

**Н. Н. Трауготт**  
Санкт-Петербург, Россия

**N. N. Traugott**  
Saint Petersburg, Russia

## **ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АФАЗИИ И АЛАЛИИ В РАБОТАХ В. К. ОРФИНСКОЙ**

## **LINGUISTIC ANALYSIS OF APHASIA AND ALALIA IN THE WORKS OF V. K. ORFINSKAYA**

**Аннотация.** Задача статьи — схематично и кратко изложить основные положения исследований профессора кафедры психопатологии и логопедии института им. А. И. Герцена В. К. Орфинской, посвященных алалии и афазии. В. К. Орфинская впервые в истории афазиологии осуществила сравнительное лингвистическое исследование алалии и афазии, используя оригинальный метод, а именно изучая проявления речевого расстройства в процессе его преодоления, т. е. в динамике восстановительной логопедической работы. Лингвистическая классификация дала возможность выделить уровни расстройства речи на основе учета последовательности формирования языковых систем в онтогенезе. К первому уровню относятся нарушения фонетических дифференциаций, ко второму — неполноценность фонематической и морфологической языковых систем, из которых морфологическая является более высокоорганизованной. Третий уровень выражается неполноценностью смыслоразделительной функции фонематической и морфологической систем и возникает при нарушении межанализаторных связей, обуславливающим выключение речевых анализаторов. К четвертому уровню автор относит расстройства речи, обу-

**Abstract.** The aim of the paper is to give a short overview of the main findings related in the studies of V. K. Orfinskaya, Professor of Department of Psychopathology and Logopedics of A. I. Herzen Institute of Leningrad, devoted to alalia and aphasia. V. K. Orfinskaya was the first scholar in the history of aphasiology to undertake a comparative linguistic study of alalia and aphasia using an original method, based on observation of a speech disorder in the process of its overcoming, i.e. in the dynamics of rehabilitative logopedic work. The linguistic classification created a chance to single out speech disorder levels on the basis of the sequence of formation of linguistic systems in their ontogenesis. The first level includes disorders of phonetic differentiations, the second – inadequacy of the phonemic and morphological linguistic systems, between which the morphological one is more highly organized. The third level is expressed by the inefficiency of the significative function of the phonemic and morphological systems and emerges as a result of disruption of interanalyzer connections causing a switch-off of speech analyzers. According to the author, the fourth level includes speech disorders caused by disintegration or underdevelopment of generalizations lying at the basis of linguistic

словленные распадом или недоразвитием обобщений, лежащих в основе языковых понятий, возникающие при неполноценности неречевых анализаторов (апракто-агностические формы афазий и алалий). Чем ниже уровень расстройств, тем тяжелее речевая патология и тем труднее она преодолевается. Процесс компенсации каждой языковой системы происходит по этапам развития ее в онтогенезе. Тем же путем должна осуществляться восстановительная работа, т. е. сначала тренируются относительно элементарные функции системы, позже — более сложные. Таким образом, В. К. Орфинской была создана стройная концепция, охватывающая механизмы различных форм распада речи и патологии ее развития, пути диагностики, программу и приемы дифференцированной коррекционной работы.

**Ключевые слова:** афазия; алалия; логопедия; нарушения речи; расстройства речи; фонематические системы; экспрессивная речь;perseverация фонем; двигательные анализаторы; лингвистический анализ; научные труды.

**Сведения об авторе:** Трауготт Наталия Николаевна (1904—1994), нейрофизиолог, доктор медицинских наук (1964), профессор. С 1956 г. Н. Н. Трауготт возглавляла лабораторию патологии высшей нервной деятельности Института эволюционной физиологии им. И. М. Сеченова. Во время первой публикации работы (1983) была сотрудником государственного научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

notions emerging as a consequence of immaturity of speech analyzers (apraxico-agnostic forms of aphasia and alalia). The lower the level of disorder, the more severe speech pathology, and the harder it is to overcome it. The process of compensation for each linguistic system goes along stages of its development in the ontogenesis. Rehabilitation work should follow the same route – i.e. first comes training of relatively elementary functions of the system, and then follow the more complicated ones. Thus, V. K. Orfinskaya created a logical conception embracing the mechanisms of various forms of disintegration of speech and pathology of its development, the ways of diagnostics, and the program and techniques of differential rehabilitation activity.

**Keywords:** aphasia; alalia; logopedics; speech disorders; speech impairments; phonemic systems; expressive speech; perseverance of phonemes; motor analyzers; linguistic analysis; scientific works.

**About the author:** Traugott Nataliya Nikolaevna (1904—1994), Neurophysiologist, Doctor of Medicine (1964), Professor. Since 1956, N. N. Traugott headed the laboratory of pathology of the higher nervous activity of I. M. Sechenov Institute of Evolutionary Physiology and Biochemistry. At the time of the first publication of the paper (1983), she worked at St. Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute.

В творческом наследии Веры Константиновны Орфинской, талантливой и самобытного ученого, профессора кафедры психопатологии и логопедии института им. А. И. Герцена, большое место занимают исследования, посвященные алалии и афазии. Докторская диссертация по этой проблеме была защищена ею в 1960 г., но вплоть до последних дней своей жизни, т. е. до 1971 г., Вера Константиновна продолжала исследования, направленные на углубление и уточнение выдвинутых в диссертации положений. Результаты работы были обобщены в монографии, которая не опубликована, так как автор не успел закончить ее оформление. Вследствие этого теоретические обобщения и практические рекомендации по реабилитации больных, плод многолетнего труда неутомимого исследователя, остаются малоизвестными и теоретикам афазиологии, и практическим работникам.

Задача данной статьи в какой-то мере заполнить этот пробел — схематично и кратко изложить основные положения автора.

