

## ПРОБЛЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРИТЕРИЕВ НАРУШЕНИЯ РЕЧИ У СОВРЕМЕННЫХ ДОШКОЛЬНИКОВ В АСПЕКТЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

© Е.Е. Малкова<sup>1</sup>, Е.М. Машнина<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> ФГБУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург

*Для цитирования:* Малкова Е.Е., Машнина Е.М. Проблема определения критериев нарушения речи у современных дошкольников в аспекте междисциплинарного взаимодействия специалистов // Педиатр. – 2019. – Т. 10. – № 1. – С. 117–126. <https://doi.org/10.17816/PED101117-126>

Поступила: 04.12.2018

Одобрена: 04.02.2019

Принята к печати: 15.02.2019

На основе российских и зарубежных источников в области медицины, психологии и логопедии проводится обзор основных подходов к систематизации нарушений речи в детском возрасте. Показано, что, несмотря на долгий и извилистый путь исследований, существуют многочисленные описания феноменологии, но нет единого мнения о сущности и механизмах нарушения речи у детей. В настоящее время можно выделить два магистральных направления в изучении патологии речи у детей: клиническое и психолингвистическое. При клиническом подходе нарушение речи рассматривается как патологическое состояние, имеющее определенные симптоматику, этиологию и патогенез. Психолингвистический подход к речевой патологии предполагает соотнесение наблюдаемого нарушения с нормальным функционированием процессов порождения и восприятия речи, а также оценку степени сформированности языковой способности. В итоге анализ клинико-психологических и психолингвистических исследований показывает множество противоречий, подталкивающих к активному поиску более точных номинаций и дифференциально-диагностических критериев разграничения разных состояний неполноценной речевой деятельности ребенка. Таким образом, показана тенденция к переходу на новый уровень профессиональной рефлексии от узконаправленного (клинического, логопедического, психологического) к системному, при котором в центре внимания ученых будет не только проблема определения варианта дизадаптивного развития, но и связанные с ней перспективы психоречевого развития ребенка.

**Ключевые слова:** нарушение речи; классификация; дошкольники; критерии диагностики.

## THE PROBLEM OF DETERMINING THE CRITERIA FOR SPEECH DISORDERS IN MODERN PRESCHOOLERS IN THE ASPECT OF INTERDISCIPLINARY INTERACTION OF SPECIALISTS

© E.E. Malkova<sup>1</sup>, E.M. Mashnina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bechterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neuroscience, Saint Petersburg, Russia;

<sup>2</sup> Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia

*For citation:* Malkova EE, Mashnina EM. The problem of determining the criteria for speech disorders in modern preschoolers in the aspect of interdisciplinary interaction of specialists. *Pediatrician (St. Petersburg)*. 2019;10(1):117-126. doi: 10.17816/PED101117-126

Received: 04.12.2018

Revised: 04.02.2019

Accepted: 15.02.2019

Based on Russian and foreign sources in the field of medicine, psychology and speech therapy, an overview of the main approaches to the systematization of speech disorders in childhood is conducted. It is shown that despite the long and winding path of research, there are numerous descriptions of phenomenology, but there is no consensus about the nature and mechanisms of speech disorders in children. Currently, there are two main directions in the study of speech pathology in children: clinical and psycholinguistic. In a clinical approach, impaired speech is considered as a pathological condition with certain symptoms, etiology and pathogenesis. Psycholinguistic approach to speech pathology involves the correlation of the observed violation with the normal functioning of the processes of generation and perception of speech, as well as an assessment of the degree of formation of language ability. As a result, the analysis of clinical, psychological and psycholinguistic studies shows a lot of contradictions, pushing for an active search for more accurate nominations and differential diagnostic criteria for distinguishing between different states of a child's speech deficiency. Thus, a tendency is shown to move to a new level of professional reflection from

a narrowly focused (clinical, speech therapy, psychological) to a systemic one, in which the focus of scientists will be not only the problem of determining the disadaptive development, but also the prospects for the mental and speech development of the child.

**Keywords:** speech disorders; classification; preschool children; diagnostic criteria.

Традиционно анализ истоков представлений о нарушениях речи начинается с работ А. Куссмауля, Р. Коэна, хотя упоминания о речевой патологии можно найти и в трудах Аристотеля («дети потому издают лепет и непонятные звуки, что у них язык еще недоразвит»), и в древнерусских летописях и травниках («заякливый», «гугнявый», «немый», «косноязычный») [6]. Во второй половине XIX в. проблема языка и речи активно обсуждалась и в психологических исследованиях. Так, В. Вундт рассматривал язык в качестве специфической, преимущественно психофизической деятельности человека, представляющей собой выражение мыслей, чувств и желаний с помощью членораздельных звуков. Важное теоретическое предложение о второй сигнальной системе как о сложном физиологическом механизме, осуществляющем речевую деятельность, внес И.П. Павлов. В русле бихевиоризма детально разрабатывалась идея о том, что речь является одной из форм поведения [11].

Однако до сих пор, несмотря на долгий и извилистый путь исследований, существуют многочисленные описания феноменологии, но нет единого мнения о сущности и механизмах нарушения речи у детей. Учитывая тот факт, что язык и речь являются сферой интересов разных дисциплин, на сегодняшний день мы сталкиваемся с большим терминологическим разнообразием, связанным с различием воззрений в области систематизации речевых расстройств. Актуальный тезаурус часто используется с оговорками и дополняется недостаточно ясными и часто произвольно трактуемыми определениями.

