

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГРУБЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ

С. В. Клевцова

Аннотация. Настоящая работа посвящена изучению детей с грубыми нарушениями речи, а именно с алалиями, обусловленными слуховыми агнозиями, системными артикуляционными апраксиями или фонематическим дефицитом элементарного уровня языка. Основной задачей в контексте настоящего исследования является выделение разных вариантов алалии у детей с нормальным слухом и интеллектом, описание их отличительных особенностей и причинных мозговых механизмов.

Ключевые слова: речевая функция, слуховая агнозия, дифференциальная диагностика, алалия, варианты алалии

ISSUES IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SEVERE SPEECH DISORDERS IN CHILDREN WITH SPEECH DELAY

S. V. Klevtsova

Abstract. The article reports the results of the study of children with severe speech disorders, namely, speech delay caused by auditory agnosias, systemic articulatory apraxias, or phonemic deficits at the elementary level of the language. Primarily, the study aimed to identify different types of speech delay in children with normal hearing and intelligence and to describe their distinctive features and causal brain mechanisms.

Keywords: speech function, auditory agnosia, differential diagnosis, speech delay, types of speech delay

Введение

Как известно, алалии, проявляющиеся в виде грубых нарушений речи у детей с первично сохраненным слухом и интеллектом, состоят в неспособности понимать речь окружающих и говорить. В качестве первопричин этого могут выступать разные факторы, что осложняет проблему диагностики и, как следствие, определение адекватных путей коррекционной помощи детям.

Известно, что базисным для развития у детей речи является слуховое восприятие, которое также обозначается как речевой слуховой гнозис. Его сохранность является изначальным условием развития речи в целом.

Более того, возможность овладения речью детьми подразумевает и наличие способности различать на слух *неречевые* звучащие стимулы (неречевой слуховой гнозис), что обусловлено особенностями «изобретения» человеком речи в исторической ретроспекции (подражание звукам природы, «голосам» животных). Кроме того, мозговое обеспечение устной речи рассматривается нами как представленное разными уровнями, а именно: 1) гностико-праксическим, в котором ведущая роль принадлежит слуховому восприятию; 2) языковым, т. е. фонематическим и грамматическим. Овладеть операциями речевого гнозиса ребенок может только с помощью восприятия речи на слух, и, следо-

вательно, его нарушения изначально препятствует овладению речью в целом. Нарушения в овладении операциями артикуляционного праксиса не носят столь тотального характера, поскольку они не препятствуют полностью способности детей понимать речь окружающих.

Проблематика исследования

Несмотря на всеобщее согласие с тем, что слуховое восприятие и речедвигательная способность являются основными каналами развития у детей речи, проблема их грубых нарушений в виде слуховых агнозий и артикуляционных апраксий до сих пор не занимает центрального места в исследованиях, посвященных детям с алалией (неговорящим детям, по определению Р. Е. Левиной [4]). Такая ситуация приводит к тому, что не имеется единых критериев дифференциального подхода к выявлению грубых нарушений развития у детей речи в зависимости от различий их причинных факторов.

Для обоснования этого утверждения нами было проведено изучение литературы, имеющей отношение к данной проблеме.

Обзор источников

В 40-х годах прошлого века Р. Е. Левиной и Р. М. Боскис было проявлено внимание к детям с нормальным слухом, но с неспособностью к правильной слуховой обработке речевых стимулов [1]. По мнению авторов, такая неполноценность слухового восприятия осложняет обучение детей грамоте. В 1960 г. В. К. Орфинской [5] были описаны алалии, обусловленные недоразвитием одного из анализаторов — слухоречевого или речедвигательного. Они были включены в ее классификацию нарушений речи в качестве вариантов сенсорной и моторной алалии. Н. Н. Трауготт [10] высоко оценила эту инициативу Орфинской, подчеркнув, что внимание к дефектам слуховой и речедвигательной сферы на анализаторном уровне высоко продуктивно. Трауготт, в свою очередь, также описала детей с нарушениями речевого развития вследствие неполноценности слу-

хоречевого восприятия, названного ею *замыкательной акупатией* [9].

В настоящее время необходимость учета состояния у детей слухового восприятия, в частности, при сенсорной алалии, признается целым рядом отечественных авторов (С. Н. Шаховская, Е. Л. Черкасова, Т. Б. Филичева, В. А. Ковшиков, Р. И. Лалаева, О. С. Жукова и др. [11]). При этом прямым возвращением к взглядам Орфинской и Трауготт можно считать разработки по систематизации речевых расстройств, выполненные Т. Г. Визель [2]. Этот автор признает правомерным выделение вариантов отсутствия у детей речи, в основе которых лежат грубые слуховые неречевые и речевые агнозии, артикуляционные апраксии и фонематический дефицит. В рамках нейролингвистической классификации нарушений речи они обозначены как агностические, апраксические и фонематические (языковые) алалии.

