**Этиология речевых расстройств.**

Бол. вклад в учение об этиологии внес известный патофизиолог Давыдовский. Гиппократ считал причиной нар-ний речи поражение ГМ, в дальнейшем эту концепцию развивали. Аристотель связывал нар-ний речи с нарушениями строения периферического отдела речевого аппарата. Большой вклад внесли 2 открытия 19 века: в 1861 году Поль Брока открыл ***моторный центр речи***, который был локализован задней трети нижней лобной извилины (***центр Брока***); в 1874 немецкий ученый Карл Вирнике выяснил, что в задней трети верхней височной извилины есть слуховой, ***гностический (понимания) или сенсорный центр*** (центр Вирнике). В 20 годах 20 века вклад внес Доброгаев – он предложил первые попытки классификации нарушений речи по этиологическому принципу. В дальнейшем М.Е.Хватцев все причины нарушений речи разделил на 2 группы: внешние и внутренние. Выделил 4 причины речевых расстройств: органические, функциональные, психоневрологические, социально-психологические (неблагоприятное воздействие окружающей среды).

**Внешние факторы, влияющие на развитие речи:**

* 1. Общение на положительно-эмоциональном фоне.
	2. Накопление впечатлений в процессе предметно-игровой деятельности.
	3. Внешнее окружение, которое может быть неблагоприятным (сверхшумное, отсутствие положительно-эмоционального фона).
	4. Подражание (нарушение темпа речи у родителей и т.д., заикание, нарушение звукопроизношения близких).
	5. Психические травмы (испуг, шок, длительная травмирующая ситуация в семье, разлука с близкими, смена условий воспитания).
	6. Общая физическая ослабленность.

**Воздействие неблагоприятных факторов в критические периоды развития речи:**

* 1. 1-2 года жизни ребенка – формируются предпосылки речи, и развивается речь. Центр Брока активно развивается от 14 до 18 месяцев, потребность в речевом воздействии.
	2. 3 года – интенсивно развивается связная речь. Происходит переход от ситуативной речи к контекстной. Часто возникает ***интерация*** (функциональные запинки в тесте), ***мутизм*** (отказ от речи при сохранных возможностях), заикание при перегрузке информации.
	3. 6-7 лет – обучение в школе.

**Современное понимание причинности речевых нарушений:**

1. Наследственные факторы (часто это только условие, чтоб развивалось речевое нарушение) – заикание, ринолалия, дисграфия, дислексия и т.д.
2. Социальные факторы (окружающая среда): неблагоприятное внешнее окружение, отсутствие положительных эмоциональных условий, ограниченность общения, психические травмы.
3. Экзогенно-органические (неблагоприятное воздействие на ЦНС ребенка и на его организм в целом):

Первый период - пренатальный (до родов): соматические и хронические заболевания матери во время беременности, инфекции (краснуха, грипп, цитомегалия, токсоплазмоз), интоксикации, токсикозы, иммунологическая несовместимость крови матери и плода, лекарственные препараты (антибиотики, противосудорожные препараты, витамины в неправильных дозах, антикоагулянты и т.д.), ионизирующая радиация, вибрация, алкоголизм и курение.

Самый опасный период от 4 недель до 4 месяцев, так как ведется закладка внутренних органов.

Второй период - натальный (при родах): затяжные или стремительные роды, обвитие пуповиной, гипоксия, асфиксия, родовые травмы (механические виды стимуляции), несоответствие размеров тазовых органов матери и плода, кесарево сечение, преждевременное отхождение вод, стимуляция.

Третий период - постнатальный: частые инфекционные заболевания в первые 1-2 года жизни, травмы головного мозга, опухоли головного мозга, судороги при повышенной температуре, ушибы головного мозга.

Совокупность экзог.факторов в разных периодах развития ребенка, приводит к перинатальной патологии.

**Профилактика нарушений речи в разные возрастные периоды. Основные виды профилактики.**

Своевременная профилактика речевых нарушений у детей тесно связана с предупреждением нервно-психических отклонений в состоянии здоровья. Она обеспечивается комплексом мероприятий, включающих лечебные, педагогические и социальные воздействия.

Большое значение в разработке проблемы профилактики речевых расстройств имеет изучение факторов, обеспечивающих нормальное развитие речи у детей. Предпосылки для нормального развития подрастающего поколения создаются мерами по охране здоровья населения в целом.

Одним из важных направлений развития логопедической помощи населению является предупреждение речевых нарушений и последствий речевой патологии.

Перед специальной отраслью логопедии стоят следующие задачи:

* 1. ***Первичная профилактика*** - предупреждение речевых нарушений. Основывается на мерах социального, педагогического и психологического предупреждения расстройств психических функций. В системе психопрофилактических мер существенное значение имеет своевременное генетическое консультирование будущих родителей с целью предупреждения развития тех или иных отклонений в нервно-психическом и, в частности, речевом развитии ребенка. Между биологическими и социальными факторами риска прослеживается тесное взаимодействие.
	2. ***Вторичная профилактика*** - предупреждение перехода речевых расстройств в хронические формы, а также предупреждение последствий речевой патологии. Нарушение речи отражается на психическом развитии ребенка, формировании его личности и поведения (вторичные расстройства).

Глубокие расстройства речи (алалия, афазия) ограничивают умственное развитие, в силу функционального единства речи и мышления, вследствие нарушения нормальной связи с окружающими.

Незрелость личности и ограниченность индивидуального жизненного опыта у детей младшего возраста усиливают роль различных биологических факторов (ранняя резидуальная органическая недостаточность, генетическая отягощенность, конституциональные особенности реактивности, нарушения гормонального баланса и др.). Этим биологическим факторам принадлежит ведущая роль в «выборе способа» невротического реагирования, выделяют 4 уровня преимущественных невротических нарушений у детей:

* Сомато-вегетативный - 0-3 года жизни (расстройства аппетита, нарушение функций ЖКТ, терморегуляции и сна).
* Психомоторный - 4-7 года жизни (появление гипердинамического синдрома, тиков. заиканием, мутизмом и другими моторными и речемоторными нарушениями)
* Аффективный - 7-10 года жизни (страхи, депрессивные переживания).
* Эмоционально-идеаторный - 10-15 лет жизни (невротическая анорексия, ипохондрические сверхценные образования к своему «физическому Я»).

Логопедическая профилактика может быть действенной при условии полного знания о развитии ребенка (физического, психического, речевого) с опорой на нормативы развития.

***Третичная профилактика*** - социально-трудовая адаптация лиц, страдающих речевой патологией. Основным направлением является глубокий учет личностных возможностей и интересов каждого ученика, страдающего тяжелым нарушением речи. У них должна быть возможность выбора с помощью педагога, психолога, врачей такого пути обучения, который позволит конкретно этой личности достичь наилучших результатов. Для этого контингента учащихся особенно важно перенести центр тяжести обучения с когнитивного развития на эмоциональное и социальное.

**Этиопатогенез и симптоматика нарушений речи у детей со сниженным интеллектом. Специфика логопедической работы.**

***Этиопатогенез*** – К УО относят лиц со стойким необратимым нарушением преимущественно познавательной сферы, возникающим в следствие органического поражения коры ГМ, имеющего диффузный хар-р.

Характерной особенностью дефекта при УО являются нарушения ВПФ: отражение и регуляции поведения и деятельности, что выражается в нарушении познавательных процессов (ощущение, восприятие, память, мышление, воображение, речь, внимание), страдают эмоционально-волевая сфера, моторика и личность в целом. *К причинам относят –* наследственные заб-я (микроцефалия, фенилкетонурия), наследственные дегенеративные заб-я, заб-я ЦНС, наследственные б-ни соединительной тк, нарушения в строении и числе хромосом (олигофрения с ломкой Х-хромосомой, синдром Дауна, с-мы Шерешевского – Тергера и др.). Вредоносными факторами, кот.воздействуют на плод и м.вызвать УО явл.внутриутробные инфекции (цитомегалия, краснуха, корь, грипп, токсоплазмоз). В поздних сроках беременности м.возникнуть внутриутробное заражение плода. Токсичны многие лек.препараты (антибиотики, гормоны). Иммунологический конфликт между матерью и плодом по резус-фактору, проявляются в виде гемолитической б-ни новорожденного М.стать причиной УО.

Патогеннымифакторами в период родов м.стать родовые травмы мозга. В период после родов УО м.б. вызвана нейроинфекцией (менингиты, менингоэнцефалиты). Степень снижения интеллекта зависит от времени воздействия патогенного фактора. В группу УО лиц, входят лица с различными причинами нарушения УО: 1.у кот.поражение мозга возникло внутриутробно, 2.во время родов или после них, 3.до 3-х лет – ставится диагноз олигофрения.

***Особенности речевого развития детей с УО в степени дебильности***

Характерным для них является позднее развитие речи. Резкое отставание наблюдается уже в период доречевых вокализаций. Если в норме спонтанный лепет у детей появляется в период от 4 до 8 месяцев, то у умственно отсталых детей лепет отмечается в период от 12 до 24 месяцев.

У умственно отсталых детей с дебильностью первые слова появляются позднее 3 лет,в период от 2,5 до 5 лет. (В норме появление первых слов у детей от 10 до 18 месяцев).

Значительное отставание отмечается у умственно отсталых детей в появлении фразовой речи. При этом временной интервал между первыми словами и фразовой речью у них более длительный, чем у нормальных детей.

***Нарушения речи у УО детей***

В связи с медленно развивающимися дифференцировочными условными связями в области речеслухового анализатора умственно отсталый ребенок долго не различает звуки речи, не разграничивает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает речь окружающих.

Развитие моторики, в том числе и речевой, у умственно отсталых детей протекает замедленно, недифференцированно. Точность речевых движений обеспечивается двояким контролем. Оказывается неточным как слуховой, так и кинестетический контроль.

Нарушение познавательной деятельности приводит к трудностям усвоения семантической стороны языка, поэтому умственно отсталые дети с трудом овладевают сложными по семантике словами (абстрактными, обобщенными) и грамматическими формами.

Ограниченность представлений об окружающем мире, слабость речевых контактов, незрелость интересов, снижение потребности в речевом общении представляют собой значимые факторы, обусловливающие замедленное и аномальное развитие речи у умственно отсталых детей. Наряду с этим имеют место и другие факторы, вызывающие у них нарушения речи: аномалии в строении речевого аппарата, обусловливающие ринолалию, механическую дислалию, локальное органическое поражение подкорковых отделов головного мозга, приводящее к возникновению органического заикания, дизартрии.

Нарушения речи у умственно отсталых детей носят системный характер. Выделяются две группы олигофрении (Г. Е. Сухарева, Р. А. Белова-Давид): 1) олигофрения с недоразвитием речи; 2) атипичная олигофрения, осложненная речевым расстройством.

У детей с умственной отсталостью встречаются все формы расстройства речи, как и у нормальных детей (дислалия, ринолалия, дисфония, дизартрия, алалия, дислексия, дисграфия, заикание, афазия и др.). Преобладающим в структуре сис­темного речевого нарушения является семантический дефект.

Нарушения речи у умственно отсталых детей характеризуются стойкостью, они с большим трудом устраняются, сохраняясь вплоть до старших классов вспомогательной школы.

***Нарушение фонетической стороны речи у УО школьников и логопедическая работа по их устранению***

Дефекты звукопроизношения во вспомогательной школе встречаются гораздо чаще, чем в массовой.

В их основе лежит не одна, а целый ряд причин: недоразвитие познавательной деятельности, несформированность речеслуховой дифференциации, нарушения речевой моторики, аномалии в строении артикуляторного аппарата.

У умственно отсталых детей, так же как и у детей в норме, чаще нарушаются артикуляторно сложные звуки: свистящие, шипящие, звуки *л-л', р-р'.* Чаще других отмечается нарушение свистящих звуков (т.к.близкие акустически).

У умственно отсталых школьников, наряду с искажениями звуков речи, отмечается большое количество замен.

