

На правах рукописи

ЧЕРКАСОВА
Елена Леонидовна

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ
НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МИНИМАЛЬНЫМИ
РАССТРОЙСТВАМИ СЛУХОВОЙ ФУНКЦИИ

Специальность 13. 00. 03 – коррекционная педагогика
(логопедия)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата педагогических наук

Москва 2001

Общая характеристика работы.

Актуальность исследования.

Важнейшим приоритетом Института коррекционной педагогики РАО является разработка теоретических основ для комплексной медико-психолого-педагогической диагностики и коррекции нарушений развития детей разных категорий (Н.Н. Малофеев). В соответствии с данным направлением, в лаборатории содержания и методов обучения детей с речевыми нарушениями проведено комплексное исследование развития речевой деятельности детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих минимальную недостаточность слуховой функции.

Речь, являясь сложной многоуровневой психической деятельностью, включает операции восприятия и порождения речевого высказывания. Одним из важнейших факторов речевого развития является полноценное восприятие вербальных акустических сигналов, обеспечивающееся нормальным функционированием слухового анализатора. В процессе слухового восприятия различных акустических признаков звуков (интенсивности, громкости, длительности), обобщающихся в фонемах, словесном ударе, интонации, актуализируются слуховые и кинестетические образы слов, словосочетаний, фраз.

В детском возрасте как выраженная, так и минимальная патология в слуховом анализаторе может значительно осложнить овладение языковыми средствами. Влияние выраженных первичных нарушений в центральном отделе слухового анализатора при сенсорных формах алалии и афазии, а также вторичных фонематических расстройств при дизартрии, ринолалии на речевую функцию глубоко изучалось в логопедии (Э.А. Бейн, М.К. Бурлакова, Е.Н. Винарская, Б.М. Гриншпун, Г.И. Жаренкова, Р.Е. Левина, О.В. Правдина, Е.Ф. Собонович, Т.Б. Филичева, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская и др.). Влияние патологии в периферическом отделе слухового анализатора на речевое развитие всесторонне исследовалось в сурдопедагогике (И.Г. Багрова, В.И. Бельтюков, Р.М. Боскис, К.А. Волкова, А.Г. Зикеев, Э.В. Миронова, Л.В. Нейман, Т.В. Пельмская, Ф.Ф. Рау, Н.Д. Шматко и др.). Данные исследований нашли отражение в теоретическом обосновании широкого спектра применяемых методик, направленных на раннюю диагностику, реабилитацию и интеграцию в речевую среду детей со снижением периферического слуха (от 30-35 до 80-100 дБ) при тугоухости, глухоте и центрального (фонематического) слуха - при сенсорных алалии и афазии, дизартрии, ринолалии.

В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа детей, имеющих «сочетание двух и более дефектов развития, которое представляет собой не просто сумму дефектов, а является качественно своеобразным и имеет свою структуру, отличную от его составляющих», т.е. сложный дефект (Л.С. Выготский, Е.М. Мастюкова, М.С. Певзнер, Б.П. Пузанов, Т.В. Розанова и др.), а также осложненные дефекты, при которых возможно выделение ведущего нарушения и осложняющих его расстройств (Е.М. Мастюкова, М.С. Певзнер). Нами рассматривается особый тип речевого дефекта, осложненный минимальным снижением периферического слуха (до 15-25 дБ).

Итоги предварительного исследования речи и слуха детей в возрасте 4-12 лет показали, что у 28% дошкольников и 27% младших школьников речевое недоразвитие различной степени выраженности осложнено минимальными нарушениями слуховой функции. У большинства детей отмечаются *общее недоразвитие речи* и минимальное снижение слуха кондуктивного характера, возникшее вследствие воспалительных процессов в носоглотке и ушах.

В научной литературе приводятся данные о том, что незначительное понижение слуха на 15-20 дБ, в том числе и кратковременное, в сензитивных периодах развития ребёнка влияет как на формирование речи ребенка, так и всей личности (Р.М. Боскис, В.И. Бельтюков, С.С. Ляпидевский, А. Митринович-Моджаевска, Л.В. Нейман, М.Е. Хватцев). Установлено, что при таком понижении слуха возникают сложности при восприятии некоторых согласных звуков уже на самом близком расстоянии (около уха), а на расстоянии 2 м не различается более одной трети согласных, произнесенных голосом разговорной громкости (В.И. Бельтюков, Л.В. Нейман). В связи с этим, как правило, нарушается произношение звуков, не развивается в полной мере словарный запас и грамматический строй языка (Р.М. Боскис, С.С. Ляпидевский, М.Е. Хватцев).

Недостаточность акустических и кинестетических афферентаций при сочетании легкого снижения слуха и расстройств общего и орального праксиса при дизартрии и ринолалии осложняет овладение правильной речью и процесс коррекции (А. Митринович-Моджаевска, Г.В. Чиркина).

Снижение слуха на 15-20 дБ, влияющее на развитие речи, принимается в качестве условной границы между нормальным слухом и тугоухостью (С.С. Ляпидевский) и рассматривается нами как минимальное нарушение слуховой функции.

Несмотря на то, что в научной литературе существуют некоторые теоретические предпосылки изучения детей, имеющих речевые расстройства и минимальное снижение слуха, до настоящего времени недостаточно разработаны педагогические дифференциальные методы диагностики незначительного снижения слуха при различных речевых расстройствах; не изучена структура нарушений речи, осложненных небольшим снижением периферического слуха; отсутствует комплексная система коррекции данного речевого дефекта.

Сложившаяся противоречивая ситуация в логопедии, обусловленная, с одной стороны, увеличивающимся числом детей с нарушениями речи и незначительно сниженным слухом, а с другой стороны, отсутствием глубоких теоретических и методических исследований по вопросам ранней диагностики минимального снижения слуха и коррекции осложненного незначительным снижением слуха речевого дефекта, определяет тему нашего исследования.

Проблема исследования: коррекция нарушений речи, осложненных минимальными расстройствами периферического слуха в дошкольном возрасте, как основа преемственности речевых расстройств и интеграции этой категории детей в общеобразовательную среду.

Объект исследования: педагогические условия, обеспечивающие формирование речевой деятельности при минимальных нарушениях слуховой функции детей, имеющих полноценное интеллектуальное развитие.

Предмет исследования: система комплексного воздействия на осложненный речевой дефект.

Цель исследования: разработка комплексной системы предупреждения и коррекции нарушений речи и слуха детей дошкольного возраста, имеющих осложненную структуру речевого дефекта.

Гипотеза исследования: незначительное снижение периферического слуха сужает сенсорную базу для восприятия акустических признаков неречевых и речевых звуков, что обуславливает, особенно в детском возрасте, формирование и закрепление в памяти неправильных звуковых стереотипов, речевых эталонов. При сочетании артикуляционной диспраксии, фонематического недоразвития и минимального нарушения периферического слуха, вследствие аддитивного их влияния, усиливается выраженность негативных проявлений всех языковых систем, психических функций слуховой модальности (внимания, памяти, контроля). Это обуславливает резистентность осложненного речевого нарушения к коррекции традиционными методами. Преодоление специфических трудностей должно основываться на интегративном подходе к изучению причин и механизмов нарушения сочетанных центральных и периферических слуховых расстройств в структуре речевой патологии, ранней диагностике осложненного дефекта, выборе оптимальных условий, методов и средств развивающего и коррекционного воздействия. Индивидуально ориентированная система комплексных медико-психолого-педагогических мероприятий будет способствовать нормализации, в конечном итоге, как слуха, так и речевой деятельности.

