаниях, в которых используются клинические критерии, различные произносительные нарушения типа дислалии рассматриваются как рядоположные. Описания, в основу которых положены психологические и лингвистические критерии, в понятие дислалии включают то разные её формы и виды, то фонетические и фонетико-фонематические нарушения звукопроизношения (например, в работах Р. Е. Левиной).

Б.М. Гриншпун в своих работах выделяет следующие виды нарушений: замены, смешения и искажения звуков. В традиционной логопедии они рассматриваются как рядоположные. В современных логопедических исследованиях, опирающихся на положения лингвистики, они подразделяются на две разноразрядные категории, замены и смешения звуков квалифицируются как фонологические (Ф.Ф. Рау), или фонематические (Р.Е. Леви-

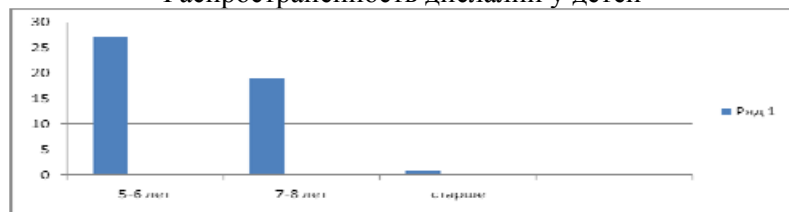
на), дефекты, при которых нарушена система языка. Искажения звуков квалифицируются как антропофонические (Ф.Ф. Рау), или фонетические, дефекты, при которых нарушена произносительная норма речи.

Критический анализ учения о дислалии с современных научных позиций требует пересмотра установившихся в логопедии представлений. Произносительные дефекты по своему нейрофизиологическому и психологическому механизму, по вызывающим их причинам, по роли в общем речевом развитии ребенка и методам преодоления нередко оказываются различными.

Таким образом, дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* – ‘говорю’) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата (словарь В.И. Селиверстова).

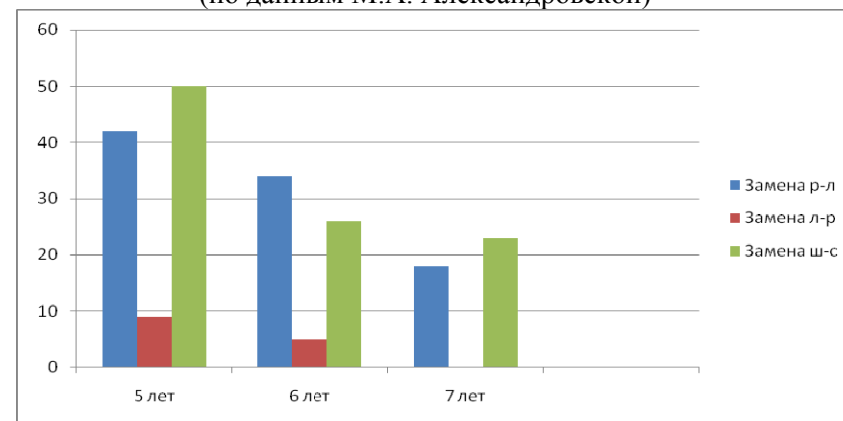
Дислалия является одним из наиболее распространенных дефектов произношения. По имеющимся в специальной литературе сведениям, дефекты звукопроизношения у детей составляли не более 17% (данные М.Е. Хватцева, относящиеся к обследованию детей в 50-х гг. XX века в Ленинграде). Б.М. Гриншпун приводит такие показатели, как 25-30% у дошкольников 5-6 лет, 17-20% у школьников 1–2-х классов и 1% у старшеклассников.

Распространенность дислалии у детей



В отношении состояния звукопроизношения тревожным фактом является и то, что даже в младших группах детских садов теперь не отмечается только «возрастное косноязычие», поскольку почти у каждого третьего ребенка имеют место и патологические формы нарушений звукопроизношения.

Сопоставительные данные о распространенности смешений и замен звуков на разных возрастных этапах (по данным М.А. Александровской)



Контрольные вопросы

1. Назовите определение понятия «дислалия». Почему это нарушение выделяется отдельно от дизартрии и ринолалии?
2. В чем отличия терминов «косноязычие» и «дислалия»? Раскройте взгляды разных ученых по этому вопросу.
3. Какие стороны речи сохранены у ребенка с дислалией по определению М. Е. Хватцева?
4. Назовите основные виды дефектов воспроизведения звуков речи при дислалии.
5. В чем проявляется избирательность нарушений при дислалии?
6. Какое значение имел термин «дислалия» у И. Франка?
7. Какие нарушения причисляет к дислалии Р. Шультесс?
8. Что А. Куссмауль называл косноязычием?
9. Каким образом в работах А. Куссмауля упорядочилось представление о видах нарушений фонетической стороны речи? Какие виды косноязычия, а затем дислалии были выделены этим ученым?
10. Какова была позиция польского исследователя Олтушевского по отношению к дислалиям? Что означает термин «дисглоссия»?

11. В какие годы понятие дислалии претерпевало существенные изменения? С работами каких ученых это связано?

12. Какие формы дислалии выделял в своих работах М.Е. Хватцев? Чем они отличаются от классификации О.В. Правдиной?

13. Назовите зарубежных ученых, работавших над косноязычием (конец 19 – начало 20 века).

14. В работах каких ученых выделяется физиологическое косноязычие? Как они его определяют?

15. Какое нарушение М. Зеeman подразумевает под дислалией центрального происхождения?

16. Какое место в классификации нарушений речи Е. С. Боришпольского занимает косноязычие?

17. Какое место в дифференциации всех произносительных расстройств и сужении понятия «дислалия» играют работы С.С. Ляпидевского, О.В. Правдиной, Б.М. Гриншпуна?

18. Каким образом и какие ученые рассматривали термин «органическая дислалия»?

4. КЛАССИФИКАЦИЯ ДИСЛАЛИЙ

Существует несколько классификаций данного нарушения произношения:

- 1) в зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих нарушение;
- 2) в зависимости от количества нарушенных звуков;
- 3) в зависимости от недостатков произношения отдельных звуков.

Рассмотрим наиболее подробно классификацию в зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих нарушение звукопроизношения.

• Механическая дислалия

Механическая дислалия – нарушение звукопроизношения при отклонении в строении артикуляционного аппарата. Иногда ее называют органической. Проблемой механической дислалии

занимались такие ученые, как М.Е. Хватцев, О.В. Правдина, Л.В. Спирова, А.В. Ястребова.

Наиболее часто встречаются дефекты зубочелюстной системы (диастемы между передними зубами), отсутствие резцов и их аномалии, неправильное положение верхних или нижних резцов или соотношение между верхней и нижней челюстью (прогения, прогнатия, открытый передний прикус, открытый боковой прикус: правосторонний, левосторонний, двусторонний; прямой, перекрестный: нарушено соотношение зубных дуг и челюсти смещены вбок).

Также могут наблюдаться аномалии нёба, как твердого, так и мягкого. Например, аномалиями твердого нёба могут быть его расщелина, высокое («готическое») или, наоборот, пологое нёбо, плоское. Аномалиями мягкого нёба могут быть следующими: расщелина самого нёба или увулы, слабость или его отсутствие.

Могут иметься ненормальности в строении языка: он может быть большим, малоподвижным, вялым, с короткой подъязычной связкой, может быть, наоборот, маленьким, узеньким, не достающим до твердого неба или верхних резцов. Все вышеперечисленные дефекты могут быть врожденными, а могут быть приобретенными.

В результате челюстнолицевых травм с раздроблением костей и разрывом мышц и последующими рубцами, а также в результате болезненных процессов, поражающих иннервацию речевых мышц, возникают нарушения в артикуляционных органах в любом возрасте, – это приобретенные дефекты.

Расщелины и ранения мягкого и твердого нёба имеют очень большое значение для всего произношения (страдают все звуки). Все остальные перечисленные нарушения строения артикуляционного аппарата могут иметь только узкое, местное значение. Например, дефекты губ отражаются на произношении губных и гласных звуков, изменение формы челюстей – на произношении свистящих и шипящих, массивные подъязычные уздечки – на произношении [p] и шипящих.

М.Е. Хватцев в своих работах о косноязычии говорил, что «извращения костных частей органов речи обуславливаются рахитом. Иногда анатомические нарушения возникают вследствие

неправильного ухода за ребенком. Так, например, систематическое, в течение многих месяцев (лет) сосание пальца, особенно при рахите, вдавливая твердое нёбо кверху и выдвигает верхнюю челюсть вперед, а сосание пальцев, обращенных книзу, вызывает прогению».

Среди нарушений произношения при зубных аномалиях наиболее часто встречаются дефекты свистящих и шипящих (приобретают излишний шум), т. к. воздух проходит через щели между зубами; губно-зубных, переднеязычных, взрывных, реже – [p] и [p']. Часто нарушается произношение гласных звуков, которые становятся малоразборчивыми из-за избыточной зашумленности согласных и недостаточной акустической противопоставленности гласных. Хотя при некоторых деформациях зубов произношение остается нормальным.

При аномалиях языка чаще страдает произношение шипящих и вибрантов, т. к. ребенок не имеет возможности поднять язык или дотянуться его кончиком до альвеол, при этом наблюдается также боковой сигматизм. В ряде случаев страдает внятность произношения (как будто «каша» во рту). Однако не во всех случаях язычных аномалий страдает произношение звуков. Это неоднократно отмечалось лингвистами Р.О. Якобсоном и М.В. Пановым и многими другими специалистами в области патологии речи.