Следующей особенностью нарушений звукопроизношения у УО детей является большая трудность использования в самостоятельной речи имеющихся правильных артикуляторных установок. Большое количество замен обусловлено не только трудностями тонкой моторной дифференциации, но и нарушениями слуховой дифференциации звуков, несформированностью опе­раций слухового и кинестетического контроля, а также операции выбора фонем.

Правильное использование звуков в самостоятельной речи представляет для УО детей большую сложность и вырабатывается чрезвычайно медленно. Для них характерно резкое расхождение между умением произносить звуки и использовать их в речи.

Особенностью звукопроизношения у УО детей является то, что эти нарушения довольно часто бывают вариативными, т. е. проявляются по-разному. Один и тот же звук умственно отсталый ребенок в одних случаях произносит правильно, в других — пропускает или искажает. Это зависит от характера звуко-слоговой структуры, а также от места звука в слове.

Нарушения звукопроизношения, особенно замены звуков, у УО детей чаще, чем у детей с нормальным интеллектом, отражаются на письме. Это относится прежде всего к заменам звуков.

У УО детей нарушения звукопроизношения являются полиморфными не только по симптоматике, но и по патогенезу, по причинной обусловленности. Например, у ребенка одновременно имеет место вид недоразвитие речевой моторики, и нарушение слуховой дифференциации звуков. В других случаях отмечаются и нарушения слуховой дифференциации, и аномалии в строении артикуляторного аппарата.

Нарушения звукопроизношения у УО характеризуются стойкостью симптоматики.

Искажения звуко-слоговой структуры слова проявляются в нарушениях количества последовательности слогов, а также структуры отдельного слога. Более характерными являются искажения структуры отдельного слога со стечением согласных. Умственно отсталые дети часто заменяют один из согласных стечения фонетически сходным звуком. При воспроизведении стечений согласных заменяется, как правило, первый звук, особенно если это артикуляторно сложный звук *(цветы* — «светы», *артист* — «алтист», *костюм* — «кохтюм»).

Замены чаще всего осуществляются по признаку артикуляторно-акустического или акустического сходства *(р'* — л', *т'* — *с', ш* — *х, т* — *с, к* — *п, в* — *л, к* — *т).* И лишь небольшое количество замен можно объяснить артикуляторным сходством звуков. Это свидетельствует о том, что важ­ной причиной неправильного воспроизведения стечений со­гласных является неточность их слухового различения в слове.

Искажения структуры отдельного слога у умственно отсталых детей проявляются и в перестановках звуков соседних слогов *(кипарис*— «пикарис», *танкист* — «кантис»). Последовательность слогообразующих элементов слова, т. е. гласных, воспроизводится правильно, переставляются только согласные.

Искажения слоговой структуры на уровне слова проявляются в большинстве своем в пропусках слогов *(санитар* — «сатар», *колбаса* — «баса», *продавец* — «провес»). Пропуски слога наблюдаются в основном в середине слова *(медвежо­нок* — «межонок», *жаворонок* — «жаворок») или в начале слова *(аптечка* — «течка», *поросенок* — «росенок»).

Искажения слоговой структуры слова проявляются только начиная с 3—5 сложных слов, чаще в словах со стечением согласных. Многосложные слова, хорошо знакомые детям и часто употребляемые, реже искажаются, чем слова, мало зна­комые и редко употребляемые.

Речь детей часто монотонная, маловыразительная, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случа­ях замедленная, в других — ускоренная, у заторможенных голос тихий, слабый, немодулированный, у возбудимых — крик­ливый, резкий.

Особенно выраженными являются нарушения просодической стороны речи у детей с болезнью Дауна. Темп речи за­медленный, скандированный. Наблюдается брадилалия и неврозоподобное заикание. Распространенными у этих детей являются и голосовые расстройства (дисфония). Голос слабый, тусклый, сиплый, глухой, нарушена координация движе­ний дыхательного, голосового, артикуляторного аппарата.

*Коррекция нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей* является более длительным и более сложным процессом, чем у нормальных детей.

Коррекцию дефектов звукопроизношения необходимо связывать с развитием познавательной деятельности умственно отсталых детей, формированием операций анализа, синтеза, сравнения. В логопедической работе по коррекции наруше­ний звукопроизношения во вспомогательной школе широко используется прием сравнения. Так, на этапе постановки звука сравнивается правильное и неправильное произношение. На этапе автоматизации этот звук сравнивается с фонетически далекими. При дифференциации проводится сравнение отрабатываемого звука с фонетически близкими. В процессе коррекции сравнивается звуковой состав различных слов по количеству звуков, месте отрабатываемого звука в словах.

Большое внимание уделяется развитию общей и речевой моторики, воспитанию слухового восприятия, внимания, па­мяти, т. е. нормализации всех тех факторов, которые лежат в основе нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей и обусловливают особенности их проявления.

Коррекцию нарушений звукопроизношения связывают с развитием речевой функции в целом, т.е. с развитием фонематической стороны речи, словаря, грамматического строя языка, так как дефекты звукопроизношения у этих детей проявляются на фоне общего системного недоразвития речи.

При коррекции нарушений звукопроизношения уделяется внимание развитию четких представлений о звуковом составе слова, выделению звука из слова, определению места звуков в словах, уточнению смыслоразличительной функции звуков речи.

Предварительный этап устранения нарушений звукопроизношения во вспомогательной школе является более продолжительным. Проводится развитие общей, ручной, речевой моторики, развитие слухового восприятия, внимания, памяти.

Необходима работа над правильным речевым дыханием, формированием длительного плавного выдоха в игровых упражнениях («тихий ветерок задувает свечу, колышет листья деревьев, гонит облака»). На длительном выдохе вводятся голосовые упражнения, целью которых является развитие силы, тембра, высоты голоса (игры «Эхо», «Сирена», звукопод­ражания к сказке «Три медведя», повторение серии гласных из 2, 3, 4 звуков). В дальнейшем вводятся простые артикуляторные упражнения.

Развитие артикуляторной моторики у умственно отсталых детей проводится в двух направлениях: развитие кинетической основы движения и кинестетической основы артикуляторных движений. При развитии кинестетических ощущений работа проводится без зеркала, ученик воспроизводит положение губ, языка после пассивного их перемещения ло­гопедом по речевой инструкции. Детей учат различать на слух речевые единицы (игры «Угадай, кто кричит», «Узнай, откуда звук»), запоминать последовательность слов, сначала с опорой на картинки, затем без нее повторять слоги. На предварительном этапе осуществляется развитие элементарных форм звукового анализа и синтеза. Дети учатся выделять гласные и согласные звуки из ряда изолированных, ударный гласный из начала простого слова *(ой, ус, ах, ау, Оля).*

Особенностью этапа постановки звука будет максимальное использование полимодальных афферентаций: зрительного образа артикуляции, слухового образа звука, кинестетических, тактильных и тактильно-вибрационных ощущений. Поста­новка звука у умственно отсталых детей осуществляется с использованием смешанных способов.

Особенно длительным во вспомогательной школе является этап автоматизации звуков речи. На этом этапе проводит­ся работа над сложными формами звукового анализа и синтеза, умением выделять звук в слове, определять его место по отношению к другим звукам. Умственно отсталые дети плохо представляют себе место звука в словах, поэтому не могут своевременно подготовить артикуляторные органы к правильному его произношению (в условиях его коррекции), особенно когда звук находится в середине слова или в конце его.

В процессе автоматизации звуков рекомендуется проводить и развитие просодической стороны речи: работу над ударением в слогах, словах, над лексическим ударением при автоматизации звука в предложении, над интонацией при закреплении звука в предложении, связной речи.

Особенностью этого этапа является и планирование уроков, распределение тем. Четко планируется система занятий, в которой предусматривается постепенное усложнение заданий и речевого материала. Например, при автоматизации звука **С** в слогах следующая тематика занятий (1-й класс): автоматизация звука **С** в прямых открытых слогах: *са, со, су, си;* в обратных слогах: *ас, ос, ус, ис, ыс;* в закрытых слогах (звук в начале слога): *сол, сот, сак;* в закрытых слогах (звук в конце слога): *лос, кос, кас;* в слогах со стечением согласных: *ска, ост.*

Обязательным этапом логопедической работы является дифференциация звуков, что обусловлено особенностями симптоматики нарушений звукопроизношения у умственно отсталых детей. В массовой школе эта работа проводится лишь в том случае, когда звуки заменяются в устной речи. Во вспомогательной школе она необходима даже в том случае, когда звук искажается в устной речи. Это обусловлено недоразвитием речеслуховой дифференциации звуков речи, которое приводит к большому количеству замен букв в письменной речи.

Работа по разграничению звуков осуществляется в двух направлениях: уточнение произносительной дифференциации звуков, развитие слуховой дифференциации звуков речи, особенно фонетически близких: твердых и мягких, звонких и глухих, аффрикат и входящих в их состав свистящих и шипящих звуков.

***Нарушение лексики у УО школьников***

У умственно отсталых выявляется бедность словарного запаса, неточность употребления слов, трудности актуализации словаря более значительные, чем в норме, преобладание пассивного словаря над активным, несформированность структуры значения слова, нарушения процесса организации семантических полей.

Умственно отсталые школьники I класса не знают названий многих предметов, которые их окружают *(перчатки, будильник, кружка),* особенно названий отдельных частей предметов *(обложка, страница, рама, подоконник).*

В словаре детей преобладают существительные с конкретным значением, отсутствуют слова обобщающего характера *(мебель, посуда, обувь, одежда).*

В активном словаре умственно отсталых детей отсутствуют многие глаголы, обозначающие способы передвижения животных *(скачет, ползает, летает).* Ученики 1—2-х классов говорят «лягушка идет», «змея идет», «птичка идет». Глаго­лы с приставками заменяют бесприставочными глаголами *(пришел, перешел* — *шел).*

УО дети употребляют лишь незначительное количество слов, обозначающих признаки предмета: цвет *(красный, синий, зеленый),* величину *(большой, маленький),* вкус *(сладкий, горький, вкусный).* Противопоставления же по признакам «длинный — короткий», «толстый — тонкий» и т. д. используются очень редко.

Встречается неточное употребление слов, парафазии. Преобладающими являются замены слов по семантическому сходству. Характерными являются замены слова с диффузным, расплывчатым значением *(скачет, ползает* — «идет», *толстый, высокий* — «большой»). Наблюдаются смешения слов одного рода, вида. Так, словом *ботинки* дети называют *сапоги, туфли, галоши;* словом *рубашка* — *кофту, рубашку, сви­тер, куртку.* Причинами неточности в употреблении слов у умственно отсталых детей являются трудности дифференциации, различения как самих предметов, так и их обозначений. Умственно отсталые школьники вследствие слабости процесса дифференцировочного торможения легче воспринимают сход­ство предметов, чем их различие, поэтому они усваивают прежде всего общие и наиболее конкретные признаки сходных пред­метов. Таким общим и конкретным признаком может быть, назначение предметов *(ложка, вилка).* Различия предметов не усваиваются, а обозначения не разграничиваются.

Пассивный словарь умственно отсталых детей больше активного, но он с трудом актуализируется, часто для воспро­изведения слова, требуется наводящий вопрос. В норме выбор слова-реакции осуществляется на основе смысловых ассоциаций, т. е. смысловому сходству *(высокий* — *низкий, яблоко — груша, скрипка* — *смычок).* У умственно отсталых он осуществляется часто по случайным, иногда звуковым, ассоциациям *(врач* — *грач),* что свидетельствует о недостаточной сформированности у них семантических полей, лексической системности.

Отмечается замедление темпа формирования и качественное своеобразие структуры значения слова, длительное время преобладает «предметная соотнесенность» слова, когда оно является лишь обозначением конкретного предмета. Многие слова так и не становятся понятиями.

***Нарушение грамматического строя речи у УО школьников***

Выявляются искажения в употреблении падежей. Наиболее сформированными оказываются формы именительного, винительного и родительного падежей имени существительного. Наибольшее количество ошибок встречается в употреб­лении творительного и всех предложно-падежных конструкций. Творительный падеж часто заменяется именительным («Мальчик копает лопата»), родительным («под ступа, под дивана»), формой предложного падежа («Лампа висит на ди­ване»), предложный падеж — винительным («Мальчик катается на санки»). Нарушения использования предложно-па­дежных конструкций проявляются в пропуске, замене предлогов, искажении окончаний.