В зарубежных классификации нарушений речи у детей широко включаются те формы, которые обусловлены нарушением слуховой обработки [15; 17; 21]. Более того, К. Швайман [21] оперирует непосредственно феноменом вербальной слуховой агнозии (*verbal auditory agnosia*), под которым понимает нарушение восприятия и опознания звуков, несмотря на сохранный слух. Закономерным следствием этого данный автор считает слабость когнитивных и языковых функций, таких как речь, чтение и письмо. Наряду с этим имеются сведения и о том, что нарушения у детей способности к слуховой обработке речи приводят не только к нарушениям ее развития, но и к дислексии и синдрому дефицита внимания и гиперактивности (далее — СДВГ), которые встречаются достаточно часто. При этом отмечается, что у детей возникают проблемы в овладении языком и обучении в целом; вероятными признаются также эпизоды асоциального поведения.

Большая часть современных работ по проблеме слуховых агнозий выполнена с использованием средств нейровизуализации, поэтому в них содержатся сведения, касающиеся

мозговых механизмов нарушений у детей речи. На современном этапе представления о локальных поражениях речевых зон мозга как об основной причине грубых нарушений развития речи активно сменяется точкой зрения о решающей роли состояния *проводящих систем мозга*. Утверждается, что пока разные области коры мозга не приобрели жесткой специализации, факт их анатомической сохранности менее важен, чем качество взаимодействия между собой. Однако только в начале нынешнего века появилась возможность доказать справедливость этого утверждения путем исследований с использованием техники нейровизуализации. В 2010 г. появились исследования П. Куль, посвященные непосредственно мозговым механизмам развития у детей речи и тем, которые обуславливают его нарушения. Они выполнены неинвазивными, безопасными функциональными методами, которые можно использовать, начиная с рождения ребенка [20]. Языковое (речевое) развитие, сообщают Куль [20], А. Хофф [18], Д. Брефчински-Льюис [13], начинается в виде самых ранних реакций мозга младенцев на фонетические стимулы. Это очень рано отражается на их языковых способностях, а затем и на способностях к чтению, на втором, третьем и пятом годах жизни. Эти сведения представляются важными и в теоретическом, и в практическом (клиническом) отношениях. Отсутствие этих реакций свидетельствует о неблагоприятных речевого развития.

Вместе с тем в рамках метода нейровизуализации обнаруживаются и анатомические аномалии мозга. Так, результаты, полученные Э. Вит [16], Г. Кардон [14], И. А. Скворцовым [7; 6; 9], показали, что нарушения развития детей, в том числе и речевого, могут быть обусловлены уменьшением толщины коры, а также увеличением расстояния между сетевыми узлами и аномалиями в строении и функциях мозжечка.

Г. Кардон с соавторами («Нейронные корреляты сенсорных аномалий при нарушениях развития») считают возможным наличие еще более общих нейронных механизмов,

которые обуславливают разные виды нарушений развития детей, независимо от диагноза. В качестве такого механизма признается «синаптическая обрезка» в период созревания коры мозга. Разъясняется, что это выливается в недостаточность синаптических соединений в сетевых путях мозга [14].

Несмотря на такое активное изучение в настоящее время состояния у детей слуховой обработки, до сих пор нет единой точки зрения на то, являются ли ее нарушения отдельным, самостоятельным расстройством. Неврологи и психиатры, опираясь на диагностические руководства международного уровня (МКБ-11 и DSM-5 [3]), как правило, не перечисляют его к отдельному виду речевой патологии. В отличие от этого специалисты, занимающиеся непосредственно нарушениями речи у детей, склонны придавать неполноценностям слуховой обработки наиболее важную, первостепенную и патогенетическую роль. Это отражается в многочисленных публикациях по проблеме развития у детей речи.

Исходя из отсутствия единых критериев дифференциальной диагностики грубых нарушений речи у детей с алалией, нами было решено провести экспериментальное исследование, цель которого — дифференциальная диагностика особенностей ее вариантов в зависимости от обусловившего их причинного фактора.

Далее приводится краткое изложение результатов проведенного исследования.

Контингент и методы исследования

В течение ряда лет нами изучено 217 детей дошкольного возраста (от 3 до 6 лет) с отсутствием речи, сохранным слухом и первично сохранным интеллектом. В соответствии с документацией при поступлении на обследование из 217 детей с отсутствием речи 42% детей (91 ребенок) имели документированный диагноз расстройства аутистического спектра (далее — РАС).

Нами была поставлена конкретная задача, состоящая в выявлении среди детей с нарушениями развития тех, у которых в центре

синдрома были грубые слуховые агнозии (неречевая и речевая), артикуляционная апраксия или фонематическая недостаточность, и разделить этих детей на подгруппы в зависимости от причинного фактора алалии.