Отмеченные факты нормального произношения при различных аномалиях свидетельствуют о компенсаторных возможностях, которые позволяют сформировать правильное звучание, но при нарушенных условиях реализации звука. Таким образом, один и тот же акустический эффект можно получить разными путями.

Реже встречаются аномалии губ, т. к. врожденные дефекты в раннем возрасте преодолеваются хирургическим путем. Таким образом, логопед встречается с последствиями деформаций травматического происхождения, при которых в основном нарушается произношение губных звуков (из-за неполного смыкания губ) и губно-зубных звуков. Иногда можно встретить дефекты лабиализованных гласных.

Механическая дислалия может комбинироваться с функциональной фонематической.

Во всех случаях механических дислалий необходима консультация (а иногда и лечение) хирурга и ортодонта.

Распространенность детей с механической дислалией составляет: у умственно отсталых детей – 65%, у тугоухих детей – 50%.

Коррекционная работа должна проводиться в среднем 3–6 месяцев.

• Функциональная дислалия

В тех случаях, когда не наблюдается органических нарушений (периферически или центрально обусловленных), говорят о функциональной дислалии.

Функциональная дислалия – нарушение звукопроизношения, обусловленное слабостью основных нейродинамических процессов при нормальном физическом слухе и нормальном строении периферического речевого аппарата. Фонематический слух ребенка может быть снижен.

При функциональных дислалиях нарушается произношение только согласных звуков. Может наблюдаться расстройство звука или нескольких звуков из одной фонетической группы согласных, либо может быть нарушено много звуков из разных фонетических групп.

Эти фонетические расстройства могут проявляться: в отсутствии звуков; в искажении; в заменах. Среди замен можно выделить: а) замены звуков, одинаковых по способу образования, но различных по месту артикуляции, например, замена взрывных заднеязычных [к] и [г] взрывными переднеязычными [т] и [д]; б) замена звуков, одинаковых по месту артикуляции, но различных по способу образования, например, замена фрикативного переднеязычного переднеязычными взрывными [т]; в) замена звуков, одинаковых по способу образования, но различных по участию органов артикуляции, например, замена язычного губно-зубным [ф]; г) замена звуков, одинаковых по месту и способу образования, но различающихся по участию голоса, например, замена звонких звуков глухими; д) замена звуков, одинаковых

по способу образования и по активнoдействующему органу, но различающихся по признаку твердости и мягкости, например, замена мягких твердыми и твердых мягкими.

Фонетические нарушения могут различаться по частоте случаев. Неправильное произношение может наблюдаться в отношении любого согласного звука, но реже нарушаются те звуки, которые просты по способу артикуляции и не требуют дополнительных движений языка, например, [м], [н], [т], [п]. Чаще всего дефекты произношения встречаются при формировании трудных по артикуляции звуков. Чем сложнее способы артикуляции звука, тем позже и труднее устанавливается у ребенка правильное его произнесение и тем многообразнее будут дефекты произношения этого звука. Чаще нарушаются язычные звуки, например, [р], [л], группа свистящих [с], [з], [ц] и группа шипящих [ш], [ж], [ч], [щ]. Обычно твердые и мягкие пары согласных нарушаются в одинаковой степени.

Краткий обзор взглядов разных учёных на определение функциональной дислалии

М.Е. Хватцев:

«Функциональная дислалия – гнусавость из-за мышечной вялости мягкого нёба; картавость вследствие недостаточности гибкости кончика языка; неточное, невнятное произношение по причине слабости выдыхаемой струи воздуха и т. д. ...».

М. Зеeman:

«Функциональное косноязычие – это расстройство развития речи. Оно является следствием физиологического косноязычия или косноязычия развития, которое большей частью приходит в возрасте между 3-м и 4-м годом, но у многих детей продолжается в дошкольном возрасте, а иногда и до 8-10 лет.

При тяжёлых, длительных формах косноязычия развитие речи почти всегда бывает запоздалым. Дети начинают самостоятельно говорить к концу 2-го или на 3-ем году жизни. Различают моторную и сенсорную формы.

Моторная форма косноязычия

Расстройства проявляются главным образом в нарушении сложных моторных функций и могут ограничиваться только не-

которыми признаками. В анамнезе отмечены тяжёлые роды. Гомбургер и Джейкоб находили лёгкие расстройства пирамидных и околопирамидных путей, которые выправлялись ещё в детстве. Моторная недостаточность может ограничиваться только областью артикуляционной мускулатуры, которая как бы ослаблена, и движения её неловки. Ребёнок не может сознательно повторять и подражать артикуляционным движениям языка и губ. Это расстройство развития тонких координационных разговорных движений. На связь косноязычия с нарушением тонких движений указал в 1948 г. Лухзингер. Он разделил детей с моторной недостаточностью на три группы и определил, что степень выраженности косноязычия тем больше, чем больше нарушены тонкие движения.

Сенсорная форма косноязычия

При этой форме дети с трудом различают звуки из-за недостаточной дифференциальной способности коркового окончания слухового анализатора. Когда ребёнок начинает после упражнений произносить разные звуки, он долго не может дифференцировать их по слуху ... Ребёнок не распознаёт звуковые оттенки, которые образуются физиологически по одинаковому принципу ...».

Р.И. Мартынова:

«К функциональным дислалиям относят случаи неправильно произношения различных звуков: шипящих, свистящих, [р] и [л] и др. при данном расстройстве речи, как правило, не отмечается аномалий развития органов, принимающих участие в образовании речи, не наблюдается и признаков органического поражения центральной нервной системы. В анамнезе таких детей обычно нет указаний, которые бы говорили о перенесённых ребёнком мозговых заболеваниях...».

В основе функциональных дислалий лежит не только неблагоприятное речевое окружение: значительно большую роль здесь играет физическая ослабленность ребёнка, обусловленная перенесёнными инфекциями, расстройствами питания (диспепсия). Нередко при обследовании таких детей можно констатировать выраженные невротические реакции. По-видимому, эта форма дислалий связана с некоторым нарушением корковой

нейродинамики и ослаблением тонких дифференцировок в речедвигательном анализаторе ...».

О.А. Токарева:

«Функциональные дислалии – нарушение звукопроизношения, обусловленное слабостью основных нейродинамических процессов при нормальном физическом слухе и нормальном строении периферического речевого аппарата. Фонематический слух ребёнка может быть снижен.

При функциональных дислалиях нарушается произношение только согласных звуков (гласные остаются сохранными). Может наблюдаться расстройство отдельного звука или нескольких звуков из одной фонетической группы согласных, либо может быть нарушено много звуков из разных фонетических групп.

Эти фонетические расстройства могут проявляться: 1) в отсутствии звуков; 2) в искажениях; 3) в заменах ...».

О.В. Правдина:

«К функциональным дислалиям принято относить все те случаи неправильного звукопроизношения, когда не имеется органической основы. Таким образом, в раздел функциональных дислалий попадают случаи, зависящие от неправильного речевого воспитания (неправильное произношение маленького ребёнка не поправляют, а иногда даже культивируют), от неправильной или иноязычной речи окружающих, а также случаи, связанные с повышенной возбудимостью или некоторой отсталостью ребёнка, что мешает образованию тонких дифференцировок в речи как моторного, так и сенсорного характера ...».

Также вопросами функциональной дислалии занимались Л.В. Мелехова, Ф.Ф. Рау, Г.В. Чиркина, О.В. Правдина, Т.Б. Филичева, Б.М. Гришпун, и особенно большой вклад в развитие данной темы внесла Л.С. Волкова.

Причины функциональной дислалии

Функциональная дислалия может быть обусловлена социальными и биологическими причинами.

Среди *социальных* причин выделяют:

1) неправильное воспитание речи ребенка в семье. Иногда взрослые, подлаживаясь под детскую речь или умиляясь забавному лепету ребенка, долгое время сюсюкают с малышом, а это задерживает развитие у него правильного произношения;

2) последствия подражания. Вредным, как правило, оказывается постоянное общение ребенка с малолетними детьми, у которых еще не сформировалось правильное звукопроизношение. Ребенок может также подражать искаженному звукопроизношению взрослых членов семьи. Особенно вредно для детей постоянное общение с людьми, чья речь неясна, косноязычна или слишком тороплива, а иногда просто пронизана диалектными особенностями. Может плохо сказаться на речи детей и пребывание в двуязычном окружении. Разговаривая в раннем возрасте на разных языках, ребенок часто переносит особенности произношения одного языка на другой;

3) педагогическая запущенность. Если взрослые не обращают внимания на развитие правильного звукопроизношения ребенка, не поправляют его ошибок в речи, сами не произносят звуки четко и правильно, не привлекают внимание малыша к правильному произношению того или иного звука, то в этом случае в его речи, не подвергающейся необходимой коррекции со стороны взрослых, тормозится нормальное развитие произношения ребенка.

К *биологическим* причинам мы можем отнести: соматическую ослабленность ребенка, несформированность фонематического слуха, нарушения нейродинамических процессов и др. Патологический механизм речи складывается в результате различных нейродинамических нарушений в коре больших полушарий, приводящих к ослаблению дифференцировочного торможения в речедвигательном и речеслуховом анализаторах. Эти нарушения корковой нейродинамики могут быть обусловлены общей физической ослабленностью ребенка (в результате перенесенных заболеваний и расстройств питания) и замедленностью его психофизического развития. Нарушения нейродинамики могут обусловить преимущественно моторную или сенсорную недостаточность. Возможна также и смешанная сенсомоторная недоста-

точность в структуре речевого дефекта, так как между моторными и сенсорными актами существует тесная взаимосвязь.