В соответствии с целью и гипотезой исследования определены следующие задачи:

1. Выявить среди категории детей с различными речевыми расстройствами распространенность сочетанных нарушений речи и минимально сниженного слуха в возрастном аспекте.
2. Определить у детей с общим недоразвитием речи, фонетико-фонематическим недоразвитием и дизартрией причины и механизм развития минимального нарушения слуховой функции.
3. Проанализировать структуру речевого дефекта, осложненного минимальным снижением периферического слуха.
4. Разработать педагогические методы дифференциальной диагностики минимальных нарушений слуховой функции у детей с речевой патологией; определить дифференциальные критерии отграничения сочетанного нарушения речи с минимальным снижением слуха от речевых расстройств, сходных по проявлениям.
5. Апробировать комплексную систему коррекционного воздействия на особую структуру речевого нарушения, осложненную минимальным снижением слуха, и оценить эффективность разработанной системы коррекционной работы.

В работе использованы следующие методы:

1. Метод теоретического анализа и синтеза отечественных и зарубежных работ по теме исследования, позволяющий сопоставить различные точки зрения на изучаемую проблему, выявить положения, ставшие основой при построении системы коррекционного воздействия.

2. Эмпирические методы: беседа, изучение медицинской документации, субъективные методы исследования слуховой функции (шепотная и разговорная речь, камертоновый, тональная игровая аудиометрия, скрининговая аудиометрия), объективный метод исследования слуховой функции (акустическая импедансометрия), анкетирование, наблюдение, констатирующий психолого-педагогический эксперимент, обучающий эксперимент.

3. Методы обработки результатов исследования: количественный и качественный анализ констатирующих данных, статистический анализ результатов экспериментального обучения.

Методологической основой исследования являются: теория рефлексорного кольца Н.А. Бернштейна; теория единой функциональной системы П.К. Анохина; теория развития высших психических функций Л.С. Выготского; теория системной динамической локализации высших психических функций А.Р. Лурия; концепция системного подхода к изучению и коррекции речевых нарушений, многоаспектные исследования и теоретическое обоснование общего недоразвития речи детей Р.Е. Левиной, концепция структурно-целостного подхода к анализу аномально развивающейся психики слабослышащего ребенка Р.М. Боскис.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Категория детей с речевыми нарушениями неоднородна и включает значительное число детей с осложненной структурой речевого дефекта, обусловленного сочетанием центральных (фонематических) и минимальных периферических слуховых расстройств.

2. У детей с нарушениями речи сочетание фонематического недоразвития и минимального снижения слуха, вследствие их аддитивного влияния, усиливает выраженность негативных проявлений всех языковых систем (фонетической, фонематической, лексической, грамматической) и психических функций слуховой модальности (внимания, памяти, контроля), что необходимо учитывать в коррекционной работе.

3. Коррекция осложненного незначительным снижением слуха речевого дефекта осуществляется в комплексной системе медико-психолого-педагогического воздействия.

4. Для целенаправленной коррекционной работы необходима ранняя диагностика нарушений речи, осложненных небольшим снижением слуха, и выделение их из группы речевых расстройств, сходных по проявлениям.

5. Эффективность логопедической работы при осложненной структуре речевого дефекта повышается в случаях раннего целенаправленного воздействия на оба нарушения.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые была выделена среди детей с нарушениями речи категория детей с речевыми расстройствами, осложненными минимальным снижением слуха; изучена структура данного речевого дефекта; предложены новые педагогические методы его ранней диагностики; разработана комплексная медико-психолого-педагогическая система преодоления нарушений речи при минимальных расстройствах слуховой функции.

Теоретическая значимость исследования:

- Педагогические аспекты проблемы формирования речевой деятельности у детей с минимальным снижением слуха рассмотрены с учетом физиологических, лингвистических, психологических позиций, на основе которых раскрыта природа и взаимообусловленность нарушений речи и минимальных расстройств периферического слуха.
- Обоснованы принципы и методы диагностики, а также коррекции нарушений речи, осложненных минимальным снижением слуха.
- Разработана система комплексной коррекционной работы по преодолению нарушений речи, осложненных небольшим снижением слуха.
- Доказана эффективность применения комплексной системы логопедического воздействия на осложненную минимальным снижением слуха структуру речевого дефекта.
- Результаты исследования способствуют дальнейшей разработке теоретических вопросов логопедии, касающихся осложненных речевых нарушений, в целях повышения эффективности логопедического воздействия на структуру речевого дефекта.

Практическая значимость исследования:

- Предложенные диагностические методики и система коррекционной работы могут быть использованы в практике логопедов системы образования (детские сады, логопункты общеобразовательных школ, школы для детей с тяжелыми нарушениями речи).
- Методы, приемы диагностики и коррекции, осложненных минимальным снижением слуха, нарушений речи в дошкольном возрасте являются основой преемственности подобных расстройств в школьном возрасте; создают предпосылки для интеграции этой категории детей в общеобразовательную среду.
- Раннее выявление минимальных нарушений слуховой функции у детей с речевыми расстройствами и разработка системы занятий по преодолению осложненного дефекта расширяют поле профессиональной деятельности логопедов, могут быть использованы при подготовке специалистов в ВУЗах, при разработке специализированных семинаров и курсов.

Апробация и внедрение результатов исследования. Материалы исследования докладывались:

1. На Всероссийском совещании «Совершенствование коррекционно-педагогической деятельности в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида» (Москва, 1999).
2. На научно-практической конференции «Научно-методическая поддержка функционирующей системы школьного образования разных категорий аномальных детей». (Москва, 2000).
3. На научно-практической конференции «Современные подходы к коррекционно-образовательному процессу в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вида)». (Хотьково, Мос. обл., 2000).
4. На заседании лаборатории содержания и методов обучения детей с нарушениями речи ИКП РАО. (Москва, 2000).
5. На научно-практической конференции по вопросам логопедической помощи

учащимся с тяжелыми нарушениями речи. (Москва, 2001).

6. На совместном заседании лаборатории содержания и методов обучения детей с нарушениями речи и отдела логопедии Гданьского университета (Польша). (Москва, 2001).

Основные результаты исследования внедрены в практику логопедической работы с детьми, имеющими недоразвитие речи и минимальное снижение слуха, в ГОУ компенсирующего вида № 2168 г. Москвы.

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы. Рукопись диссертации составляет 232 страницы текста, включает 13 таблиц и 10 рисунков. Список литературы содержит 239 источников, в том числе – 9 иностранных работ.

Основное содержание работы.

Во введении обосновывается актуальность темы; определяются проблема, объект, предмет, цель, гипотеза, задачи и методы исследования; раскрывается научная, теоретическая и практическая значимость работы; формулируются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Теоретические предпосылки изучения речи детей, имеющих минимальные нарушения слуховой функции» рассмотрены современные подходы (физический, физиологический, психологический, лингвистический и патолингвистический) к проблеме слухового восприятия речи в норме и патологии, проанализирован процесс слухового восприятия у детей с речевыми недостатками, изложены клинические и педагогические методы диагностики нарушений слуха у детей.