Основной метод изучения детей — констатирующий эксперимент, а конкретные задания определялись задачей вынесения ребенку с грубым нарушением развития речи дифференцированного и обоснованного логопедического заключения. Были отобраны следующие диагностические задания: № 1 «Реакция на звук», № 2 «Различения неречевых шумов», № 3 «Отклик на имя», № 4 «Различение звукоподражательных слов», № 5 «Выполнение простых устных инструкций», № 6 «Состояние мышц артикуляционного аппарата», № 7 «Состояние орального праксиса», № 8 «Повторение слов», № 9 «Представление об обобщенном образе предмета», № 10 «Показ предмета по слову», № 11 «Называние предметов», № 12 «Доска Сегена», № 13 «Пирамидка».

Важную часть обследования детей составляли также: 1) данные анамнеза (по медицинской документации и со слов родителей), 2) собственные наблюдения за обликом и поведением ребенка во время обследования.

Основными ориентирами, играющими определяющую роль относительно варианта алалии, были:

- 1) способность/неспособность реагировать на неречевые и/или слуховые стимулы. Если обнаруживалась неспособность к этому, то алалия считалась агностической. Вся остальная симптоматика рассматривалась как системная или сочетан-

ная, поскольку в рамках речевой функции гностический уровень мозгового обеспечения речи является базисным;

- 2) способность/неспособность показывать предметы по воспринятому на слух слову, т. е. понимать слова при отсутствии грубых слуховых агнозий;
- 3) если обнаруживалось непонимание слов, т. е. ребенок не мог показывать предметы по услышанному слову, то алалия расценивалась как наиболее грубая из языковых алалий, а именно сенсорная фонематическая;
- 4) поскольку грубые нарушения речи у детей не ограничивались лишь расстройствами импрессивной речи, нами учитывалось и состояние способности/неспособности повторять речевые стимулы при отсутствии речевой слуховой агнозии; если обнаруживалась неспособность повторения предъявленных стимулов, то алалия считалась апраксической (афферентной или эфферентной).

Результаты исследования

По результатам диагностики из 217 изученных детей у 188 причинными факторами алалии были слуховая агнозия (неречевая и речевая), фонематическая недостаточность и артикуляционная апраксия. У остальных 29 детей первичная причина отсутствия речи была иной и разной, но в любом случае она носила неречевой характер. Результаты дифференциальной диагностики у детей нарушений, обусловленных причинными факторами, относящимися к речевой и неречевой сферам, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Количественное соотношение детей в зависимости от специфики причинного фактора

Table 1

The break-down of children by a causative factor of speech delay

	Причинный фактор, относящийся к речевой сфере	Причинный фактор, относящийся к неречевой сфере
Кол-во детей	188	29
Всего	217	

Как видно, у 29 детей первичный причинный фактор нарушений развития не был собственно речевым. По медицинским документам у 17 детей был указан диагноз расстройства аутистического спектра (далее — РАС), у 8 детей выявлены генетические нарушения, а у 4 детей диагностирована умственная отсталость.

Обращает на себя внимание, что из 91 ребенка, поступившего на обследование с диагнозом РАС, причинным фактором отсутствия речи у 74 детей оказались грубые слуховые агнозии или артикуляционные апраксии. К тому же эти дети, согласно нашим наблюдениям, не сопротивлялись вступлению в контакт с обследующим, не противились телесным прикосновениям и главному контакту. Они адекватно реагировали на вовлечение в игровые ситуации. У них отсутствовали ритуалы, поведенческие стереотипии. У таких детей присутствовало эмоциональное оживление, способность «заражаться эмоцией», чувство эмпатии. При этом у них обнаруживалось наличие грубых неречевых и речевых агнозий или артикуляционных апраксий. Создавалось впечатление, что диагноз РАС выносился данным детям на основании отсутствия способности к речевому контакту. Согласно собственным представлениям, отсутствие речи, в первую очередь, является проявлением алалии, а некоторые поведенческие особенности, напоминающие симптомы РАС, в частности ограничения в коммуникативной сфере, могут являться вторичными.

Следующая задача дифференциальной диагностики состояла в выявлении у детей основного причинного фактора, относящегося к речевой сфере. Было обнаружено, что у 59 детей таким причинным фактором алалии была неречевая слуховая агнозия; у 69 детей причинным фактором алалии была речевая слуховая агнозия; у 27 детей причинный фактор выступал в виде грубой фонематической недостаточности; у 33 детей алалия была обусловлена грубой артикуляционной апраксией. Все изучаемые дети были разделены на экспериментальную

группу (далее — ЭГ) и контрольную группу (далее — КГ), что было обусловлено проведением в дальнейшем формирующего эксперимента.

Ниже приводятся клинические примеры грубых нарушений речи у детей с алалиями, обусловленными различными причинными факторами.

Пример 1

Бан-й Данил, 3,5 года. Жалобы: отсутствие речи.