Моторная недостаточность. У детей с хорошим слухом и нормальным умственным развитием вследствие тех или иных причин не формируется своевременно моторная готовность органов артикуляции. Движения артикуляторных органов у них неловки и недостаточно дифференцированы. Поэтому при артикуляции некоторых сложных звуков, когда требуются тонкие и дифференцированные движения, ребенок испытывает серьезные затруднения и нужные артикуляционные движения не усваивает. Вследствие моторной недостаточности вместо правильных звуков у детей закрепляются дефектные.

Сенсорная недостаточность. Дефекты произношения при функциональной дислалии могут быть обусловлены и недоразвитием фонематического слуха. При сенсорной недостаточности вследствие нарушения или слабости речевого анализатора у ребенка отмечаются затруднения в дифференциации звуков, противопоставленных по звонкости и глухости. В результате таких затруднений фонематическая система языка у ребенка полностью не формируется.

Сенсомоторная недостаточность. Часто дефекты произношения при функциональных дислалиях бывают обусловлены не одной только моторной или сенсорной недостаточностью, а их сочетанием. Деятельность речедвигательного и речеслухового анализаторов в акте теснейшим образом взаимосвязана и взаимообусловлена. Так, при недоразвитии фонематического слуха вследствие нарушения речеслухового анализатора затруднено не только слуховое восприятие, но и формирование четких кинестезий, необходимых для правильного произношения. При нарушениях речедвигательных анализаторов (моторная недостаточность) у ребенка не только неправильно формируется произношение, но из-за неправильных и нечетких кинестезий, поступающих в центральный отдел речеслухового анализатора, плохо формируется и фонематический слух.

В зависимости от того, каким является дефект – фонематическим или фонетическим – функциональную дислалию можно

подразделить на следующие виды: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая, артикуляторно-фонетическая.

1. Акустико-фонематическая дислалия

Группа дефектов, при которой особенно ярко проявляется сенсорная недостаточность, обусловленная нарушением речеслухового анализатора (т.е. к этой форме относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи (центр Вернике)). К таким операциям относятся опознания, узнавания, сличения акустических признаков звуков и принятие решения о фонеме.

В основе нарушения лежит недостаточная сформированность фонематического слуха, назначением которого является узнавание и различение входящих в состав слова фонем.

При данном виде дислалии ребенок не опознает тот или другой акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. В связи с неопознанием того или другого признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному восприятию слов (гора – «кора», жук – «шук», рыба – «лыба»).

Неразличение наблюдается при дислалии преимущественно в отношении фонем с одномерными акустическими различиями. Например, в отношении шумных фонем, различающихся по признаку глухости-звонкости, некоторых сонорных фонем ([р] – [л]) и некоторых других. В тех случаях, когда тот или иной акустический признак является дифференциальным для группы звуков, например глухость-звонкость, дефектным оказывается восприятие всей группы. Например, звонких, шумных, которые воспринимаются и воспроизводятся как парные им глухие ([ж] – [щ], [д] – [т], [г] – [к], [з] – [с] и т.д.). В ряде случаев нарушением оказывается противопоставление в группе взрывных или сонорных согласных.

При акустико-фонематической дислалии у ребенка нет нарушений слуха. Дефект сводится к тому, что у него избирательно

не формируется функция слухового различения некоторых фонем.

2. Артикуляторно-фонематическая дислалия

Группа дефектов, при которой проявляется сенсомоторная недостаточность, обусловленная нарушениями речедвигательного и речеслухового анализаторов (т.е. к этой форме относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам в моторном звене производства речи).

Выделяют два основных варианта нарушений. При первом артикуляторная база оказывается неполностью сформированной, редуцированной. При выборе фонем вместо нужного звука (отсутствующего у ребенка) отбирается звук, близкий к нему по набору артикуляционных признаков. Отмечается явление субституции, или замены одного звука другим. В роли заменителя выступает звук более простой по артикуляции.

При втором варианте нарушения артикуляторная база оказывается полностью сформированной. Усвоены все артикуляторные позиции, необходимые для производства звуков, но при отборе звуков принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слова правильно и неправильно). Это приводит к смешению звуков в силу их недостаточной дифференциации, к неоправданному их употреблению.

Замены и смешения при этой форме дислалий осуществляются на основе артикуляционной близости звуков. Но, как и в предыдущей группе нарушений, эти явления наблюдаются преимущественно между звуками или классами звуков, различающихся по одному из признаков: свистящими и шипящими [с] – [ш], [з] – [ж] (крыса – «крыша»), между взрывными шумными переднеязычными и заднеязычными [т] – [к], [д] – [г] (Толя – «Коля», гол – «дол»), между парными по артикуляции язычными твердыми и мягкими фонемами [с] – [с'], [л] – [л'], [т] – [т'] (сад – «сядь», лук – «люк», тук – «тюк») и др. Эти явления могут наблюдаться среди звуков, одинаковых по способу образования, между аффрикатами [ц] и [ч] («курича» – курица, «кричать» – кричать), сонорами [р] и [л] («лыба» – рыба, «рапа» – лапа).

При этой форме дислалии фонематическое восприятие у ребенка чаще всего сформировано полностью. Он различает все фонемы, узнает слова, в том числе и слова-паронимы. Ребенок осознает свой дефект и пытается преодолеть его.

3. Артикуляторно-фонетическая дислалия

Группа, при которой особенно ярко проявляется моторная недостаточность артикуляционных движений, обусловленная нарушением речедвигательного анализатора (т.е. к этой форме относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями).

Звуки произносятся ненормированно, искаженно для фонетической системы данного языка, которая у ребенка при этой форме дислалии сформирована, но фонемы реализуются в непривычных вариантах (аллофонах). Чаще всего неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному. Слушающий без особых затруднений соотносит этот вариант произнесения с определенной фонемой.

Наблюдается и другой тип искажения, при котором звук не опознается. В таких случаях говорят о пропуске, элизии звука. Случай пропусков звуков при этой форме дислалии – явление редкое (чаще встречается при других, более грубых, дефектах, например, при алалии). При дислалии аналог звука, сугубо индивидуальный по своему акустическому эффекту, выполняет в речевой системе ребенка ту же фонематическую функцию, что и нормированный звук.

Нарушаются не все звуки: так, при различных индивидуальных особенностях произнесения акустический эффект при произнесении губных (взрывных и сонорных) согласных, а также переднеязычных взрывных и сонорных согласных оказывается в пределах нормы. Почти не встречаются искажения губно-зубных [ф] – [ф'], [в] – [в'].

Основную группу звуков, в которой наблюдается искаженное произношение, составляют переднеязычные невзрывные согласные. Реже наблюдается дефектное произнесение заднеязычных взрывных согласных и среднеязычного.

Переднеязычные невзрывные согласные представляют собой сложные по артикуляции звуки. Овладение их правильным укладом требует тонких дифференцированных движений. При произношении ребенок не может опереться на те движения, которые у него сформировались ранее в связи с биологическими актами, например, при овладении губными согласными или взрывными переднеязычными. Эти звуки формируются у него позже других, потому что он должен овладеть новыми комплексами движений, предназначенных для произношения.

В ходе усвоения произносительных умений и навыков ребенок под управлением слуха «нащупывает» те артикуляционные позиции, которые соответствуют нормальному акустическому эффекту. Позиции записываются в памяти ребенка и затем произносятся правильно. Ребенок должен при нахождении правильных укладов научиться различать уклады, близкие в произношении звуков, и выработать комплекс речевых движений, которые позволят ему произносить звуки.

Процесс выработки речевых движений сопряжен со специфическими трудностями. Связано это с тем, что в качестве промежуточных звеньев выступают адекватные и неадекватные звуки, которые не несут смысла различительной функции. В ряде случаев такой промежуточный для развития произношения звук-заменитель, близкий к нужному звуку по акустическому эффекту, начинает приобретать смыслоразделительную (фонематическую) функцию. Он применяется фонетическим слухом ребенка как нормированный. Его артикуляция закрепляется. В дальнейшем звук обычно не поддается самокоррекции вследствие инертности артикуляторных навыков. Эти дефекты имеют тенденцию к закреплению.

Следующий способ классификации основан на количестве нарушенных звуков: выделяют простую и сложную дислалию.

Проблемами данных форм дислалии занимались: К.П. Беккер, М. Совак, М.Е. Хватцев, О.А. Токарева, Р.Е. Левина, Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева и другие ученые.

Рассмотрим эти виды подробнее.

1. Простая дислалия

К простым (мономорфным) относят нарушения, при которых дефектно произносится один звук или однородные по артикуляции звуки.

В частности, М.Е. Хватцев определял косноязычие при недочетах одной артикуляторной группы звуков (только губных, например) как гоморганное, или мономорфное.

О.А. Токарева утверждает, что в тех случаях, когда дефектным оказывается отдельный звук, например [р], или когда нарушение касается всех звуков одной фонетической группы, например, дефекты звуков группы шипящих, принято говорить о простой дислалии.

В работах Т.Б. Филичевой и Н.А. Чевелевой раскрывается такая точка зрения: если в произношении отмечается до четырех дефектных звуков, то диагностируется простая дислалия. Если дефект выражается в нарушении произношения одной артикуляционной группы звуков (например, свистящих), то дислалия называется мономорфной.

Можно определить такую закономерность: простая дислалия в большинстве случаев наблюдается при функциональной форме дислалии, т.к. последняя является более легкой в отношении тяжести дефекта и коррекции звукопроизношения. Но данная тенденция может быть опровергнута, т.к. в исключительных случаях простая дислалия наблюдается при механической.