Слуховое восприятие, с позиций физиологических исследований, представляет собой сукцессивный процесс обнаружения и переработки акустических признаков неречевых и речевых звуков в периферическом, проводниковом и центральном отделах слухового анализатора, являющегося составной частью единой функциональной системы (П.К.Анохин, А.В.Бару, Г.В.Гершуни, Н.И.Жинкин, М.Я.Козлов, А.Л.Левин, А.Р.Лурия, А.Митринович-Моджаевска., В.Н.Носуленко, И.П.Павлов, И.М.Сеченов, Е.Н.Соколов, А.А.Ухтомский, Е.Д.Хомская, G.Bekey и др.). Влияние физических характеристик звуков на возможности слухового различения определяет адекватные факторы опознания акустических сигналов, в том числе и речевых, в различных условиях окружающей среды (Р.Фейнман, Р.Лейтон, М.Сэндс и др.).

Исходя из материалистического понимания физиологических процессов в нервной системе, в психологии слуховое восприятие рассматривается с позиций развития, деятельностного, осознанного и поэтапного подхода к его реализации (Б.Г.Ананьев, Л.С.Выготский, Н.Ф.Добрынин, Г.В.Ейгер, О.А.Конопкин, А.Н.Леонтьев, Б.Ф.Ломов, А.Р.Лурия, К.А.Мичурина, С.Л.Рубинштейн, Д.Б.Эльконин и др.). Факторами, влияющими на активность процесса слухового восприятия, являются произвольное внимание и память слуховой модальности, а также его мотивационно-регулирующая направленность (Л.И.Божович, Н.Ф.Добрынин, З.М.Истомина, М.И.Лисина, Н.А.Менчинская, Н.Г.Морозова, Г.Н.Николаева, А.А.Смирнов и др.).

Учитывая психофизиологические механизмы речи, в лингвистике слуховое восприятие определяется как активные акты слушания и понимания в едином коммуникативном процессе (Т.Г.Винокур, Н.И.Жинкин, И.А.Зимняя, Л.Р.Зиндер, Н.И.Лепская, Н.С.Трубецкой, Р.М.Фрумкина, С.Н.Цейтлин, Л.В.Щерба и др.). При этом слуховое восприятие обеспечивается речевым слухом (фонетическим и фонематическим), владением языковыми единицами и правилами их конструирования. В ситуации многоканальной речевой коммуникации важными факторами слухового восприятия информации являются: скорость предъявления сообщений, количество поступающей информации и качество сообщений - существенные, несущественные (Н.Ф. Добрынин, А.И. Соловьева).

Физиологический, психологический и лингвистический подходы к проблеме слухового восприятия, взаимодействуя и интегрируясь, представляют целостную картину понимания сущности данного явления при различных нарушениях речи, рассматриваемых патолингвистикой.

Патолингвистический аспект слухового восприятия заключается в изучении неоднородности расстройств речевого слуха при нарушениях речи различной этиологии. Нарушения слухового восприятия речи могут быть следствием патологических процессов, происходящих в периферическом отделе слухового анализатора при глухоте и тугоухости (Р.М. Боскис, В.И. Бельтюков, К.А. Волкова, Л.В. Нейман, Т.В. Пелымская, Ф.А. Рау, Ф.Ф. Рау, Н.Д. Шматко и др.). Поражение или недоразвитие церебрального отдела слухового анализатора в доминантной полушарии обуславливают возникновение сенсорных форм афазий и алалий, недоразвитие речи различной степени выраженности (Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель, Е.Н. Винарская, Б.М. Гриншпун, Р.Е. Левина, А.Р. Лурия, О.В. Правдина, Е.Ф. Собонович, Т.Б. Филичева, М.Е. Хватцев, Л.А. Цветкова, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская и др.).

Патолингвистический подход помогает определить индивидуальную стратегию дифференциации и коррекции речевых нарушений.

Дифференциация периферических и центральных нарушений слуховой функции проводится клиническими и педагогическими методами (З.С. Алиева, М.Р.Богомилский, В.Г.Ермолаев, И.В.Королева, А.Л.Левин, А.Митринович-Моджаевска, Л.В.Нейман, Л.А.Новикова, Т.В.Пелымская, Н.В.Рыбалко, Я.М.Сапожников, Г.А.Таварткиладзе, В.Р.Чистякова, Н.Д.Шматко, J.Singer, R.Hurley, J.Preese и др.).

Анализ научной литературы позволяет сделать следующие **выводы**:

1. Слуховое восприятие является предметом многоаспектных исследований медицинских, педагогических, психологических и лингвистических научных дисциплин.
2. В специальной литературе по логопедии, сурдопедагогике и медицине основное внимание исследователей уделяется проблемам дифференциации и коррекции речевых нарушений у детей с явным поражением какого-либо уровня слуховой системы. Проблема выявления и коррекции речевых нарушений, осложненных минимальным снижением слуха, разработана недостаточно.

Во второй главе «Состояние речи детей, имеющих легкие периферические

нарушения слуха» рассматриваются причины и механизм развития минимального снижения слуха у детей с речевыми расстройствами; предлагаются инновационные методы (педагогические и инструментальный) диагностики минимальных нарушений слуховой функции; анализируются взаимовлияния минимальной слуховой депривации и речевого недоразвития в возрастном аспекте.

В связи с выявлением особого типа сочетания нарушений речи с минимальным снижением периферического слуха, ранее в литературе не рассматривавшегося, исследовались распространенность и структура данного осложненного расстройства.

Первоначальное исследование осуществлялось в течение 1997-2000 годов в ходе *поискового эксперимента*. Целью поискового эксперимента являлось изучение состояния речи и слуха детей 4-12 лет, посещающих занятия с логопедом в дошкольных учреждениях и школах, распространенность сочетания речевых расстройств и минимального снижения периферического слуха у данной категории детей и этиопатогенез минимальных нарушений слуховой функции. Исследование проводилось в два этапа.

Первый этап (ориентировочный) проводился в логопедических группах дошкольных учреждений (№ 2168, № 983, № 1421), школе для детей с тяжелыми нарушениями речи (№ 573) и на логопункте общеобразовательной школы (№ 1103) Юго-Западного Административного Округа г. Москвы. На этом этапе из 477 детей, имеющих речевые нарушения, выявлялась «группа риска» по минимальному снижению слуха и первичная диагностика сочетанных расстройств слуха и речи с помощью методов, доступных логопеду: метода анкетирования (селективно-диагностическая анкета, анкета-опросник для родителей); инструментальных методов (камертональный, скрининговая аудиометрия микроаудиометром-отоскопом (типа AudioScope 3, США)).

Состояние речи и слуха детей первоначально определялось с помощью *селективно-диагностической анкеты*, включающей три взаимосвязанных и взаимообусловленных блока (общую часть, специальную часть, речевую часть). Содержание анкеты включало 30 вопросов, по своей сути охватывающих обследование всех сторон речи, а также учитывающих возможные факторы риска возникновения расстройств речи, осложненных легким снижением слуха.

Целью *первого блока (общей части)* являлось выявление из всего числа обследуемых дошкольников и младших школьников с нарушениями речи группы детей, имеющих факторы риска по незначительному снижению слуха (М.Е. Загорянская, М.Г. Румянцева, С.Б. Каменецкая, Л.Д. Васильева, Г.А. Таварткиладзе). Анализировался материал медицинских и речевых карт.