Анамнез. Беременность со слов мамы, протекала без особенностей. Роды осложненные: «Долго не было врачей, “пришлось много ходить, ждать”. У новорожденного неврологом отмечено наличие внутричерепной гипертензии. Были зарегистрированы также аллергические реакции на продукты, содержащие козеин». Психиатром поставлен диагноз РАС. По словам мамы, ребенок детьми интересуется, наблюдает за ними, пытается вступить в контакт, но дети его не принимают.

На приеме. Визуально регистрируется деформация черепа ребенка (височные вдавления, больше слева, выпуклость лобной доли). Поведение спокойное. Ребенок легко вступает в контакт, не противится телесным прикосновениям.

Неречевая слуховая сфера: мальчик не выполняет пробы на различение простых неречевых шумов. На звуки вне поля зрения не реагирует. Понимание речи отсутствует: мальчик не соотносит слово (даже звукоподражательное) и обозначаемый им предмет. В собственной речи имеются лишь стереотипные вокализации, которыми ребенок привлекает к себе внимание взрослых.

Простые мыслительные операции выполняет без труда.

По результатам обследования, выявлена грубая задержка психоречевого развития, обусловленная неречевой и речевой слуховой агнозией и выступающая на фоне первично сохранного мышления.

Мозговым механизмом данного нарушения является неполноценность внутризональ-

ных связей между первичными и вторичными полями коры височных долей правого полушария мозга.

Пример 2

А-ов Алексей, 3,8 лет, консультирован в связи с необходимостью уточнения нейрорепсихологического статуса. Жалобы на отсутствие речи. По словам мамы, в бытовых ситуациях догадывается о содержании обращенной речи. Не слушает, когда ему читают книги.

Анамнез. Беременность с помощью ЭКО. Внутримозгово у плода обнаружены внутримозговые кисты, в III семестре проведено лечение. Комплекс оживления, гуление, лепет были скудными. В 1 год 2 мес. ребенок перенес ротавирусную инфекцию в тяжелой форме. По данным аудиограммы физический слух сохранен, но в настоящее время речь отсутствует. С 3 лет состоит на учете у психиатра по поводу РАС.

На приеме. Во время обследования ребенок выказывает знаки полевого поведения, действия хаотичны, не соответствуют возрастным нормативам. При этом симптомы отторжения телесных прикосновений отсутствуют, глазной контакт устанавливается, ребенок эмоционально оживлен, улыбается, смеется.

Элементарное мышление: доски Сегена выполняет по возрасту, собирание пирамидки не вызывает затруднений.

Речь: отсутствует внимание к простым устным инструкциям. Предметы (реальные и на картинках) по слову не показывает. Отсутствуют даже поисковые и ошибочные действия. При этом неречевые шумы ребенок различает. Показал игрушку-кошку по звукоподражательному слову *мяу-мяу*, а также игрушку-собаку по звукоподражанию *ав-ав*. Музыку воспринимает лучше: танцует, подпевает.

По результатам обследования сделан вывод о том, что у ребенка имеет место агностическая алалия, обусловленная наличием грубой речевой слуховой агнозии, выступа-

ющей на фоне первично сохранного мышления. Дополнительно — симптомы СДВ.

Мозговым механизмом данного нарушения является неполноценность комиссуральных связей между вторичными полями коры височных долей правого и левого полушарий мозга.

Пример 3

В-ая Вика, 3,3 года. Жалобы на отсутствие речи.

Анамнез. Беременность и роды без особенностей. Моторное развитие по возрасту. Речевое развитие: гуление и лепет в срок, первые слова в 1,5 года, неразборчиво. Дошкольные учреждения не посещает.

На приеме. Девочка пропорционально сложена, активна и адекватна в поведении. Охотно вступает в контакт, эмоционально реагирует на обращение к ней и на окружающую обстановку. Поведение ребенка не полевое и не гипердинамичное, т. к. она постоянно проявляет инициативу к деятельности, которую выбирает сама. Попытки организовать реакцию ребенка на выполнение диагностических проб малопродуктивны. Это связано с тем, что девочка не посещает детское учреждение и занятия с ней не проводились. Предположительно имеет место педзапущенность (родители книг ребенку не читают, специально не развивают). Функция произвольного внимания резко ослаблена. Девочка не интересуется картинками и предметными звуками (барабан, колокольчик).

При обследовании периферической части речевого аппарата выявлено мелкозубье, кариес на всех зубах, верхние зубы укорочены (до десны) и покрыты защитным серебром. Оральный праксис без грубых нарушений: позы воспроизводит правильно, может подуть, поднять язык, подвигать в стороны. Артикуляционный праксис не сформирован: ребенок не может воспроизвести ни одного звукоподражания, как предметного, так и природного.

Понимание речи без грубых нарушений, однако слуховое внимание ребенка привлечь трудно как к неречевым звукам, так и к речи.