В импрессивной речи наблюдаются смешения предлогов *за, перед, около, на* и *над, под* и в. В экспрессивной речи отмечается опускание предлогов *в, из,* отсутствие предлогов *над, около, перед, за, между, через, из-за, из-под.*

Отмечаются нарушения в словосочетании наречия *много* и существительного, неправильное согласование существительного и числительного, существительного и прилагательного.

Дети неправильно употребляют форму родительного падежа множественного числа существительных: «много девоч­ки», «много курицы», «много цыплятах». В некоторых случаях смешиваются окончания родительного падежа множественного числа различных склонений («много рыбков»). Допускаются ошибки при выполнении заданий на со­гласование прилагательного с существительным в роде, числе и падеже, особенно прилагательного с существительным в среднем роде («красная платье»).

Характерными ошибками являются замены полной фор­мы прилагательного краткой формой («красны цветок»). В косвенных падежах отмечаются замены прилагательного име­нительным падежом («на столике маленький»).

Средний род глаголов прошедшего времени в самостоятель­ной речи употребляется крайне редко, как и средний род существительных.

Функция словообразования у умственно отсталых детей является менее сформированной, чем словоизменение. Несформированность словообразования проявляется в трудности образования прилагательных от формы существительного *(камень* — *каменный),* уменьшительно-ласкательных форм, глаголов с приставками *(влил* — *вылил* — *налил).* В основ­ном дети пользуются суффиксальным способом словообразования. Однако количество суффиксов при этом очень не­значительно *(-ик, -очек, -чик, -онок, -енок, -от, -як, -к).*

Характерными для умственно отсталых школьников младших классов являются простые нераспространенные предложе­ния. Употребляются и простые распространенные предложения, включающие чаще всего прямое дополнение *(Девочка рвет цветы),* иногда обстоятельства места *(Дети идут в школу).*

В самостоятельной речи детей частыми являются фрагментарные предложения с пропуском подлежащего, либо сказуе­мого, либо и подлежащего и сказуемого. Например, рассказ по картине: «Мальчик рыбу ловит. Бросил. Побежал. На лодке катаются».

***Нарушение связной речи у УО школьников***

В процессе порождения связных выска­зываний умственно отсталые школьники нуждаются в посто­янной стимуляции со стороны взрослого, в систематической помощи, которая проявляется либо в виде вопросов, либо в под­сказке. Особенно трудной для этих детей является контекстная форма речи. Ситуативная речь, т. е. с опорой на наглядность, на конкретную ситуацию, осуществляется ими гораздо легче.

Немаловажную роль в недоразвитии связной речи играет недостаточная сформированность диалога. Диалогическая речь, как известно, предшествует развитию монологической речи и подготавливает ее развитие. Умственно отсталые дети часто не осознают необходимости ясно и четко передавать содержание какого-либо события, т. е. они не ориентируются на собеседника.

Связные высказывания малоразвернуты, фрагментарны. В рассказе нарушена логическая последовательность, связь между отдельными его частями. Связные тексты часто состоят из отдельных фрагментов, не составляющих единого целого, и характеризуются краткостью и сжатостью изложения.

Одной из причин задержки формирования связной речи умственно отсталых детей является то, что их речевая актив­ность очень слаба и довольно быстро истощается. В тех случаях, когда у детей появляется интерес к теме рассказа, меняется и характер связных высказываний, они становятся более развернутыми и связными, увеличивается коли­чество слов в предложении. Таким образом, в характере связных высказываний большую роль играет мотивация.

Особенности связных высказываний у умственно отсталых детей во многом определяются и характером заданий, формой связных высказываний. Более легко, чем самостоятельный рассказ, осуществляется у умственно отсталых детей пересказ. Но и их пересказ имеет ряд особенностей. Так, они пропускают многие важные части текста, передают содержание упрощенно. Обнаруживается непонимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. На основе случайных ассоциаций они добавляют события, детали, которые отсутствуют в тексте.

***Особенности логопедической работы по развитию лексики***

В процессе коррекционно-логопедического воздействия ведется работа по обогащению словарного запаса, уточнению значения слов, по развитию семантики слова, формированию лексической системности и семантических полей. Особого внимания требуют предикативный словарь, глаголы и прилагательные.

В младших классах вспомогательной школы работа начинается с расширения словаря за счет наиболее употребительных глаголов с использованием заданий или игр: «Кто как передвигается», «Кто как голос подает», «Кто как ест», «Кто какие звуки издает», «Кто что делает» и т. д.

Овладение прилагательными начинается со слов, обозначающих основные цвета, форму, величину. В дальнейшем отрабатываются слова, обозначающие высоту, толщину, длину, ширину, вкусовые качества, качества поверхности, вес.

Затем проводится работа над прилагательными, которые образуются от существительных с помощью суффиксов, а также над прилагательными, сложными по семантике (например, оценочными, обозначающими внутренние качества человека).

Параллельно с развитием предикативного словаря продолжается работа по обогащению и уточнению номинативного словаря. Особенно важным является работа по усвоению слов обобщающего характера (мебель, одежда и т. д.), которая способствует развитию операций обобщения, аналитико-синтетической деятельности детей.

Обогащение словаря осуществляется и за счет местоимений, числительных, наречий и других частей речи.

Работа по обогащению словаря у умственно отсталых детей предполагает и уточнение слов-синонимов.

Работа над уточнением значения слова во вспомогательной школе должна быть тесно связана с уточнением представлений у учащихся об окружающих предметах и явлениях с классификацией предметов, с работой по формированию лексической системности. Классификация предметов проводится как в неречевом плане (например, разложить картинки на 2 группы), так и с использованием речи (например, выбрать только овощи, найти лишнее, назвать одним словом все предъявленные предметы и т. д.). Рекомендуются записи, рисунки, помогающие детям овладеть различными категориями предметов, усвоить и соотнести обобщенное название и названия конкретных предметов, овладеть родовидовыми отношениями.

Важное место отводится работе над значением слова с постепенным переходом от конкретного значения слова к усвоению его грамматического значения в словосочетании, предложении.

Актуализации словаря способствует и работа по звуковому анализу слова, закреплению его слухового и кинестетического образов.

***Особенности логопедической работы по коррекции нарушений грамматического строя речи***

Большое значение в работе по формированию грамматического строя во вспомогательной школе имеет использова­ние онтогенетического принципа. Многие грамматические формы, которые в норме ребенок усваивает еще в дошкольном возрасте, у умственно отсталого ребенка оказываются неусвоенными даже в младших классах. Последовательность работы над грамматическими формами осуществляется как и в нормальном онтогенезе: от конкретного к абстрактному, от семантически простых форм к семантически более сложным, от продуктивных к непродуктивным, от простых по грам­матическому оформлению к более сложным по грамматическому оформлению.

Рекомендуется следующая последовательность логопедической работы над падежными формами: дифференциация именительного падежа единственного и множественного числа, винительный падеж, родительный, дательный, творительный (беспредложные), предложно-падежные конструкции, падежные формы множественного числа, При согласовании прилагательного и существительного отрабатываются именительный падеж мужского и женского рода, затем именительный падеж среднего рода, а далее косвенные падежи словосочетания прилагательного с существительным.

Развитие функции словоизменения глагола проводится сначала в настоящем времени (единственное и множествен­ное число), затем в прошедшем времени (изменение по родам, лицам и числам) и, наконец, в будущем времени, которое является наиболее сложной временной формой глагола.

Длительным и трудным процессом является работа по формированию формы словообразования у умственно отста­лых школьников, начинать ее надо с уменьшительно-ласкательных и других простых словообразовательных форм су­ществительных. Далее проводится работа по образованию прилагательных от существительных, глаголов с приставками, над родственными словами.

При формировании структуры предложения особое внимание уделяется усвоению глубинно-семантических (предикативных) отношений внутри речевого высказывания (субъектных, объектных, локативных, атрибутивных), которые постепенно усложняются и последовательно включаются в структуру высказывания (предложения). Сначала предложе­ние распространяется за счет простых объектных отношений. *(Девочка рвет цветы),* затем — локативных *(Дети идут в школу),* в дальнейшем — атрибутивных *(Это мамина сумка; Мама несет красную сумку).*

Рекомендуется следующая последовательность работы над предложениями: простые нераспространенные, распространенные, сложные предложения. Работа над связной речью сначала проводится на материале диалогической, ситуативной речи, а позднее — контекстной, монологической.

В процессе развития связной речи большое внимание уделяется формированию внутреннего (смыслового) программирования связных высказываний с постепенным их углублением и расширением. Необходимо проводить работу и над грамматическим оформлением связной речи. Рекомендуется следующая последовательность в работе над связным тек­стом: пересказ короткого текста с иллюстрациями, пересказ длинного текста с опорой на наглядность, короткий рассказ по серии сюжетных картинок, более длинный по серии сюжетных картинок, по сюжетной картинке, самостоятельный на заданную тему.

Развитие связной речи у умственно отсталых детей должно быть теснейшим образом связано с развитием анализа, синтеза, сравнения, обобщения, особенно при отработке операций внутреннего программирования.

Каждая из операций порождения связного высказывания вначале формируется самостоятельно, изолированно, на про­стых заданиях, постепенно операции объединяются в целостный процесс порождения связного текста.

***Нарушения чтения у умственно отсталых школьников***

Ступени обучения чтению у них растягиваются во времени, а промежутки между ними более продолжительны.

Характерным для учеников вспомогательной школы является то, что ребенок в одно и то же время пользуется как примитивными, так и более совершенными способами чтения.

Каждый из этапов процесса чтения у умственно отсталых детей характеризуется определенными трудностями.

Так, усвоение букв представляет большую трудность для умственно отсталых первоклассников. Это связано с недораз­витием фонематического восприятия, с неразличением оппозиционных звуков, с несформированностью пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза.

Особенно сложной задачей для умственно отсталых детей является слияние звуков в слоги. Процесс слияния звуков в слоги осуществляется лишь на основе четкого представления о звуковой структуре слога. А функция фонематического ана­лиза формируется у умственно отсталых школьников с большим трудом, сложным является для них и формирование обобщенного представления о слоге.

Правильное чтение и понимание прочитанного слова осуществляется на основе синтеза слогов в единое целое слово. У умственно отсталых детей способность звуко-слогового синтеза часто снижена, происходит замедленное узнавание и понимание прочитанного слова.

Еще большие затруднения вызывает чтение предложений и текста.

Среди умственно отсталых школьников 1—2-х классов отмечается большое количество детей со специфическими стойкими и повторяющимися ошибками в процессе чтения, дислексиями. По данным Р. И. Лалаевой, К. Аверино-Жакке, у 65—70% умственно отсталых первоклассников обнаруживаются дислексии.

Нарушения чтения у этих детей можно представить в виде следующих типичных проявлений: 1) неусвоение букв, 2) побуквенное чтение, 3) искажения звуковой и слоговой структуры слова, 4) нарушения понимания прочитанного, 5) аграмматизмы в процессе чтения.

У умственно отсталых детей отмечается неусвоение букв разной степени выраженности: от неусвоения нескольких букв до неусвоения 20—25 букв. В последнем случае усваиваются лишь буквы, обозначающие гласные звуки (о, *о, у)* и длитель­ные согласные *(ш, с, х* и др.).

В одних случаях буквы совсем не называются, в других — заменяются другими. Наиболее частными являются следующие замены: *д* — *л, х* — *к, х* — *з, г* — *т, г* — *к, ж* — *ш, д* — *т, р* — л.

Замены *г* — *к, ж* — *з, д* — *т, р* — л можно объяснить фонетическим сходством звуков, которые обозначают эти буквы. Сходством по графическому признаку можно объяснить замены *г* — *т, т* — *г, д* — *л*. Причиной замен *д* — *л*, *х* — *е* является их сходство по нескольким признакам. Бук­вы *д* и л сходны не только графически, они обозначают также звуки, сходные по артикуляции. Сходные графические буквы *ж* и *к*. обозначают звуки, сходные по звучанию и артикуляции.