В. К. Орфинская впервые в истории афазиологии осуществила сравнительное лингвистическое исследование алалии и афа-

зии, используя оригинальный метод, а именно изучая проявления речевого расстройства в процессе его преодоления, т. е. в динамике восстановительной логопедической работы.

Предметом исследования было изучение не отдельных речевых проявлений, но состояние и динамика восстановления (или воспитания при алалии) речи как системы. Предполагалось, что нарушения речи при разных формах афазии и алалии представляют сложную иерархию по-разному между собой увязанных и взаимодействующих расстройств. На основании этих предпосылок изучались особенности функционирования трех звуковых языковых систем — фонематической, морфологической словоизменения и словообразования. Для определения функционирования языковых систем использовались положения Л. В. Щербы, а также собственные и литературные данные об этапах их формирования в процессе нормального развития речи.

При анализе состояния фонематической системы учитывались три ее функции: 1) слухопроизводительная дифференциация звуков речи, 2) фонематический анализ слова, включающий представление о ритмико-мелодическом его

Статья под заголовком «Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений» была опубликована в кн.: *Межвузовский сборник научных трудов ЛГПИ им. А. И. Герцена*. — 1983. — С. 146—166.

© Трауготт Н. Н., 1983

образе и 3) использование фонем при смысловой дифференциации слов. Первая из этих функций является более элементарной.

В создании фонематической системы участвуют речевые анализаторы — речеслуховой и речепроизносительный. Позже в процессе овладения грамотой включается зрительный анализатор. Формирование более сложно организованной функции фонематической системы — функции фонематического анализа завершается при овладении письменной речью. Смыслоразделительная функция фонемы развивается на основе сопряженной деятельности речевых и неречевых анализаторов.

Для обозначения морфологических систем словоизменения и словообразования

В. К. Орфинская ввела новый термин — грамматические звуковые языковые системы, простейшими единицами которых являются значимые части слова — морфемы. По ее мнению, морфемы представляют более высокоорганизованные языковые единицы. При словообразовании изменяется основное значение слова (за счет словообразующих аффиксов), при словоизменении только грамматическое его значение (грамматический признак, по акад. Л. В. Щербе).

При исследовании алалии и афазии В. К. Орфинской были

учтены три функции грамматических языковых систем: 1) звуко-слуховая, 2) дифференциация словообразующих аффиксов и грамматических признаков, 3) морфологический анализ и синтез слов по словообразующим аффиксам и грамматическим признакам, т. е. определение порядка следования морфем и смысловых соотношений между ними и практическое использование морфологических систем по принципу оперирования грамматическими стереотипами. Учитывалась также последовательность формирования морфологических систем в процессе овладения ребенком речью, причем особенно подчеркивалось значение того факта, что словесные обозначения грамматических категорий формируются на основе неязыковых первосигнальных обобщений.

Для нормального функционирования звуковых языковых систем необходима сохранность слухового восприятия и артикулирования, т. е. относительно элементарных функций речевых анализаторов, и высших их функций, обеспечивающих обобщения, лежащие в основе языковых понятий. Содержание языковых понятий определяется связями речевых анализаторов с другими кортикальными зонами.

В исследованиях В. К. Орфинской было установлено, что при речевой патологии может нару-

шаться функционирование всех речевых систем или избирательно только некоторых из них. В каждой языковой системе могут пострадать равномерно все ее функции или только некоторые.

Важным основополагающим принципом анализа состояния речевых систем при афазии и алалии является выделение ведущего расстройства, т. е. расстройства наиболее выраженного и определяющего все остальные. Подчеркивается, что от степени его преодоления зависит уровень компенсации. Выявление ведущего расстройства, по мнению В. К. Орфинской, достигается только в процессе коррекционной работы. Ведущим расстройством определяется механизм афазии и алалии, прочие неведущие расстройства выражают индивидуальные особенности случаев. При изучении алалии и афазии были выделены единообразные типы ведущих расстройств, но вместе с тем выявились и различия в проявлении неведущих, зависящие от того, произошел ли распад речевой системы (афазия) или задержка ее развития (алалия).

Ведущее расстройство определяется неполноценностью собственно речевых анализаторов (слухоречевого или слухопроизводительного) на разных уровнях их деятельности или исключением этих анализаторов вследствие дефекта межанализаторных свя-

зей: оно может быть обусловлено и патологией внеречевых анализаторов — двигательного и зрительного. Отсюда следует, что нарушение языковых систем может быть первичным или вторичным. К первичным В. К. Орфинская относит нарушения, связанные с неполноценностью высших собственно языковых уровней деятельности речевых анализаторов, обусловленной их поражением, или исключением, к вторичным — нарушение языковых систем, вызванное дефектом относительно элементарных форм деятельности этих анализаторов, а также дефектом неязыковых понятий.

В процессе проведения логопедических занятий выявляется еще одно различие в деятельности языковых систем при разных формах речевого расстройства, различие, позволившее выделить амнестические и неамнестические типы нарушений. Неамнестическое расстройство проявляется затруднением в анализе непосредственно воспринимаемой на слух или произносимой речи. При амнестическом типе нарушений текущий анализ грубо не страдает и относительно легко восстанавливается (воспитывается), но при этом грубо нарушено припоминание слов и словосочетаний, т. е. страдает речевая память.

Вышеприведенными положениями определяется программа и

методика обследования. Очевидно, что программа должна включать изучение состояния неречевых анализаторов, т. е. оценку праксиса и гнозиса и уровень распада или недоразвития неречевых обобщений, а также анализ особенностей функционирования языковых систем. В число используемых приемов обследования входят приемы, принятые в логопедической практике, и оригинальные, отвечающие сформулированным выше задачам исследования, а именно подробно разработаны методики обследования уровня развития неязыковых обобщений и методики состояния фонематической и грамматических систем. Рекомендуемые В. К. Орфинской методики не требуют аппаратного оборудования и могут быть использованы в обычных условиях логопедического кабинета. Результаты обследования определяют программу восстановительной работы.