Собственная речь. Необычно высокая речевая активность: девочка постоянно что-то «говорит на своем языке». Прислушиваются абрисы отдельных слов (нечетко и в основном гласные звуки), интонирование богатое и адекватное. «Речь» постоянно сопровождается мимикой, жестами, которыми девочка осмысленно и успешно пользуется. Создается внешнее впечатление речи, хотя и абрисной, а также смазанной. Просодическая сторона речи резко обгоняет артикуляционно-произносительную.

По результатам обследования сделан вывод о том, что у ребенка имеет место апраксия, обусловленная наличием грубой артикуляционной апраксии.

Мозговым механизмом данного нарушения является неполноценность вторичных полей премоторной области левого полушария (эфферентная артикуляционная апраксия) и частично теменной коры (афферентная артикуляционная апраксия).

Пример 4

Г-ов Федя, 5 лет. Консультирован в связи с особенностями речевого развития и уточнения программы коррекционного обучения.

Анамнез (со слов мамы). Роды с осложнениями: большая голова у плода — трудности прохождения по родовым ходам. Была констатирована гипоксия плода. Младенческий период протекал с запаздыванием всех функций: голову стал держать в 5 мес., пошел в 1 год 2 мес. (с поддержкой). Не ползал. Гуления, лепета не было. В 1 год стал интонационно подражать речи взрослых: при отсутствии значимых слов создавалось впечатление фразы. В 2,5 года стал сознательно говорить *мама* и *папа*. В центре «Прогноз» (СПб) у мальчика была констатирована дизартрия. Рекомендованы логопедические массажи.

На приеме. Ребенок контактен, приветлив. Поведение адекватное. Обращает на себя внимание деформация формы черепа.

Мышление первично сохранно, однако не достигает категориального уровня, предписанного возрастом. В тестах на исключе-

ние 4-го лишнего он часто не понимает задания и при выборе предмета для исключения часто ошибается.

В рамках речевой функции: имеет место логорея, основной компонент которой составляют эхолалии. Одни из них непосредственно отражают только что услышанное, другие воспроизводятся по памяти (из просмотренных мультфильмов и речи взрослых). Просодическая сторона высказываний сходна с нормативной речью (высокая степень способности к имитации). Высказывания мальчика бессмысленны, но это его не смущает. Иногда сквозь обилие посторонних слов «прорываются» адекватные слова и фразы. Сам ребенок не отличает свою осмысленную речь от бессмысленной. Понимание речи окружающих неполное. При этом задания на повторение звуков речи и слов выполняются ребенком в большинстве случаев правильно. Ребенок достаточно легко обучился механически читать и писать (списывать и частично писать под диктовку). Попытки понять читаемое или осмыслить то, что записывается под диктовку, отсутствуют. Опора на материал, иллюстрирующий читаемое, несколько помогает понятийной стороне речи, но не решает проблему. Произносительная сторона речи без значимых искажений, так что логопедическое заключение «дизартрия» было оценено как ошибочное.

По результатам обследования сделан вывод о том, что у ребенка имеет место фонематическая (языковая) алалия (традиционно сенсомоторная).

Мозговым механизмом данного нарушения является незрелость третичной коры височной доли левого полушария, обеспечивающей приобретение фонематического слуха. Гиперкомпенсаторная активность вторичных полей речевой коры, что проявляется в наличии эхолалий.

Обсуждение результатов

Результаты выполненного исследования позволили сделать вывод, что для большинства детей с грубыми слуховыми агнозиями

характерно отсутствие отклика на имя, использование жестов вместо слов. Это обуславливает появление тенденции к обособлению от окружающих, что естественным образом объясняется невозможностью речевого контакта с ними. Повышенная невротизация таких детей также обусловлена их некомфортной позицией в мире говорящих людей. Двигательные стереотипии и симптомы гиперактивности, наблюдаемые у некоторых из изученных детей, носят, как правило, заместительный характер, т. е. используются вместо тех адекватных действий, которые закономерно возникают в ответ на речевые ситуации. Они обусловлены не неприятием ребенком внешнего мира и людей в нем (как это имеет место при РАС), а невозможностью участвовать в событиях жизни из-за неспособности понимать речь окружающих. Желание контактировать не отсутствует, оно есть, но ребенок с грубым дефектом слухового восприятия не в состоянии его реализовать. Кроме того, дети с такой алалией не противятся, подобно детям с РАС, телесным прикосновениям, глазной контакт с ними устанавливается, они проявляют живые эмоции, в частности при виде новой красивой игрушки и пр.

Ошибки, состоящие в гипердиагностике РАС, ярко отражены в зарубежных источниках литературы. Группа исследователей [12; 19] обратила внимание на то, что некоторые дети с диагнозом РАС со временем утрачивают его. Авторами показано, что среди детей в возрасте 3–17 лет, у которых ранее врачами были диагностированы РАС, 38% не имели диагноза на момент опроса, но при этом у них были выявлены выраженные нарушения слуховой обработки (44,6%). По данным авторов, диагноз РАС ставился также детям, у которых по мере взросления оставались симптомы СДВГ (26% детей). Делается вывод, что только часть детей получает диагноз из-за сходства симптоматики синдромов, а чаще он ставится в целях облегчения родителям задачи получения различных льгот. Авторы считают, что имеется

острая необходимость дифференциальной диагностики детей с нарушениями речи, обозначаемыми ими как тяжелые (*severe speech disorders*).