В результате исследования, проведенного в рамках данного блока анкеты, выявлено, что у 39% дошкольников и 37% младших школьников с речевой патологией отмечались факторы риска по минимальному снижению слуха.

Дети, имеющие перечисленные факторы риска в анамнезе, были объединены в отдельную группу для дальнейшего изучения.

Второй блок анкеты (специальная часть) ставил своей целью выявить у детей, имеющих факторы риска в анамнезе по незначительному снижению слуха, наличие вариативности понимания языковых и речевых единиц в зависимости

от изменения акустических характеристик сигнала (интенсивности, скорости, частоты). Наличие указанной зависимости являлось одним из признаков нарушения слуховой функции (А.В.Бару, С.А.Гельфанд, Г.В.Гершуни, А.И.Соловьева, Л.А.Чистович и др.).

Обследование понимания устной речи проводилось с использованием методик, применяемых в логопедии (Р.Е.Левина, А.Р.Лурия, Л.Ф.Спирова, Н.А.Чевелева, Г.В.Чиркина, А.В.Ястребова). Комплекс разноаспектных заданий включал тестирование различения интонации, фонетических характеристик (акустических параметров звуков, слога-ритмического контура слов), некоторых грамматических категорий и логико-грамматических отношений (предложно-падежного управления, флективного управления), понимание которых может зависеть от остроты периферического слуха. При предъявлении заданий прослеживались поведенческие реакции обследуемых на устную речь, т.е. наличие явного зрительного контроля артикуляции говорящего, повторов, напряженной мимики вслушивания.

Анализ результатов этой части тестовых методик показал, что 82% дошкольников и 89% младших школьников из «группы риска» не смогли правильно выполнить предложенные задания; часто переспрашивали экспериментатора, напряженно вслушивались в звучащую речь, зрительно контролировали артикуляцию говорящего. Однако, количество правильных ответов увеличивалось у большинства этих детей в условиях предъявления заданий громким голосом в несколько замедленном темпе.

Далее исследовалась зависимость аудирования языковых знаков (слов) от частотности их формантного состава и различной интенсивности воспроизведения, т.е. проводилось исследование слуховых возможностей речью (методика Л.В.Неймана). С этой целью определялось расстояние, с которого ребенок может безошибочно воспроизвести слова или отобразить иллюстративный материал (в зависимости от состояния экспрессивной речи), состоящие из звуков низкой и высокой частоты, произнесенные голосом разговорной и шепотной громкости (списки из 20 слов).

На основе полученных данных были выделены признаки, манифестирующие небольшое снижение слуха у значительной части детей, имеющих факторы риска по тугоухости в анамнезе.

В целях выявления специфических нарушений экспрессивной речи детей с предполагаемым незначительным снижением слуха были составлены вопросы *третьего блока анкеты (речевой части)*. Анализ ответов показал, что у всех детей (100%), не справившихся с тестовыми заданиями второй части анкеты, выявлены сходные нарушения речи: звуки правильно, произносимые в изолированном положении, заменялись дефектными, смешивались между собой в спонтанной речи; выражено страдала интонационная сторона речи; не воспроизводились одинаковые слова, звукокомплексы и звуки, произнесенные различным по высоте, силе и тембру голосом; ошибочно использовалось ударение в знакомых словах; наблюдались оглушение звонких и озвончение глухих звуков, независимо от их позиции в слове; неадекватно использовалось смягчение звуков; искажалась звуко-слоговая структура слов в зависимости от акустических ха-

рактических составляющих звуков (больше искажались слова, состоящие из звуков низкой частоты); не дифференцировались в активной речи оппозиционные группы звуков; ошибочно определялись первый и последний звуки в словах, особенно, в безударных слогах, неверно передавалась последовательность звуков в словах; использовалась ошибочная флексия «ах» в родительном и дательном падежах существительных; пропускались и упрощались предлоги.

Наличие в экспрессивной речи комплекса указанных ошибок, не характерного для детей, не вызвавших подозрения по поводу снижения слуха, позволяло ориентировочно диагностировать наличие минимального снижения слуха у детей «группы риска».

Ориентировочное выявление «группы риска» по минимальному снижению слуха проводилось также с помощью *анкеты-опросника для родителей* при первичном обращении детей к логопеду (на ПМПК) по поводу нарушения речи. Вопросы анкеты были направлены на выявление актуального состояния ЛОР-органов детей и прогнозирование недостаточности слуховой функции.

Для определения не только наличия снижения слуха, но и характера нарушения применялся инструментальный - *камертональный* метод (пробы Вебера и Ринне).

Определение не только характера нарушения слуховой функции, но и степени снижения слуха (минимальной) проводилось с помощью нового и достаточно точного инструментального метода - *скрининговой аудиометрии микроаудиометром-отоскопом* (типа AudioScope 3, США).

Результаты исследования на первом этапе представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты ориентировочного этапа исследования

Возраст	Всего обследовано детей	I блок С-Д Анкеты или Анкета-опросник для родителей		II блок С-Д Анкеты и инструментальные исследования		III блок С-Д Анкеты		
		Вызвали подозрение (группа риска)	%	Выявились нарушения слуховой функции	% от численности группы риска	Имеют специфические нарушения речи	% от несправившихся с заданиями II блока	
Дошкольники	4-6 лет	327	127	38,83%	105	82,68%	105	100,00%
Школьники	7-12 лет	150	55	36,67%	49	89,09%	49	100,00%
Итого:		477	182	38,16%	154	84,62%	154	100,00%

Анализ полученных данных на I этапе позволил сделать выводы:

1. Среди детей дошкольного и младшего школьного возраста с нарушениями речи различной степени тяжести выделяется особая категория детей с минимальным нарушением слуховой функции.
2. В группе детей с минимальным нарушением слуховой функции подавляющее число составляют дети, имеющие факторы риска в анамнезе: неблагоприятное протекание беременности и родов у матери; вирусные инфекции, перенесенные ребенком в раннем детстве; заболевания ЛОР-органов; задержку речевого развития.
3. Минимальные нарушения слуха влияют на развитие всех сторон речи: *просодической* (речь невыразительна, монотонна); *фонетической* (трудности в различении одинаковых слов, звукокомплексов и звуков по высоте, силе, тембру голоса, автоматизации поставленных звуков; искажения звуко-слоговой структуры слов в зависимости от качества звуконаполнения слов - больше искажаются слова, состоящие из звуков низкой и средней частоты); *фонематической* (нарушения дифференциации базовых и периферических оппозиционных групп звуков; неадекватное использование мягкости и звонкости звуков); *лексико – грамматической* (диффузность смысловых значений, нарушение понимания и использования словообразовательных операций, флективного и предложного управления).

Второй этап (дифференциально-диагностический) проводился с детьми из «группы риска» в ЛОР-клинике педиатрического факультета РГМУ на базе Морозовской детской клинической больницы г. Москвы. На этом этапе определялась эффективность диагностических методов, предлагаемых на первом этапе, путем подтверждения и уточнения врачом-отоларингологом с помощью клинических методов (игровой тональной аудиометрии, акустической импедансометрии) предварительного заключения логопеда о наличии минимального снижения слуха у детей, объединенных в «группу риска» (табл. 2).