Основываясь на типичных различиях в нарушениях деятельности языковых систем, их соотношениях с апракто-агностическими расстройствами, В. К. Орфинская предложила лингвистическую классификацию алалии и афазии. Воз-

можность единообразной классификации обусловлена тем, что типы нарушений при афазии и алалии оказались сходными, что не исключает, однако, некоторых особенностей проявлений речевого и неречевого расстройства. Классификация основана на учете ведущих расстройств. В ней, следовательно, учтен механизм возникновения речевой патологии. Ведущим расстройством определяются особенности процесса восстановления, что позволило предусмотреть в классификации задачи и пути коррекционной работы.

По сравнению с существующими классификациями алалии и афазии лингвистическая классификация оказалась более дробной — в нее входит 12 различных форм, которые на основании предполагаемого механизма их возникновения разделены на три группы. Автором не было дано названия этих групп, но для большей ясности изложения мы предлагаем свои обозначения. Первую группу составляют слухопроизносительные афазии и алалии, вторую — ассоциативные, третью — апракто-агностические (см. таблицу).

## Лингвистическая классификация

Особенности речевого дефекта	Г р у п е р с л у х о п р о и з н о с и т е л ь н ы е		
Тип нарушения речи	нарушение анализа и синтеза слов,		
Причина (механизм) нарушения речи	повреждение или дефект развития		
Форма (№, название)	1 слухоречевая агнозия	2 артикуляторная апраксия	3
Преимущественно страдает сенсорная или моторная речь	сенсорная	моторная	сенсорная
Ведущее расстройство	агнозия отдельных звуков речи	артикуляторная апраксия отдельных звуков речи	агнозия звуковых рядов
Характер неполноценности звуковых языковых систем	вторичная избирательная неполноценность фонематической системы	вторичная избирательная неполноценность фонематической системы	вторичная неизбирательная неполноценность всех языковых систем
В процессе коррекционной работы с особым трудом воспитывается (восстанавливается)	слуховая дифференциация акустически близких звуков	произносительная и слуховая дифференциация артикуляторно близких звуков	понимание предложений

## афазии и алалии (по данным В. К. Орфинской)

п п ы			
в а я :			
а ф а з и и а л а л и и			
непосредственно воспринимаемых (неамнестический тип дефекта)			
речевых анализаторов (слухоречевого и речедвигательного)			
4	5	6	7
моторная	сенсорная	моторная	моторная
апраксия артикуляторных рядов	неполноценность фонематического анализа слов, воспринимаемых на слух	неполноценность фонематического анализа производимых слов	неполноценность морфологического анализа
вторичная избирательная неполноценность всех языковых систем	первичная неполноценность фонематической системы	первичная неполноценность фонематической системы	первичная неполноценность морфологической системы
фразовая речь	навык фонематического анализа	навык фонематического анализа	навык морфологического анализа

## Лингвистическая классификация

Особенности речевого дефекта	Г р у		
	вторая: ассоциативные алалии и афазии		
Тип нарушения речи	нарушение анализа слов припоминаемых (амнестический тип дефекта)		
Причина (механизм) нарушения речи	отключение речевых анализаторов, нарушение межана- лизаторных связей		
	между рече- выми анализа- торами	между зрительными и речевыми	между двига- тельными и речевыми
Форма (№, название)	8 проводниковая	9 амнестико- сенсорная	10 амнестико- моторная
Преимущественно страдает сенсорная или моторная речь	сенсомоторная	преимущественно сенсорная	преимуще- ственно мотор- ная
Ведущее расстройство	нарушение повторения	неполноценность смыслоразличи- тельной функции фонем	неполноцен- ность фонема- тического и морфологиче- ского анализа
Характер неполноценности звуковых языковых систем	первичная избирательная неполноценность фонематической системы	первичная избирательная неполноценность фонематической системы	первичная избирательная неполноценность морфологической системы
В процессе коррекционной работы с особым трудом воспитывается (восстанавливается)	повторение и припоминание названий	припоминание названий предметов	дифференциация слов по значению словообразующих аффиксов

**афазии и алалии (по данным В. К. Орфинской). Продолжение**

п п ы	
третья: апракто-агностические афазии и алалии	
нарушение использования языковых понятий	
повреждение или дефект развития неречевых анализаторов	
двигательного	зрительного
11 синтаксическая	12 оптическая
сенсомоторная	сенсомоторная
неполноценность дифференциации по пространственно-временным от- ношениям	неполноценность дифференциации по форме, величине, количеству
вторичная неизбирательная неполно- ценность всех языковых систем; неполноценность грамматических понятий	вторичная неизбирательная неполно- ценность всех языковых систем; неполноценность словесных понятий
обобщения по пространственным и временным соотношениям и соответ- ствующие словесные обозначения	обобщения по форме, величине и количеству и соответствующие сло- весные обозначения

**Первая группа. Слухопроносительные афазии и алалии.** Эта группа является самой многообразной, к ней отнесено 7 различных форм. По мысли автора, эти формы объединяет общая причина возникновения речевой патологии. Все они обусловлены избирательной неполноценностью, очаговым поражением или недоразвитием одного из речевых анализаторов — слухоречевого или речедвигательного. Особенности речевой патологии определяются тем, какой из речевых анализаторов пострадал. С избирательной неполноценностью слухового анализатора связано возникновение сенсорных, речедвигательно-моторных форм алалии и афазии.

Сенсорные и моторные формы этой группы резко различаются между собой. Но вместе с тем они могут быть сходными по уровню неполноценности деятельности анализатора, по уровню нарушения языковых систем. Наиболее низкому уровню поражения соответствует сенсорная форма в виде слухоречевой агнозии (1-я форма этой группы) и моторная форма в виде артикуляторной апраксии (2-я форма). При слухоречевой агнозии страдает слуховое различение отдельных фонем, особенно акустически близких, при артикуляторной апраксии — намеренная артикуляция речевых звуков.