Наиболее важными результатами нашего экспериментального диагностического обследования детей явились те, которые позволили выделить детей с разными вариантами алалии, соответствующими тем, которые входят в современную нейролингвистическую классификацию нарушений речи Т. Г. Визель (2020). Преимуществом такой систематизации речевых нарушений у детей является их отнесение к разным уровням их мозговой организации. Выявлено, что наиболее часто грубые нарушения речи у детей обусловлены незрелостью структур мозга гностико-праксического уровня. Это, в свою очередь, позволило выносить рекомендации относительно возможных путей коррекции у детей речевых расстройств. Значительная часть детей были обследованы повторно. В этих случаях у них выявлялись улучшения. У детей отмечались изменения в речевом статусе, которые демонстрируют возможность трансформации алалии из агностической в апраксическую. Это мы объясняем тем, что при ослаблении симптомов слуховых агнозий ребенок начинает, хотя бы частично, слышать речь и делать попытки переноса услышанного в собственную артикулированную речь. На центральный план в таких случаях выступает состояние артикуляционного праксиса, обследование которого ранее было невозможно из-за наличия грубой слуховой агнозии. Благодаря этому становится понятным, что у одних детей с алалией, обусловленной слуховыми агнозиями, артикуляционный праксис первично может быть не нарушенным, и они, оказавшись вне слухового дефицита, начинают спонтанно говорить (артикулировать). У других детей за фасадом слуховых агнозий скрыты нарушения артикуляционного праксиса. Если способность говорить не возникает при ослаблении недостаточности слухового восприятия речи, это свидетельствует о том, что и артикуляционная сфера

неполноценна первично. Таких детей с алалиями, обусловленными как агностическими, так и апраксическими нарушениями, немало.

Выводы об этиологии грубых нарушений развития речи у изученных детей делались нами на основании распространенных медицинских положений о негативном значении перинатальных осложнений и их влиянии на центральную нервную систему ребенка. По поводу мозговых механизмов мы судили, исходя из представлений нейропсихологии о функциональных ролях зон мозга (А. Р. Лурия и его школа) и значении межзональных связей как межполушарных, так и внутриполушарных (концепция коннективности). Считаю учет мозговых механизмов нарушений речи у детей с современных позиций важным в плане выводов о направлениях и методах коррекционной работы по их устранению.

Помимо отмеченного выше, следует подчеркнуть и то, что сроки устранения или смягчения причин безречия у детей чрезвычайно коротки. Поэтому неговорящие дети с грубым нарушением импрессивной речи находятся в группе риска к появлению у них симптомов интеллектуальной недостаточности. Это обуславливает остроту проблемы своевременного выявления причин безречия у детей, без чего действенная помощь им невозможна.

Выводы

Отсутствие речи у детей обусловлено наличием различных причинных факторов, выступающих в виде нарушений восприятия неречевых стимулов и речи на слух (слуховые агнозии), артикуляционных апраксий и грубой недостаточности фонематического восприятия. Их наличие, несмотря на со-

хранный слух, лишает детей возможности осуществить самые начальные шаги по вхождению в такую важную функцию, как речевая. Аналогичным, хотя и менее частым и грубым препятствием развития речи, является артикуляционная апраксия.

Причинная роль нарушений слухового восприятия и артикуляционного праксиса более века обсуждается в отечественной и зарубежной литературе, однако окончательное и широкое признание их основной причиной грубой алалии отсутствует. Соответственно не является и общепризнанным обозначение таких алалий терминами «агностические» или «апраксические». Однако еще Н. Н. Трауготт [9] высоко оценила новаторскую для того времени идею В. К. Орфинской отнесения одних алалий к уровню речевых анализаторов (слухоречевого или речедвигательного), а других — к уровню языка. Оперирование понятиями слуховых агнозий и артикуляционных апраксий, а также признание их причиной алалий, обуславливающих у детей отсутствие речи, позволяет дифференцированно подойти к диагностике речевых расстройств у разных контингентов детей.