Неусвоение букв обнаруживается у 51% учеников 1-го клас­са и у 6,6% учеников 2-го класса вспомогательной школы от количества учеников с нарушениями чтения.

Отмечаются разнообразные варианты побуквенного чтения. В одних случаях дети не могут слить далее отдельные слоги, называя буквы поочередно. В других — дети после изолиро­ванного называния букв произносят слог слитно. В ряде случа­ев дети соотносят со значением прочитанные побуквенно сло­ва. Часть детей осмысливает целые предложения и тексты, прочитанные побуквенно. У других наблюдается нарушение понимания прочитанного вследствие побуквенного чтения.

В младших классах вспомогательной школы имеются дети, которые хорошо читают текст (по слогам или целыми слова­ми), но плохо понимают прочитанное. Прочитав правильно слова, они не могут соотнести их с соответствующей картин­кой, а прочитав текст, затрудняются в ответах на вопросы либо дают не соответствующие содержанию ответы. В эту группу нарушений чтения не включаются те нарушения понимания читаемого, которые объясняются искажением читаемого вследствие незнания букв, побуквенного чтения, искажения звуко-слоговой структуры слова, т. е. нарушениями технической стороны процесса чтения.

Аграмматизмы проявляются у умственно отсталых школьников на этапе синтетических приемов чтения, особенно начиная со 2-го класса вспомогательной школы. Они проявляются в нарушении морфологической структуры слова, в заменах префиксов, суффиксов, окончаний, в нарушении их понимания и употребления в процессе чтения *(захотел* — «хотел», *голубь* — «голубка»).

У умственно отсталых школьников наблюдаются разнообразные виды дислексии: оптическая, фонематическая, мнестическая, семантическая, аграмматическая.

Дислексия у умственно отсталых школьников чаще всего проявляется, особенно в 1—2-м классах, не в изолированном виде, а в сложном виде, в сочетании различных форм дислексии (например, фонематическая и семантическая, фонематическая и аграмматическая и т. д.), что связано с глобальным недоразвитием многих функциональных систем, с недоразви­тием познавательной деятельности, с нарушениями устной речи.

***Нарушения письма у умственно отсталых школьников***

Дисграфия у умственно отсталых детей сопровождается распространенными орфографическими ошибками. Это объясняется тем, что применение многих правил требует достаточно высокого уровня усвоения языковых закономерностей, сформированности языковых обобщений.

Нарушения развития речи сопровождаются, с одной стороны, расстройствами в овладении письменной речью, с другой — трудностями использования орфографических правил.

Дисграфия у умственно отсталых школьников проявляется чаще всего в сложном виде, в комплексе, в сочетании различных форм (дисграфия на почве языкового анализа и синтеза и акустическая дисграфия, акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия и т. д.).

Большая распространенность и особенности симптоматики дисграфии у умственно отсталых детей обусловлены недоразвитием познавательной деятельности, нарушением устной речи, несформированностью языковых обобщений, нарушением деятельности речеслухового, речедвигательного и зрительного анализаторов, нарушением структуры операций письма, особенностями организации психической деятельности.

Нарушение аналитико-синтетической деятельности проявляется у умственно отсталых детей и в анализе морфологической структуры слова, и в анализе структуры предложения, звуковой структуры слова. Нечеткость представлений о звуко-слоговой структуре слова приводит к большому количеству пропусков, перестановок, замен букв. Неотчетливые представления о морфологической структуре слова обусловливают большое количество аграмматизмов, искажений префиксов, суффиксов, окончаний, особенно в самостоятельном письме. Нарушение анализа структуры предложения проявляется в пропуске слов, их слитном написании, раздельном написа­нии слова. Большое количество ошибок у умственно отсталых детей связано с дефектами произношения звуков речи.

***Особенности логопедической работы по коррекции нарушений письменной речи во вспомогательной школе***

При устранении нарушений письменной речи во вспомогательной школе возникает необходимость развивать различ­ные психические функции, начиная с самых элементарных форм. Так, развитие фонематического анализа и синтеза на­чинается с выделения гласного звука на фоне других, развитие слогового анализа — с использования вспомогательных средств.

Устранение нарушений чтения и письма проводится в тесной связи с коррекцией нарушений устной речи как системы с коррекцией дефектов звукопроизношения, фонематической стороны речи, лексико-грамматического строя.

Нарушения чтения у умственно отсталых школьников проявляются уже в 1-м классе, т. е. раньше, чем нарушения процесса письма, которые выявляются у этих детей, начиная со 2-го класса. Это объясняется большей сложностью процесса письма, который усваивается умственно отсталыми детьми позднее, чем процесс чтения. В связи с этим во вспомогательной школе логопедическую работу надо начинать с коррекции нарушений чтения, одновременно осуществляя профилактику дисграфии, так как механизмы дислексии и дисграфии во многом сходны.

**Современные представления об анатомо-физиологической организации речевой функциональной системе.**

***Центральный речевой аппарат*** находится в ГМ. Он состоит из коры ГМ (преимущественно левого полушария), подкорковых узлов, проводящих путей, ядер ствола (прежде всего продолговатого мозга) и нервов, идущих к дыхательным, голосовым и артикуляторным мышцам.

Речь, как и другие проявления ВНД, развивается на основе рефлексов. Речевые рефлексы связаны с деятельностью различных участков мозга. Некоторые отделы коры ГМ имеют главенствующее значение в образовании речи. Это *лобная, височная, теменная и затылочная доли* преимущественно левого полушария мозга (у левшей правого). *Лобные извилины (нижние) являются двигательной областью и участвуют в образовании собственной устной речи (центр Брока). Височные извилины (верхние) являются речеслуховой областью, куда поступают звуковые раздражения (центр Вернике).* Благодаря этому осуществляется процесс восприятия чужой речи. Для понимания речи имеет значение теменная доля коры мозга. Затылочная доля является зрительной областью и обеспечивает усвоение письменной речи (восприятие буквенных изображений при чтении и письме). Кроме того, у ребенка речь начинает развиваться благодаря зрительному восприятию им артикуляции взрослых.

Подкорковые ядра ведают ритмом, темпом и выразительностью речи.

***Проводящие пути***. Кора ГМ связана с органами речи (периферическими) двумя видами нервных путей: центробежными и центростремительными. ***Центробежные (двигательные) нервные пути*** соединяют кору головного мозга с мышцами, регулирующими деятельность периферического речевого аппарата. Центробежный путь начинается в коре головного мозга в центре Брока.

От периферии к центру, т. е. от области речевых органов к коре ГМ, идут ***центростремительные пути.*** ***Центростремительный путь*** начинается в проприорецепторах и в барорецепторах.

*Проприорецепторы* находятся внутри мышц, сухожилий и на суставных поверхностях двигающихся органов. Проприорецепторы возбуждаются под действием мышечных сокращений. Благодаря проприорецепторам контролируется вся наша мышечная деятельность.

*Барорецепторы* возбуждаются при изменениях давления на них и находятся в глотке. Когда мы говорим, происходит раздражение барорецепторов, которое идет по центростремительному пути к коре ГМ. Центростремительный путь играет роль общего регулятора всей деятельности речевых органов.

***В ядрах ствола*** берут начало ***черепно-мозговые нервы***. Все органы периферического речевого аппарата *иннервируются* (Иннервация — обеспеченность какого-либо органа или ткани нервными волокнами, клетками.) черепно-мозговыми нервами. Главные из них: *тройничный, лицевой, языкоглоточный, блуждающий, добавочный и подъязычный.*

***Тройничный нерв*** иннервирует мышцы, приводящие в движение нижнюю челюсть; ***лицевой нерв*** — мимическую мускулатуру, в том числе мышцы, осуществляющие движения губ, надувание и втягивание щек***; языкоглоточный и блуждающий нервы*** — мышцы гортани и голосовых складок, глотки и мягкого нёба. Кроме того, языкоглоточный нерв является чувствительным нервом языка, а блуждающий иннервирует мышцы органов дыхания и сердца. ***Добавочный нерв*** иннервирует мышцы шеи, а ***подъязычный нерв*** снабжает мышцы языка двигательными нервами и сообщает ему возможность разнообразных движений.

Через эту систему черепно-мозговых нервов передаются нервные импульсы от ***центрального речевого аппарата к периферическому***. Нервные импульсы приводят в движение речевые органы.

Но этот путь от центрального речевого аппарата к периферическому составляет только одну часть речевого механизма. Другая его часть заключается в обратной связи — от периферии к центру.

А.Р.Лурия обобщил имеющиеся данные об анатомических структурах ГМ и, показав их физиологическую значимость для развития психических процессов человека, выделил **три основные** **функциональные блока**, осуществляющие психическую деятельность. Каждый блок имеет иерархическое строение и состоит из надстроенных друг над другом уровней нервной системы.

**Первый блок** – блок регуляции тонуса и бодрствования. Для обеспечения полноценного протекания психических процессов человек должен находиться в состоянии бодрствования. Для их поддержания необходим определённый тонус коры ГМ, обеспечивающий приём и переработку информации, возникновение в памяти определённых ассоциаций, планирование деятельности. Аппаратом, обеспечивающим и регулирующим тонус коры ГМ, является ретикулярная (сетевидная) формация. Располагаясь в стволе мозга и поднимаясь вверх до межуточного мозга, она выполняет функцию объединения многих образований, активизируя импульсы, идущие вверх и вниз. Восходящая ретикулярная система выполняет решающую роль в регуляции активности коры. Нисходящая ретикулярная формация контролирует и регулирует структуры среднего мозга, гипоталамуса и мозгового ствола, подчиняя их регулирующей функции коры. Таким образом, ретикулярная формация обеспечивает регуляцию тонуса коры и состояние бодрствования. Однако активизирующая функция ретикулярной формации является неспецифической, отличаясь этим от специфических (сенсорных и моторных) функций систем мозговой коры. Объединяя стволовые образования, средний и межуточный мозг, ретикулярная формация поддерживает регуляцию обменных процессов, обеспечивающих гомеостаз (внутреннее равновесие организма). *Таким образом, первый блок объединяет ствол мозга с ядрами черепно – мозговых нервов и системой блуждающего нерва, ретикулярную формацию, средний и межуточный мозг, а также подкорковые образования.*

**Второй блок** – блок приёма, переработки и хранения информации располагается в наружных отделах новой коры, и включают зрительную (затылочную), слуховую (височную), общечувствительную (теменную) области. Аппараты этого блока приспособлены к приёму внешних раздражений, приходящих в головной мозг от периферических рецепторов, к дроблению их на огромное количество компонентов (к анализу сигналов) и к комбинированию их в нужные динамические функциональные структуры (к синтезу раздражителей). Этот блок головного мозга обладает высокой организацией клеточных структур и их связей, чтобы принимать зрительную, слуховую и общечувствительную информацию. Он включает отделы коры, воспринимающие обонятельные и вкусовые раздражения. Основную функцию принимают на себя первичные и вторичные поля коры головного мозга, центральный аппарат модально – специфического анализатора, построенного по единому принципу иерархической организации. Сложную интеграцию задних отделов коры ГМ осуществляют третичные поля. Деятельность третичных зон необходима не только для успешного синтеза наглядной информации, но и для перехода от уровня непосредственного наглядного синтеза к уровню символических процессов, необходимых для оперирования со значениями слов, сложными грамматическими и логическими структурами, системами чисел и отвлечёнными соотношениями, участие которых необходимо для превращения наглядного восприятия в отвлечённое мышление, опосредованное внутренними схемами.

