

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КЛАССИФИКАЦИЯМ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

MODERN APPROACHES TO THE CLASSIFICATION OF SPEECH DISORDERS

I. Karelina
G. Solomatina

Summary: The article is devoted to one of the most pressing issues of speech therapy – the creation of a classification of speech development delays in young children. The article discusses the main approaches to the classification of speech disorders in children, adolescents and adults in speech therapy. The historical issues of the development of clinical-pedagogical and psychological-pedagogical classifications are highlighted. The criteria by which these classifications were developed are considered. The question is raised that at present, although these classifications complement each other, they do not cover the diversity of all speech disorders and speech development in children. Speech disorders such as delayed speech development (OCD) in young children, speech underdevelopment in children with hearing and intellectual disabilities, as well as speech disorders in children with autism spectrum disorders (ASD) are not included in the classifications.

Keywords: speech disorders, clinical-pedagogical and psychological-pedagogical classifications, hearing and intellectual impairments, autism spectrum disorders, speech development delays, children, young children.

Карелина Инна Борисовна

кандидат педагогических наук, доцент, Ярославский
государственный педагогический университет
им. К.Д. Ушинского, (г. Ярославль)
inna76rus@gmail.com

Соломатина Глина Николаевна

доктор педагогических наук, доцент, Кубанский
государственный университет, Россия, (г. Краснодар)
g_solomatina@mail.ru

Аннотация: Статья посвящена одному из наиболее актуальных вопросов логопедии – созданию классификации задержек речевого развития у детей раннего возраста. В статье рассматриваются основные подходы к классификации речевых нарушений у детей, подростков и взрослых в логопедии. Освещаются исторические вопросы разработки клинико-педагогической и психолого-педагогической классификаций. Рассматриваются критерии, по которым разработаны эти классификации. Поднимается вопрос о том, что в настоящее время, хотя эти классификации и дополняют друг друга, они не охватывают разнообразие всех нарушений речи и речевого развития у детей. Такие речевые нарушения, как задержки речевого развития (ЗРР) у детей раннего возраста, недоразвитие речи у детей с нарушениями слуха и интеллекта, а также с речевые нарушения у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) не включены в классификации.

Ключевые слова: речевые нарушения, клинико-педагогическая и психолого-педагогическая классификации, нарушения слуха и интеллекта, расстройства аутистического спектра, задержки речевого развития, дети, дети раннего возраста.

Введение

Исходным условием для разработки технологий преодоления нарушений речевого развития являются научно-обоснованные представления о формах и видах речевых нарушений у лиц с речевыми расстройствами. Ученые в области логопедии на протяжении всей истории развития данной области научного знания стремились к созданию наиболее полных классификаций речевых нарушений, охватывающих всё многообразие речевых расстройств. За последние несколько десятилетий накоплен значительный опыт в смежных с логопедией науках, таких как нейрофизиологии, медицины, пато- и нейропсихологии, отраслей специальной психологии и педагогики, что углубляет познание речевых нарушений, выделяются новые формы этой патологии. В связи с чем в настоящее время вопрос о создании новой классификации становится остроактуальной проблемой.

Целью статьи является раскрытие теоретических основ для классификации речевых нарушений.

В качестве **методов исследования** были использованы теоретический анализ научной литературы, синтез, обобщение.

Изложение основного материала

По мнению многих авторов, разработка классификации речевых нарушений является достаточно сложной проблемой, что обусловлено, с одной стороны, недостаточной изученностью самого механизма речи, с другой стороны, – несовпадением во взглядах исследователей на методологические основы построения классификации [6].

На начальных этапах становления логопедии собственной классификации речевых нарушений у неё не было и даже не ставился вопрос о необходимости ее разработки, так как становление логопедии начиналось на основе успешного развития европейской медицины. Поэтому знания в области изучения речевых расстройств основывались на сложившиеся к концу XIX — началу XX веков в медицине классификации. Одной из первых классификаций речевых нарушений была клиническая

классификация, предложенная А. Куссмаулем в 1877 году, в который он систематизировал и упорядочил терминологию, отражающую суть речевых нарушений. Эта классификация в дальнейшем стала основой ряда модификаций различных классификаций речевых расстройств в научных исследованиях зарубежных и отечественных ученых первой четверти XX в.: Г. Гутцмана, С.М. Доброгаева, В. Олтушевского, Э. Фрешельса и др. [6, с.44].