Результаты проведенного нами исследования показали, что выявление слуховых агнозий и других причинных факторов нарушений речи у неговорящих детей является также одним из оснований для исключения их из разряда детей с РАС и детей с другими первично неречевыми дефектами психики. Считаю возможным еще раз подчеркнуть практическую значимость этого утверждения. От того, какой диагноз будет поставлен неговорящему ребенку, зависит его дальнейшая судьба, поскольку и лечение, и коррекция могут оказаться несоответствующими и, главное, упускающими время.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Боскис Р. М., Левина Р. Е. Об одной из форм акустической агнозии: косноязычие в речи и письме // Невропатология, психиатрия, психогигиена. 1936. Т. V. № 5. С. 829–838.
2. Визель Т. Г. Прикладная нейролингвистика. М.: Московский институт психоанализа, 2020. 337 с.
3. Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам. 5-е изд. [Электронный ресурс]. URL: <https://ru.wikibrief.org/wiki/DSM-5> (дата обращения 03.01.2023).

4. Левина Р. Е. Опыт изучения неговорящих детей (алаликов). М.: Учпедгиз, 1951. 120 с.
5. Орфинская В. К. Сравнительный анализ нарушений речи при афазии и алалии: дис. ... д-ра пед. наук. Л., 1960. 627 с.
6. Скворцов И. А. Феномен экспансии функциональных систем в нейроонтогенезе // Альманах «Исцеление». Т. 5. М.: Тривола, 2001. С. 9–13.
7. Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. М.: МЕДпресс-информ, 2003. 367 с.
8. Скворцов И. А. Детский аутизм в неврологии. М.: МЕДпрессинформ, 2020. 592 с.
9. Трауготт Н. Н. Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии: Экспериментально-клиническое исследование. Л.: Наука, 1975. 179 с.
10. Трауготт Н. Н. Лингвистический анализ афазии и алалии в работах В. К. Орфинской // Специальное образование. 2019. № 3 (55). С. 12–35. <https://www.doi.org/10.26170/sp19-03-02>
11. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): в 2 т. Т. II / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. М.: ВЛАДОС, 1997. 656 с.
12. Blumberg S. J., Zablotzky B., Avila R. M., Colpe L. J., Pringle B. A. et al. Diagnosis lost: Differences between children who had and who currently have an autism spectrum disorder diagnosis // *Autism*. 2016. Vol. 20. No. 7. P. 783–795. <https://doi.org/10.1177/1362361315607724>
13. Brefczynski-Lewis J. A., Lewis J. W. Auditory object perception: A neurobiological model and prospective review // *Neuropsychologia*. 2017. Vol. 105. P. 223–242. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.034>
14. Cardon G., Campbell J., Sharma A. Plasticity in the developing auditory cortex: Evidence from children with sensorineural hearing loss and auditory neuropathy spectrum disorder // *Journal of the American Academy of Audiology*. 2012. Vol. 23. No. 6. P. 396–411. <https://doi.org/10.3766/jaaa.23.6.3>
15. Choi S. M. R., Kei J., Wilson W. J. Hearing and auditory processing abilities in primary school children with learning difficulties // *Ear and Hearing*. 2019. Vol. 40. No. 3. P. 700–709. <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000000652>
16. de Wit E., van Dijk P., Hanekamp S., Visser-Bochane M. I., Steenbergen B. et al. Same or different: The overlap between children with auditory processing disorders and children with other developmental disorders: A systematic review // *Ear and Hearing*. 2018. Vol. 39. No. 1. P. 1–19. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000479>
17. Gokula R., Sharma M., Cupples L., Valderrama J. T. Comorbidity of auditory processing, attention, and memory in children with word reading difficulties // *Frontiers Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 2383. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02383>
18. Hoff G. E. A.-J., Van den Heuvel M. P., Benders M. J. N. L., Kersbergen K. J., De Vries L. S. On development of functional brain connectivity in the young brain // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013. Vol. 7. Article 650. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00650>
19. Kogan M. D., Blumberg S. J., Schieve L. A., Boyle C. A., Perrin J. M. et al. Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US // *Pediatrics*. 2009. Vol. 124. No. 5. P. 1395–1403. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1522>
20. Kuhl P. K. Brain mechanisms in early language acquisition // *Neuron*. 2010. Vol. 67. No. 5. P. 713–727. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.038>
21. Liu P., Zhu H., Chen M., Hong Q., Chi X. Electrophysiological screening for children with suspected auditory processing disorder: A systematic review // *Frontiers in Neurology*. 2021. Vol. 12. Article 692840. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.692840>
22. Swaiman's pediatric neurology: Principles and practice / ed. by K. F. Swaiman, S. Ashwal, D. M. Ferriero, N. F. Schor, R. S. Finkel et al. 6th ed. [s. l.]: Elsevier Publ., 2017. 1432 p.

REFERENCES

1. Boskis R. M., Levina R. E. Ob odnoj iz form akusticheskoj agnozii: kosnoyazychie v rechi i pis'me // *Nevropatologiya, psixiatriya, psikhogigiena*. 1936. T. V. № 5. S. 829–838.
2. Vizel' T. G. Prikladnaya nejrolingvistika. М.: Moskovskij institut psikhoanaliza, 2020. 337 s.
3. Diagnosticheskoe i statisticheskoe rukovodstvo po psikhicheskim rasstrojstvam. 5-e izd. [Elektronnyj resurs]. URL: <https://ru.wikibrief.org/wiki/DSM-5> (data obrashcheniya 03.01.2023).
4. Levina R. E. Opyt izucheniya negovoryashchikh detej (alalikov). М.: Uchpedgiz, 1951. 120 s.
5. Orfinskaya V. K. Sravnitel'nyj analiz narushenij rechi pri afazii i alalii: dis. ... d-ra ped. nauk. L., 1960. 627 s.