Информация, достигающая нервных клеток первичных полей, обрабатывается, дифференцируется, попадает во вторичные поля гностической области, где сохраняется след приходящих сюда раздражений. Большое значение имеет структура ассоциативных нейронов с короткими аксонами, составляющими вторичные поля, которые обеспечивают объединение различных комбинаций раздражений в блоки, осуществляя синтетическую функцию. Третичные зоны принимают участие в превращении наглядного восприятия в отвлечённое мышление, опосредованное внутренними схемами, и необходимы для сохранения в памяти организованного опыта. Поражение первичных и вторичных полей затрудняет формирование третичных полей, что сказывается на недоразвитии высоких уровней, задерживает формирование высших психических функций. Принцип латерализации высших психических функций в коре головного мозга актуален только на уровне вторичных и третичных зон, которые играют основную роль в функциональной организации доходящей до коры информации, осуществляемой у человека с помощью речи. *Таким образом, Второй блок обеспечивает наиболее сложные формы работы мозга, лежащие в основе наиболее высоких видов познавательной деятельности человека, генетически связанных с трудом, а структурно – с участием речи в организации психических процессов.*

**Третий блок** – блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности, включающий лобную долю коры ГМ. С ним связаны формирование планов и программ действий, регуляция поведения в соответствии с требованиями среды, а также контроль за сознательной деятельностью. Передняя центральная извилина, или первичное моторное поле, является «выходными воротами», т.к. отсюда начинается пирамидный путь, несущий импульсы к ядрам черепно-мозговых нервов в стволе мозга и к двигательным клеткам спинного мозга. Однако подготовка двигательных импульсов не может быть выполнена самими пирамидными клетками, необходима структура, обеспечивающая сложный двигательный акт. Функцию вторичных полей лобной области выполняют премоторные отделы, которые превращают организованные по соматическому признаку процессы в функционально организованные системы.

Третичные зоны коры располагаются в префронтальных отделах мозга, имеют богатую систему связей со всеми отделами коры и с нижележащими отделами мозга, особенно с ретикулярной формацией, которая заряжает и тонизирует все отделы мозга. Связи лобной коры двухсторонние. Кора оказывает регулирующее влияние на образования ретикулярной формации, придавая им дифференцированный характер. Таким образом, префронтальные отделы коры играют важную роль в регуляции состояний активности, приводя их в соответствие с формулируемыми с помощью речи намерениями и замыслами. Отличительная черта процессов регуляции сознательной деятельности у человека состоит в том, что она совершается при ближайшем участии речи. Именно префронтальные отделы коры обеспечивают сложнейшие формы программирования, регуляции и контроля сознательной деятельности человека.

Обобщая полученные данные о функционировании трёх блоков, необходимо подчеркнуть их функциональное единство при формировании сложной психической деятельности человека.

Функция голосо- и речеобразования тесно связана с дыхательной функцией, а периферические органы речи являются и дыхательными органами.

***В состав периферического аппарата входят***:

1. ***Нос*** – начало дыхательных путей. Служит органом обоняния и участвует в образовании надставной трубы голосового аппарата.

Состоит: **а*)*** *наружный нос*, *крыльями носа.* В состав скелета наружного носа входят *лобные отростки* верхнечелюстных костей, *носовые кости* и *хрящи носа*. Мягкие части образуются мышцами и кожей.

**б)** *носовая полость* – состоит из двух половин, разделенных носовой перегородкой. Задняя верхняя часть перегородки костная, а передненижняя хрящевая.

1. ***Рот*** – начальная часть пищевого тракта. Служит органом речи и вкуса, при затрудненном дыхании – органом дыхания.

Делится на *преддверие рта и полость рта*. *Преддверие рта* – щелевидное пространство, ограниченное губами и щеками, а сзади зубами и деснами. *Губы* – мышечный валик, образованный круговой мышцей рта. Вокруг ротового отверстия расположены мышцы, обеспечивающие движение губ. *Щеки* – мышечное образование. Мышцы губ и щек иннервируются лицевым нервом. Зубы – располагаются в виде 2-х дуг. *Твердое небо* – костная стенка, отделяет полость рта от носовой полости, являются крышей полости рта и дном носовой полости. *Мягкое небо* – продолжение твердого неба кзади. Мышечное образование покрытое слизистой оболочкой, задняя часть – небной занавеской. При расслаблении небных мышц небная занавеска свисает вниз, а при сокращении поднимается. В середине небной занавески – удлиненный отросток – *язычок*. *Язык* – массивный мышечный орган. Занимает почти всю ротовую полость. Передняя часть языка подвижна, задняя часть (корень) фиксирована. Различают кончик и передний край, боковые края и спинку. Вдоль языка по срединной линии проходит перегородка языка. При сокращении мышц языка образуется заметная канавка. *Мышцы языка* делятся на группы: 1) обеспечивающие движение языка: подбородочно-язычная, подъязычно-язычная, шило-язычная; 2) обеспечивающие изменение формы и положения: верхнепродольная, нижнепродольная, поперечная. В слизистой оболочки языка содержатся *вкусовые сосочки (концевой аппарат вкусового анализатора).* У корня языка – *язычная миндалина*. Слизистая оболочка нижней поверхности языка образует *уздечку* языка. *Двигательную активность* язык получает от подъязычного нерва (12 пара). *Чувствительную* – от тройничного, вкусовые волокна – от языкоглоточного (9 пара). В полости рта открываются выводные протоки слюнных желез.

1. ***Глотка*** – воронкообразная полость с мышечными стенками, переходящая в пищевод. Расположена впереди шейной части позвоночника.

*3 отдела*: верхний (носоглотка), средний (ротоглотка), нижний (гортаноглотка). *Носоглотка* – ограничена основанием черепа, заднюю стенку ее составляет позвоночник. В боковых стенках расположены глоточные отверстия евстахиевых труб. *Ротоглотка* – нижняя граница, проходит через корень языка, заднюю стенку образует позвоночник, спереди средняя часть сообщается с полостью рта, посредством зева. Зев ограничен мягким небом и корнем языка, небными дужками. Между небными дужками находятся небные миндалины. В толще слизистой оболочки заложены скопления лимфоидной ткани, в виде зерен или гранул. Миндалины и лимфоидная ткань образуют *глоточный лимфоидный аппарат*. *Гортаноглотка* – воронкообразно суживается книзу и переходит в пищевод. Стенки глотки содержат две группы мышц: *круговые* – образуют три сжимателя глотки, которые обеспечивают глотательный акт, продольные – поднимают глотку кверху. В глотке скрещиваются два пути – дыхательный и пищеварительный.

1. ***Гортань*** – широкая короткая трубка, состоящая из хрящей и мягких тканей. Сверху гортань переходит в гортанную часть глотки. Снизу переходит в дыхательное горло (трахею). С боков к гортани прилежат крупные шейные сосуды и нервы, сзади – нижняя часть глотки, переходящая в пищевод. Снаружи гортань прикрыта щитовидной железой, шейными мышцами и кожей.

*Остов гортани* – 9 хрящей: непарные – щитовидный, перстневидный, надгортанник; парные – черпаловидный, санториниевый и врисбергиевый. *Мышечный аппарат гортани* – состоит из наружных и внутренних мышц. Все мышцы гортани парные, кроме поперечной мышцы. *Наружные мышцы* фиксируют гортань.

*Внутренние мышцы* делятся на 3 группы:

1. *Мышцы натягивающие голосовые связки* ( щито-черпаловидныая или голосовая мышца, которая образует голосовые связки , имеет форму треугольника). При сокращении *щито-черпаловидной* мышцы связки натягиваются и увеличиваются в поперечнике, суживая щель. *Перстне-щитовидная* мышца наклоняет щитовидный хрящ и способствует натяжению голосовых связок.
2. *Мышцы, расширяющие голосовую щель*. *Задняя перстне-черпаловидная* (задняя мышца). Она при сокращении поворачивает черпаловидные хрящи вокруг вертикальной оси, впоследствии чего голосовые связки расходятся в стороны и раскрывают голосовую щель.
3. *Мышцы суживающие голосовую щель*. *Боковая перстне-черпаловидная* ( при сокращении тянет мышечный отросток вперед, а голосовой отросток при этом перемещается к средней линии и замыкает голосовую щель); *поперечная черпаловидная* ( непарная мышца, соединяет между собой черпаловидные хрящи и при сокращении сближает их между собой; *косая черпаловидная мышца.*

Полость гортани выстлана слизистой оболочкой. На боковых стенках гортани слизистая оболочка образует складки (*ложные голосовые связки*). Между истинными и ложными голосовыми связками образуются мешковидные углубления – *морганиевые желудочки*. У мужчин гортань крупнее, а голосовые связки длиннее. Иннервация гортани осуществляется двумя ветвями блуждающего нерва (чувствительный – верхнегортанный и дыхательный – нижнегортанный).

1. ***Трахея, бронхи и легкие***

*Трахея* – продолжение гортани книзу, представляет цилиндрическую трубку, состоящую из отдельных хрящевых колец. На уровне 5-го позвонка трахея делится на 2 трубки – *первичные (главные бронхи*). *Бронхи* имеют такое же строение, только хрящи не так правильны по форме и меньше по размерам. Первичные бронхи направляются к легким и делятся на *вторичные бронхи*. Правый бронх делится на 3 ветви, левый на 2, соответственно числу долей *легкого*. Вторичные бронхи, войдя в легкое, начинает разветвляться, образуя *третичные бронхи*, а затем *мелкие веточки*. Конечные разветвления бронхов переходят в *альвеолярные ходы*, окруженные *легочными пузырьками или альвеолами*. Легочные пузырьки вместе с разветвлениями бронхов составляют ткань легких. Снаружи легкие покрыты серозной оболочкой – *плеврой*.

1. ***Грудная клетка, диафрагма.***

*Грудная клетка* – образуется позвоночником, ребрами и грудной костью. Промежутки между ребрами заполнены мышцами, расположенными в 2 слоя. *Диафрагма* – грудобрюшная преграда. Массивная плоская мышца, которая отделяет грудной полость от полости живота. Имеет куполообразную форму. При сокращении становится более плоской, купол опускается, объем грудной полости увеличивается.

**Физиология органов речи**

Периферический речевой аппарат в функциональном отношении обычно сравнивают с языковой органной трубой, которая ***состоит из 3-х частей***:

1. нагнетающего меха

Выполняют легкие с системой дыхательных мышц и дыхательными путями (бронхи и трахея).

1. пружинных язычков, являющихся прерывателем воздушной струи

Истинные голосовые связки

1. надставной трубы, служащей резонатором

Надсвязочная часть гортани, полость рта, глотка, носовая полость.

***Функции***: - дыхание, голосообразование (фонация), образование звуков речи (артикуляция).

**Организация логопедической помощи в России.**

***Учреждения по линии здравоохранения*** – 1)педиатрическая служба. Родители м.получить консультацию по речевому развитию детей до 2-х лет. После 2-х лет направляются к логопеду. 2)логопедический каб.детск.пол-ки явл.основным звеном логопедической помощи в системе здравоохр. В каб.оказывается логопедическая помощь детям и подросткам с нарушениями речи.

**Задачи лого каб.:** 1.консульт.-диагност.работа и отбор детей для лечения в кааб; 2.проведение индивидуальных и подгрупповых логопедич.занятий; 3.привлечение родственников бол-го к участию в выполнении логопедич.заданий, созданию условий для речевого режима и благоприятного психологического климата в семье.

В своей работе логопед детск.пол-ки руководствуется нормативно правовыми документами: 1.положение о кааб.логопеда детск.пол-ки (что должно быть в каб.), 2.должностная инструкция, 3.закон РФ об образовании, 4.приказы (12шт), конвенция ООН о правах ребенка от 20.11.89 (определенные статьи), 5.методическое руководство логопедического каб. детск.пол-ки осуществляется главным внештатным логопедом города, организации методического отделения местного управления здравоохранения. **Оснащение каб.:** зеркало настольное, настенное 70×100. лампа д\света, компьютер, телефон, диктофон, магнитофон, набор зондов, шпателей, банка стеклянная для чистых зондов и шпателей, банка стекл.для использованных зондов, банка стекл.с раствором «Веркона» 2%-6мин, спирт 70º, ножницы прямые, ватные шарики, стакан для ватных шариков, банка с 0,6%р-ом гипохлорита для использованных шариков, ведро педальное, мыло, полотенце для рук, стол логопеда, стол для индивидуальных логопедич.занятий, шкаф книжный, шкаф для одежды, тумбочка д\инструментов и предметов ухода+аптечка, тумбочка д\логопедич.документации, кресло, стул полумягкий. **Дидактический материал:** игрушки – животные, птицы, транспорт, куклы в одежде, мячики, мебель, муляжи овощей, фруктов, мозаика, пазлы, кубики, свистульки, картинки – предметные, действенные, картинки на автоматизацию звуков, сюжетные картинки, набор картинок с Лексико-грамматическими названиями, мелкие разборные игрушки, трафареты, пирамидка с 10-ю кольцами, касса букв и слогов, счетный материал, карандаши простые, цветные, фломастеры, пластилин, бумага белая, цветная, альбом для рисования, клей, папки с речевым материалом, книги детские, логопедические, альбом для логопедического обследования и психолого-педагогического обследования.