Анализ данных, полученных на II этапе, показывает, что патология речи детей «группы риска» сопровождалась минимальными нарушениями слуховой функции, в основном, кондуктивной тугоухостью I степени (у 92,5%), нейросенсорной и смешанной I степени - лишь у 7,5% детей.

Основными причинами минимального снижения слуха явились: аденоидные вегетации II-III степени - у 51,1% обследованных дошкольников и 48,8% школьников; перенесенные ранее отиты (соответственно у 16,3% и 14%) дошкольников и школьников; тубоотиты – у 13% дошкольников и 9,8% школьников; обтурация слухового прохода (серными пробками) – у 7,6% дошкольников 12,2% школьников; аллергический ринит, спровоцировавший евстахеит – у 4,4% дошкольников и 7,3% школьников.

Отклонения в функционировании структур наружного и среднего уха, возникшие вследствие указанных причин, нарушают механизм звукопроводения. Этиология минимального нарушения слуха у 7,6% дошкольников и 7,3% школьников, имеющих нейросенсорную и смешанную легкую тугоухость I степени, точно не выяснена. Однако, в анамнезе этих детей значатся вирусные инфекции (грипп, ветряная оспа, пневмония и коклюш), которые могли оказать

негативное воздействие на функцию внутреннего уха, вследствие чего, возможно, нарушился механизм звуковосприятия.

Таблица 2.

Результаты дифференциально-диагностического этапа исследования

Возраст		Обследовано с помощью клинических методов			Нарушения слуховой функции			
		Направлено на обследование к сурдоаудиологу	Подтверждено объективно снижение слуха (аудиограммами, тимпанограммами)	% подтверждений	Кондуктивная тугоухость I степени	%	Нейросенсорная и смешанная тугоухость I степени	%
Дошкольники	4-6 лет	105	92	87,61%	85	92,39%	7	7,61%
Школьники	7-12 лет	49	41	83,67%	38	92,68%	3	7,32%
Итого:		154	133	86,36%	123	92,48%	10	7,52%

Итоги поискового эксперимента позволили сделать выводы:

1. Категория детей с нарушениями речи неоднородна и включает 28,13% дошкольников и 27,33% младших школьников с минимальным нарушением слуховой функции.
2. В группе детей с минимальным нарушением слуховой функции подавляющее число составляют дети, имеющие в анамнезе факторы риска по тугоухости.
3. У большинства детей, имеющих минимальные нарушения слуховой функции, страдает механизм звукопроводения.
4. Предлагаемые диагностические методы достаточно эффективны для выявления детей с речевыми расстройствами и минимальными нарушениями слуховой функции, доступны для педагогов и логопедов.
5. Минимальные нарушения слуха влияют на развитие всех сторон речи.
6. Проблема развития речи детей, имеющих минимальное снижение слуха, требует дальнейшего изучения.

Углубленное изучение речевой функции 92 дошкольников (4-6 лет) и 41 младшего школьника (7-12 лет), имеющих минимальные нарушения слуховой функции, проводилось в течение 1997-2000 г.г. на базе дошкольных учреждений компенсирующего вида (для детей с тяжелыми нарушениями речи) № 2168, № 983 и в логопедической группе детского сада общего типа № 1421 ЮЗАО г. Москвы, в ходе *констатирующего эксперимента*. Целью констатирующего эксперимента являлось:

- изучение состояния языковых систем и невербальных функций, тесно связанных с речью (неречевого слуха, внимания и памяти слуховой модальности), у детей с минимальным снижением слуха;
- анализ зависимости минимальных нарушений слуха и речевых рас-

стройств в возрастном аспекте;

- выявление дифференциальных критериев нарушений речи при минимальном снижении слуха.

Изучение состояния языковых систем проводилось по методикам, используемым в логопедии (Р.Е.Левина, А.Р.Лурия, Л.Ф.Спирова, Т.Б.Филичева, Г.В.Чиркина, А.В.Ястребова). Для обследования объема и концентрации слухового внимания применялся модифицированный вариант методики «Корректирующая проба» (А.Ф.Ануфриев, С.Н.Костромина). Изучение слуховой памяти осуществлялось с помощью методики «Заучивание слов» (А.Р.Лурия), адаптированной к детскому возрасту (С.Я.Рубинштейн).

Результаты изучения состояния языковых систем показывают, что неполноценные условия речеобразования в дошкольном возрасте приводят к недоразвитию речи различной степени выраженности.

Выявлена корреляция между временем возникновения минимального снижения слуха и выраженностью речевого недоразвития. Так, при незначительном нарушении периферического слуха (бинауральном и моноауральном) в 4-летнем возрасте отмечалась несформированность всех языковых кодов – от почти полного отсутствия словесных средств общения (аморфные слова и звукоподражания, сопровождаемые жестами) до примитивной бытовой коммуникации с использованием конкретной ситуативной лексики и простых грамматических фраз. В этой возрастной категории диагностировано общее недоразвитие речи (ОНР): I уровень – у 17,7% детей; II уровень – у 55,8% детей; III уровень – у 26,5% детей.

В 5-летнем возрасте дети, в основном, уже владеют ситуативной речью как средством общения и возникновение легкого снижения слуха в этом возрасте проявлялось в бедности и диффузности словаря с тенденцией к медленному увеличению, незначительным различием пассивного и активного запаса, обилием аграмматизмов, непониманием многих грамматических трансформаций. Состояние их речи при двустороннем легком снижении слуха соотносилось с ОНР (II уровень – у 25%, III уровень – у 55,6% детей). Нарушение произношения звуков и фонематических процессов как основных в структуре дефекта обнаружили у 2,8% детей. При моноауральном снижении слуха: ОНР (III уровень) у 11,1%; ФФН – 5,6% детей.

В 6-летнем возрасте у большинства детей речь характеризовалась достаточной развернутостью, но при этом отмечались бедность просодических средств, ограниченность словарного запаса конкретной лексикой, семантическая диффузность акустически близких слов, большое количество аграмматизмов при построении синтаксических конструкций, неумение пользоваться способами словообразования, нарушение звукопроизношения и фонематических процессов. У 68,2% детей с двусторонним незначительным нарушением слуховой функции диагностировано ОНР (III уровень). У 31,8% детей, в основном с односторонним легким снижением слуха, на фоне небольшого количества аграмматизмов более существенно страдали фонетико-фонематические процессы (ФФН).

У 73,9% обследованных дошкольников сочетание речевого недоразвития с

минимальным снижением слуха осложнялось дизартрией различной степени выраженности.

Минимальные нарушения слуха, не компенсированные в дошкольном возрасте, негативно влияют на развитие речи в старшем возрасте. Обследование речи учащихся 1-4 классов, имеющих нарушения речи и незначительное снижение слуха, выявило ОНР (II-III уровень) у всех (100%) первоклассников и второклассников; 55,6% третьеклассников и 20% четвероклассников. Фонетико-фонематические нарушения, сочетающиеся с дисграфией и дислексией, отмечались у 44,4% третьеклассников и 60% четвероклассников. Дисграфия без нарушения устной речи наблюдалась у 20% детей и только к четвертому классу. Минимальные дизартрические расстройства в структуре недоразвития речи, сочетающиеся с легким снижением слуха, обнаружены у 61% обследованных детей.

Проанализировав индивидуальные особенности речи детей, имеющих минимальные нарушения слуховой функции, мы выделили ошибки общего характера, типичные для всех этих детей и специфические ошибки, зависящие от уровня развития речи.