В соответствии с целью, выделяют несколько задач логопедической работы при простой форме дислалии, т. е. чему необходимо научить ребенка:

- узнавать звуки речи и не смешивать их в восприятии (т. е. узнавать звук по акустическим признакам);
- отличать нормированное произнесение звука от ненормированного;
- осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением и оценивать качество воспроизводимых в собственной речи звуков;
- принимать необходимые артикуляторные позиции, обеспечивающие нормированный акустический эффект звука (варьи-

ровать артикуляционные уклады звуков в зависимости от их сочетаемости с другими звуками в потоке речи);

- безошибочно использовать нужный звук во всех видах речи.

2. Сложная дислалия

К сложным, или полиморфным, дислалиям относят нарушения, при которых дефектно произносятся звуки разных групп (например, свистящие и сонорные). Первым из ученых, выделивших полиморфный недочет, был М. Е. Хватцев, причем он говорил о косноязычии.

Причин возникновения полиморфной дислалии может быть несколько. Прежде чем говорить о причинах, нужно отметить то, что такая дислалия может встречаться и при механической, и при функциональной форме. Если это механическая дислалия, то причиной является анатомический дефект строения периферического артикуляционного аппарата (см. тему «Механическая дислалия»).

Например, при отсутствии передних резцов может наблюдаться дефектное произношение свистящих и губно-зубных: вместо слово «автобус» ребенок произносит что-то похожее, но характерный свист для звука *с* отсутствует и язык просовывается между зубами, а акустический эффект звука [в] близок к нормальному, но производится излишний шум, неприятный слуху. Или, например, у ребенка неправильный прикус, ЗПР и нарушены все звуки – сложная дислалия.

Причиной может являться функциональная дислалия, точнее, недоразвитие или нарушение фонематического слуха (при акустико-фонематической функциональной дислалии), несформированность операций отбора фонем по их артикуляционным параметрам в моторном звене (при артикуляторно-фонематической функциональной дислалии), дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформированными артикуляторными позициями (при артикуляторно-фонетической функциональной дислалии). При этом могут происходить:

- замены: мишка – *миска*, тачка – *дачка*, сад – *сяд* и т. д.;
- пропуски;
- Смешения: Саша шла по шоссе – *Шаса шла по соше*.

Обычно принято считать, что механическая дислалия является сложной, а функциональная – простой. Это верно, но не всегда. Например, при функциональной дислалии может быть нарушено несколько групп звуков, следовательно, она будет в таком случае сложной. А при механической может быть нарушен только один звук – простая.

Также имеются сочетания функциональной и механической дислалий: у ребенка была функциональная дислалия, но в связи с каким-то происшествием или физиологическими механизмами, происходящими в организме, появилась механическая (например, у ребенка выпали передние резцы или под механическим воздействием он рассек губу или нёбо). И если при таком «букете» дислалий будет нарушен один звук или звуки однородные по артикуляции, то такая дислалия является простой, даже несмотря на то, что у ребенка и органическая, и функциональная формы. Таким образом, разделение дислалии на мономорфную и полиморфную не зависит от количества форм, а зависит от количества звуков, дефектно произносимых.

Основной целью логопедического воздействия как при простой, так и при сложной форме дислалии является формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. При правильной организации логопедической работы положительный эффект обязательно достигается, и при том достаточно быстро. Очень важно перед началом работы выявить уровень неправильного произношения у ребенка.

Сроки преодоления недостатков произношения зависят от степени сложности дефекта, индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, регулярности занятий и помощи со стороны родителей. Таким образом, в случае простой дислалии занятия продолжаются от 1 до 3 месяцев, при сложной – от 3 до 6. Логопедические занятия проводятся регулярно, не менее 3 раз в неделю. Необходимы домашние занятия с помощью родителей (по заданию логопеда).

Разрабатывая содержание этапов логопедического воздействия, необходимо тщательно проанализировать дефект. В некоторых случаях можно опустить подготовительный этап. Автоматизация звуков проводится практически всегда, а дифференциация

– в зависимости от того, были ли замены или смещения звуков. Если наблюдалось просто искажение, этап дифференциации также можно опустить.

Следующая классификация осуществляется в зависимости от недостатков произношения отдельных звуков (виды дислалии).

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса *-изм*: ротацизм – дефект произношения [р] и [р’], ламбдацизм – [л] и [л’], сигматизм – свистящих и шипящих звуков, йотацизм – [й] (йот), капацизм – [к] и [к’], гаммацизм – [г] и [г’], хитизм – [х] и [х’]. В тех случаях, когда отмечается замена звука, к названию дефекта прибавляют приставку *пара-*: параротацизм, парасигматизм и др.

Ротацизм

Недостатки произношения звуков [р] и [р’] называются ротацизмом. Наиболее часто встречающиеся недостатки произношения звука [р]:

1) [р] вовсе не произносится (пропуск звука): рак – *ак*, корова – *коова*, пар – *па*;

2) [р] произносится картаво (велярное *р*). В этом случае происходит вибрация не кончика языка, а нёбной занавески (мягкого нёба). Щель образуется на месте сближения корня языка с мягким нёбом, выдыхаемый воздух проходит через эту щель и вызывает беспорядочную многоударную вибрацию мягкого нёба;

3) увулярное *р*. В этом случае происходит вибрация маленького язычка. Вибрация носит гармонический характер и не сопровождается шумом;

4) боковой ротацизм. При этом вибрирует один из боковых краев языка. Вместо [р] слышится звук, состоящий из быстрого сочетания звуков [р] и [л’] ([рль]). Смычка между языком и коренными зубами разрывается, через нее проходит голосовыдыхательная струя;

5) щечный ротацизм. Щель для выдыхаемой струи образуется между боковым краем языка и верхними коренными зубами, вследствие чего колеблется щека (вибрирует). На тон голоса накладывается шум. Изредка нарушение бывает двусторонним;

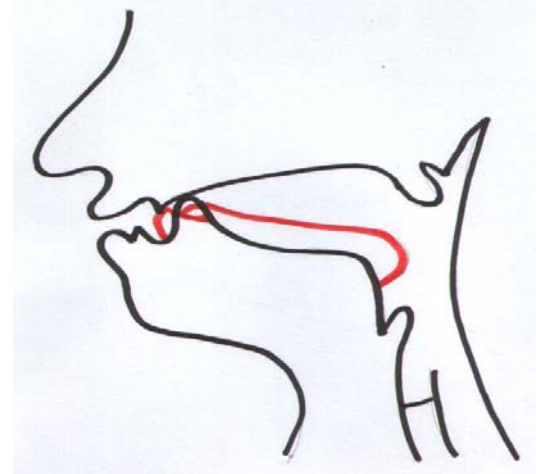
6) одноударное *р* (проторное). Отсутствует вибрация, то есть вместо периодических колебаний кончика языка проводится только однократный удар его об альвеолы, что дает кажущееся [р], похожее на звук [д] (при попытке воспроизвести длительно рокочущий звук обнаруживается отсутствие необходимой вибрации);

7) кучерское *р* (двугубное). Вибрируют крепко сомкнутые губы ([прр]);

8) гнусавое *р*. Корень языка образует смычку с мягким нёбом, и выход происходит через нос;

9) мягкое, как [р’]: рука – *рюка*, корова – *корёва*, шар – *шарь*).

Нарушения в артикуляционном укладе



Параротацизм

Замена звука [р] другими согласными звуками русского языка называется параротацизмом.

1) [в], который произносится обеими губами без вибрации (рука – *вука*, паровоз – *павовоз*, пар – *пав*);

2) [д] (рама – *дама*, трава – *тдава*, сор – *сод*);

3) [ы] (рама – *ыама*, ворона – *воыона*, сыр – *сыы*);

4) [л] (рыба – *лыба*, арбуз – *албуз*, сыр – *сыл*);

5) [г] (рука – *гука*, паровоз – *паговоз*, пар – *паг*);

6) [й] или [ль] (рука – *йука* – *люка*, рыба – *йиба* – *либа*, пар – *пай* – *паль*); такое произношение принимает характер детского лепета.

Часто встречаются случаи, когда неправильное произношение звука [р] ограничивается только твердым [р], мягкое же произносится нормально. Но мягкий звук всё же может нарушаться так же, как твердый.

Причины возникновения ротацизмов и параротацизмов

1. Короткая (укороченная), толстая (утолщённая) подъязычная связка (картавый, губной, одноударный ротацизмы).

2. Поретическое состояние мышц боковых краёв языка (дизартрия, боковой ротацизм).

3. Поретическое состояние мышц кончика и передней части спинки языка (дизартрия, картавый и губной ротацизмы).

4. Поретическое состояние мышц мягкого нёба (носовой ротацизм, по механизму – дизартрическое растройство).

5. Нечёткая, недифференцированная работа голосовых складок.

6. Несформированность фонематического восприятия и дифференциация звуков.

Недостатки произношения [л] – [л'] (искажения – ламбдацизм, замены – параламбдацизм).

Ламбдацизм

Недостатки произношения звуков [л] – [л'] называются ламбдацизмом. Наиболее часто встречающиеся недостатки произношения звука [л]:

1) Губно-губной (двугубный) ламбдацизм. Язык участия в артикуляции не принимает, лежит на дне ротовой полости. Губы – активно действующий орган, в результате работы которого слышится нечто среднее между [в] и [у]: футбол – *футбоув*, молоток – *моувоток*.

2) Полусмягчённый ламбдацизм. Кончик языка располагается не у верхних резцов (как при звуке [л]) и не у альвеол (как при звуке [л']), а между ними. В результате звук произносится недостаточно твёрдо для твёрдых, недостаточно мягко для мягких.