Языковые системы при этих формах страдают вторично, но неравномерно. Избирательно грубо нарушается фонематическая система, функция фонемного обобщения. Эта функция не воспитывается при алалии и распадается при афазии. В процессе восстановительного обучения выясняется, что остальные функции фонематической системы, так же как и функции морфологической системы, грубо не нарушены, по мере преодоления основного нарушения они спонтанно восстанавливаются при афазии и воспитываются относительно быстро при алалии. При наличии сходства в проявлениях афазии и алалии в динамике восстановления имеются и различия. При алалии агнозия речевых звуков проявляется на фоне неполноценности неречевого слуха — мнимой тугоухости, нарушений слухового внимания, а артикуляторная апраксия часто сочетается с оральной апраксией и затруднением в приобретении двигательных ручных навыков. При афазии, по наблюдениям В. К. Орфинской, нарушения ограничиваются речевой сферой.

Следует указать, что при описываемых формах нарушение речи бывает особенно тяжелым. Так, при алалии, обусловленной слуховой агнозией, речь до начала специального обучения совершенно не развивается, а при

алалии, связанной с артикуляторной апраксией, отсутствует экспрессивная речь, хотя понимание речи может быть удовлетворительным. Соответствующие формы афазии также характеризуются большой выраженностью речевого дефекта. Как при алалии, так и при афазии грубо нарушено повторение даже отдельных речевых звуков.

Коррекция слуховой агнозии достигается путем воспитания обобщений, соответствующих фонемам на основе зрительного (зрительно-графического) и произносительного анализа слов. При артикуляторной апраксии — путем уточнения слуховой дифференциации фонем и воспитания зрительных представлений о произносительных движениях.

Неполноценность деятельности речевых анализаторов на относительно элементарном уровне может проявиться затруднением слухового различения и намеренного воспроизведения не отдельных речевых звуков, но их сочетаний, звуковых рядов. Этим обусловлено выделение следующих двух форм: сенсорной афазии и алалии с ведущим нарушением в виде слуховой агнозии звуковых рядов (3-я форма) и моторной афазии и алалии с ведущим нарушением в виде апраксии артикуляторных рядов (4-я форма). При этих формах вторично нарушаются все языковые

системы, но нарушения неравномерны, избирательно страдает анализ и синтез, требующий оценки звукового ряда в целом. Затруднено различение или повторение сочетаний звуков, определение количества слогов, места фонемы или морфемы и порядок их следования в слове и слов в предложении. В процессе восстановительного обучения легко воспитывается или восстанавливается навык сопоставления слов по одной фонеме или морфеме, различение или намеренное произношение отдельных звуков, но очень медленно формируется способность понимать или использовать в собственной речи слова и особенно предложения. Различение и воспроизведение облегчается, если слово произносится по слогам. При этих формах алалии наблюдается нерезко выраженное, но своеобразное апракто-агностическое нарушение — различение и воспроизведение ритмов затруднено, а при выработке двигательных навыков, в частности при обучении письму, — запоминание нужной последовательности движений, двигательного рисунка.

Эти формы афазии и алалии, так же как предыдущие, характеризуются выраженным и трудно преодолимым нарушением речи.

Таким образом, в классификации Орфинской выделены 2 формы сенсорной и 2 формы мотор-

ной афазии и алалии, связанные с относительно элементарным уровнем нарушения деятельности речевых анализаторов. Автор считает, что они соответствуют субкортикальным афазиям по классификации Вернике — Лихтгейма и акустико-сенсорной и афферентной моторной афазии в классификации А. Р. Лурия.

Следующие, 5-я и 6-я формы, характеризуются избирательным первичным нарушением фонематической системы — фонематических обобщений и анализа, т. е. неполноценностью высшего уровня деятельности речевых анализаторов. При афазии происходит распад представлений о фонематической структуре слов, при алалии нарушено формирование этих представлений. Относительно элементарные функции речевых анализаторов, различение и воспроизведение как отдельных звуков речи, так и звуковых рядов не нарушаются. Для сенсорной алалии не характерны дефекты неречевого слуха, а для моторной алалии нарушения ручного праксиса.

Сенсорная афазия и алалия этой формы встречаются, по видимому, редко и, по признанию автора, изучены недостаточно. Во всех наблюдениях понимание речи оказывалось ограничено возможным, но только в условиях, когда содержание сказанного прямо подсказывалось ситуацией

(например, во время обеда удавалось выполнение поручений дать кружку или ложку), а собственная речь состояла из нескольких слов и грамматически неформированных предложений. В то же время было доступно повторение слов и даже коротких предложений. Грубо нарушенной оказывалась способность сопоставлять слова по выделенным на их фоне фонемам. Компенсация речевого расстройства происходила путем упражнений в слухографическом анализе слов, причем сначала достигалась возможность анализа написанного, а позже — услышанного.

При моторной афазии и алалии этой формы понимание речи не страдает или нарушается (за счет недостаточного учета значения словообразующих аффиксов и грамматических признаков) не грубо, ограниченно возможно и воспроизведение изолированных звуков и коротких слов. В тяжелых случаях экспрессивная речь ограничивается несколькими искаженными словами, в более легких — имеется примитивная фразовая речь. При легко выраженной афазии нарушена преимущественно письменная речь. По наблюдениям автора, тяжесть речевого дефекта и возможности его компенсации в большой степени определяются тем, сохранились ли представления о ритмическом рисунке слов. Особенно-

стью речи является также наличие персевераций фонем. Алалии и афазии этой формы компенсируются в процессе работы над воспитанием (восстановлением) представлений о фонематической и морфологической структуре слов, а позже — о структуре предложений. В процессе логопедической работы выясняется, что слуховой анализ слов тормозится при одновременном их проговаривании. Чтение восстанавливается или воспитывается легче, чем письмо. В самостоятельном письме часты ошибки в виде перестановок и пропусков, реже наблюдаются замены букв.