Типичные ошибки:

- не различаются и не используются интонационные компоненты речи (речь невыразительна, монотонна; слабо дифференцируются предложения по типу высказывания);
- затруднено различение слов, звукокомплексов и звуков по высоте, силе, тембру голоса;
- поставленные звуки в течение длительного времени не автоматизируются в речи;
- нарушается слоговая структура слов (опускаются звуки или безударные слоги в начале и конце слов; страдает звуконаполнение слов в зависимости от качества составляющих слово звуков: при кондуктивной легкой тугоухости больше искажаются слова, состоящие из звуков низкой и средней частоты, при нейросенсорной – слова, состоящие из звуков высокой частоты);
- неверно акцентируется ударный слог во многих словах;
- выявляются литеральные парафазии;
- наблюдаются множественные неустойчивые замены и смешения звуков;
- отмечаются неадекватные оглушения, озвончения и использование мягкости согласных;
- задерживается овладение навыками звукового анализа и синтеза;
- отмечаются уподобление и смешение значений акустически похожих слов;
- упрощаются сложные и опускаются простые предлоги в спонтанной речи, даже при понимании их значений.

Специфические ошибки по отношению к характерным для ОНР:

- семантическая диффузность акустически близких слов;
- контаминации и раздельное произнесение целого слова;
- употребление в родительном и дательном падежах существительных множественного числа флексии «-ах»;
- замены совершенного вида глагола несовершенным;

- неверное использование личных и временных окончаний глаголов;
- упрощение, смешение аффиксов;
- добавление лишних звуков и слогов к префиксам;
- замены предлогов, состоящих из низкочастотных формант;
- неумение передать логику последовательности событий, скрытый смысл при пересказе, составлении рассказа по серии сюжетных картин.

Ошибки, выявляемые в устной речи, коррелировались с теми отклонениями, которые наблюдались в письме, количество их постепенно уменьшалось к 4 классу, но в основном за счет орфографических и пунктуационных. Количество фонетических ошибок оставалось значительным и варьировало от вида письменных работ и нарушения слуховой функции (бинаурального, моноаурального).

Слуховое внимание дошкольников характеризовалось недостаточным объемом (в среднем: 12,5 знаков в четырехлетнем возрасте, 77 знаков в пятилетнем возрасте, 270 знаков в шестилетнем возрасте), низкой концентрацией (в среднем: 3,7 ошибки на 12,5 знаков; 14 ошибок на 77 знаков и 15,6 ошибок на 270 знаков). Слуховая память у детей развита также недостаточно – после двух-трехкратного повторения воспроизводили вербальный ряд, состоящий из 2-3 слов, в четыре года и из 5-6 слов - в шесть лет; затем, истощаясь, отказывались от заданий.

Изучение состояния речи, слуха и психических функций слуховой модальности (внимания, памяти) детей дошкольного и младшего школьного возраста позволило сформулировать *дифференциальные критерии* нарушений при минимальном снижении слуха:

- комбинация речевых ошибок (в устной и письменной речи) и специфических слуховых проявлений (прислушивание, переспрашивание, зрительный контроль артикуляции т.д.);
- преимущественное недоразвитие внимания, памяти и контроля слуховой модальности;
- превалирующая тенденция к полному восстановлению нарушенной слуховой функции при адекватном и своевременном терапевтическом воздействии.

На основе экспериментальных данных, полученных в процессе исследования речевой и слуховой функций детей, можно сделать следующие **выводы**:

1. Недостаточность слуховой афферентации при минимальных нарушениях периферического отдела слухового анализатора обуславливает гипоактивацию соответствующих подкорковых и корковых нервных структур, инертность процессов возбуждения и торможения, слабость акустических следов в нервной системе, что вызывает расстройства внимания и памяти, связанные с обработкой неречевых и речевых сигналов.
2. Минимальные нарушения слуховой функции периферического характера, с одной стороны, маскируют, с другой стороны, усугубляют центральные слуховые расстройства (фонематические) при нарушениях речи. Выраженность проявлений речевых недостатков в случаях нормализации периферического слуха самостоятельно, без специально направленной коррекционной работы, позитивно не меняется.

3. Аддитивность влияния расстройств речи и незначительного снижения периферического слуха манифестируют особый тип нарушения, гетерогенный по своим проявлениям в различном возрасте. В результате незначительного снижения слуха, которое происходило в период овладения речью и было достаточно длительным, у ребенка в памяти закрепляются неправильные фонетические эталоны, что является одним из факторов нарушения импрессивной и экспрессивной речи, определяемого в логопедии как *общее недоразвитие речи*. Возникновение небольшого снижения слуха в старшем дошкольном и школьном возрасте *в меньшей мере* сказывается на состоянии речи, так как к этому времени лексическая и грамматическая системы языка, в основном, сформированы для развернутой коммуникации и недостаточность слухового восприятия часто проявляется в нерезко выраженном общем недоразвитии речи или фонетико-фонематических нарушениях. В свою очередь, сформированность артикуляционных движений, их точности, переключаемости, богатство словарного запаса способствуют более четкому узнаванию слов на слух, их дифференциации, что развивает слуховое восприятие и слуховой контроль речи.
4. Осложненный дефект более резистентен к традиционному логопедическому воздействию и требует применения специфических, индивидуальных коррекционных приемов.

В третьей главе «Стратегия логопедического комплексного воздействия при недоразвитии речи и минимальных нарушениях слуха у детей дошкольного возраста» рассматривается содержание коррекционной работы с детьми дошкольного возраста (4 - 6 лет), направленной на нормализацию речевой и слуховой функций; анализируется эффективность экспериментального обучения.

Экспериментальное обучение проводилось с детьми в течение 1997-2000 годов на базе дошкольного учреждения компенсирующего вида – для детей с тяжелыми нарушениями речи - № 2168 г. Москвы. Экспериментальную группу (ЭГ) составили 26 детей 4-6-летнего возраста с недоразвитием речи различной этиологии и степени выраженности (ОНР, ФФН), имеющие незначительное снижение слуха (от 15 до 25 дБ). С целью сравнительного анализа уровня развития речи и слухового восприятия в экспериментальной группе, сформированы 2 контрольные группы (КГ): в контрольную группу №1 вошли 22 ребенка с аналогичными нарушениями речи и слуха; контрольная группа №2 объединила 24 дошкольника, имеющих подобные речевые недостатки, но нормальный физический слух.

Дети экспериментальной группы обучались по модифицированной методике, разработанной в исследовании. Коррекционная работа в контрольной группе №1 и контрольной группе №2 проводилась по общепринятым методикам для детей без нарушения физического слуха (Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина).

Цель экспериментального обучения состояла в формировании связной фонетически правильной речи у детей, имеющих минимальные нарушения слуховой функции, на основе развития сенсорно-перцептивной деятельности, фонематических процессов, психических функций слуховой модальности и произвольной регуляции слуходвигательных знаков языка.

В соответствии с данной целью на основе принципов системности, комплексности, деятельностного и дифференцированного подходов разработан алгоритм интегративного воздействия на осложненную структуру дефекта:

I. Осуществление лечебно-профилактических мероприятий, назначенных отоларингологом и реализуемых медсестрой детского сада, педагогами, родителями.