3) Носовой ламбдацизм. Мягкое нёбо опущено к языку внизу, весь язык оттянут кзади, корень языка поднят. В результате вместо [л] слышится среднее между [нг]: стол – *стонг*, лодка – *нгодка*.

4) Межзубный ламбдацизм. Кончик языка располагается между зубами (акустика не нарушается).

5) Губно-зубной ламбдацизм. (Не все выделяют). Язык участия в артикуляции не принимает, нижняя губа поднята вверх и полностью захватывается верхними резцами, что отражается на акустике звука.

Параламбдацизм

Замена звука [л] другими согласными звуками русского языка называется параламбдацизмом.

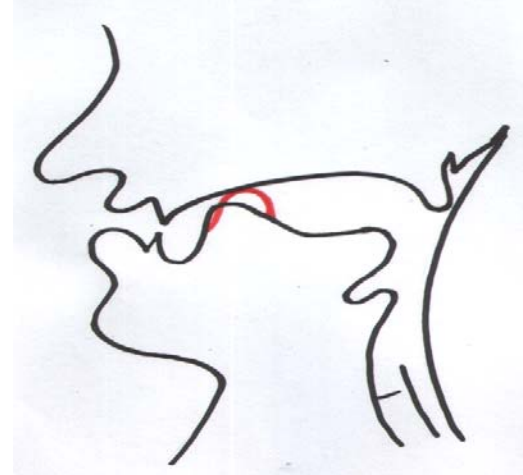
1) как краткий [ы] (столы – *стоы*, палка – *паяка*);

2) [г] (палка – *пагка*, молоток – *моготок*);

3) [й] (стол – *стой*, лампа – *йамппа*);

4) [в] (футбол – *футбов*, молоток – *мовоток*).

Нарушения в артикуляционном укладе



Причины возникновения ламбдацизмов

1. Короткая (укороченная), толстая (утолщённая) подъязычная связка (механическая дислалия) приводит к возникновению межзубного, губно-губного, губно-зубного ламбдацизмов.

2. Поретическое состояние мышц кончика и средней части спинки языка (межзубный, двугубный, губно-зубной ламбдацизм).

3. Поретическое состояние мышц мягкого нёба вызывает носовой ламбдацизм, который имеет дизартрический характер.

4. Нечёткие, недифференцированные движения кончика языка при сохранности мышц языка, её силе (функциональная дислалия).

5. Снижение фонематического слуха.

Недостатки произношения свистящих звуков [с] – [с'], [з] – [з'], [ц] и шипящих [ш], [ж], [щ], [ч] (искажения – сигматизм, замены – парасигматизм).

1) Межзубный сигматизм. Кончик языка не за нижними резцами – если свистящие, не поднят – если шипящие, а между зубами (шепелявый оттенок).

Причины:

- макроглоссия (механическая дислалия);
- вредная долгая привычка сосать палец, соску, в результате чего ослабляется мышечная сила кончика языка (функционально-моторная дислалия);
- частые простудные заболевания, в результате чего затрудняется носовое дыхание и воздух проходит через рот (функциональная дислалия);
- поретическое состояние мышц кончика и передней части спинки языка, вследствие поражения черепно-мозговых нервов (нарушение иннервации подъязычного нерва).

2) **Боковой сигматизм.** Боковые края языка либо с одной стороны (односторонний боковой сигматизм), либо с обеих сторон (двусторонний боковой сигматизм) не прижимаются к верхним боковым зубам, в результате чего воздушная струя проходит не по центру, а через образующиеся боковые щели. В этом случае свистящие и шипящие приобретают булькающий, хлюпающий характер.

Причины:

- как правило – поретическое состояние мышц боковых краёв языка (дизартрия);

- реже – боковой открытый прикус (механическая дислалия).

3) Носовой сигматизм. Мягкое нёбо опущено, в результате чего выдыхаемая воздушная струя проходит через нос и язык оттянут назад, максимально поднят корень языка, в результате чего вместо свистящих и шипящих слышится нечто среднее между [н – х].

Причины:

- как правило – поретическое состояние мышц мягкого нёба, вследствие нарушения иннервации языка – глоточного нерва (дизартрия).

Парасигматизм – замена шипящих и свистящих звуков.

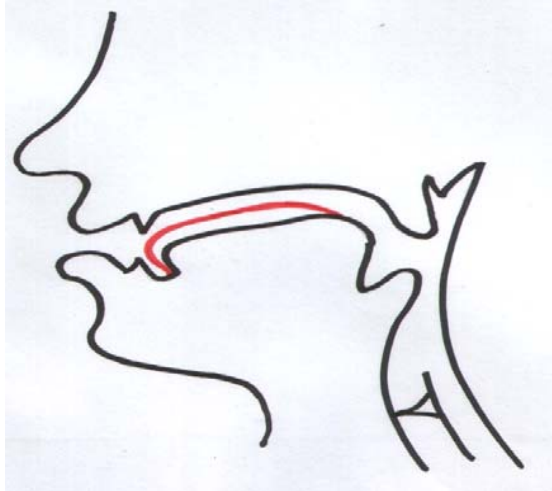
1) Призубный парасигматизм. Кончик языка не прижат к нижним резцам – если свистящие, не направлен к альвеолам – если шипящие, а расположен на грани между верхними и нижними резцами, которые препятствуют свободному прохождению выдыхаемой воздушной струи. В результате слышится нечто среднее между [т – с] для глухих звуков и [д – з] – для звонких.

Причины:

- нечёткие, недифференцированные движения кончика языка при сохранной мышечной силе (функциональная – моторная дислалия);
- проглатия (механическая дислалия);
- поретическое состояние мышц кончика и передней части спинки языка (дизартрия).

1. Губно-зубной парасигматизм. В артикуляцию включаются движения губ, а язык достаточных движений для артикуляции не выполняет. В результате вместо глухих свистящих и шипящих будет нечто среднее между [ф – с], а вместо звонких свистящих и шипящих – нечто среднее между [в – з].

Нарушения в артикуляционном укладе звука С



Причины:

- Нечёткая, недифференцированная работа губ;
- поретическое состояние мышц кончика и передней части спинки языка.

3) Шипящий парасигматизм – звучание сходно со смягченным [ш']:

- [ш], [ж] и [ч] заменяются на [щ]: шапка – *щапка*, чай – *щай*, жаба – *щаба*, желудь – *щелудь*;
- [с], [з] заменяется на [щ] и [ш]: суп – *шуп*, зуб – *щуб*.

При сигматизме шипящих наблюдаются те же самые изменения, что и при сигматизме свистящих, однако существуют сигматизмы, которые встречаются только в группе шипящих.

1) Губной сигматизм. Язык участия в артикуляции не принимает, спокойно лежит на дне полости рта, а звук произносится путём сильного продвижения воздушной струи через округленные вытянутые губы.

2) Щечный сигматизм. Язык участия в артикуляции не принимает, спокойно лежит на дне полости, а воздушная струя рас-

текается по языку и уходит в щеки, иногда щеки раздуваются. Вместо [ш] слышим тупое шипение.

Свистящий парасигматизм шипящих.

- [с]: шапка – *сапка*, машина – *масына*, лошадка – *лосадка*;
- [з]: жук – *зук*, жаба – *заба*;
- [с']: щетка – *сётка*, щенок – *сенок*;
- [ц]: чай – *цай*, бабочка – *бабоцка*, мяч – *мяц*.

Причины:

- короткая подъязычная связка (механическая дислалия);
- поретичное состояние мышц кончика и передней части спинки языка (дизартрия).

Недостатки произношения [й], [к] – [к'], [г] – [г'], [х] – [х'] (искажения – йотацизм, каппацизм, гамматизм, хитизм; замены – парайотацизм, паракаппацизм, парагамматизм, паракхитизм).

Йотацизм

Звук [й] нарушается реже, чем другие. Его дефектное произношение чаще всего сводится к замене на [л'] (в его нижней или верхней артикуляции), т.е. наблюдается парайотацизм: йод – *л'од*, попугай – *попугал'*, гайка – *гал'ка*.

Каппацизм – недостатки произношения звуков [к] и [к']. Стоит в том, что вместо звука [к] слышится характерный, негромкий гортанный щелчок. Это возникает в результате того, что голосовые связки плотно смыкаются, действием дыхательных мышц под ними создается повышенное давление воздуха после чего смычка взрывается и воздух с шумом прорывается через голосовую щель.

Паракаппацизм:

- 1) [т]: капуста – *тапуста*, паук – *паут*, кепка – *тепта*;
- 2) [х]: капуста – *хапуста*, паук – *пах*.

Хитизм – это недостатки произношения [х] и [х'], проявляющиеся в нарушении нормального звучания. Обычно слышится ослабленный гортанный шум, который возникает вследствие того, что выдыхаемый воздух встречает на своем пути щель, образуемую не языком и нёбом, а сближенными голосовыми складками. Вместо *халва*, *муха*, *мох* слышится *налва*, *мула*,

мол. Такое образование [х], вполне нормальное для многих языков, несвойственно русскому языку.

Парахитизм – нарушение нормального произношения [х] и [х'], проявляющееся в замене на:

- 1) [к]: петух – *петук*, хобот – *кобот*, ухо – *уко*;
- 2) [с]: духи – *дуси*, петухи – *петуси*, хитрая – *ситрая*;
- 3) [т]: хобот – *тобот*; петух – *петут*;
- 4) [к']: хижина – *кижина*;
- 5) [с']: хижина – *сижина*;
- 6) [т']: хижина – *тижина*.