Классификации Г. Гутцмана, С.М. Доброгаева, В.Ф. Олтушевского, Э. Фрешельса объединяли клинический подход с выделением этиопатогенетических критериев, связанных с выделенными нозологическими формами различных заболеваний. При этом речевые нарушения трактовались как симптом определенного заболевания. Также в этих классификациях использовались латинские и греческие термины, многие из которых получили широкое распространение в мировой науке и сохранились до настоящего времени. В предложенных авторами классификациях отмечались противоречия, в связи с тем, что в основу классификаций были положены разные принципы группировки речевых нарушений, что привело к несоответствию степени значимости того или иного критерия, лежащего в основе той или иной классификации. Таким образом, можно констатировать, что в данных классификациях не было единого принципа группировки речевых нарушений. В следствие чего наблюдались противоречия, как в самой номенклатуре форм и видов речевой патологии, так и в содержании терминов, отражающих конкретное понятие. Нередко одни и тот же термин обозначал разные явления, а схожие нарушения обозначались разными терминами. Так, оказалось, что явления, которые относятся к одному типу речевого нарушения, оказались в разных нозологических группах, а разные явления – в одной группе. Обедненная, фрагментарная, противоречивая картина речевых нарушений, представленная в классификация того времени, стала особенно заметна во второй половине XX столетия в связи со стремительными достижениями в области фундаментальных и прикладных медицинских наук, прежде всего физиологии высшей нервной деятельности, специальной педагогики и психологии, а также филологии [6, с. 45].

Поэтому в логопедии в 60 – 70-е гг. XX века были пересмотрены многие представления о видах речевых нарушений, используемые в неврологии. Сначала М.Е. Хватцев и Ф.А. Рау, а в последующем О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский, Б.М. Гриншпун и другие отечественные исследователи в области логопедии в клиническую классификацию внесли существенные коррективы, в следствие чего представления об отдельных видах речевых нарушений, относившихся к одной форме, были подвергнуты значительным изменениям. При этом значительно пополнилась содержательная характеристика основных видов речевых расстройств, что способ-

ствовало преодолению фрагментарности описанных и сгруппированных в начале XX века отдельных речевых нарушений. В то же время терминологический аппарат логопедии остался неизменным, что фактически не изменило клиническую классификацию. Внесенные коррективы изменили смысловой объем понятий и содержание терминологического аппарата, что привело к однозначности терминов, используемых как в медицине, так и в логопедии. Изменения в клинической классификации, внесенные ведущими отечественными учеными, определили появление клинико-педагогической классификации. Этот процесс привел к осложнению междисциплинарных контактов, которые необходимы для организации и проведения клинико-педагогических мероприятий по коррекции речевых нарушений, поскольку стало наблюдаться расхождение в понимании терминов [6, с.45].

Дальнейшее формирование методологической и теоретической базы логопедии привело к тому, что главенствующим становится системный подход к изучению речевых нарушений, который предполагает изучение речевых нарушений с позиции системного представления о речевой деятельности. Поэтому исследователи стали придерживаться тезиса о неприемлемости прямого переноса в теорию логопедии клинических взглядов, основанных на симптоматическом объяснении речевых нарушений. Основным положением исследователей с опорой на онтогенетический и системный принципы, а также углубленный анализ речевых нарушений, явилось доказательство нецелесообразности отождествления нарушений речи, возникших в процессе развития, и речевых расстройств в уже сформировавшейся системе. В основу квалификации и типологии речевых расстройств должны быть положены другие принципы анализа и на более содержательные критерии в отличие от принципов и критериев клинической классификации, в которой не учитывается возраст пациента, не разграничены дети и взрослые [3].

Последующие исследования в области разработки классификаций речевых нарушений разделились на два направления. Одно направление связано с сохранением традиционных подходов к квалификации речевых нарушений при ее наполнении новым содержанием. Второе направление предполагает отказ от устоявшихся подходов и введение новой группировки речевых нарушений. Представителем второго направления является Р.Е. Левина, которая разработала психолого-педагогическую классификацию речевых нарушений. В основе этой классификации лежит принцип учета общих закономерностей проявления речевого дефекта при различных формах нарушенного речевого развития, который стал использоваться для комплектования логопедических групп в дошкольных образовательных учреждениях. В данной классификации учитываются лингвистические

и психологические критерии, среди которых наиболее важными являются: компоненты речи (фонетический, грамматический и лексический строй речи), формы речи и их соотношение (устной и письменной), а также функциональные аспекты речевой деятельности [9].