Последняя, 7-я форма, входящая в первую группу, также обусловлена неполноценностью высшего уровня деятельности речевых анализаторов и характеризуется отсутствием или слабой выраженностью фонетических расстройств. Автором была выделена только одна разновидность этой формы в виде моторной алалии и афазии. Особенности речи, выявляемые при первичном обследовании, сходны с теми, которые свойственны предыдущей форме. Понимание речи существенно не нарушено, экспрессивная речь скудная и искаженная, но артикуляция не страдает, приступ к слову не затруднен. Грубо нарушена письменная речь. Своеобразие этой формы афазии и алалии проявляется в

процессе коррекционной работы: обнаруживается избирательное затруднение морфологического анализа и синтеза, а навык фонематического анализа восстанавливается (или воспитывается) легко. Затруднена дифференциация слов по значению словообразующих аффиксов, образование слов по аналогии, оперирование грамматическими стереотипами. Это дало основание заключить, что ведущее расстройство выражается избирательным нарушением морфологической системы. Диагностика этой формы трудна. Встречается данная форма, по-видимому, редко.

По заключению автора, выделенные им формы избирательного нарушения фонематической системы и избирательного нарушения морфологической системы соответствуют кортикальным формам афазии по классификации Вернике — Лихтгейма. А моторные афазии этой формы — эфферентной моторной афазии А. Р. Лурия. Следует сказать, что в литературе до сих пор не была отмечена возможность избирательного расстройства этих языковых систем.

Итак, в группу слухопроизводительных афазий и алалий включены два уровня нарушений деятельности речевых анализаторов. Нарушения первого уровня имеют фонетический характер: страдает различение услышанных

звуков речи или дифференцирование артикуляций (первые 4 формы). На втором уровне нарушается фонематический или морфологический анализ (3 последние формы). Как уже было сказано выше, нарушения первого уровня обуславливают вторичные нарушения языковых систем, тогда как при нарушениях второго уровня речевые системы страдают первично.

**Вторая группа. Ассоциативные афазии и алалии.** По мысли автора, возникновение этих форм речевой патологии обусловлено нарушением межанализаторных связей. Речевые анализаторы не поражены, но как бы заблокированы, выключены. В классификации предусмотрены 2 подгруппы: первая представлена проводниковой афазией, вторая — двумя формами амнестической афазии и алалии.

Проводниковая афазия (8-я группа в классификации) наблюдалась только у взрослых, что, по мнению автора, возможно, связано с трудностью ее диагностирования у детей. Возникновение этой формы обусловлено нарушением связей между речеслуховым и речедвигательным анализаторами, их взаимным торможением. Основным симптомом, как известно из литературы, при проводниковой афазии является нарушение повторения воспринятого на слух речевого материала

при сохранной способности различать речевые звуки и артикулировать их. Страдает также номинативная функция — припоминание названий. Сильно нарушена письменная речь, особенно письмо под диктовку и письменное название. В картине речевого расстройства в одних случаях на первый план выступают неполноценность импрессивной речи, в других — неполноценность экспрессивной речи и письма при сохранном понимании услышанного и прочитанного. В. К. Орфинская предполагает, что эти различия отражают не своеобразие форм, а стадии компенсации. В процессе коррекционной работы обнаруживалось нарушение фонематического анализа по амнестическому типу: не был затруднен анализ услышанного или произнесенного слова, но страдала способность определить структуру припоминаемых слов. По тому же типу, но менее грубо, нарушался и морфологический анализ. Взаимное торможение речевых анализаторов проявлялось в том, что название, как устное, так и письменное, нарушалось при условии одновременного слухового восприятия слов. Восстановление номинативной функции осуществлялось путем стимулирования представлений о предметах. С помощью оживления смысловых связей воспитывалась и способность к повторе-

нию услышанного. Предлагалось сначала нарисовать или ярко представить содержание услышанного, а затем его повторить.

Вторую подгруппу составляют две формы амнестической афазии и алалии. Обе формы обусловлены нарушением межанализаторных связей, но, по предложению автора, при первой из них преимущественно страдают взаимоотношения между зрительным и слухоречевым анализаторами, при второй — между двигательным и речедвигательным. Языковые системы нарушаются первично на самом высоком уровне. Первая форма — амнестико-сенсорная — характеризуется дефектом смысловозначительной функции фонем, вторая — амнестико-моторная — неполноценностью морфологической системы семантического типа.

При амнестико-сенсорной форме афазии (9-я форма по лингвистической классификации) понимание речи грубо нарушено, а у детей с этой формой алалии понимание может совершенно отсутствовать. Соответственно резко ограничена или отсутствует экспрессивная речь. В то же время оказывается возможным различение услышанного и повторение без понимания слов и коротких предложений. Не нарушена также и артикуляция. Фонематический анализ услышанного часто сохранен, а в случаях нару-

шения легко восстанавливается, воспитывается. Некоторые больные с афазией этой формы были способны написать под диктовку слова, им непонятные. По выражению В. К. Орфинской, нарушена связь между звуковым образом слова и тем, что составляет его содержание. Фонемное обобщение возможно, но фонемы теряют смысловозначительное (знаковое) значение. Амнестический тип расстройства проявляется затруднением фонематического анализа припоминаемых слов и нарушением речевой памяти. Дети, страдающие алалией, не запомнили значения даже обиходных повторяемых слов. В процессе логопедических занятий выяснилось, что у больных с афазией имеются легко выраженные нарушения зрительного гнозиса в виде нечеткости зрительных представлений о предметах. При алалии дефект зрительных представлений не выявлялся. Автор объясняет это различие тем, что у взрослых представления о предметах опосредованы речью, тогда как не говорящие и не понимающие речь дети формируют их на первосигнальном уровне. Из приведенного краткого описания видно, что афазия и особенно алалия данной формы по картине речевого расстройства сходны с 5-й формой, при которой также сохраняется способность повторять услышанное. Автор отмеча-

ет трудность дифференцированной диагностики и указывает на следующие различия. При амнестико-сенсорной форме понимание речи нарушено сильнее и больше страдает запоминание речевого материала, труднее воспринимается или восстанавливается номинативная функция, тогда как анализ структуры воспринятых на слух слов легко компенсируется или вовсе не нарушается. Восстановительная работа при амнестико-сенсорной форме должна быть направлена на установление связей между зрительным образом предметов и их словесным обозначением с помощью письменной речи. При этом на известной стадии компенсации наблюдается торможение зрительного анализатора со стороны слухоречевого — письменное название нарушается, если педагог произносит соответствующее слово.