6. *Skvortsov I. A.* Fenomen ekspansii funkcional'nykh sistem v nejroontogeneze // Al'manakh "Istselenie". T. 5. M.: Trivola, 2001. S. 9–13.
7. *Skvortsov I. A.* Razvitie nervnoj sistemy u detej v norme i patologii. M.: MEDpress-inform, 2003. 367 s.
8. *Skvortsov I. A.* Detskij autizm v nevrologii. M.: MEDpressinform, 2020. 592 s.
9. *Traugott N. N.* Narushenie slukha pri senzornoj alamii i afazii: Eksperimental'no-klinicheskoe issledovanie. L.: Nauka, 1975. 179 s.
10. *Traugott N. N.* Lingvisticheskij analiz afazii i alalii v rabotakh V. K. Orfinskoj // Spetsial'noe obrazovanie. 2019. № 3 (55). S. 12–35. <https://www.doi.org/10.26170/sp19-03-02>
11. Khrestomatiya po logopedii (izvlecheniya i teksty): v 2 t. T. II / pod red. L. S. Volkovoj, V. I. Seliverstova. M.: VLADOS, 1997. 656 s.
12. *Blumberg S. J., Zablotsky B., Avila R. M., Colpe L. J., Pringle B. A. et al.* Diagnosis lost: Differences between children who had and who currently have an autism spectrum disorder diagnosis // *Autism*. 2016. Vol. 20. No. 7. P. 783–795. <https://doi.org/10.1177/1362361315607724>
13. *Brefczynski-Lewis J. A., Lewis J. W.* Auditory object perception: A neurobiological model and prospective review // *Neuropsychologia*. 2017. Vol. 105. P. 223–242. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2017.04.034>
14. *Cardon G., Campbell J., Sharma A.* Plasticity in the developing auditory cortex: Evidence from children with sensorineural hearing loss and auditory neuropathy spectrum disorder // *Journal of the American Academy of Audiology*. 2012. Vol. 23. No. 6. P. 396–411. <https://doi.org/10.3766/jaaa.23.6.3>
15. *Choi S. M. R., Kei J., Wilson W. J.* Hearing and auditory processing abilities in primary school children with learning difficulties // *Ear and Hearing*. 2019. Vol. 40. No. 3. P. 700–709. <https://doi.org/10.1097/aud.0000000000000652>
16. *de Wit E., van Dijk P., Hanekamp S., Visser-Bochane M. I., Steenbergen B. et al.* Same or different: The overlap between children with auditory processing disorders and children with other developmental disorders: A systematic review // *Ear and Hearing*. 2018. Vol. 39. No. 1. P. 1–19. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000479>
17. *Gokula R., Sharma M., Cupples L., Valderrama J. T.* Comorbidity of auditory processing, attention, and memory in children with word reading difficulties // *Frontiers Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 2383. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02383>
18. *Hoff G. E. A.-J., Van den Heuvel M. P., Benders M. J. N. L., Kersbergen K. J., De Vries L. S.* On development of functional brain connectivity in the young brain // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013. Vol. 7. Article 650. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2013.00650>
19. *Kogan M. D., Blumberg S. J., Schieve L. A., Boyle C. A., Perrin J. M. et al.* Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US // *Pediatrics*. 2009. Vol. 124. No. 5. P. 1395–1403. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-1522>
20. *Kuhl P. K.* Brain mechanisms in early language acquisition // *Neuron*. 2010. Vol. 67. No. 5. P. 713–727. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.08.038>
21. *Liu P., Zhu H., Chen M., Hong Q., Chi X.* Electrophysiological screening for children with suspected auditory processing disorder: A systematic review // *Frontiers in Neurology*. 2021. Vol. 12. Article 692840. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.692840>
22. Swaiman's pediatric neurology: Principles and practice / ed. by K. F. Swaiman, S. Ashwal, D. M. Ferrero, N. F. Schor, R. S. Finkel et al. 6th ed. [s. l.]: Elsevier Publ., 2017. 1432 p.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

КЛЕВЦОВА Светлана Вячеславовна — *Svetlana V. Klevtsova*

Московский институт психоанализа, Россия, Москва.

Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia.

ORCID: 0009-0008-6085-7213, e-mail: ksv66673@mail.ru

Преподаватель кафедры специального дефектологического образования.

Поступила в редакцию: 10 января 2023.

Прошла рецензирование: 3 августа 2023.

Принята к печати: 26 октября 2023.