В настоящее время можно выделить два магистральных направления в изучении патологии речи у детей: клиническое и психолингвистическое. Причем клинические исследования следует признать первичными в разработке данной проблемы. Им свойствен особый нозологический подход, тенденция к комплексной характеристике отдельных клинических случаев, синдромологический анализ. Психолингвистическое направление реализуется в рамках психолого-педагогических исследований.

При клиническом подходе нарушение речи рассматривается как патологическое состояние, имеющее определенные симптоматику, этиологию и патогенез. В МКБ-10 речевая патология

относится в основном к классу психических расстройств и расстройств поведения (F00–F99)<sup>1</sup>. Некоторые симптомы, относящиеся к голосу и речи, вынесены в отдельную рубрику к не классифицируемым в других разделах признакам и отклонениям от нормы (R47.0 — дисфазия и афазия, R47.1 — дизартрия и анартрия, R49.0–R49.1 — дисфония и афония, R49.2 — открытая и закрытая гнусавость). В блоке F80 «Расстройства психологического развития» описаны специфические расстройства речи и языка, выражающиеся в нарушении нормального течения процесса приобретения языковых навыков и характеризующиеся ранним появлением в онтогенезе, отсутствием связи с нарушением неврологических или речевых механизмов, сенсорной недостаточностью, умственной отсталостью или факторами окружающей среды: F80.0 — специфическое расстройство речевой артикуляции (дислалия); F80.1 — расстройство экспрессивной речи, при котором ребенок понимает язык, но не может использовать в разговорной речи; F80.2 — расстройство рецептивной речи, при котором ребенок имеет отклонения в понимании языка и соответственно в правильном его использовании; F80.3 — приобретенная афазия с эпилепсией — расстройство, сопровождающееся пароксизмальными изменениями, при котором ребенок, имевший ранее нормальный ход речевого развития, теряет рецептивные и экспрессивные языковые навыки, но сохраняет общий интеллект; F80.8 — другие расстройства развития речи и языка (сюсюканье, лепетная речь). В методических рекомендациях для использования МКБ-10 в работе коррекционных центров с расстройствами экспрессивной и рецептивной речи соотносят моторную (экспрессивную) и сенсорную алалию, они определяются как системные патологии речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга<sup>2</sup>.

Такие нарушения речи, как заикание [запинание] (F98.5), речь взхлеб (F98.6), или тахилалия,

<sup>1</sup> Международная классификация болезней МКБ-10. URL: <http://www.mkb10.ru> (дата обращения: 15.06.17).

<sup>2</sup> Методические рекомендации по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра в диагностической деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации [Электронный ресурс]. URL: [mspu.by/files/fpk\\_i\\_pk/21\\_MKB\\_10.doc](http://mspu.by/files/fpk_i_pk/21_MKB_10.doc) (дата обращения: 15.06.17).

находятся в разделе «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90–F98). Однако здесь мы не находим упоминания о другом расстройстве темпа речи — брадилалии (патологически замедленном темпе речи), хотя в логопедической практике выделение данного нарушения представляется целесообразным [7].

В зарубежных источниках речевые проблемы у детей рассматриваются как коммуникативные расстройства. В руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (DSM-4) были выделены фонологическое расстройство, расстройство экспрессивной речи, смешанное экспрессивно-рецептивное расстройство, заикание, неуточненное коммуникативное расстройство [32]. Однако в новом руководстве, DSM-5, в целом ориентированном на установление связей между диагнозом и нейробиологией расстройства, данный раздел был значительно переработан, и в него вошли такие отклонения в развитии речи, как языковое расстройство (language disorder), расстройство звуков речи (speech sound disorder), заикание (childhood-onset fluency disorder (stuttering)), социальное (прагматическое) коммуникативное расстройство (social (pragmatic) communication disorder) и неуточненное коммуникативное расстройство [25]. Данные речевые расстройства включены в группу «Нарушения нейроразвития» на основании результатов современных нейровизуализационных исследований мозга, демонстрирующих задержки в созревании коры. Причем к языковым относят расстройства обработки и передачи лингвистической информации, не связанные с механизмами порождения речи, т. е. алалии. Под расстройством звуков речи понимается состояние, по описанию сходное с дислалией, при котором ребенок (или взрослый) неправильно произносит или использует фонемы из-за фонетических или фонологических трудностей. Социальное коммуникативное расстройство подразумевает нарушение сферы речевого поведения при исключении расстройств аутистического спектра (соответствие речи социальному контексту, трудности понимания контекстуальных речевых выражений, идиом, метафор и т. п.) [31].

В неврологии речевые нарушения у детей систематизированы в зависимости от причин возникновения [4]. В первую группу были выделены нарушения, связанные с органическим поражением центральной нервной системы: алалии и афазии (возникающие при поражении корковых речевых зон) и дизартрии (результат поражения иннервации органов артикуляторного аппарата). Вторая группа связана с функциональными изменениями

центральной нервной системы (ЦНС) — заикание, мутизм. К третьей группе относятся речевые нарушения, связанные с дефектами строения артикуляторного аппарата (механические дислалии, ринолалия). Отдельно рассмотрены задержки речевого развития различного генеза (при недоношенности, соматической ослабленности, педагогической запущенности и т. д.)