Амнестико-моторная форма речевого расстройства (10-я форма) наблюдалась автором только у больных с афазией. Она характеризуется, как уже было сказано выше, ведущим нарушением морфологической системы семантического типа, выражающимся затруднением в использовании словообразующих аффиксов. В картине речевого расстройства на первый план выступает неполноценность экспрессивной речи, ее бедность и сте-

реотипность. Типично искажение слов в виде неправильного употребления морфем (*мальНИК* вместо *мальЧИК*) и персеверация морфем.

В тяжелых случаях речь больного представляет почти нечленораздельный лепет, в котором угадываются лишь части слов. Понимание речи представляется как будто сохранным, но при обследовании выясняется, что больные улавливают только так называемые общие значения слова, не учитывая значения суффиксов и приставок. Способность повторять слова и различать услышанное не нарушается даже при тяжелой степени речевой патологии. В процессе восстановительной работы легко преодолеваются затруднения в фонематическом анализе, в связи с чем восстанавливается письменная речь. Компенсация дефектов произносительной речи происходит по мере восстановления морфологического анализа и синтеза.

Таким образом, при амнестико-сенсорной форме преимущественно нарушается смысловозначительная функция фонем, а при амнестико-моторной — морфем. Амнестический тип этих нарушений, т. е. специальное затруднение в припоминании речевого материала при относительной сохранности всех видов анализа речи, непосредственно воспринимаемой, связывается авто-

ром с дефектом межанализаторных связей. Этой неполноценностью объясняется, в частности, тот факт, что ситуацию мало облегчает понимание слов или припоминание названий.

**Третья группа — апракто-агностические афазии и алалии.** Эти формы речевой патологии обусловлены поражением неречевых анализаторов. Языковые системы страдают вторично в результате распада или несформированности не языковых понятий, а обобщений, лежащих в их основе. Автором выделено 2 формы этой группы, каждая из которых проявляется нарушением как импрессивной, так и экспрессивной речи.

Первую форму (11-я в классификации) автор назвал синтаксической. Эту форму удалось выявить и у взрослых, страдающих афазией, и у детей с алалией. Причину речевого расстройства автор усматривает в нарушениях двигательного анализатора. Расстройство речи характеризуется импрессивным и экспрессивным аграмматизмом, причем преимущественно нарушенными оказываются грамматические понятия, содержание которых составляют представления о пространственных и временных отношениях. Не понимаются и не используются в речи предлоги, не дифференцируются глагольные формы по значению времени и наречия,

выражающие временные и пространственные соотношения (вчера — завтра, вверху — внизу). Неполноценность глагольных систем выражена резче, чем неполноценность именных. При афазии нарушается также письменная речь и счетные операции, а при алалии — овладение грамотой и арифметикой. Тяжесть речевого расстройства может быть различной, вплоть до полного или почти полного отсутствия произносительной речи. Как у взрослых, так и у детей выявляется конструктивная апраксия, нарушения схемы тела, астереогноз. Автор особенно подчеркивает диагностическое значение выделенного им симптома, выражающегося в неумении определить направление собственных движений и воспроизвести показанные движения. В целом вся картина нарушений свидетельствует о распаде или несформированности представлений о временных соотношениях. Логопедическая работа должна быть нацелена на воспитание пространственных и временных обобщений с последующим словесным их обозначением. При этом на начальных стадиях компенсации отмечается, что признак, выделенный при оперировании одним конкретным материалом, с трудом переносится на другой материал, т. е. не обобщается. Для облегчения процесса

обучения автор предлагает использовать схемы, иллюстрирующие взаимоотношения между предметами. По наблюдению автора, при афазии данной формы восстановление письменной и устной речи может быть быстрым и скачкообразным, речь, подсказанная ситуацией, и произвольная восстанавливается значительно легче речи намеренной. Как указывалось, автор связывает возникновение синтаксической афазии и алалии с поражением двигательного анализатора, однако, учитывая особенности апракто-агностического расстройства, можно уточнить это определение и рассматривать речевые нарушения как проявления теменного синдрома.

Вторая форма в этой группе (12-я в классификации) — оптические афазии и алалии. Они обусловлены неполноценностью зрительного анализатора. Степень тяжести нарушений импрессивной и экспрессивной речи может быть различной. В легких случаях понимание речи неполное и нечеткое, а собственная речь бедна и аграмматична, в тяжелых — понимание резко ограниченное, а экспрессивная речь отсутствует. Речевое подражание может существенно не пострадать даже при выраженном расстройстве речи. Письменная речь всегда нарушена, причем у взрослых дефектно не только

чтение и письмо под диктовку, но и списывание; у детей затруднено и запоминание букв, и возможность их копирования. Неполноценность языковых систем при этой форме патологии неизбежна: страдают и фонематический, и морфологический анализы. Типичными являются нарушения зрительного гнозиса: идентификация геометрических фигур и предметных изображений, выбор рисунков, соответствующих показанному предмету, копирование рисунков и букв. Собственные рисунки отражают неполноценность зрительных представлений: в них отсутствуют существенные детали изображаемого предмета. Резко затруднена классификация предметов и изображений по признаку формы, величины или количества. В то же время оценка пространственных и временных соотношений сохранена или нарушена не грубо. Воспроизведение пассивных движений осуществляется точнее, чем показанных, что свидетельствует о тормозящем влиянии зрительного контроля. Удалось выделить два типа нарушений зрительного гнозиса: при первом преимущественно страдает дифференцирование деталей, при втором — оценка зрительного объекта в целом. Соответственно при списывании оказывается дефектным копирование или отдельных букв, или слова.