**В кабинете ведется учетная и отчетная документация:** 1)перспективный план работы лог.каб.на год. Отражается: лечебная работа, профилактическая, консультативная работа, просветительская работа, повышение квалификации; 2)списки детей посещающих логопедические занятия; 3)речевые карты; 4)журнал посещаемости индивидуальных логопедич.занятий; 5)журнал первичного приема (дата приема, ФИО реб, адрес, посещает или нет дошкольн.учрежд., ФИО родит.и место их работы, жалобы, речевые заключения, код речевого нарушения по МКБ, консультации которые мы назначаем); 6)журнал регистрации консульт.узких специалистов; 7)бланки напр.к узким специалистам и на МПК; 8)годовые отчеты; 9)журнал учета лек.ср-в полученных у ст.м\с; 10)журнал регистрации платных услуг (без гражданства, полиса); 11)папка с лекциями для родителей; 12)папка с конспектами выступлений на врачебных планерках; 13)информация о графике работы.

Логопед д\пол-ки проводит диагностическое обследование бол-х с нарушениями речи и составляет индивидуальную программу лечебно-коррекционных мероприятий. Прием первичных бол-х проводится 4 дня в нед в специально отведенное время по предварительной записи. На прием направляют педиатры, ЛОР, невропатологи, психиатры, логопеды дошк.учрежд., школьные логопеды, сами родители. После подробного ознакомления с анамнезом реб и его речью, данными врачебного обследования, логопед устанавливает речевой диагноз и принимает решение о необходимости логопедических занятий. Если реб не нуждается в спец занятиях необходимо проконсультировать родит как работать с реб дома. В случае отсутствия места реб следует записать на очередь. Все дети обратившиеся за логопедич.помощью регистрируются в журнале первичного приема. На детей, приступивших к систематическим или консультативным занятиям, логопед заводит речевые карты, где записывает анамнез, результат логопедич.обследования, речевой диагноз, намеченный лечебно-коррекц план и динамика продвижения. Для обеспечения комплексного лечения логопед организует консультации узких специалистов (в пр 311 все написано). С детьми страдающими тяжелыми расстройствами речи проводятся только индивидуальные занятия 20-30мин, 2-3р в нед, в зависимости от тяж.дефекта и от возможностей родителей. В зависимости от тяжести и структуры речевого дефекта логопед осуществляет различные виды коррекционной работы: артикуляционная гимнастика, логоп.массаж, дыхательная гимнастика, работа над речевым дыханием, дифференцированный ротовой и носовой выдох, рабату над активизацией небно-глоточного смыкания и движ.н\челюсти, развитие мелкой моторики, массаж пальцев рук (пальчиковые игры), развитие фонематического слуха и восприятия, постановка и автоматизация звуков, обогащение и уточнение словаря, усовершенствование Зв-слоговой структуры слов, Лексико-гр упр, усовершенствование понимания речи (пословицы и поговорки), работа над фразой и развитие связной речи, работа по обучению элементарной грамотности, развитие оптико-пространственных и временных понятий и ориентаций, развитие внимания, памяти, развитие наглядно-образного и словесно-логического мышления, работа по развитию тактильных и кинестетических ощущений, вокальные и голосовые упр, развитие интонационной выразительности, работа над дикцией, коррекция эмоц-волев сферы.

Логопел д\пол-ки проводит беседы по различным вопросам логопедии для мед.персонала пол-ки и родит. В конце календарного года логопед представляет з\о д\пол-ки и ст.логопеду управл. здравоохр.отчет о работе. Кроме этого составляет пояснительную записку с анализом проведенной работы за истекший год.

**Логопедический каб.взрослой пол-ки –** с дислалией, заик, дизартр, ринолал, афазией. Кроме амбулаторного приема логопед взросл.пол-ки обязан посещать б-х с афазией на дому (1раз в нед).

**В неврологическом отд.б-ц –** оказывают помощь детям и взрослым: невропатолог, логопед-афазиолог, нейропсихолог. Лечат: заик, алалию, дизартр, афазию. Курс лечения от 1 до 3 мес, иногда до 2-х лет с интервалами. Проводят фронтальные и индивидуальные логопедические занятия. Назначается лекарственная терапия, лечебн.физ-ра, массаж, ФТО.

***Логопедич.пом. по линии соц.обеспечения -***  детские дома санаторного типа, ясли, детские санатории и пансионаты с круглосуточным прибыванием.

***Логопедич.пом.по линии образования –*** оказывается детям и подросткам в дошк и школьн общеобразовательных и специальных учреждениях. **1.**логопедические сады – принимаются дети с тяж реч патологией, **2.**речевые гр в массовых д\с – группы для детей с ОНР, ФФНР, заикание на 1,2г.

*Противопоказания к зачислению в речевую группу:* снижение слуха, эпилептические припадки, УО, психические растр-ва, нарушение опорно-двигательного апп. Не принимаются дети имеющие противопоказания к зачислению в массовый д\с, дети инвалиды не обслуживающие себя. **3.**логопункты при массовых д\с. Принимаются дети с легкими деф речи (дислалия), максимум 25 детей. **4.**логопедич.каб.в массовой школе. Учебная нагрузка 20ч в нед. С 1 по 15 сент логопед организовывает диагностическое обследование уч-ся и комплектует логопедические группы, затем составляется расписание занятий, в часы свободные от уроков. Продолжительность групп. занятий 40мин, индивидуальных – 20. Групп занятия проводятся не менее 3-х р в нед у детей с заиканием и недоразвитием речи. Не менее 2-х р в нед – ФФНР или фонетическое недоразвитие речи. Не менее 1-го р в нед – с фонетическим дефектом (дислалия).

**Документация на логопункте:** список уч-ся с недостатками речи, журнал обследования устной и письменной речи, журнал посещения групповых и индивидуальных занятий, речевые карты, годовой методический план работы, перспективный план работы, поурочный план на каждую группу, конспекты логопедических занятий, рабочие тетради обучающихся, паспорт логопед.каб (картотека, оборудование, наглядность), годовой отчет (в конце учебного года). **5.** Логопедический каб.при спец.школах – УО, ЗПР, глухие, слабослыш, слепые. слабовид. В задаци логопеда входит обследование (в первые 2 нед сентября) и отбор детей в логопедич гр., проведение коррекц.раб, общее развитие речи, формирование прадпосылок к усвоению грамоте, программа по русскому яз и др.предметам, ведение документации: речевые карты, журнал учета детей с реч деф, журнал учета посещения занятий, годовой план работы, перспективный план работы, фронт, подгр, индив занятия, поурочные планы, годовой отчет. **6.**школы 5вида (с ТНР) – имеют 2 отделения. 1отд – дети с ОНР тяж степени (алалия, афазия, ринолалия, дизартрия, дети с ОНР сопровожд.заик.легкой ст.тяж), 2 – дети с заиканием тяжелой степени выраженности без недоразвития речи. В составе 1 и 2 отд. комплектуются классы из воспитанников имеющих однородный дефект речи. Обязательно учитывается уровень речевого развития. Предельная наполняемость кл – 12чел. В этой школе осуществл.образоват.процесс по двум ступеням общего образования. В 1-м отд.1-я ступень: начальное общее образование 4-5лет, 2-я – основное общее образование 6лет. 2-е отд: 1-я ступень – начальное общее образование 4года, 2-я – основное общее образование 6лет. На 1-й ступени общего образования обеспечивается коррекция различных речевых дефектов (нарушение звукопроизношения, голоса, темпа речи, фонематического слуха, устных аграматизмов, дисграфия, дислексия). приобретаются навыки фонетически, граматически правильной разговорной речи. На 2-й ступени – развиваются полноценные навыки устной разговорной и письменной речи. Логопед сочетает фронтальные и индивидуальные формы работы. В случае устранения речевого дефекта воспитанники с согласия родителей и на основании заключения ПМПК переводятся в общеобразовательные учреждения.**7.** речевые классы в массовой школе. **8.**ПМПК (комиссии) – городские, краевые и областные. Проводит заседание по отбору детей дошкольного и школьн возраста в спец коррекц учреждения. Оказывает диагностическую и консультативную помощь детям с 3-х и до 18лет. Областные ПМПК – оказывают организационную, консультативную и метадическую помощь городским ПМПК. Состав – психиатр, невропатолог, олигофренопедаг, психолог, логопед, социальный работник с юридическим образованием (дополнительно), ЛОР, окулист, хирург-ортопед, нейрофизиолог, м\с. Дети обслуживаются в помещении консультации и на выездных приемах. В случае тяж.инвалидности комиссия –на дом. Освидетельствование детей на ПМПК осуществл.только с согласия родителей в их обязательном присутствии. Документация на ПМПК: -направления выписывает логопед, психолог, невролог, -выписка из истории развития реб подписанная гл. врачом пол-ки с заключением логопеда, психоневролога, ЛОР, окулиста, при необходимости ортопеда и педиатра. Иногда предоставляется карта, -хар-ка от воспитателя или класн.руков, -рисунки реб или ученические тетради.

**Нарушения речи у слепых и слабовидящих. Особенности логопедической работы с данной категорией детей.**

В силу нарушения деятельности зрительного анализатора у слепых и слабовидящих детей может проявляться своеобразие речевого развития, которое часто не укладывается в обычные возрастные границы и выражается в особенностях речи (нарушении словарно-семантической стороны, «формализме», эхолалиях и т. д.).

Имеющиеся в логопедии исследования в основном посвящались нарушениям звукопроизношения (М. Е. Хватцев, С. Л. Шапиро, А. Д. Шипило, С. В. Яхонтова) у детей с глубокими дефектами зрения. Лишь в 60—70 годах в связи с развитием в логопедии системного направления по изучению речевых расстройств (Р. Е. Левина, В. К. Орфинская) появляются исследования, касающиеся выявления у слепых и слабовидящих детей не только нарушения звукопроизношения, но и недоразвития речи.

Так. С. Л. Коробко выделила значительную группу слабовидящих детей, у которых было общее недоразвитие речи.

Теоретически и экспериментально доказано, что расстройство речи слепых и слабовидящих детей являются сложным дефектом, в котором прослеживаются определенные связи и взаимодействие речевой и зрительной недостаточности.

Речевые нарушения у детей с глубокими нарушениями зрения встречаются значительно чаще, чем у зрячих.

Проведенные исследования позволили выделить четыре уровня сформированности речи у этой категории детей.

**Первый уровень.** Отмечаются единичные нарушения звукопроизношения, что не позволяет данный уровень, рассматривать в качестве речевой нормы.

**Второй уровень.** Активный словарь ограничен, допускаются ошибки в соотнесении слова и образа предмета, в употреблении обобщающих понятий, грамматических категорий, а также в составлении предложений и развернутых рассказов.

Нарушения звукопроизношения детей этого уровня выражаются в различных видах сигматизма, ротацизма, ламбдацизма, парасигматизма, параротацизма, параламбдацизма. Отмечается также недостаточная сформированность слуховой и произносительной дифференциации звуков и фонематических представлений. Фонематический анализ не сформирован.

**Третий уровень.** Экспрессивная речь отличается бедностью словаря. На низком уровне находятся соотнесенность слова и образа предмета и знание обобщающих понятий. Связная речь аграмматична, состоит из перечислений и одно-двухсловных предложений. Нет развернутых рассказов. Множественные нарушения звукопроизношения. Недостаточно сформирована слуховая и произносительная дифференциация звуков.

На низком уровне находится формирование фонематического анализа и синтеза.