Отдельные формы речевых аномалий (алалия, дислалия, дизартрия и др.) описаны в многочисленных клинических исследованиях. Одним из первых привлекло к себе внимание состояние отсутствия речи у детей при сохранном слухе и отсутствии артикуляторных затруднений, впоследствии получившем наименование «алалия» [6]. Существенно измененное таким образом содержание данной клинической категории так и не привело к однозначности ее трактовки, поскольку и раньше под алалией подразумевались все виды тяжелого первичного тотального недоразвития речи, связанного с органическим поражением речевых зон коры головного мозга [4, 16, 21, 22]. Тем не менее именно благодаря этому стали появляться работы, в которых специалисты стремились выделить качественное своеобразие разных форм алалического расстройства (моторной (экспрессивной) и сенсорной). Были разработаны дифференциальные критерии, опирающиеся главным образом на наличие специфических признаков в отличие от практиковавшегося ранее подхода, не позволяющего однозначно судить о специфичности данной патологии речи [17, 21, 30, 36]. В современном понимании алалия рассматривается как «мультисиндромное состояние тотального недоразвития преимущественно экспрессивной речи, проявляющееся в первичном нарушении формирования языковых операций фонологического, лексического и синтактико-морфологического программирования высказываний» [18]. Как первичное расстройство она может встречаться при умственной отсталости, детском церебральном параличе, а также при отсутствии выраженной органической патологии ЦНС [15, 26].

В англоязычной литературе формы нарушения речи, по описанию близкие к моторной алалии, представлены под названиями *specific language impairment (SLI)* (специфическое нарушение речи) и *developmental dysphasia* (дисфазия развития) [29]. Причем среди приверженцев разных направлений, представляющих данные термины, ведется интересная полемика. Дисфазия развития признается понятием неврологии и классической афазиологии. С точки зрения неврологов, термин SLI не содержит в себе идеи о расстройстве нервной системы и представления о развитии, об отсутствии диф-

ференциации между нарушением экспрессивной и импрессивной речью и игнорировании наличия сопутствующих двигательных и невербальных когнитивных нарушений. Термин SLI является более описательным и употребляется преимущественно специалистами немедицинских направлений, которые утверждают, что, поскольку никаких специфических мозговых маркеров не было идентифицировано до настоящего времени, термин «дисфазия» слишком тяготеет к «неврологическим объяснениям сомнительной ценности».

Для сенсорной алалии до сих пор не разработано однозначных, четких критериев диагностики [18], в зарубежной литературе это расстройство как самостоятельное не выделяется, а соответствующая феноменология рассматривается как экспрессивно-рецептивное нарушение.

Значительное количество клинических исследований посвящено изучению дизартрии у детей, в основном как специфического нарушения речи при детском церебральном параличе (ДЦП) [15, 34, 47]. Первоначально под этим понятием объединялись все нарушения артикуляции. В современной клинике описывают проявления дизартрии в соответствии с уровнем поражения ЦНС и разделяют формы, отличающиеся качественным своеобразием наблюдаемых симптомов. В то же время дизартрия как самостоятельная, изолированная форма нарушения психоречевого развития изучена недостаточно. В англоязычных странах различают дизартрии при ДЦП, дизартрии при минимальном развитии моторики и изолированную дизартрию развития [18]. Отечественные исследователи детской дизартрии отмечают мозаичный, комплексный характер нарушений и отсутствие классических форм, описанных в неврологии взрослой дизартрии [26]. В последнее время в связи с включением в понятие менее тяжелых состояний у детей, чем ДЦП, и проблемой градации степеней тяжести дизартрических проявлений на стыке медицинских и логопедических исследований сформировался неоднозначный диагностический термин «стертая дизартрия» [2, 7, 24]. Данное понятие подразумевает речевую патологию, проявляющуюся в расстройствах фонетического и просодического компонентов речевой системы и возникающую вследствие слабовыраженного микроорганического поражения ЦНС. В качестве микросимптоматики указываются асимметрия и беспокойство языка, сглаженность носогубных складок, цианоз кончика языка при длительном удержании артикуляционной позы, гиперсаливация или недостатки координации произвольных движений органов артикуляции [24]. Некоторые авторы считают, что «стертую дизар-

трию» более уместно именовать артикуляционной диспраксией по аналогии с описанными в западной литературе избирательными и качественно своеобразными нарушениями речевого развития «артикуляционная диспраксия развития» (developmental articulatory dyspraxia, DAD) [18]. В зарубежных исследованиях чаще встречается термин «вербальная апраксия развития» или «речевая апраксия развития» (developmental apraxia of speech, DAS, или developmental verbal apraxia, DVD) [44]. DAS определяется как состояние, при котором человек не может произвольно артикулировать звуки речи по неясной причине, при отсутствии неврологических явлений (парезов, параличей) и нарушения языковых процессов [43]. Кроме того, DAS характеризуется утратой способности к произвольному воспроизведению последовательности артикуляций для произнесения звука, слога или слова, при сохранном оральном праксисе [46], как трудность или невозможность произвольного выполнения движений для производства речи, связанных с координацией и планированием движений артикуляторных органов [45].

Другими словами, современная проблема диагностики данного расстройства речевой функции заключена в неоднозначности и неопределенности критериев. Выход из этого положения видится в установлении наличия трех видов признаков, свидетельствующих в пользу правомерности выделения DAS как диагностической единицы:

- 1) выявление биологических коррелятов расстройства;
- 2) составление списка поведенческих маркеров (типичных ошибок звукопроизнесения, характерных просодических расстройств и т. п.), отличающих детей с DAS от детей с тяжелыми фонологическими расстройствами и дизартрией;
- 3) предоставление задокументированных результатов специфического для данного расстройства лечения [47].

Специалисты, занимающиеся исследованиями в данном направлении, отмечают трудности в дифференциации диспраксии развития и легких форм дизартрии развития, легких форм диспраксии развития (состояние незрелого артикуляционного праксиса, immature articulatory praxis) и функциональной дислалии [46].