По предположению автора, неполноценность зрительного гнозиса и зрительных обобщений обуславливает распад или задержку развития словесных и грамматических понятий. Так, например, рисунки, изображающие один и тот же предмет в разных вариантах (чашки, неодинаковые по форме, грибы разного сорта), не объединяются больными в одну группу. Справедливость этого предложения подтвердилась в процессе восстановительной работы, показавшей, что улучшения речи можно достичь путем растормаживания (при афазии) или воспитания (при алалии) зрительных обобщений по форме, величине и количеству. Было показано также, что восстановлению обобщений способствует опора на проприоцептивный анализ объектов. Так, например, различение и запоминание букв облегчалось, если контур их можно было определить на ощупь. Интересно, что у больных с афазией письмо под диктовку восстанавливалось раньше, чем списывание.

Две последние группы речевой патологии (ассоциативные и апракто-агностические афазии и алалии) соответствуют, по автору, транскортикальным афазиям в классификации Вернике — Лихтгейма. Исключение в этом отношении представляет проводниковая афазия, которая в данной

классификации выделена в отдельную группу, а в классификации В. К. Орфинской включена в группу ассоциативной афазии и алалии. Две формы, составляющие группу апракто-агностических нарушений, соответствуют семантической афазии, описанной Г. Хедом и подробно проанализированной А. Р. Лурия. Сенсорно-амнестическая форма из группы ассоциативных речевых нарушений соответствует сенсорно-амнестической афазии в классификации А. Р. Лурия. Амнестико-моторная форма из той же группы выделена впервые.

Как видно из вышеизложенного, классифицируя речевые расстройства, В. К. Орфинская учитывала, какие из условий, необходимых для функционирования языковых систем и для их формирования, преимущественно нарушены. Было установлено, что распад речи и задержка ее развития могут быть обусловлены следующими причинами: 1) фонетическим расстройством, затруднением слухового различения или артикулирования отдельных звуков речи (1-я и 2-я формы слухопроизносительной афазии и алалии); 2) неполноценностью процессов, обеспечивающих собственно речевую деятельность, создание и функционирование языковых систем (5-я, 6-я, 7-я формы слухопроизносительной афазии и алалии и 2 формы ассо-

циативной афазии и алалии); 3) распадом или недоразвитием понятий, лежащих в основе словесных и грамматических обобщений (апракто-агностические формы речевой патологии). Автор назвал свою классификацию лингвистической, но, как было показано, указал на возможность ее сопоставления с классификациями и формами речевых нарушений, базирующимися на топическом принципе. Отсюда следует, что различные речевые функции связаны с деятельностью различных зон коры левого полушария мозга. Вместе с тем очевидно, что анализ речевой патологии с лингвистических позиций позволил выделить новые формы нарушений и по-новому проанализировать симптоматику.

Значение труда В. К. Орфинской не сводится к обогащению классификации. Речевая патология столь многообразна, что всегда возможно выделение новых ее типов. Наиболее ценным и оригинальным является разработанный автором новый путь изучения, показавший, что в зависимости от формы речевой патологии преимущественно нарушаются разные функции фонематической и морфологической языковых систем. В этом аспекте и хорошо изученные, многократно описанные формы предстали как бы в новом облике, стала более ясной их структура.

Лингвистическая классификация дала возможность автору выделить уровни расстройства речи на основе учета последовательности формирования языковых систем в онтогенезе. К первому уровню относятся нарушения фонетических дифференциаций, ко второму — неполноценность фонематической и морфологической языковых систем, из которых морфологическая является более высокоорганизованной. Оба указанных уровня нарушений обусловлены патологией речевых анализаторов. Третий уровень выражается неполноценностью смыслоразделительной функции фонематической и морфологической систем и возникает при нарушении межанализаторных связей, обусловливающим выключение речевых анализаторов. К четвертому уровню автор относит расстройства речи, обусловленные распадом или недоразвитием обобщений, лежащих в основе языковых понятий, которые возникают при неполноценности неречевых анализаторов (апракто-агностические формы афазий и алалий).

Учет иерархии речевой патологии имеет значение для практики. Чем ниже уровень расстройств, тем тяжелее речевая патология и тем труднее она преодолевается. Патология низшего уровня влечет за собой неполно-

ценность более высоких уровней, тогда как обратного влияния — высших уровней на низшие — не наблюдается. Уровнем нарушений определяется программа и методика восстановительной работы. Основываясь на своем опыте, автор утверждает, что компенсация расстройств низшего уровня достигается путем работы над восстановлением более высоких форм деятельности, воспитывающихся на основе нарушенных и составляющих зону ближайшего языкового развития.

Процесс компенсации каждой языковой системы происходит по этапам развития ее в онтогенезе. Тем же путем должна осуществляться восстановительная работа, т. е. сначала тренируются относительно элементарные функции системы, позже — более сложные.

В трудах В. К. Орфинской проанализированы и другие принципы восстановительной работы, обычно используемые в логопедической практике: принцип растормаживания вторично заторможенных функций и метод «обходного пути».