В этом случае язык активно участвует в артикуляции, однако вместо щели образует с нёбом смычку.

Гаммацизм – нарушения произношения [г] и [г'].

Аналогичны каппацизму и хитизму, т.е. могут выражаться в:

- гортанном щелчке;
- южно-русском [г];
- озвонченном [х];
- гортанном звонком фрикативном звуке, образуемом сближением и вибрацией голосовых складок.

Парагаммацизм – замена [г] и [г']. Часто встречается у детей дошкольного возраста. Может стать причиной замены *г* на *к*, *з* на *д* или их мягкие фонемы на письме.

Дефекты озвончения и дефекты смягчения наблюдаются в зависимости от участия голоса и от степени подъема спинки языка.

Дефекты смягчения наблюдаются при замене мягких звуков на твердые.

Мягкие согласные по артикуляции отличаются от парных твердых дополнительным подъёмом спинки языка к твердому нёбу, а у некоторых согласных – [к], [г], [х] – заметным передвижением языка вперед. Такой дефект вызван нарушением мышечного тонуса (это зависит от локализации поражения мозга).

У детей наблюдается спастичность артикуляционных мышц, постоянное повышение тонуса в мускулатуре языка. Это приводит к постоянному напряжению языка, отведению его назад, его

спинка изогнута, приподнята вверх. Кончик языка не выражен. Е. М. Мастюкова подчеркивает, что напряженная спинка языка, приподнимаясь к твердому нёбу, способствует смягчению согласных звуков, поэтому особенностью артикуляции при спастичности мышц языка является **палатализация**, что может способствовать фонематическому недоразвитию. В произношении согласных, имеющих твердую и мягкую пару, наблюдаются дефекты смягчения.

Работая над дефектами смягчения, необходимо учитывать различные случаи употребления мягких согласных в речи. Произнесение мягких согласных в русском языке может определяться комбинаторными условиями, то есть соседством с другими звуками:

- с гласными переднего ряда – [а], [о], [у] – согласные произносятся твердо. Согласные [ж], [ш], [ц] являются исключением, они всегда твердые (*цирк, машина*), кроме долгого мягкого [ж] в словах с сочетанием [жж], [жз] (*дрожжи, возжи, визжит*);
- параллельно с комбинаторно обусловленной мягкостью согласных, широко пользуются согласными, мягкость которых вполне определена (самостоятельна): *лён, лёд, пятно*;
- в некоторых словах мягкость обусловлена мягким знаком: *уголь, конь, кровь*.

Существует 3 варианта дефектов смягчения:

1. Постоянная замена мягких согласных парными: *дада Вана*.
2. Излишнее смягчение: *сябяка идёт дёмёй*.
3. Нарушение дифференциации между твердыми и мягкими, то есть наряду с правильным произношением наблюдаются и отклонения (*тота – тётя*).

Переход твердого звонкого в мягкий зависит от напряжения и подъема средней части языка к нёбу. Все случаи смешения твердых и мягких фонем отражаются на письме.

Дефекты озвончения

Среди согласных звуков есть 2 группы звуков, которые отличаются наличием или отсутствием голоса – 6 звонких и 6 глухих: [п – б], [т – д], [с – з], [ш – ж], [к – г], [в – ф].

Звуки каждой пары имеют одинаковый артикуляционный уклад, но отличаются друг от друга:

а) участием голоса и напряжением речевых органов (при произнесении глухих напряжение меньше);

б) воздушной струей (для звонких она меньше).

Эти пары можно разделить на 2 группы:

- взрывные: [б – п], [д – т], [г – к] (и мягкие пары);
- щелевые: [в – ф], [з – с], [ж – ш] (и мягкие пары, кроме [ж – ш]).

Среди взрывных звуков дефекты озвончения встречаются чаще. Это объясняется тем, что вибрация голосовых связок при щелевых звуках более длительна, а значит, более ощутима, чем при произнесении взрывных. Щелевые звуки при необходимости могут быть произнесены более длительно, поэтому сила вибрации голосовых связок будет произвольно увеличена (можно её наблюдать).

3 вида нарушения озвончения:

1. Полное отсутствие звонких согласных звуков (постоянная замена их глухими).

2. Недостаточное озвончение (*У меня запалела колова и корло*).

3. Недостаточное оглушение (*В волосах савязана бандом ленда*).

Все эти случаи наблюдаются и на письме. Оглушение звонких наблюдается чаще, чем озвончение глухих. В работе по исправлению дефектов озвончения важным этапом является дифференциация парных звонких и глухих согласных звуков.

Такие дефекты встречаются не только при дислалии, но и при открытой гнусавости (ринолалии), при дизартрии, а также при нарушении голосовых связок. Дефектами озвончения часто страдают люди с нарушениями слуха, так как у них нет возможности воспринять звонкость звука. Если озвончение нарушено полностью, то работа по исправлению начинается со щелевых звуков – наиболее простого [в], постепенно переходят к [з] и [ж]. Затем – к взрывным согласным [б],[д],[г]. Работа над звуками строится от простого к сложному.

Контрольные вопросы

1. По каким признакам выделяют 2 основные формы дислалии? Назовите эти формы.

2. Дайте определение понятия «механическая дислалия».

3. На какие формы можно разделить механическую дислалию в зависимости от времени возникновения?

4. Чем вызваны дефекты произношения при механической дислалии? Назовите основные аномалии.

5. Разграничьте аномалии в строении артикуляционного аппарата врожденной и приобретенной природы.

6. Дефекты каких групп звуков чаще всего встречаются при аномалиях зубов (языка, нёба, губ)?

7. Всегда ли страдает звукопроизношение в случае язычных аномалий? О чем говорят факты нормального звукопроизношения при таких аномалиях?

8. Могут ли при механической дислалии встречаться дефекты произношения губных и гласных звуков?

9. Сколько звуков или групп звуков чаще нарушается при механической дислалии?

10. Назовите основные виды нарушений при механической дислалии (пропуски, искажения, замены, смешения; сигматизмы, ротацизмы и т. д.).

11. Дайте определение понятия «функциональная дислалия». Каковы её отличия от механической?

12. С чем связывает функциональную дислалию О.А. Токарева?

13. Назовите основные группы причин функциональной дислалии.

14. Каким образом семья влияет на возникновение функциональной дислалии?

15. По какому принципу выделяют основные формы функциональной дислалии? Назовите эти основные формы и ученых, работавших над этой проблемой.

16. В чем отличие фонетического и фонематического слуха и соответствующих нарушений?

17. Объясните взгляд Б.М. Гриншпуна на такие категории видов нарушений при дислалии, как фонологические (фонематические) и антропофонические (фонетические).

18. Каковы механизмы акустико-фонематической, артикуляторно-фонематической и артикуляторно-фонетической дислалии?

19. Какие виды нарушений встречаются при моторной, сенсорной и сенсомоторной формах функциональной дислалии? Как, исходя из этого, можно различить формы функциональной дислалии?

20. При какой форме функциональной дислалии ребенок понимает, осознаёт свой дефект и даже пытается его преодолеть?

21. Дайте определения терминам «простая дислалия» и «сложная дислалия».

22. Как можно соотнести простую и сложную дислалию с механической и функциональной? Всегда ли при механической нарушается несколько групп звуков?

23. Кратко расскажите о причинах простой и сложной дислалии.

24. Есть ли отличия между терминами простая и мономорфная дислалия, сложная и полиморфная? Как на это смотрят ученые Т. Б. Филичева и Н. А. Чевелева?

25. Какие ученые занимались изучением простой и сложной дислалии?

26. Расскажите о распространенности простой и сложной дислалии.

27. Определите оптимальные сроки преодоления как простой, так и сложной дислалии.

28. Раскройте особенности содержания логопедической работы при простой и сложной дислалии.

29. Можно ли сказать, что устранить дефект звукопроизношения при простой дислалии гораздо проще, чем при сложной?

30. По каким признакам выделяются различные виды дислалии?

31. Как образуются термины для обозначения искаженного произношения звуков? Назовите основные виды нарушений звуков.

32. Назовите основные виды сигматизма и парасигматизма свистящих и шипящих и их особенности. Какой вид чаще встречается при дизартрии?

33. Кратко опишите основные виды ротацизма, ламбдацизма и нарушений заднеязычных звуков. Распределите данные нарушения по частоте встречаемости.

34. Какие виды нарушений звукопроизношения встречаются в основном при боковом открытом прикусе? При вялости мышц кончика языка?

35. В чем проявляются дефекты смягчения и озвончения звуков? Назовите основные виды, приведите примеры.

5. ПСИХИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ ПРИ ДИСЛАЛИИ. ОСОБЕННОСТИ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, ОБЩЕНИЯ, РЕЧИ И ЛИЧНОСТИ РЕБЕНКА С ДИСЛАЛИЕЙ

Слуховое восприятие

Состояние физического слуха при дислалии, как правило, не отличается от нормы, при этом отмечаются особенности речевого (фонематического) слуха. Так, при акустико-фонематической дислалии характерно узнавание и различение входящих в состав слова фонем. Система фонем редуцирована по своему составу. При сенсорной дислалии возможно нарушение музыкального слуха.

При фонетико-фонематическом недоразвитии речи (ФФНР) достаточно часто страдает *тактильно-кинестетическое восприятие*. Так, при артикуляторно-фонематической дислалии отмечается несформированность операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам. При артикуляторно-фонетической дислалии наблюдаются неправильно сформированные артикуляторные позиции, которые закрепляются вследствие инертности артикуляционных навыков. При моторной дислалии возможно наличие оральной диспраксии.