Таким образом, в отечественной логопедии в настоящее время используется как клинико-педагогическая, так и психолого-педагогическая классификации речевых нарушений. Эти классификации рассматривают одни и те же речевые нарушения с разных точек зрения, по-разному их квалифицируют, группируя одни и те же нозологические формы, однако они не противоречат друг другу, а скорее дополняют друг друга, поскольку каждая из этих классификаций ориентирована на решение единого, но многоаспектного процесса коррекции нарушений речи.

Клинико-педагогическая классификация базируется на традиционном для логопедии содружестве с медицинской, однако, в отличие от клинической классификации, выделяемые в ней виды речевых нарушений не фиксируются на каких-либо заболеваниях. Она ориентирована в основном на коррекцию речевых нарушений на основе дифференцированного подхода к их преодолению, а также направлена на конкретизацию видов и форм речевых нарушений, т.к. в основе этой классификации лежит подход от общего к частному. Эта классификация основывается на совокупности психолого-лингвистических и клинических критериев в сочетании с этиопатогенетическими. Такой многоаспектный подход позволяет избежать односторонних представлений о речевых нарушениях, так как он направлен на раскрытие речевого нарушения в целом, где ведущая и определяющая роль отводится психолого-лингвистическим критериям [7].

С этой целью в клинико-педагогическую классификацию вводятся критерии, способствующие выделению основных групп, а также основных форм и видов нарушений. Клиническим критериям в сочетании с этиопатогенетическими в данной классификации отводится роль уточняющих. Эти критерии для врача являются средством анализа патологии, но не могут быть основными для педагогической квалификации речевых нарушений. Клинические критерии объясняют механизм речевой патологии и этиологию ее появления, но не ориентированы на само речевое нарушение. Они способны оказать большую помощь при квалификации речевых нарушений. Дополняя картину того или иного нарушения, выделенного на основе психолого-лингвистических критериев, ориентированных на педагогический процесс логопедического воздействия, они позволяют провести дифференциацию сходных по внешним проявлениям речевых нарушений на основе следующих данных [11]:

- какими факторами обусловлено нарушение речи (социальными или биологическими);
- на каком фоне оно развивается (органическом или функциональном);
- в каком звене речевой функциональной системы локализуется (центральном или периферическом);
- какова глубина (степень) нарушения центральных или периферических аппаратов речи;
- время его наступления.

Эти данные важны, так как они направляют внимание специалиста на тот анатомо-физиологический механизм нарушения речи, который нуждается в коррекции и вместе с тем позволяет прогнозировать сроки и возможные результаты логопедического воздействия. Также эти данные указывают в каких случаях логопедическое воздействие является достаточным для преодоления речевого нарушения, а в каких случаях необходима организация комплексного медико-педагогического воздействия [6].

В клинико-педагогической классификации, разработанной Р.Е. Левиной, речевые нарушения рассматриваются в различных аспектах. Вместе с тем обе эти классификации, дополняя друг друга, позволяют комплектовать группы детей с речевой патологией и обеспечивают системное дифференцированное логопедическое воздействие с учетом симптоматики и механизмов речевых нарушений. Психолого-педагогическая классификация создавалась с учетом практических потребностей обучения и воспитания детей с различными речевыми нарушениями. В этой классификации характеристики речевых нарушений сгруппированы от частного к общему, поскольку она ориентирована прежде всего на выявление речевой симптоматики на основе психолого-лингвистических критериев и не соотносена с клиническими синдромами, а также ориентирована на те речевые нарушения, которые подлежат логопедической коррекции [4].