Восстановительная работа при разных формах афазии и алалии нацеливается на преодоление ведущего расстройства и осуществляется с использованием всех вышеохарактеризованных принципов. В. К. Орфинской разработаны программа и методика логопедических занятий приме-

нительно к каждой из выделенных в классификации форм и проанализированы особенности работы при афазии и алалии с одинаковым типом речевого расстройства. В даваемых автором характеристиках процесса компенсации отмечается своеобразие взаимодействия анализаторов при разных формах дефекта, имеющее значение для выбора методики коррекции. Так, например, при слуховой агнозии слуховому различению помогает опора на зрительное восприятие лица говорящего, тогда как при оптической афазии и алалии чтение с губ тормозит возможность понять услышанное. Уточнение слухоречевых дифференциаций способствует компенсации артикуляторных нарушений, но обратного влияния со стороны речедвигательного анализатора не наблюдается ни при одной форме дефекта: отработка артикуляций не повышает возможности их различения на слух.

Резюмируя, можно прийти к заключению, что В. К. Орфинской создана стройная концепция, охватывающая механизмы различных форм распада речи и патологии ее развития, пути диагностики, программу и приемы дифференцированной коррекционной работы. Конечно, не все звенья этой концепции разработаны одинаково полно, не все положения обладают одинаковой

убедительностью. Требуют дальнейшего уточнения и приемы дифференциальной диагностики. Сам автор настаивал на дальнейшем изучении выдвинутых им положений, подчеркивая, в частности, необходимость исследования особенностей парафразий и параграфий при разных формах речевого расстройства и изучения роли неведущих нарушений в процессе компенсации. Неоспоримой заслугой В. К. Орфинской является то, что ею доказана плодотворность изучения речевых расстройств в процессе их преодоления, перспективность изучения состояния звуковых языковых систем с учетом последовательности их формирования в онтогенезе, необходимость анализа взаимодействия анализаторов, т. е. различных способов восприятия в осуществлении речевого процесса. Использование этих оригинальных методов изучения в сочетании с изоширенной наблюдательностью обусловили возможность увидеть общее в картине распада и недоразвития речи, обогатить классификацию речевых нарушений, уточнить механизм возникновения нарушений и пути их компенсации и, следовательно, внести ценный вклад в теорию и практику афазиологии.

#### Литература

1. Орфинская, В. К. Методика работы по подготовке к обучению грамоте детей

анартриков и моторных алаликов / В. К. Орфинская // Уч. зап. Ленингр. гос. пед. ин-та им. А. И. Герцена. — 1963. — Т. 256. — С. 271—295.

2. Сумченко, Г. М. Афазия и алалия с позиций изучения высшей нервной деятельности в трудах Н. Н. Трауготт / Г. М. Сумченко, М. Г. Храковская // Распад и недоразвитие языковой системы: исследования и коррекция : междуз. сб. науч. трудов. — СПб. : Образование, 1991.

3. Трауготт, Н. Н. К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными алаликами / Н. Н. Трауготт // Тр. Ленингр. Науч.-практ. ин-та слуха и речи. 4. Расстройства речи в детском возрасте. —Петрозаводск, 1940. С. 70—103.

4. Трауготт, Н. Н. Как помочь детям, которые плохо говорят / Н. Н. Трауготт. — СПб. : Гармония, 1994.

5. Трауготт, Н. Н. Лингвистический анализ афазии и алалии в работах В. К. Орфинской / Н. Н. Трауготт // Изучение динамики речевых и нервно-психических нарушений : междуз. сб. науч. трудов. — Л. : ЛГПИ им. А. И. Герцена, 1983. — С. 146—166.

6. Трауготт, Н. Н. Межполушарное взаимодействие при локальных поражениях головного мозга / Н. Н. Трауготт // Нейропсихологический анализ межполушарной асимметрии мозга. — М., 1986. — С. 14—23.

7. Трауготт, Н. Н. Нарушение слуха при сенсорной алалии и афазии / Н. Н. Трауготт, С. И. Кайданова. — Л. : Наука, 1975.

#### References

1. Orfinskaya, V. K. Metodika raboty po podgotovke k obucheniyu gramote detey anartrikov i motornykh alalikov / V. K. Orfinskaya // Uch. zap. Leningr. gos. ped. in-ta im. A. I. Gertsena. — 1963. — T. 256. — S. 271—295.

2. Sumchenko, G. M. Afaziya i alaliya s pozitsiy izucheniya vysshey nervnoy deyatelnosti v trudakh N. N. Traugott / G. M. Sumchenko, M. G. Khrakovskaya //

Raspad i nedorazvitie yazykovoy sistemy: issledovaniya i korrektsiya : mezhvuz. sb. nauch. trudov. —SPb. : Obrazovanie, 1991.

3. Traugott, N. N. K voprosu ob organizatsii i metodike rechevoy raboty s motornymi alalikami / N. N. Traugott // Tr. Leningr. Nauch.-prakt. in-ta slukha i rechi. 4. Rasstroystva rechi v detskom vozraste. — Petrozavodsk, 1940. S. 70—103.

4. Traugott, N. N. Kak pomoch' detyam, kotorye plokho govoryat / N. N. Traugott. — SPb. : Garmoniya, 1994.

5. Traugott, N. N. Lingvisticheskiy analiz afazii i alalii v rabotakh V. K. Orfinskoy / N.

N. Traugott // Izuchenie dinamiki rechevykh i nervno-psikhicheskikh narusheniy : mezhvuz. sb. nauch. trudov. — L. : LGPI im. A. I. Ger-tseya, 1983. — S. 146—166.

6. Traugott, N. N. Mezhpolusharnoe vzaimodeystvie pri lokal'nykh porazheniyakh golovnogo mozga / N. N. Traugott // Neyropsikhologicheskiy analiz mezhpolusharnoy asimmetrii mozga. — M., 1986. — S. 14—23.

7. Traugott, N. N. Narushenie slukha pri sensornoy alalii i afazii / N. N. Traugott, S. I. Kay-danova. — L. : Nauka, 1975.