Внимание при дислалии менее устойчиво, чем в норме. Отмечается пониженный уровень переключаемости. Нарушение устойчивости и переключаемости связано с недостаточной подвижностью основных нервных процессов в коре мозга.

Память у детей с функциональной дислалией характеризуется сужением объема запоминания, ошибками при воспроизведении. Данные особенности обусловлены ослаблением внимания и фонематического слуха.

Мышление при дислалии практически не отличается от нормативных показателей. Но в более тяжелых случаях дислалии отмечаются замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления.

При дислалии часто наблюдается нарушение вегетативной нервной системы, сочетающееся с большей эмоциональной чувствительностью, возбудимостью и неуравновешенностью детей данной категории. В своих исследованиях Р.И. Мартынова указывает на повышенную раздражительность, плаксивость, обидчивость, расторможенность, аффективность и агрессивность детей данной категории. В целом дислалия незначительно сказывается на эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сферах дошкольника. Нередко отклонения вызваны не самим речевым нарушением, а отношением к нему окружающих. Неадекватное восприятие речевых трудностей может негативно сказаться на отношении к ребенку взрослых и сверстников, привести к его к эмоциональной, мотивационной и волевой незрелости.

При дислалии негативное влияние на развитие личности связано с осознанием ребенком своего дефекта. Нередко критичное отношение к состоянию собственной речи приводит к тому, что дети начинают стесняться говорить, избегают ситуаций речевого общения, становятся замкнутыми, неуверенными в своих силах и возможностях. В результате могут формироваться негативные личностные черты (замкнутость, негативизм, неконтактность). Наличие или отсутствие данных вторичных нарушений во многом определяется условиями воспитания и обучения. Правильно выбранный стиль воспитания, спокойная, доброжелательная обстановка способствует формированию у ребенка с дислалией позитивного и адекватного самовосприятия.

Дислалия в дошкольном возрасте, как правило, не приводит к сужению круга общения детей и нарушению форм общения.

Ребенок легко вступает в контакт, его поведение является адекватным.

Закономерности проявления и развития речи у детей с нормальным и нарушенным развитием являются общими. Однако при патологии речи оказываются нарушенными те или иные органы, отделы либо их функции, что негативно сказывается на процессах речепорожения и речевосприятия, обуславливая недостатки понимания и продуцирования речи. Степень и глубина данных отклонений во многом определяются формой и видом речевой патологии.

Так, при дислалиях может быть выявлено три варианта психолингвистических нарушений:

- дефекты речевосприятия (акустико-фонематическая дислалия);
- дефекты продуцирования речи (артикуляторно-фонематическая дислалия);
- отклонения от языкового фонетического стандарта.

Два первых варианта относятся к фонематическим дефектам и характеризуются нарушениями процесса усвоения системы языка. Третий вариант присутствует в том случае, когда ненормативное произношение обусловлено неверным формированием отдельных артикуляторных движений.

При акустико-фонематической дислалии наблюдается несформированность операций опознания, узнавания, сличения акустических признаков звука и принятия решения о фонеме, т.е. нарушено различение и узнавание фонем, их обработка по акустическим признакам в сенсорном звене восприятия речи.

Артикуляторно-фонетическая дислалия характеризуется несформированностью операций отбора и реализации фонем, т.е. присутствуют недостатки моторного программирования высказывания. Отступление от языковой нормы проявляется в нарушении условий реализации звуков, в неправильном формировании артикуляторных позиций.

Все три варианта характеризуются сохранностью когнитивной составляющей процессов производства и восприятия речи, адекватностью речевой мотивации ситуации и контексту общения, соответствием внутренней программы высказывания его речевой семантике и языковому (лексическому, грамматическому)

му, синтаксическому) выражению. При дислалии избирательно нарушено формирование умений приводить органы артикуляции в положение, характерное для воспроизведения нормативного звука.

Таким образом, при фонетико-фонематических нарушениях речи наблюдаются избирательные нарушения в звеньях моторного программирования и моторной реализации речи при ее производстве и в сенсорном звене при ее восприятии. Недостатки восприятия и продуцирования речи характеризуются акустико-фонематическими и артикуляторно-фонематическими нарушениями.

Контрольные вопросы

1. Раскройте особенности развития чувственного познания окружающего у детей с дислалией.
2. Назовите характерные особенности внимания, памяти и мышления детей с дислалией.
3. Каково состояние процессов порождения и восприятия речи у детей с дислалией?
4. Перечислите особенности эмоционально-волевой сферы у детей с дислалией.

6. ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАНЯТИЯ

1. Ознакомление с термином «дислалия». Анализ взглядов ученых на это понятие методом разделения на группы, выступлений от каждой группы и подведения итогов аналитиками (экспертами).

2. Рассмотрение исторического аспекта изучения дислалии. Трактовка произносительных нарушений и первые появления термина «дислалия». Постепенное сужение этого понятия и более четкое определение дислалии. Формы проведения: дискуссия по данному вопросу, анализ пути выделения дислалии как отдельного нарушения из группы нарушений произношения (разделение на группы, выступления и анализ выступлений, формулировка вопросов и проведение дискуссии).

3. Изучение механической и функциональной дислалии. Индивидуальные ответы и доклады относительно теоретической части проблемы. Рассмотрение и изучение наглядных материалов (фотографий, схем, рисунков), представляющих нарушения в строении артикуляционного аппарата. Изучение причин функциональной дислалии на основе конкретных жизненных примеров.

4. Ознакомление с функциональной дислалией. Рассмотрение 3-х форм по подгруппам (теоретическая часть). Подбор и приведение примеров нарушений звукопроизношения при каждой из форм. Дифференциация акустико-фонематической, артикуляторно-фонематической и артикуляторно-фонетической дислалии по этим примерам.

5. Самостоятельная разработка теоретического аспекта проблемы выделения простой и сложной дислалии на основе описаний характера и причин неправильного произношения конкретных детей и собственных знаний о научном рассмотрении данного вопроса.

6. Ознакомление с видами неправильного произношения звуков на основе просмотра учебного фильма либо на основе коллективного анализа примеров нарушенного произношения. Посещение детского сада и наблюдение за характером произношения и поведения детей с диагнозом «дислалия».

7. Проведение логопедического обследования ребенка и беседы на занятии по вопросу методики, подбора необходимого материала и принципов работы с ребенком (первого знакомства, общения, поведения).

8. Беседы и обмен информацией относительно упражнений, которые проводятся на подготовительном этапе логопедического воздействия. Выделение с помощью преподавателя основных проблем и ошибок подбора материала и учета правил проведения самих упражнений. Групповое или подгрупповое проведение артикуляционных, дыхательных упражнений и упражнений на развитие мелкой моторики.

9. Ознакомление с основными способами постановки звуков, с зондами, шпателями и принципами работы с этими инструментами. Тренировка постановки звуков друг у друга.

10. Подбор универсального материала для проведения этапов автоматизации, дифференциации и формирования коммуникативных умений и навыков. Выделение правил и основных ошибок проведения данных этапов (на примерах опыта работы логопедов).

7. ГЛОССАРИЙ

Аграфия (дисграфия) – невозможность (аграфия) или частичное (дисграфия) специфическое нарушение письма.

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

Алексия (дислексия) – невозможность (алексия) или частичное (дислексия) специфическое нарушение процесса чтения.

Аномалия – отклонение от общих закономерностей развития.

Артикуляция – деятельность речевых органов, связанных с произнесением звуков речи и различных их компонентов, составляющих слоги, слова.

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

Афония (дисфония) – полное (афония) или частичное (дисфония) отсутствие голоса.

Брока центр – участок коры головного мозга, расположенный в задней части третьей лобной извилины левого полушария; является центром двигательной речевой функции.

Вернике центр – участок коры головного мозга, расположенный в заднем отделе верхней височной извилины левого полушария; центр восприятия речи.

Внимание – направленность психической деятельности на объект, сосредоточенность на нем.

Внутренняя речь – скрытая, произносимая беззвучно речь, имеет место в процессе мышления. Характеризуется максимальной свернутостью словесного выражения.

Воспитание – целенаправленное и систематическое воздействие на человека с целью формирования у него определенных форм поведения, мировоззрения, характера и умственных способностей.

Воспитательный процесс – целостная динамическая система, системообразующим фактором которой являются цели взаимодействия педагога и ученика.

Гаммацизм – дефекты произношения звуков [г], [г'].

Гнозис – познание предметов, явлений, их смыслового значения.

Гуление – голосовые реакции ребенка в первые 2-3 месяца жизни.

Дефектология – наука о психофизических процессах и особенностях развития ребенка с физическими и психическими недостатками, закономерностях их воспитания, обучения и образования.

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

Дислалия – дефектное звукопроизношение при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата, недоразвитие фонематических процессов, неблагоприятных условий речевого воспитания ребенка.

Дифференциация звуков – этап в коррекционной работе по формированию правильного звукопроизношения, направленный на развитие у логопата умения отличать данный звук от близких по звучанию или по месту и способу образования на слух и в произношении.

Дыхание речевое – дыхание при речи, отличающееся от физиологического.

Задержка речевого развития – замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата; расстройство речи с преимущественным нарушением коммуникативной ее функции.

Запущенность педагогическая – устойчивые отклонения от нормы в нравственном сознании и поведении детей и подростков, обусловленные отрицательным влиянием среды и ошибками в воспитании.

«Зеркальная речь» – употребление слов, произносимых (читаемых) с конца.

«Зона ближайшего развития» – возможность ребенка с помощью взрослого или в сотрудничестве со взрослым путем подражания выполнить то, что он не может сделать самостоятельно, и таким образом подняться на более высокую ступень развития.