В настоящее время, разнообразие форм имеющихся речевых нарушений у детей и взрослых требует дополнения и расширения клинико-педагогической классификации для дифференцированного лечебно-педагогического воздействия. Поэтому естественно стремление специалистов, работающих в области речевой патологии, дополнить клиническую классификацию речевых расстройств, так как в настоящее время значительно выросло число детей раннего возраста, имеющих нарушения речевого онтогенеза различного генеза. В отечественной логопедии таких детей, не достигших 4-летнего возраста, принято относить к детям с задержкой речевого развития (ЗРР), при этом термин «задержка речевого развития» трактуется более широко, чем тот термин, который использовался в отечественной логопедии ранее. Ране в отечественной логопедии задержка речевого развития определялась как «замедление темпа, при ко-

тором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребёнка» [6]. Это речевое нарушение не внесено ни в клинико-педагогическую, ни в психолого-педагогическую классификации, но встречается в классификации речевых нарушений, разработанной Л.О. Бадаляном. В своей классификации автор выделяет задержки речевого развития различного происхождения: при недоношенности, тяжелых соматических заболеваниях и педагогической запущенности [1]. Нет определения, единых форм и степеней выраженности этого речевого нарушения у детей раннего возраста. По нашему мнению, необходимо дополнить клинико-педагогическую классификацию, включив в неё этот вид речевого нарушения у детей раннего возраста и предложить единую классификацию форм и степени выраженности ЗРР.

В ходе клинической работы в системе здравоохранения в течении 27 лет, нами было обследовано более 25000 детей от 2 до 15 лет с различными формами речевой патологии и нарушения речевого онтогенеза у детей от 1,5 до 3,5 лет - более 2000 детей раннего возраста (2005 по 2019 год). На основе изучения анамнеза, раннего психомоторного, доречевого и речевого развития детей нами была разработана классификация задержек речевого развития (ЗРР) у детей раннего возраста различного генеза, которая опирается на клинико-педагогическую классификацию и классификацию детей с ОВЗ, имеющих различные нарушения онтогенетического развития. Нами были выделены следующие формы ЗРР: функциональные и органические. К функциональным формам мы относим задержки речевого развития конституционального характера, а также ЗРР, обусловленные педагогической запущенностью и соматической ослабленностью. Как правило, эти задержки речевого развития бывают лёгкой степени и достаточно легко обратимы. Но в настоящее время наиболее часто встречаются задержки речевого развития органического характера, которые имеют тяжелую или среднюю степень выраженности. ЗРР органического характера мы разделили на первичные и вторичные. Первичные ЗРР могут быть дизартрического, ринолалического или алалического характера. Вторичные ЗРР обусловлены нарушением интеллектуального развития (ЗПР или умственной отсталостью), расстройствами слуха и аутистического спектра. Из выше сказанного, мы считаем, что термин «задержка речевого развития» (ЗРР), в настоящее время, следует рассматривать более широко, а именно как нарушение речевого онтогенеза у детей от 0 до 3 лет, обусловленное органическими или функциональными факторами [2].

Помимо этого, необходимо в раздел системные нарушения речи в клинико-педагогическую классификацию внести системное недоразвитие или нарушение речи, обусловленные расстройствами интеллекта, слуха и аутистического спектра, так как в настоящее время логопедам все чаще приходится работать с такими детьми, в

связи с тем их число неуклонно растёт, а на ранних этапах развития ребенка дифференциальная диагностика этих расстройств крайне затруднена.

Согласно нашим исследованиям, которые мы проводили в течении 27 лет, в ходе клинической работы в системе здравоохранения (с 1992 г. по 2019 г.), где нами было обследовано свыше 27000 детей от 2 до 15 лет, было выявлено что рост числа детей с системными нарушениями речи составил:

- число детей с системными нарушениями или недоразвитием речи, обусловленными расстройством слуха, выросло с 1% до 2%;
- число детей с системными нарушениями или недоразвитием речи, обусловленными расстройством интеллекта, выросло с 0,7% до 2,5%;
- число детей с системными нарушениями речи, обусловленными расстройством аутистического спектра (РАС) с 0,6% до 5,5%.

Отдельно отметим рост числа детей раннего возраста с задержками речевого развития различного генеза (ЗРР). Так до 2000 г. дети с ЗРР встречались относительно редко. Затем наметилась тенденция роста числа детей раннего возраста с данной патологией. Так в 2007 г. задержки речевого развития отмечались уже у 20% детей от 2 до 3 лет. К 2019 г. число детей раннего возраста с ЗРР различного генеза и степени выраженности выросло до 58%. В настоящее время число детей раннего возраста с ЗРР в силу различных причин продолжает расти. Так, в настоящее время у многих детей только к 2 годам появляются первые слова, а элементарная фраза из двух слов появляется только к 3 годам. При этом не только многие родители, но и медицинские специалисты, не считают нужным обращаться за ранней логопедической помощью, при чём задержки речевого развития все чаще являются органическими и имеют тяжелую или среднюю степени выраженности.