**Четвертый уровень.** Экспрессивная речь крайне ограничена, имеются значительные нарушения в соотнесении слова — образа предмета и обобщающих понятий. Связная речь состоит из отдельных слов. Отмечаются эхолалии. С заданиями, направленными на выявление качественной стороны грамматического строя речи, дети не справляются, не выполняют они и задания на слуховую дифференциацию звуков. Отмечается полная несформированность процессов фонематического анализа и синтеза.

При всем многообразии исследуемых неречевых и речевых данных основное внимание должно обращаться на состояние экспрессивной речи.

У многих детей с глубокими дефектами зрения нет опыта совместной игровой деятельности и ограничены знания о предметном мире. Поэтому при выполнении заданий должны использоваться инструкции, показ, совместное выполнение.

Коррекционная работа со слепыми и слабовидящими дошкольниками и учащимися начальных классов осуществляется в условиях естественного педагогического процесса. Она строится с учетом ведущих дидактических и специфических принципов для данной группы детей. К последним относятся принципы корригирующего обучения, учет первичных и вторичных дефектов, опора на сохранные анализаторы и создание полисенсорной основы, формирование всесторонних представлений об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности, учет уровней сформированности речи и структуры речевого нарушения, опора на сохранные компоненты речевой деятельности, учет новизны, объема, нарастающей сложности вербального материала.

В коррекционной работе огромное значение придается логопедическому воздействию на специально организованных занятиях, которые проводятся дифференцированно, с учетом состояния зрения детей, их речи, способов восприятия и индивидуальных особенностей. В соответствии с этим комплектуются логопедические группы. Из-за специфики и сложности работы со слепыми детьми, занятия с ними значительное время проводятся индивидуально. Преобладающими являются индивидуальные занятия и с детьми, имеющими сложное нарушение речи и несформированность неречевых функций, т. е. находящимися на четвертом речевом уровне.

Воспитателями и тифлопедагогами (учителями школ) совместно с логопедами определяются задачи, направленные на коррекцию речевых нарушений. Коррекционно-логопедические задачи по развитию речевой культуры решаются в игровой, учебной и трудовой деятельности, а также в предметно-практической деятельности, на музыкальных и ритмических занятиях.

При организации логопедических занятий со слабовидящими детьми особое внимание обращается на возможность использования имеющегося зрения (дидактический материал необходимой величины, окраски и объемности), используются рельефные картинки, «волшебные мешочки» с набором игрушек, кубики и брусочки для обозначения звуков, построения слогов, слов и предложений.

Огромное значение в работе с этими детьми в целях формирования представлений о многообразии предметного мира придается природной наглядности. Обязательным элементом занятий должна быть игра, так как у детей с глубокими дефектами зрения (до обучения) значительно позже, чем у зрячих, формируются предпосылки игровой деятельности. При планировании коррекционно-логопедической работы с детьми, имеющими первый уровень сформированности речи, учитывается их хорошая речевая база, основное внимание обращается на работу по совершенствованию фонетической стороны речи. Проводятся упражнения и игры, способствующие развитию слухового внимания. Учитывая, что у детей с нарушением зрения существенно страдает формирование речедвигательных образов по подражанию, применяются приемы механической постановки звуков, доступные сравнения артикуляции звуков с образами предметов, кинестетические ощущения и т. д., используются элементы занимательности.

При планировании логопедической работы с детьми, имеющими второй уровень сформированности речи, учитываются и сохраняются все разделы, применяемые для детей первой группы. Но при этом особое внимание обращается на словарную работу, развитие фонематического анализа и синтеза.

При реализации плана по обучению детей с третьим и четвертым уровнями сформированности речи логопеды (по согласованию с тифлопедагогами и воспитателями) вводят элементы, направленные на коррекцию предметно-практической, игровой и познавательной деятельности. Неотъемлемым должно быть совершенствование моторных навыков, координации, ориентировки в пространстве и конструктивного праксиса. В основу должно быть положено формирование углубленных представлений и реальных знаний детей об окружающем мире. На этой предметной базе строится развитие их речи. Учитывая особенности слепых и слабовидящих детей этих групп, основное внимание обращают на расширение их словарного запаса, на правильность соотнесенности слова с образом предмета, формирование обобщающих понятий, грамматического строя и связной речи.

Накопление словарного запаса, практическое овладение грамматическим строем обеспечивают переход к составлению предложений по картинкам (для слепых — по рельефным картинкам), по опорным словам, а также по представлениям, которые могут быть сформированы у детей об окружающем мире, по описанию своего опыта. В системе логопедических занятий отрабатываются наиболее слабые звенья речевой деятельности детей. На сформированной речевой основе логопеды переходят к работе, например, с детьми, имеющими третий и четвертый речевые уровни, по воспитанию навыков правильного звукопроизношения и обучения операциям фонематического анализа и синтеза.

Предметная и речевая база, создаваемая воспитателем и тифлопедагогом, широко используется и совершенствуется на занятиях логопеда. Работа логопеда находит предложение в практике работы по совершенствованию навыков, сформированных на занятиях воспитателя и тифлопедагога. Работа строится на основе совместного планирования с использованием дублирования игровой и речевой картотеки (игры и речевой материал для закрепления навыков правильного звукопроизношения, развития словаря и связной речи).

В целом можно говорить о том, что происходит логопедизация педагогического процесса. В начальных классах она осуществляется в совместной работе учителя, воспитателя на всех этапах обучения грамоте и развития речи. Выделяются программные разделы работы, в процессе реализации которых учитель дифференцированно осуществляет закрепление речевых навыков, усвоенных детьми на логопедических занятиях.

Проводится работа по устранению нарушений речи типа ринолалии, заикания, нарушений голоса, которые встречаются у слепых и слабовидящих детей. Работа ведется с учетом общепринятых методик, но с опорой на остаточное зрение или специфические способы восприятия (у слепых детей).

**Нарушения речи у слабослышащих. Особенности коррекционно-профилактической помощи этим детям.**

Выраженное и стойкое снижение слуха затрудняет не только восприятие речи, но и неизбежно приводит к нарушению или недоразвитию экспрессивной речи. При этом степень нарушения (недоразвития) экспрессивной речи в каждом конкретном случае будет зависеть от степени снижения слуха (чем тяжелее степень, тем хуже речь), времени наступления тугоухости, условий развития ребенка (принятие специ­альных мер по сохранению и развитию речи обеспечивает сравнительно лучшее ее состояние).

Для детей со сниженным слухом типично недоразвитие всех компонентов речи, которое непосредственно связано со слухо­вой недостаточностью. Оно охватывает все ее стороны. Однако у слабослышащих могут наблюдаться и такие формы речевой патологии, которые непосредственно не связаны с состоянием слуховой функции: заикание, нарушение темпа речи, ринолалии, оптическая дисграфия и дислексия, дизартрия, механическая дислалия, нарушения голоса, алалия, ранняя детская афазия.

***Фонетико-фонематические нарушения.*** Нормальное функционирование фонематической системы предполагает возможность безошибочной слуховой дифференциации всех звуков речи (включая и акустически близкие) и правильность их произношения. Обе эти стороны, характеризу­ющие состояние фонематической системы, в случаях рано приобретенной тугоухости не могут формироваться нормально.

Дети с I степенью тугоухости различают на слух не более 75% согласных, произнесенных голосом разговорной громкости около самой ушной раковины. При этом уже на расстоянии 0,5 м от уха возможность различения согласных снижается до 60%, а на расстоянии 2 м — далее до 40%. Восприятие связной речи в этих условиях оказывается возможным лишь потому, что дети, полностью владеющие речью, опираются на имеющиеся у них целостные образы слов и фраз, что позволяет им домыслить (нередко ошибочно) недостающие звенья. Если же ребенок не владеет развернутой речью, то такое до­мысливание оказывается невозможным. Поэтому дети с одинаковой степенью тугоухости, но с разным уровнем речевого развития распознают звуки речи по-разному. По этой причине даже при одинаковой степени тугоухости состояние слуховой дифференциации звуков речи у учащихся II отделения школы слабослышащих в целом значительно хуже, чем у учащихся I отделения.

Однако далее в I отделении школы слабослышащих, согласно исследованиям Л. Г. Парамоновой, свыше 78% учащихся старших классов не дифференцируют на слух от 4 до 45 пар согласных звуков. Особенно затруднена слуховая дифференциация свистящих **С** и **Ц** в словах типа *свет* — *цвет.* Слуховая дифференциация остальных фонетических групп согласных звуков для слабослышащих учащихся I отделения представ­ляет значительно меньшие трудности.

Для слабослышащих учащихся II отделения трудность представляет восприятие именно свистящих и шипящих звуков. Помимо упомянутых чисто акустических особенностей, сказывается и то, что эти звуки сравнительно поздно начинают дифференцироваться в произношении. Здесь наблюдается тормозящее влияние речедвигательного анализатора на речеслуховой.

Состояние слуховой дифференциации звуков речи у слабослышащих как I, так в особенности II отделения таково, что оно не может обеспечить усвоения детьми полноценного звукопроизношения, а в дальнейшем — и письма.

Формирование звукопроизношения у слабослышащих протекает со значительными отклонениями от нормы из-за неполноценности речеслухового анализатора, который не способен в необходимой степени осуществлять свою «ведущую роль» в отношении речедвигательного анализатора. Не имея возможности воспринять тот или иной звук речи на слух или отдиф­ференцировать его от сходных звуков, ребенок не может самостоятельно овладеть и правильной его артикуляцией. У слабослышащих детей могут быть нарушения в строении и функционировании речедвигательного анализатора, что также может обусловливать у них дефектное произношение звуков.

Особенно нарушено звукопроизношение у слабослышащих учащихся II отделения, причем не только согласных, но даже и гласных звуков. Однако и в I отделении школ слабослышащих, дефекты звукопроизношения имеются даже в старших классах. Как и у слабослышащих II отделения, здесь преобладают случаи полиморфного нарушения звукопроизношения, охватывающего многие фонетические группы звуков (в среднем на каждого ученика приходится по 11 дефектно произ­носимых звуков). Даже у слабослышащих I отделения страдает произношение не только артикуляторно сложных, но также и сравнительно артикуляторно простых согласных (губных, губно-зубных, переднеязычных *т, д, н* и др.). Дефекты произношения гласных звуков в I отделении выражены мень­ше, чем во II. В основе их нарушений лежит неполноценность работы не только речеслухового, но одновременно и речедвигательного анализатора. Можно выделить три основные формы нарушения звукопроизношения у слабослышащих.

1. ***При недостаточности сенсорного отдела речевого аппарата,*** т. е. неполноценной деятельности слухового анализатоpa, характерны замены одних звуков речи другими («суба» вместо *шуба).* Реже, чем замены, наблюдается искаженное произношение звуков, связанное с невозможностью их четкой слуховой дифференциации от других звуков или с полной невозможностью восприятия их на слух из-за парциального выпадения соответствующих звуковых частот. Отклонений от нормы в строении или функционировании моторного отдела речевого аппарата при сенсорных формах нарушения звукопроизношения обычно не наблюдается. Звуковые замены, имеющиеся в устной речи ребенка, обычно отражаются и на письме в виде соответствующих буквенных замен.

2. ***Вследствие недостаточности моторного отдела речевого аппарата***, т. е. отклонений от нормы в строении или функци­онировании артикуляторных органов, нарушения выражаются обычно в искаженном звучании звуков (картавое *р,* меж­зубное или боковое *с* и пр.).

3. ***Смешанные формы нарушений звукопроизношения, обусловленные одновременно и сенсорной, и моторной недоста­точностью***. В этих случаях у одного и того же ребенка дефекты произношения одних звуков связаны с невозможностью их слуховой дифференциации от сходных фонем (замена *ц* на с), дефекты же произношения других звуков — с отклонениями от нормы в строении или функционировании артикуляторного аппарата (например, картавое *р* при короткой подъязычной связке или межзубное с при паретичности мышц кончика языка). Иногда же дефекты произношения одних и тех же звуков у ребенка имеют одновременно и моторную, и сенсорную обусловленность. Это имеет место в тех случаях, когда невозможность выполнения необходимых для произнесения данного звука артикуляторных движений сочетается с невозможностью слуховой его дифференциации от акустически близких с ним звуков.