Неоднозначным клиническим термином является и понятие «дислалия», выделенное в 60-х гг. XX в. из разнородной группы нарушений звукопроизнесения, называемое «косноязычие». Обычно функциональной дислалией обозначают легкие обратимые нарушения звукопроизнесения при сохранности иннервации артикуляторных мышц, а при меха-

нической дислалии те же расстройства имеют место при анатомических дефектах артикуляторных органов [6].

В отношении данных состояний можно выделить несколько проблем. Во-первых, неясны критерии разграничения отклоняющегося и нормативного вариантов развития, поскольку до сих пор нет статистически достоверных сведений о возрастных нормативах освоения того или иного звука речи поэтому закономерны опасения некоторых авторов, что «завышение нормативов» будет «умножать патологию» [9, 18].

Вторая проблема касается критериев определения сохранности иннервации артикуляторного аппарата. Сохраняет актуальность вопрос, нужно ли считать незрелость проводящих путей и координационных механизмов артикуляторного аппарата патологией иннервации мышц артикуляторного аппарата. В современной литературе нет однозначного мнения относительно того, какие именно неврологические симптомы можно достоверно считать причиной отклонений формирования звуковой стороны речи, а какие являются лишь сопутствующими.

Такого рода неоднозначность диагностических критериев порождает предположение о неоднородности симптоматики, определяющей функциональную дислалию в качестве нозологически специфичной клинической группы [5, 32, 35]. В логопедии широко используется классификация ее форм на основе психофизиологического и лингвистического подходов: акустико-фонематическая (при несформированности фонематического слуха — операций переработки фонем по их акустическим признакам), артикуляторно-фонематическая (при несформированности артикуляторной базы звуков или неправильном отборе звука по артикуляторным признакам) и артикуляторно-фонетическая (обусловленная неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями).

В зарубежных источниках мы также видим разделение дислалий по принципу «фонетические и фонологические нарушения». Различается артикуляторное расстройство (затруднения в выполнении артикуляторных движений, не связанных с неврологическими нарушениями и планированием моторной программы), фонематическое расстройство (неразличение звуков по акустическим признакам), смешанные расстройства звуков речи и остаточные явления [29, 42]. Помимо артикуляторных и акустических расстройств выделяют стабильные и нестабильные фонологические нарушения в зависимости от устойчивости воспроизводства нарушенных звуковых паттернов [43].

Недостаточно изученной представляется и механическая дислалия. В какой мере анатомические дефекты у детей (прогнатия, прогения, укороченная уздечка языка или «готическое небо») способны затруднять овладение навыками звукопроизнесения? В нашей практике встречались случаи спонтанного становления звукопроизнесения у детей с достаточно высоким сводом твердого неба, прогнатией и очень короткой (5–7 мм) подъязычной связкой. Упоминания об аналогичных случаях встречаются и в литературе [18].

В целом нужно признать, что клиническое описание феноменов нарушения речи у детей до сих пор разработано недостаточно четко. Отсутствие ясного понимания проблемы заставляет профильных специалистов в каждом отдельном случае самостоятельно определять мишени для психокоррекционной работы, описывая природу и механизмы нарушений речи иначе, чем это принято в клинике. Исследователи психолого-педагогического направления с середины XX в. создавали собственную терминологию, систематику, теоретические модели механизмов функционирования речи в норме и при патологии, базируясь на достижениях психолингвистических исследований [5, 6, 12, 14, 32, 35, 41].

Психолингвисты определяют две основные области исследований — моделирование речевой деятельности и моделирование языковой способности [23]. Речевая деятельность определяется как процесс использования языка для общения во время какой-либо другой человеческой деятельности и, соответственно, подчиняется всем общим закономерностям формирования, строения и функционирования любой деятельности. В узком смысле речевая деятельность рассматривается как процесс порождения и восприятия речи, в связи с чем разработаны многочисленные модели этих процессов [3, 13, 14, 39, 40].

Несмотря на кажущееся разнообразие теоретических моделей порождения речи, в их основе лежат представления Л.С. Выготского относительно психологических механизмов внутренней организации процесса производства речи как о последовательности взаимосвязанных фаз деятельности. Соответственно, путь «от мысли к слову» идет от «установки речи» («отношение между мотивом и речью», «чувствование задачи»), к «мысли» (речевой интенции), далее «мысль» опосредуется во «внутреннем слове», затем — в «значениях внешних слов» и, наконец, реализуется во внешней речи, включая процесс фонации [8]. Все дальнейшие модели представляют собой обоснование и уточнение схемы, предложенной Л.С. Выгот-

ским. К примеру, в одной из моделей процесс синтагматического развертывания высказывания соотносится с парадигматическим процессом выбора соответствующих каждому уровню единиц речи (на уровне внутренней программы — смысловое синтаксирование и выбор смыслов во внутренней речи, а на уровне синтаксического выражения — грамматического структурирования и выбора лексем по форме и т. д.) [3]. Другая модель выделяет несколько «глубинных уровней речепорождения»: уровень мотива, глубинно-семантический уровень (начало внутренней речи, выделение темы и ремы будущего сообщения), уровень пропозиционирования (определение деятеля и объекта) и глубинно-синтаксический уровень (формирование языковых синтаксических структур) [39].

Процесс восприятия речи предполагает непосредственное восприятие звуковой оболочки речевого высказывания и понимание этого высказывания (расшифровку смысла, стоящего за звуковой оболочкой). Среди моделей этого процесса выделяется теория Л.С. Цветковой о трех взаимодействующих уровнях организации: сенсомоторный, лингвистический (уровень языкового анализа сообщения) и психологический (уровень понимания воспринятого сообщения, его «глубинного» смысла, скрытого смыслового подтекста, намерения говорящего) [10].