Помимо этого, ещё С.С. Ляпидевский высказывал мнение, что требуют уточнения и более полного раскрытия вопросы изучения и классификации алалии, а также расстройства детского голоса, которые особенно мало изучены. [10]. Нам известно, что термин алалия имеется только в отечественной клинико-педагогической классификации. В зарубежной специальной литературе для обозначения данного речевого нарушения используются следующие термины: как врождённая афазия, онтогенетическая афазия, дисфазия, задержка речевого развития, конституциональная задержка речи и слухонемота [5].

В МКБ 10 термин алалия также отсутствует, а для обозначения алалии согласно данной классификации, подойдет такое определение, как расстройство экспрессивной речи (F80.1), где указывается, что это специ-

фическое расстройство, связанное с развитием, при котором способность ребёнка использовать разговорный язык находится на значительно более низком уровне, чем соответствующему его возрасту, при этом понимание языка соответствует возрастной норме и не всегда отмечается нарушение артикуляции. Также в МКБ 10 имеется термин «связанная с развитием дисфазия или афазия экспрессивного типа», который подходит для определения моторной алалии. Сенсорную алалию по МКБ 10 можно отнести к расстройствам рецептивной речи (F80.2), где это специфическое расстройство, связанное с развитием, при котором понимание ребёнком языка находится на более низком уровне, чем соответствующий его возрасту. При этом существенно страдают все стороны использования языка и имеются отклонения в произношении звуков [8].

В специальной зарубежной литературе для обозначения сенсорной алалии используются термины: врожденная неспособность речевого восприятия, связанная с развитием дисфазия или афазия рецептивного типа и афазия Вернике. Также в зарубежной литературе сенсорную алалию относят к специфическим расстройствам слуха [5].

Выводы

Подводя итоги выше сказанному, приходится констатировать, что вопросы классификации нарушений речи в детском возрасте требуют углубления и дополнения. Однако уровень изучения патогенеза целого ряда речевых нарушений недостаточен, а ряд положений, связанных с этой проблемой, носит дискуссионный характер. При этом мы не предлагаем какой-либо новой классификации, но необходимо прийти к какой-то согласованной точке зрения и дополнить клинико-педагогическую классификацию, включив в неё, указанные выше речевые нарушения. Также необходимо унифицировать диагностические логопедические заключения, так как в этом вопросе имеется достаточно много различных трактовок. Мы считаем, что на данном этапе развития логопедии может быть использована уже существующая клинико-педагогическая классификация, но она должна дополняться и уточняться в связи с накоплением новых клинических и психолого-педагогических данных. Так, в раздел нарушения речи системного характера, по нашему мнению, необходимо внести нарушения или недоразвитие речи, обусловленные расстройствами слуха, интеллекта и РАС. Отдельным разделом в классификации выделить задержки речевого развития различного генеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О. Невропатология: Учебник для студ. высш. учеб. завед. 7-ое изд. испр. М.: Академия, 2012. 400 с.
2. Карелина И.Б. Комплексная реабилитация неговорящих детей раннего возраста: Монография. Новосибирск: Изд. АНС «СибБАК», 2017. 156 с.
3. Карелина И.Б. Практическое руководство по детской клинической логопедии. Ярославль: Аверс Плюс, 2020. 260 с.
4. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Академия, 2006. С. 46 – 47.
5. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь, 2006. 380 с.
6. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических ВУЗов / Под ред. Л.С. Волковой. 5-е издание перераб. и доп. М.: Владос, 2009. 703 с.
7. Малкова Е.Е., Машнина Е.М. Проблемы определения критериев нарушения речи у современных дошкольников в аспекте междисциплинарного взаимодействия специалистов // Педиатр. 2019. Т.10. № 1. С. 117-126
8. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр, принята 43-ей Всемирной Организацией Здравоохранения МКБ. В 3 томах. М.: Медицина, 1975.
9. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р.Е. Левиной. Репр. изд. М.: Альянс, 2013. 366.
10. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. проф. С.С. Ляпидевского. М.: Медицина, 1969. 288 с.
11. Степаненко Д.Г., Сагутдинова Э.Ш. О Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении» № 2(8) 2010. С. 32-44.

© Карелина Инна Борисовна (inna76rus@gmail.com), Соломатина Глина Николаевна (g_solomatina@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»