II. Организация окружающей среды соответственно слуховым возможностям детей, т.е. постепенное усложнение условий слухового восприятия информации: от максимально облегчающих перцепцию - до усложненных условий многоканальной коммуникации.

III. Логопедическое воздействие, направленное на:

- овладение фонетической базой языка на основе развитого неречевого слуха и слухо-моторных координаций;
- формирование фонематических процессов (фонематического восприятия, фонематического анализа и синтеза, фонематических представлений);
- интеграцию фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка в связной речи.

IV. Развитие модально-специфических психических функций (слухового внимания, слуховой памяти) и метакогнитивных способностей (слуходвигательного самоконтроля и саморегуляции – высших форм произвольной регуляции сенсомоторной деятельности, базирующихся на обратной акустической и кинестетической афферентации).

Дети экспериментальной группы были разделены на две подгруппы с учетом неоднородности проявлений их речевых и слуховых дефектов.

В первую подгруппу вошли дошкольники, имеющие *стойкое* двустороннее минимальное нарушение слуховой функции и системное недоразвитие речи – ОНР (I-II уровень) – 11 человек, ОНР (III уровень) – 8 человек. Они составили подгруппу «А».

Во вторую подгруппу включены дети, имеющие *временное*, одностороннее или флуктуирующее, минимальное снижение слуха и речевые расстройства – ОНР (III уровень) – 4 человека, ФФН – 3 человека. Они составили подгруппу «Б».

Обучение детей, входящих в каждую из подгрупп, имело специфические особенности (различную последовательность, условия предъявления и скорость изучения материала), поэтому в коррекционной работе использовались два цикла, соответственно «А» и «Б».

Учитывая сложную структуру сочетанного нарушения и мозаичное распределение детей экспериментальной группы в логопедических группах детского сада (от 2 до 6 в группе), экспериментальное обучение осуществлялось ежедневно, в индивидуальной и подгрупповой формах.

Комплексное воздействие в каждом цикле осуществлялось поэтапно. Выделялось 4 этапа, которые были тесно связаны между собой и взаимообусловлены (табл.3).

Содержание и реализация		
Медицинский блок (врач, медсестра)	Психолого-педагогический блок (логопед)	Лингвистический блок (логопед)
1. Подготовительный этап (14-15 занятий)		
Консервативный, хирургический методы лечения заболеваний ЛОР-органов.	Определение слуховых возможностей восприятия речи; развитие мотивации общения; активизация внимания и памяти слуховой модальности.	Развитие понимания устной речи: умения вслушиваться в обращенную речь, выделять названия предметов, действий, признаков, обобщенных значений.
2. Дофонемный этап (15-17 занятий)		
Проведение лечебных (по индивидуальным показаниям) и профилактических процедур.	Развитие неречевого слуха (дифференциация неречевых звуков по характеру звучания, акустическим свойствам, определение количества звуков и звучащих предметов, направления звучания); развитие слухо-двигательных координаций; развитие внимания и памяти слуховой модальности; формирование слухового и слухо-двигательного контроля <i>в условиях, максимально облегчающих слуховое восприятие.</i>	Уточнение и расширение словарного запаса; практическое овладение некоторыми способами словообразования без привлечения внимания к фонематическим различиям; практическое усвоение синтаксического конструирования.
3. Фонемный этап (100-103 занятия)		
Проведение профилактических мероприятий.	Развитие внимания и памяти слуховой модальности; развитие слухового, кинестетического и языкового контроля, слухо-моторного самоконтроля <i>в постепенно усложняющихся условиях слухового восприятия.</i>	Развитие фонетического слуха (дифференциация акустических признаков речевых звуков, направленности звучания речевых стимулов); интонационных средств языка; коррекция звукопроизношения, интонационно – ритмического контура слов; овладение фонематическими процессами (фонематическим восприятием, фонематическим анализом и синтезом, фонематическими представлениями); расширение лексических и грамматических значений слов на основе фонематических различий.
4. Интегративный этап (50-55 занятий)		
Проведение профилактических мероприятий.	Развитие внимания и памяти слуховой модальности; Формирование самоконтроля речи <i>в сложных условиях слухового восприятия.</i>	Развитие связной речи на основе интеграции фонетико – фонематических и лексико-грамматических средств языка: адекватное использование звукового, лексико-грамматического и интонационного оформления собственного высказывания в различных коммуникативных ситуациях.

Оценка эффективности обучения с использованием экспериментальной ме-

тодики проводилась на основе сравнения констатирующего и итогового обследований состояния слуха и речи дошкольников в трех группах – экспериментальной и контрольных №1, №2.

Сравнительный *анализ результатов* осуществлялся с помощью следующих *методов*: качественный и количественный анализ динамики развития речи и модально-специфических психических функций; статистическая обработка количественных параметров показателей, наиболее ярко отражающих сформированность процессов слухового восприятия и дифференциации языковых единиц (слуховое внимание, звукопроизношение, фонематическое восприятие).

Эффективность коррекционного воздействия оценивалась по следующим *показателям*: слуховая функция, слуховое внимание, слуховая память, просодика, фонетическая база речи (звукопроизношение, звуко-слоговая структура слов), фонематические процессы (восприятие, анализ и синтез, представления), связная речь, самоконтроль.

Сравнительный анализ данных в начале и конце экспериментального обучения с достаточной степенью достоверности ($P = 0,9$) позволил сделать общий вывод о высокой эффективности обучения по предлагаемой методике.

В заключении обобщены основные результаты исследования, сформулированы общие выводы, намечены перспективы.

Проведенное нами экспериментальное исследование позволило впервые выявить среди типологии речевых расстройств особый тип дефекта, обусловленный сочетанием нарушений речи и минимального снижения периферического слуха. Минимальные нарушения слуховой функции периферического характера маскируют и усугубляют центральные слуховые расстройства (фонематические) при нарушениях речи, провоцируя недоразвитие внимания и памяти слуховой модальности, что обусловлено гипоактивацией соответствующих подкорковых и корковых нервных структур, инертностью процессов возбуждения и торможения, слабостью акустических следов в нервной системе.

В то же время, данное сочетанное нарушение характеризуется аддитивным влиянием двух неполноценно функционирующих анализаторов (речевого, слухового) и гетерогенностью проявлений в различных периодах сензитивного развития. Так, в среднем дошкольном возрасте, вследствие незначительного снижения слуха, в памяти закрепляются неправильные фонетические эталоны, не развивается в полной мере лексико-грамматический строй, что негативно влияет на формирование импрессивной и экспрессивной речи, провоцируя общее недоразвитие речи. Возникновение небольшого снижения слуха в старшем дошкольном и школьном возрасте в меньшей мере сказывается на состоянии речи, так как к этому времени лексическая и грамматическая системы языка, в основном, сформированы для развернутой коммуникации, и недостаточность слухового восприятия часто проявляется в нерезко выраженном общем недоразвитии речи или фонетико-фонематических нарушениях.

В случаях нормализации периферического слуха выраженность проявлений речевых недостатков без специально направленной коррекционной помощи самостоятельно позитивно не меняется. Сформированность артикуляционных движений, их точности, переключаемости, богатство словарного запаса, владе-

ние звуковым и морфологическим анализом способствуют более четкому узнаванию слов на слух, их дифференциации, что развивает слуховое восприятие и слуховой контроль речи.