Под языковой способностью в психолингвистике понимается психофизиологическая речевая организация, обеспечивающая речевую деятельность, т. е. «все те аспекты строения и функционирования человеческой психики, которые более или менее непосредственно обуславливают речевые процессы» [23]. К таковым относят генетические задатки и особенности строения и функционирования коры головного мозга, совокупность речевых умений и навыков, позволяющих понимать и строить высказывания в соответствии с законами языка и коммуникативной задачей, особый род активности, позволяющей творчески использовать усвоенные средства речевого общения и обозначения явлений окружающего мира [27, 38].

Языковая способность определяется как «механизм, психофизиологический по природе, но формируемый прижизненно под воздействием социальных влияний, организованный по принципам иерархии». Иными словами — «это функциональная система элементов и правил их выбора» [19], а именно система фонетического, лексического, морфологического, синтаксического, семантического компонентов, связанных правилами выбора функциональных элементов в соответствии с коммуникативной задачей. Причем при формировании

языковой способности у ребенка в разные возрастные периоды выделяются ведущие компоненты способности, обеспечивающие формирование механизмов языковой ориентировки на соответствующем уровне языка. Например, в 3–4 года ведущим является фонологический компонент, который обеспечивает возможность восприятия морфемного состава слова, к 6 годам возрастает значимость семантического компонента, что способствует расширению и дифференцированности представлений детей об окружающем [27].

Психолингвистический подход к речевой патологии предполагает установление соотношения нарушения с нормальным функционированием процессов порождения и восприятия речи и оценки степени сформированности языковой способности. Дефицитарность последней у детей с нарушениями речи признается одной из ведущих причин трудностей коррекции [6, 41].

Из перечисленных выше клинических феноменов наиболее разработана с психолингвистической точки зрения моторная алалия. Широко распространено представление о данной патологии как о полном или частичном отсутствии речи при сохраненных интеллектуальных способностях, слухе и двигательных функциях речевого аппарата [6, 12, 17, 35]. Моторная алалия понимается как сложное языковое расстройство [35], связанное прежде всего с избирательной недостаточностью в овладении языком как знаковой системой [17]. В многочисленных исследованиях в качестве симптомов описаны различные сочетания нарушений фонологического, лексико-грамматического, синтаксического уровней языка, а также недостаточности высшего уровня развития речи — связного высказывания или текста: более высокий уровень развития импрессивной речи в отличие от экспрессивной, возможность воспроизведения фонетических характеристик при повторении изолированных звуков и наличие нерегулярных звуковых замен в спонтанной речи, трудности составления предложения, множественные аграмматизмы и др.

Во многих работах симптомы алалии были обобщены в понятие «общее недоразвитие речи» (в противовес «фонетическому» и «фонетико-фонематическому недоразвитию» как нарушениям звукопроизводительной стороны речи): «Под общим недоразвитием речи у детей с нормальным слухом и первично сохраненным интеллектом следует понимать такую форму речевой аномалии, при которой нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся как к звуковой, так и к смысловой сторонам речи» [22]. Дополнительной качественной характеристикой

состояния речевой системы и показателем тяжести отставания в формировании и использовании языковых средств у детей с общим недоразвитием речи (ОНР) стала уровневая система оценки развития речи: первый уровень — самый элементарный (практически отсутствие речи), затем идут второй (использование значительно искаженных речевых средств), третий (бедная аграмматичная невнятная фразовая речь) и четвертый уровни (отдельные пробелы в формировании фонетической и/или лексико-грамматической системы языка) [37]. В настоящее время данный подход используется повсеместно в практике коррекционной работы с детьми с нарушениями речи.

Однако понятие «общее недоразвитие речи» при ближайшем рассмотрении оказывается довольно неопределенным. В литературе мы находим множество качественных описаний различных по механизму нарушений речи.

Основываясь на своей многолетней работе с детьми, А.Н. Корнев предпринял попытку разграничить состояния тотального недоразвития речи (ТНР), определяемого как «нарушения всех сторон речи», выделив алалическую и параалалическую формы первичного недоразвития речи [18]. К первым автор относит два известных клинических варианта ТНР: моторную алалию и сенсорную алалию, которые, по его наблюдениям, соответствуют примерно 2 % всех детей с ОНР. Остальные 98 % детей по существу представляют собой сборную группу состояний, общим свойством которых является «избирательное нарушение формирования всех основных языковых средств или навыков их практической реализации в речевых актах: звуковой стороны речи, лексических и грамматических ее характеристик (то есть наличие признаков тотального недоразвития речи)» [18]. В отличие от алалий как первично языковых форм недоразвития речи, параалалические расстройства представляют собой сочетание различных гностико-практических (неязыковых) нарушений с вторичным недоразвитием языковых структур. Таким образом, разнообразие проявлений ОНР в данной группе объясняется наличием у одного и того же ребенка нескольких лингвопатологических синдромов (термин А.Н. Корнева) с разными этиологией и патогенезом.