Зонды логопедические – инструменты из нержавеющей стали, предназначенные для механического воздействия на язык при постановке дефектно произносимых звуков.

Импрессивная речь – восприятие, понимание речи.

Йотаизм – расстройство произношения звука [й], чаще в дифтонгах. Выражается в замене [й] на [л].

Картавость (устар.) – см. ротацизм.

Комбинированный речевой дефект – сочетание двух или более речевых патологий.

Коммуникативная функция речи – функция общения, характеризуется наличием в речи сообщения и побуждения к действию.

Компенсация – сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма.

Коррекционная педагогика – наука, изучающая сущность, закономерности, тенденции управления процессом развития индивидуальности и личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, нуждающегося в специальных, индивидуализированных методах воспитания и обучения, обусловленных наличием у него физического или психического недостатка.

Коррекция (в логопедии) – исправление недостатков речи; используются также термины «устранение», «преодоление речевых нарушений»; система педагогических мероприятий, направленных на преодоление или ослабление недостатков психического и физического развития.

Ламбдаизм – дефекты произношения звуков [л], [л'], выражающиеся в опускании звука, искажении и замене другими звуками.

Лепет – голосовые реакции ребенка на раздражители положительного характера.

Логопат – человек с дефектной речью.

Логопед – педагог, занимающийся предупреждением, устранением речевых нарушений у детей и взрослых.

Логопедия – отрасль специальной коррекционной педагогики, в задачи которой входит изучение речевых нарушений, разработка принципов и методов их выявления, предупреждения, преодоления.

Логопедическое воздействие – педагогический процесс по коррекции, компенсации личности ребенка.

Механизм нарушения речи – характер отклонений процессов и операций в возникновении и развитии речевой деятельности.

Метод – способ, путь научного познания, достижение цели, определенным образом упорядоченная деятельность.

Метод воспитания – способ взаимодействия педагога и учащихся, в процессе которого происходят изменения в уровне развития качества личности воспитанников.

Метод педагогический – практическое действие педагога и учащегося, посредством которого производится передача, усвоение и использование содержания воспитания и обучения.

Модуляция голоса – изменение высоты голоса, связанное, в частности, с интонацией.

Мутизм – нарушение речевого общения (молчание), возникающее вследствие психической травмы.

Нарушения голоса – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Нарушения речи (расстройство речи, речевые нарушения, дефекты речи, недостатки речи, речевые отклонения, речевая патология) – отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, проявляющиеся в парциальных (частичных) нарушениях и обусловленные расстройствами нормального функционирования психофизических механизмов речевой деятельности.

Нарушение речевого развития – группа различных видов отклонений в развитии речи, имеющих различную этиологию, патогенез, степень выраженности.

Недоразвитие речи – качественно низкий уровень сформированности сравнительно с нормой той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

Образование – процесс и результат овладения системой научных знаний, познавательных умений и навыков, развитие творческих сил и способностей личности. Служит необходимым условием подготовки человека к жизни в обществе, к профессиональной и трудовой деятельности.

Обучение – целенаправленный процесс взаимодействия учителя и учащихся, в ходе которого осуществляется образование и развитие человека.

Общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Оглушение согласных – недостаток произношения, выражающийся в замене звонких согласных глухими («папушка» вместо «бабушка»).

Озвончение согласных – озвончение глухих согласных как недостаток произношения, выражающийся в замене глухих согласных звонкими («ленда» вместо «лента»).

Органы речи активные – подвижные органы речи, производящие основную работу, необходимую для образования звуков (нижняя челюсть, язык, губы, мягкое нёбо).

Органы речи пассивные – неподвижные органы речи, являющиеся в процессе артикуляции звука точкой опоры для активного органа (твёрдое нёбо, альвеолы, зубы, верхняя челюсть).

Отраженная речь – речь, повторенная за кем-либо.

Память – запечатление, сохранение, узнавание и воспроизведение того, что ранее человек воспринимал, переживал, делал, думал.

Патологический – болезненный, ненормальный.

Подкорковые центры – скопление нервных клеток, расположенных под корой больших полушарий головного мозга.

Праксис – способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов.

Профилактика – система мероприятий по предупреждению заболеваний.

Развитие – изменения от простого к сложному, от низшего к высшему в результате накопления количественных изменений, приводящих к качественным преобразованиям.

Распад речи – утрата имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных поражений мозга.

Расщелины губы – аномалия строения губ (обычно верхней), часто сочетается с расщелиной нёба. Может быть односторонней или двусторонней.

Расщелины нёба – аномалии строения твёрдого и мягкого нёба.

Резонатор – приспособление, служащее для увеличения звука. У человека резонаторами служат различные полости (полость рта, носа, гортань, грудная клетка и др.).

Рецептивная речь – понимание речи других людей.

Речевая карта – основной документ, характеризующий состояние речи ребенка, поступившего в логопедическое учреждение.

Речевой аппарат – система органов, принимающих участие в рчеобразовании. Различают центральный и периферический речевой аппарат.

Ринолалия – патологическое изменение тембра голоса и звукопроизношения, образующееся в результате излишнего или недостаточного в процессе рчеобразования резонирования в носовой полости.

Ротацизм – расстройство произношения звуков [р] и [р'], выражающееся в отсутствии звуков речи, искажениях, заменах другими звуками.

Самовоспитание – целенаправленные действия самого воспитанника по формированию качества личности и индивидуальности.

Симптом нарушения речи – признак (проявление) нарушения речевой деятельности.

Словарный запас ребенка – совокупность слов, понимаемых ребенком и активно используемых в общении.

Словарь активный – совокупность слов, которыми данный человек постоянно и активно пользуется в ходе общения.

Словарь пассивный – запас слов, понимаемых ребенком, человеком. Пассивный словарь шире активного.

Структура речевого дефекта – совокупность речевых и неречевых симптомов и их связи.

Тахилалия – нарушение речи, выражающееся в чрезмерной быстроте ее темпа. Родственно баттаризму.

Фонация – голосообразование.

Фонема – кратчайшая звуковая единица, способная различать звуковые оболочки разных слов и морфем.

Фонетика – наука, исследующая физическую сторону звука, т.е. его артикуляцию (артикуляционная фонетика), и то, как речевые сигналы обрабатываются слуховой системой человека (аудиотивная фонетика). Также занимается проблемами речевой патологии, т.е. неправильной (патологической) реализацией речевых звуков (патофонетика).

Фонетико-фонематическое недоразвитие – нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия.

Фонематический слух – тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

Фонология – наука, изучающая звуки речи в их функциональном, смысловозначительном отношении. Предмет – не все характеристики звуков, а только те, которые в значительной степени влияют на процесс коммуникации.

Фоностатистика – сведения о функционировании в языке фонем, о том, какие звуки есть, о их частоте употребления и правилах их употребления, о правилах, определяющих допустимую последовательность звуков в речи, в языке, и информация о законах сочетаемости (фонотактика).

Экспрессивная речь – внешняя форма речи, активное устное или письменное высказывание.

Этиология – учение о причинах возникновения болезней. Под причиной следует понимать воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного факторов или их взаимодействие, которое определяет специфику патологического процесса.

8. ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Логопедия / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М., 1998.
2. Хрестоматия по логопедии / под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова: в 2-х т. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 560 с.
3. Логопедия. Методическое наследие / под ред. Л.С. Волковой. – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: в 2 ч. Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

Дополнительная

1. Акименко, В.М. Исправление звукопроизношения у детей: учебно-метод. пособие / В.М. Акименко. – Ростов н/Д: Феникс, 2008. – 110 с.
2. Богомолова, А.И. Нарушения произношения у детей. – М.: 1979.
3. Волкова, Л.С., Лалаева, Р.И., Мастюкова, Е.М. и др. Логопедия: учебное пособие. – М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
4. Лурия, А.Р. Язык и сознание / под ред. Е.Д. Ханской. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1979. – 320 с.
5. Мастюкова, Е.М., Мастюкова, А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. В.И. Селиверстова. – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
6. Нарушения речи и голоса у детей / под ред. С.С. Ляпидевского, С.Н. Шаховской. – М.: Просвещение, 1975. – 144 с.
7. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / под ред. Т.В. Волосовец. – М., 2002.
8. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р.Е. Левиной. – М., 1968.
9. Правдина, О.В. Логопедия. – М.: Просвещение, 1973.
10. Рау, Е.Ф., Синяк, В.А. Логопедия. – М., 1969.
11. Спирина, Л.Ф., Ястребова, А.В. Нарушение речи у детей. Учителю о детях с нарушениями речи. – М., 1985.

12. Токарева, О.А. Недостатки звукопроизношения // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С.С. Ляпидевского. – М., 1969.

13. Филичева, Т.Б., Чевелева, Н.А., Чиркина, Г.В. Основы логопедии: учеб. для студ. пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с.

14. Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. – М.: Просвещение, 1971. – 240 с.

15. Хватцев, М.Е. Логопедия. – М., 1959.

Учебное издание

ДИСЛАЛИЯ

**Часть I
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ
ОСНОВЫ
ДИСЛАЛИИ**

Методическое по-
собие

Составители:
Валентина Алек-
сандровна Жарова
Екатерина Сергеев-
на Теплякова

Редактор О. П. Но-
викова
Компьютерная вер-
стка –
И. В. Тимашев

Подписано в печать
17.11.2011. Формат
60×92/16.
Объем 4,75 п.л.; 3,2
уч.-изд. л. Тираж 50
экз. Заказ № 278.