Нарушение речи, осложненное минимальным снижением слуха, своевременно сложно диагностировать, так как коммуникативная функция речи имеет тенденцию к развитию, а явные симптомы снижения слуха отсутствуют. В связи с этим возрастает роль логопедов, владеющих методами ранней (ориентировочной) диагностики минимальных нарушений слуха у детей с недостатками речи, что позволит своевременно направить детей к сурдоаудиологу для консультации и лечения, а также планировать коррекционную работу с учетом данного нарушения.

Предлагаемые нами методы ориентировочной диагностики (анкетирования: селективно-диагностическая анкета, анкета-опросник для родителей; инструментальные: камертональный и скрининговая аудиометрия микроаудиометром-отоскопом) эффективны для выявления сочетанного расстройства речи и незначительного снижения слуха. С помощью указанных методов, подтвержденных клиническими объективными и субъективными методами исследования, выявлена распространенность минимальных нарушений слуховой функции среди детей, имеющих речевую патологию: 28,1% в дошкольном возрасте и 27,3% в младшем школьном возрасте. Определены факторы риска по минимальному нарушению слуха у детей с речевыми расстройствами.

Анализ сочетанного нарушения речи и незначительного снижения слуха проводился с психофизиологических позиций, позволяющих оценить актуальное состояние вербальных и невербальных процессов при минимальной слуховой депривации и определить зону ближайшего развития, индивидуальные потенциальные компенсаторные возможности детей. В процессе исследования:

- изучено состояние языковых систем (просодической, фонетической, фонематической, лексической, грамматической) и невербальных функций, тесно связанных с речью (неречевого слуха, внимания и памяти слуховой модальности) у детей с сочетанным нарушением речи и минимальным снижением слуха;
- прослежены отдельные проявления дефекта в возрастном аспекте, получен разброс индивидуальных выражений речевых нарушений (ОНР, ФФН, дисграфия, дизартрия);
- обнаружены различия в стойкости и преодолеваемости сочетанного нарушения речи и минимального снижения слуха, неодинаковые компенсаторные возможности детей, неоднородные индивидуальные условия раскрытия слабых и сильных сторон психики ребенка при неполноценном слуховом восприятии;
- выявлены дифференциальные критерии нарушений речи, сочетающихся с незначительным снижением слуха.

Полученные новые данные о состоянии речи, слуха и модально-специфических функций детей дошкольного и младшего школьного возраста, имеющих сочетанное нарушение речи и минимального снижения слуха, определили основные направления логопедического воздействия, учитывающего своеобразие структуры дефекта. Система коррекционной работы реализовывалась поэтапно. Каждый из четырех взаимообусловленных этапов (подготови-

тельный, дофонемный, фонемный, интегративный) структурно объединял 3 модульных блока (медицинский, психолого-педагогический, лингвистический), обуславливая систематическое проведение комплекса медико-педагогических мероприятий. Коррекционная работа с детьми, имеющими нарушения речи и минимально сниженный слух, была представлена двумя циклами, предусматривающими вариативность мероприятий и сроки их проведения. Цикл «А» предлагался для детей с выраженным общим недоразвитием речи и стойким небольшим снижением слуха (подгруппы «А»). Цикл «Б» рекомендовался для детей с нерезко выраженным общим недоразвитием речи и фонетико-фонематическим недоразвитием в сочетании с временным минимальным снижением слуха (подгруппы «Б»).

Разработанная комплексная система показала свою эффективность (с достоверной вероятностью 0,9), возможность нормализации функций двух нарушенных анализаторов (речевого и слухового), а также значительного развития речи, слухового восприятия, психических функций слуховой модальности при стойких минимальных нарушениях слуха.

Система коррекционной работы, направленная на нормализацию устной речи детей, имеющих сочетание нарушений речи с минимальным снижением слуха, одновременно является пропедевтической в отношении письменно-речевых расстройств. Разработанные методические приемы могут быть использованы наряду с традиционными при обучении дошкольников с речевой патологией без нарушения слуха и с детьми, имеющими сочетанное расстройство речи с незначительным снижением слуха, на первой ступени обучения в школе.

Проведенное исследование имеет перспективы развития в плане изучения динамики речевого развития детей и подростков, имевших осложненный минимальным снижением слуха речевой дефект, а также дальнейшей разработки и совершенствования коррекционно-направленной системы обучения школьников, имеющих нарушения речи, сочетающиеся с незначительным снижением слуха.

Выводы:

1. Недостаточность слуховой афферентации при минимальных нарушениях периферического отдела слухового анализатора обуславливает гипоактивацию соответствующих подкорковых и корковых нервных структур, инертность процессов возбуждения и торможения, слабость акустических следов в нервной системе, что вызывает расстройства внимания и памяти, связанные с обработкой неречевых и речевых сигналов.
2. Минимальные нарушения слуховой функции периферического характера, с одной стороны, маскируют, с другой стороны, усугубляют центральные (фонематические) слуховые расстройства при нарушениях речи.
3. Аддитивность влияния расстройств речи и незначительного снижения периферического слуха манифестируют особый тип нарушения, гетерогенный по своим проявлениям. Данный тип нарушения определяется:
 - слабой выраженностью расстройства слуховой функции,
 - подвижным взаимодействием двух составляющих в различные возрастные

- периоды,
- возможностью полного устранения одной или двух составляющих дефекта при условии своевременного коррекционного воздействия.
4. Осложненный дефект более резистентен к традиционному логопедическому воздействию и требует применения специфических, индивидуальных коррекционных приемов.
 5. Нарушения речи, осложненные минимальным снижением периферического слуха, достаточно распространены в детском возрасте. Раннее выявление осложненного небольшим снижением слуха речевого дефекта и целенаправленная система коррекционной работы, направленная на нарушенные анализаторы, приводит к нормализации или значительной компенсации, как речи, так и слуха; является протекторной в отношении письменно-речевых расстройств.

Основное содержание исследования отражено в следующих публикациях:

1. Принципы обследования детей со сложным речевым дефектом // Новые методы диагностики и лечения в оториноларингологии: Тез. докл. VIII науч.-практич. конф. оториноларинг. г. Москвы 16 октября 1998 г.- М., 1998.- С. 67.
2. Факторы риска тугоухости и глухоты у детей и их значение для ранней диагностики нарушений слуха // V конгресс педиатров России «Здоровый ребенок»: Тез. докл. конгресса 16-18 февраля 1999 г.- М., 1999.- С. 438 (в соавторстве с Я. М. Сапожниковым, Е. Ю. Радциг, А. П. Якушковой).
3. Проблема диагностики минимальных нарушений слуха у детей с дефектами речи // Современные методы дифференциальной и топической диагностики нарушений слуха: Тез. докл. науч.-практич. конф. в г. Суздаль 7-8 декабря 1999 г.- М., 1999.- С. 119-120 (в соавторстве с Я. М. Сапожниковым, Г. В. Чиркиной).
4. Минимальные нарушения слуха у детей с речевой патологией // Дефектология.- 2000.- № 3.- С. 48-54.
5. Влияние минимальной слуховой депривации на развитие речи детей // Актуальные проблемы образования и медицины: Сб. науч. тр.- Курск: МУ «Изд-во центр ЮМЭКС», 2001.- С. 91-93.
6. Стратегия логопедического воздействия при сочетании недоразвития речи и минимальных нарушений слуха у детей дошкольного возраста // Дефектология.- 2001.- № 4.- С. 58-68.