Итак, на сегодняшний день существует проблема междисциплинарного многоязычия, обусловленная спецификой языка описания речевых расстройств в детском возрасте. Один из них — феноменологический, направленный на описание того, как проявляется речевое нарушение, второй — процессуальный, его основная цель — понять, почему имеет

место та или иная феноменология. Отсутствие единых подходов к квалификации речевых нарушений представляет собой одну из проблем в оказании междисциплинарной помощи детям с патологией речи. При анализе как клинико-психологическом, так и психолингвистическом исследований, можно увидеть массу противоречий и проследить за активным поиском более точных номинаций и дифференциально-диагностических критериев разграничения разных состояний неполноценной речевой деятельности ребенка. Некоторые исследователи отмечают, что разработанные клинические формы патологии охватывают только малую часть популяции детей с нарушениями речи и что большая часть состояний тотального недоразвития речи вообще не имеет никакого клинического обозначения [18]. Создается впечатление, что с точки зрения медицинской практики изолированное нарушение речевой функции как самостоятельная единица не разрабатывается далее установления существующих нозологических форм, что значительно обедняет представления врачей о речевых нарушениях у детей. Показательны в этом отношении данные, представленные в публикации Т.В. Нестеровой, когда в случае наличия нарушений речи у 6-летних детей соответствующий диагноз («нарушение речевого развития») фиксировал детский невролог в 6 % случаев, и только 2 % родителей узнавали о речевых проблемах своих детей от педиатра [28]. И это закономерно, поскольку в классификации психического дизонтогенеза [6] нарушения речи упоминаются как сопутствующие разным видам дизонтогенеза, однако первичное недоразвитие речи не рассматривается как вид дизонтогенеза, в детской психиатрии недоразвитие речи (алалии) описывается среди форм интеллектуальной недостаточности [16]. В неврологии активно ведутся разработки, подтверждающие связь значительной части случаев нарушения речи у детей с различными экзогенными повреждающими воздействиями: патологией беременности, родов, соматическими заболеваниями [1, 33], исследуются возможности и эффективность медикаментозной терапии [20]. В зарубежных исследованиях наибольший интерес исследователи проявляют к поиску точных маркеров, позволяющих классифицировать то или иное патологическое состояние, особенно в области высокотехнологичных нейробиологических методов [25].

Принятая в логопедии на протяжении более 30 лет систематизация Р.Е. Левиной [22] хотя и удобна для практикующих логопедов, но практически не развивается, что не способствует совершенствованию представлений о природе

нарушений речи у детей в русле психолингвистических исследований. В логопедии предпринята попытка внедрения медико-педагогического подхода, объединяющего в диагностическом заключении дефиниции, взятые из разных классификаций, что, однако, не привело к истинной интеграции данных областей знаний [7]. Тем не менее В.Н. Корнев на основе предложенной им многоосевой клинико-психологической классификации нарушений речи у детей предпринял попытку объединения всех участников медико-психолого-педагогического процесса коррекции нарушений речи у детей [18]. Его классификация нарушений речи, основанная на понимании их как специфических проявлений психического дизонтогенеза, не получила широкого распространения из-за многомерности и сложности интерпретации предлагаемых критериев диагностики, заимствованных из разных областей знаний (клинической психиатрии, когнитивной и возрастной психологии, нейропсихологии, логопедии и психолингвистики). Таким образом, на данном этапе развития намечается тенденция к переходу на новый уровень профессиональной рефлексии в области диагностики речевых нарушений у детей от ориентации на узконаправленный специализированный подход (клинический, логопедический или психологический) к системному рассмотрению данного вида патологии, при котором в центре будет проблема определения варианта дизадаптивного (термин А.В. Семенович) развития с прогнозом развития ребенка в целом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Анисимов Г.В., Савельева Н.А. Состояние внутри- и межполушарных связей головного мозга у детей с моторной дисфазией по данным когерентного анализа электроэнцефалографии // Специальное образование. – 2013. – № 3. – С. 8–13. [Anisimov GV, Savel'eva NA. Condition of links in hemispheres and between hemispheres of the brain of children with the motor dysphasia according to electroencephalography coherent analysis. *Spetsial'noe obrazovanie*. 2013;(3):8-13. (In Russ.)]
2. Архипова Е.Ф. Стертая дизартрия у детей. – М.: АСТ/Астрель, 2007. [Arhipova EF. Stertaya dizartriya u detey. Moscow: AST/Astrel'; 2007. (In Russ.)]
3. Ахутина Т.В. Порождение речи: Нейролингвистический анализ синтаксиса. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2012. [Akhutina TV. Porozhdenie rechi: Neyrolingvisticheskiy analiz sintaksisa. Moscow: Knizhnyy dom "LIBROKOM"; 2012. (In Russ.)]
4. Бадалян Л.О. Невропатология: учебник. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. [Badalyan LO. Nevropatologiya: uchebnik. Moscow: Izdatel'skiy tsentr "Akademiya"; 2012. (In Russ.)]
5. Бумарскова К.П. История логопедии в лицах. Персоналии. – Саратов: Наука образования, 2014. [Bumarskova KP. Istoriya logopedii v litsakh. Personalii. Saratov: Nauka obrazovaniya; 2014. (In Russ.)]
6. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова – М.: ВЛАДОС, 1997. [Khrestomatiya po logopedii. Ed. by L.S. Volkova, V.I. Seliverstov. Moscow: VLADOS; 1997. (In Russ.)]
7. Волкова Л.С. Логопедия: учебник. – М.: ВЛАДОС; 2009. [Volkova LS. Logopediya: uchebnik. – Moscow: VLADOS; 2009. (In Russ.)]
8. Выготский Л.С. Психология развития человека. – М.: Смысл, Эксмо, 2005. [Vygotskiy LS. Psikhologiya razvitiya cheloveka. Moscow: Smysl, Eksmo; 2005. (In Russ.)]
9. Гвоздев Н.А. Вопросы изучения детской речи. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС; 2007. [Gvozdev NA. Voprosy izucheniya detskoy rechi. Saint Petersburg: DETSTVO-PRESS; 2007. (In Russ.)]
10. Глухов В.П., Ковшиков В.А. Психолингвистика. Теория речевой деятельности. – М.: АСТ, 2007. [Glukhov VP, Kovshikov VA. Psikholingvistika. Teoriya rechevoy deyatel'nosti. Moscow: AST; 2007. (In Russ.)]
11. Дружинин В.Н. Психология: учебник. – СПб: Питер, 2009. [Druzhinin VN. Psikhologiya: uchebnik. Saint Petersburg: Piter; 2009. (In Russ.)]
12. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.В. Преодоление общего недоразвития речи у детей. – М.: Книгомир, 2011. [Zhukova NS, Mastyukova EM, Filicheva TV. Preodolenie obshchego nedorazvitiya rechi u detey. Moscow: Knigomir; 2011. (In Russ.)]
13. Залевская А.А. Введение в психолингвистику. – М.: РГГУ, 1999. [Zalevskaya AA. Vvedenie v psikholingvistiku. Moscow: RGGU; 1999. (In Russ.)]
14. Зимняя И.А. Педагогическая психология. – М.: Логос, 2000. [Zimnyaya IA. Pedagogicheskaya psikhologiya. Moscow: Logos; 2000. (In Russ.)]
15. Кириченко Е.И. Психические нарушения у детей, страдающих церебральными параличами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1965. [Kirichenko EI. Psikhicheskie narusheniya u detey, stradayushchikh tserebral'nymi paralichami. [dissertation] Moscow; 1965. (In Russ.)]
16. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. [Kovalev VV. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevaniy u detey i podrostkov. Moscow: Meditsina; 1985. (In Russ.)]
17. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления. – СПб.: Каро, 2006. [Kovshikov VA. Ekspressivnaya alaliya i metody ee preodoleniya. Saint Petersburg: Karo; 2006. (In Russ.)]



18. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. – СПб.: Речь, 2006. [Kornev AN. Osnovy logopatologii detskogo vozrasta: klinicheskie i psikhologicheskie aspekty. Saint Petersburg: Rech'; 2006. (In Russ.)]
19. Кубрякова Е.С., Шахнарович А.М., Сахарный Л.В. Человеческий фактор в языке: Язык и порождение речи. – М.: Наука, 1991. [Kubryakova ES, Shakhnarovich AM, Sakharnyy LV. Chelovecheskiy faktor v yazyke: Yazyk i porozhdenie rechi. Moscow: Nauka; 1991. (In Russ.)]
20. Лазебник Т.А., Румянцева В.Н., Шейде Н.А., и др. Коррекция речевых нарушений у детей дошкольного возраста с использованием пантокальцина // Эффективная фармакотерапия в педиатрии. – 2010. – № 23. – С. 26–30. [Lazebnik TA, Rummyantseva VN, Sheyde NA, et al. Korrektsiya rechevykh narusheniy u detey doshkol'nogo vozrasta s ispol'zovaniem pantokal'tsina. *Effektivnaya farmakoterapiya v pediatrii*. 2010;(23):26-30. (In Russ.)]
21. Логопатофизиология / Под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2011. [Logopatopsikhologiya. Ed. by R.I. Lalaeva, S.N. Shakhovskaya. Moscow: VLADOS; 2011. (In Russ.)]
22. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Альянс, 2013. [Osnovy teorii i praktiki logopedii. Ed. by R.E. Levina. Moscow: Al'yanS; 2013. (In Russ.)]
23. Леонтьев А.А. Основы психолингвистики. – М.: Смысл, 1997. [Leont'ev AA. Osnovy psikholingvistiki. Moscow: Smysl; 1997. (In Russ.)]
24. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников. – СПб.: СОУЗ, 2000. [Lopatina LV, Serebryakova NV. Preodolenie rechevykh narusheniy u doshkol'nikov. Saint Petersburg: SOYuZ; 2000. (In Russ.)]
25. Марценковский И.А., Дубовик К.В. Детская психиатрия: взгляд через призму DSM-5 // НЕЙРО NEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. – 2014. – № 8. [Martsenkovskiy IA, Dubovik KV. Detskaya psikhiatriya: vzglyad cherez prizmu DSM-5. *NEYRO NEWS: psikhonevrologiya i neyropsikhiatriya*. 2014;(8). (In Russ.)]
26. Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. – М.: Классике Стиль, 2003. [Mastyukova EM. Spetsial'naya pedagogika. Moscow: Klassike Stil'; 2003. (In Russ.)]
27. Микляева Н.В. Диагностика языковой способности у детей дошкольного возраста. – М.: Айрис-пресс, 2006. [Miklyayeva NV. Diagnostika yazykovoy sposobnosti u detey doshkol'nogo vozrasta. Moscow: Ayrispress; 2006. (In Russ.)]
28. Нестерова Т.В. Проблемы состояния здоровья дошкольников с нарушением речевого развития // *Universum: Медицина и фармакология: электронный научный журнал*. – 2014. – № 2. – С. 2. [Nesterova TV. Problemy sostoyaniya zdorov'ya doshkol'nikov s narusheniem rechevogo razvitiya. *Universum: Meditsina i farmakologiya: elektronnyy nauchnyy zhurnal*. 2014;(2):2. (In Russ.)]
29. Ньокикт'ен Ч. Детская поведенческая неврология. – М.: Теневинф, 2010. [N'okikt'en Ch. Detskaya povedencheskaya nevrologiya. Moscow: Tenevinf; 2010. (In Russ.)]
30. Орфинская В.К. Принципы построения дифференциальной методики обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии // Развитие мышления и речи у аномальных детей. – Л., 1963. – С. 241–295. [Orfinskaya VK. Printsipy postroeniya differentsial'noy metodiki obucheniya alalikov na osnove lingvisticheskoy klassifikatsii form alalii. In: *Razvitie myshleniya i rechi u anomal'nykh detey*. Leningrad; 1963. P. 241-295. (In Russ.)]
31. narod.ru [интернет]. Пол Р. Расстройства в сфере общения. СНО Психиатрия [доступ от 12.03.19]. Доступ по ссылке: <http://psy66.narod.ru/science/Book/47.htm> [narod.ru [Internet]. Pol R. Rasstroystva v sfere obshcheniya. SNO Psikhiatriya [cited 12.03.19]. Available from: <http://psy66.narod.ru/science/Book/47.htm>. (In Russ.)]
32. Правдина О.В. Логопедия. – М.: Просвещение, 1973. [Pravdina OV. Logopediya. Moscow: Prosveshchenie; 1973. (In Russ.)]
33. Резцова Е.Ю., Черных А.М. Современные представления о факторах риска в генезе речевых расстройств дошкольников // Новые исследования. – 2010. – № 23. – С. 95–115. [Reztsova EY, Chernykh AM. Sovremennye predstavleniya o faktorakh riska v geneze rechevykh rasstroystv doshkol'nikov. *Novye issledovaniya*. 2010;(23):95-115. (In Russ.)]
34. Савина М.В. Проблемы психического развития детей и подростков с детским церебральным параличом // Международный медицинский журнал. – 2010. – № 3. – С. 11–15. [Savina MV. Problemy psikhicheskogo razvitiya detey i podrostkov s detskim tserebral'nyim paralichom. *International medical journal*. 2010;(3):11-15. (In Russ.)]
35. Соботович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции. – М.: Классике Стиль, 2003. [Sobotovitch EF. Rechevoe nedorazvitie u detey i puti ego korrektsii. Moscow: Klassike Stil'; 2003. (In Russ.)]
36. Трауготт Н.Н. Как помочь детям, которые плохо говорят. – СПб.: Смарт, 1994. [Traugott NN. Kak pomoch' detyam, kotorye plokho govoryat. Saint Petersburg: Smart; 1994. (In Russ.)]
37. Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста: Автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – М., 2000. [Filicheva TB. Osobennosti formirovaniya rechi u detey doshkol'nogo vozrasta. [dissertation]. Moscow; 2000. (In Russ.)]

38. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2000. [Tseytlin SN. Yazyk i rebenok: Lingvistika detskoj rechi. Moscow: Gumanitarnyy izdatel'skiy tsentr VLADOS; 2000. (In Russ.)]
39. Черниговская Т.В., Деглин В.Л. Проблема внутреннего диалогизма. Нейрофизиологические исследования языковой компетенции // Труды по знаковым системам. Выпуск 7. – Тарту, 1984. – С. 33–45. [Chernigovskaya TV, Deglin VL. Problema vnutrennego dialogizma. Neyrofiziologicheskie issledovaniya yazykovoy kompetentsii. In: Trudy po znakovym sistemam. Vypusk 7. Tartu; 1984. P. 33-45. (In Russ.)]
40. Чистович Л.А. Физиология речи: Восприятие речи человеком. – М.: Книга по требованию, 2012. [Chistovich LA. Fiziologiya rechi: Vospriyatie rechi chelovekom. Moscow: Kniga po trebovaniyu; 2012. (In Russ.)]
41. Юртайкин В.В. Особенности работы воспитателя в группах дошкольников с общим недоразвитием речи // Дефектология. – 1981. – № 2. – С. 84–90. [Yurtaykin VV. Osobennosti raboty vospitatelya v gruppakh doshkol'nikov s obshchim nedorazvitiem rechi. Defektologiya. 1981;(2):84-90. (In Russ.)]
42. Arkell KJ. Articulation error rates for oral reading tasks in children with developmental apraxia of speech. Portland: Portland State University; 1975
43. Davis BL, Jacks A, Marquardt TP. Vowel patterns in developmental apraxia of speech: three longitudinal case studies. *Clin Linguist Phon.* 2005;19(4): 249-274. <https://doi.org/10.1080/02699200410001695367>.
44. tayloredmktg.com [Internet]. Guild AS. What is developmental apraxia of speech [cited 15.07.17]. Available from: <http://www.tayloredmktg.com/dyspraxia/das.shtml#links>.
45. Jacobson R. Studies on Child Language and Aphasia. Mouton: The Hague; 1971.
46. Milloy N, Morgan-Barry R. Developmental neurological disorders. In: Developmental Speech Disorders. Ed. by P Grunwell. London: Whurr Publishers; 1990.
47. apraxia-kids.org [Internet]. Shriberg L. Why is Childhood Apraxia of Speech A Controversial Diagnosis? [cited 15.07.17]. Available from: <http://www.apraxia-kids.org/library/why-is-childhood-apraxia-of-speech-a-controversial-diagnosis/>.

## ◆ Информация об авторах

*Елена Евгеньевна Малкова* – старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: [Helen\\_malkova@mail.ru](mailto:Helen_malkova@mail.ru).

*Елена Михайловна Машнина* – аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи. ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург. E-mail: [elena\\_mashnina@mail.ru](mailto:elena_mashnina@mail.ru).

## ◆ Information about the authors

*Elena E. Malkova* – Senior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics. Bechtarev National Medical Research Center for Psychiatry and Neuroscience, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [Helen\\_malkova@mail.ru](mailto:Helen_malkova@mail.ru).

*Elena M. Mashnina* – Postgraduate Student of the Department of Clinical Psychology and Psychological Assistance. Herzen State Pedagogical University of Russia, Saint Petersburg, Russia. E-mail: [elena\\_mashnina@mail.ru](mailto:elena_mashnina@mail.ru).