У слабослышащих детей преобладающими являются смешанные формы нарушений звукопроизношения.

***Нарушения лексического и грамматического строя речи.*** При сильно выраженном и рано наступившем снижении слуха у детей развитие словаря настолько отстает от нормы, что многие из них приходят в школу, владея лишь несколькими лепетными словами. Однако и при менее тяжелом снижении слуха лексическая сторона речи у слабослышащих обычно оказывается нарушенной.

В основе недоразвития словарного запаса лежит невозможность дифференцированного восприятия на слух близких по звучанию слов и нечеткость (или полная невозможность) восприятия безударных частей слова, каковыми в русском языке чаще всего являются окончания, суффиксы и приставки. Слабослышащий ребенок нередко способен более или менее отчетливо воспринять на слух лишь ударную (чаще — корневую) часть слова, что приводит к «усеченности», неотчетливос­ти и недостаточной устойчивости слуховых его образов, которые не могут служить полноценной основой для формирования лексической стороны речи.

Ограниченность имеющегося у слабослышащего словарного запаса приводит к неточности употребления слов, к расширению их значений.

Отмеченная неточность употребления слов выражается в замене одних слов другими. Боскис отмечает следующие наиболее характерные для слабослышащих группы смысловых замен слов:

1. Употребление характерного признака вместо всего предмета («борода» вместо *дедушка* или «водопровод» вместо *кран).*

2. Называние другого предмета, ситуационно связанного с данным («клей» или «краска» вместо *кисточка).*

3. Называние общей ситуации вместо предмета («заболела», «аптека», «болит» вместо *термометр).*

4. Называние предмета, сходного по назначению («замок» или «ключ» вместо *крючок).*

5. Называние предмета, внешне сходного с данным («кисточка» вместо *метла).*

6. Называние действия, которое может быть связано с данным предметом («садиться» вместо *стул).*

*7.* Использование перифраза для обозначения предмета («дверь закрывают» вместо *крючок).*

Отмеченные особенности лексики слабослышащих свидетельствуют о том, что она чаще всего не может служить полноценным «строительным материалом» для их связной речи и как бы заранее предопределяет дефекты построения фразы. Одним из важнейших проявлений недоразвития речи у слабослышащих является несформированность у них грам­матического строя речи.

Усвоению правильных грамматических форм слова препятствует неточность слухового восприятия слабослышащими его окончаний, являющихся одним из основных средств выражения связей между словами в русском языке, и невоз­можность восприятия на слух многих предлогов, также выражающих эти связи. Многие слабослышащие долгое время не овладевают фразовой речью, их речь состоит из не связанных между собою слов.

У слабослышащих нередко наблюдается неправильное согласование слов («В лесу слышались пение птиц»), неправильное употребление падежных окончаний («Он лежал в палатку»), пропуск предлогов («Все лицо морщинках»), употребление лишних предлогов («Друзья ушли в куда-то далеко») и другие ошибки. Еще больше разного рода аграмматизмов наблюдается при употреблении слабослышащими сложных предложений, структура которых с трудом усваивается даже учащимися старших классов.

Письменная речь слабослышащих во многом отражает недочеты устной речи. При всем многообразии ее нарушений условно можно выделить две основные группы: 1) грубый аграмматизм, выражающийся в неправильном согласовании и употреблении предлогов, в пропусках главных и второстепенных членов предложения и т. п.; 2) наличие тех форм дисграфий, которые связаны с имеющимися у слабослышащих грубым фонетико-фонематическим недоразвити­ем (акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия).

Эти формы дисграфий особенно ярко проявляются у учащихся I—II классов, где имеет место почти «фотографическое» отражение на письме нарушений слуховой или слухопроизносительной дифференциации звуков; например, «лузайка» вместо *лужайка,* «сапка» вместо *шапка* и т. п. У многих детей далее при сохраняющихся нарушениях слухопроизносительной дифференциации звуков нет соответствующих буквенных замен на письме. Это возможно благодаря компенса­торным приемам, в частности непроизвольному запоминанию зрительных образов слов. Так, если ребенок, не различающий на слух звуки с и ш, многократно читал и писал слово *шуба,* то написание «суба» будет восприниматься им как оптически непривычное, что и предостережет его от ошибки. Помимо рассмотренных форм дисграфий, встречается и дисграфия при нарушении фонематического анализа и синтеза слов. Для нее характерно искажение звуко-слоговой структуры слов за счет пропусков и перестановок букв в словах, вставок лишних букв и пр.

Проблема дислексии у слабослышащих до настоящего времени остается неизученной. Наиболее распространены среди них фонематические дислексии, обусловленные фонетико-фонематическим недоразвитием. Логопедическое обследование слабослышащих детей должно быть направлено на возможно более полное и всестороннее выявление симптоматики речевых нарушений и их патогенеза в целях постановки дифференцированного диагноза, позволяющего применить дифференцированные и этиопатогенетически обоснованные методы коррекционного воздействия. В процессе обследования слабослышащих детей нередко возникает необходимость отграничения тугоухости от сенсорной алалии.

При наличии у слабослышащих речевого недоразвития необходимо исследование как импрессивной, так и всех сторон экспрессивной речи. Если помимо недоразвития речи имеются и какие-то другие ее нарушения, не связанные непосредственно с состоянием слуховой функции (например, заикание, ринолалии и пр.), то обследование дополняется также и выявлением симптоматики названных расстройств.

Во всех этих случаях логопедическое обследование слабослышащих не имеет существенных отличий от обследования детей с нормальным слухом. Основная специфика заключается в самом характере проведения с необходимостью учета неполноценности слуховой функции ребенка. Так, в ходе всего обследования приходится постоянно обращать внимание на то, как слышит ребенок, предлагаемый ему речевой материал. В противном случае некоторые задания могут остаться просто им непонятным, что приведет к ошибочной диагностике.

Для обеспечения лучшей слышимости используются усиление громкости голоса; сокращение расстояния от говорящего до ушной раковины ребенка; звукоусиливающая аппаратура (чаще всего слуховые аппараты индивидуального пользования).

Для слабослышащих с выраженным недоразвитием речи наиболее существенным будет обследование нарушений слуховой дифференциации звуков речи. Во избежание возможных ошибок при оценке состояния слуховой дифференциации звуков у ребенка при обследовании логопеду необходимо закрыть лицо экраном, чтобы исключить возможность зрительного восприятия. При несоблюдении этого условия ребенок может различать звуки по особенностям артикуляции (т. е. зрительно), что позволит ему безошибочно показывать называемые логопедом парные картинки типа «миска — мишка». Естественно, что это создаст иллюзию сохранности слуховой дифференциации данной пары звуков, а значит, приведет к ошибочному заключению.

Исключение зрительного восприятия необходимо и при проведении слуховых диктантов, однако даже при этом условии слабослышащие могут опираться в процессе письма на имею­щиеся у них оптические образы слов. Поэтому в слуховые диктанты, преследующие цель выявления акустической и артикуляторно-акустической дисграфии, обязательно должны включаться незнакомые детям слова, содержащие звуки, не различаемые слабослышащими. Устранение у слабослышащих нарушений речи, не связанных с состоянием слуховой функции детей ведется обычными, принятыми в логопедии методами. Специфика сводится к учету имеющейся слуховой недостаточности и к обеспечению индивидуального подхода.

Система работы по обогащению и уточнению словаря и по формированию грамматического строя речи освещена в работах А. Г. Зикеева, К. Г. Коровина и других авторов. При ознакомлении слабослышащего ребенка с новым словом важно обеспечить его полноценное восприятие. Это достигается за счет достаточно громкого и отчетливого произнесения слова, в особенности безударной его части за счет одновременного предъявления написанного слова и привлечения внимания ребенка к артикуляции говорящего и т. п. Те же условия должны быть соблюдены и при ознакомлении слабослышащих учащихся с новыми грамматическими формами.

Слуховая дифференциация звуков речи, являющаяся необходимой предпосылкой для устранения сенсорных форм нарушения звукопроизношения и упомянутых выше форм дисграфий, слабослышащим детям дается с большим трудом. Имеющиеся у них нарушения звукопроизношения и письма обычно отличаются гораздо большей стойкостью, чем однотипные нарушения у детей с нормальным слухом. В частности даже после усвоения слабослышащим ребенком правиль­ной артикуляции ранее заменяемого им звука (например, *ш)* в его речи еще долго сохраняется смешение этого звука со звуком-заменителем. Это обязывает при устранении сенсорных форм нарушений звукопроизношения у слабослышащих особенно большое внимание уделять тщательному проведению заключительного этапа работы по коррекции дефектов звукопроизношения — дифференциации смешиваемых звуков.

Воспитание у слабослышащих слуховой дифференциации той или иной пары звуков нередко оказывается вообще невозможным. Устранение звуковых замен в устной речи и соответствующих буквенных замен на письме в этих случаях может быть достигнуто лишь за счет использования компенсаторных приемов. Так, при воспитании правильного звукопроизношения у ребенка, не дифференцирующего на слух звуки с и ш, используется опора на зрительное представление артикуляции звука и на чувство положения артикуляторных органов, т. е. на кинестетическое чувство.

Эти же самые зрительно-кинестетические представления о звуке (вместо отсутствующих слуховых) могут быть положены и в основу работы по устранению имеющихся буквенных замен на письме. Однако этот путь компенсации может обеспечить лишь правильное написание знакомых ребенку слов, тогда как при написании незнакомых он по-прежнему не будет застрахован от ошибок.

Использование описанных приемов компенсации при устранении буквенных замен на письме оказывается почти безрезультатным и в тех случаях, когда на дифференцируемые ребенком по слуху звуки имеют к тому же и сходные буквенные обозначения как в печатном, так и в рукописном шрифте. Это относится в первую очередь к звукам *ш* и *щ*, отличающимся друг от друга в буквенном обозначении лишь небольшим дополнительным элементом, и к мягким и твердым согласным, обозначаемым на письме одной и той же буквой.

**Логопедия как наука. Предмет. Объект, цель, задачи. Методология научных исследований в логопедии.**

**Логопедия** – «логос» слово, «падиа» воспитываю. Это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального назначения и воспитания. **Предмет логопедии** – нарушение речи, и процесс обучения и воспитания лиц с нарушениями речевой деятельности. **Объект исследования** – состояние речевых и неречевых процессов и функций у лиц расстройствами речевой деятельности. **Структура логопедии** – логопедия дошкольников, школьников, подростков, взрослых. **Цель логопедии** – разработка научно-обоснованной системы обучения и воспитания лиц с нарушениями речи, а так же система предупреждения речевых расстройств.

**Задачи логопедии**:

* Изучение онтогенеза речевой деятельности при различных формах речевых нарушений;
* Определение распространенности, симптоматики и степени проявлений нарушений речи;
* Выявление динамики, спонтанного и направленного развития детей с нарушениями речи, а так же влияние нарушений речи на развитие их личности, психики, поведения и на различные виды деятельности;
* Изучение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии;
* Выяснение этиологии, механизмов и структуры речевых нарушений;
* Разработка методов педагогической диагностики речевых расстройств;
* Систематизация речевых расстройств;
* Разработка принципов, методов ранней профилактики и устранения речевых расстройств;
* Разработка вопросов организации логопедической помощи и преемственность логопедической работы дошкольных и школьных учреждений;
* Последовательная реализация комплексного подхода при выявлении и коррекции речевых нарушений;
* Разработка ТСО, внедрение в работу компьютерных технологий и лабораторно-экспериментального оборудования;
* Анализ достижений в теории и практике отечественной и зарубежной логопедии;
* Унификация (приведение к одному знаменателю логопедических понятий) категориального аппарата.

Для решения этих задач необходимо:

1.Использование межпредметных связей и привлечение различных специалистов.

2.Обеспечение взаимосвязи теории и практики, для более быстрого внедрения в практику новых достижений.

3.Распространение логопедических знаний среди населения.

**Связь логопедии с другими науками**:

* + Внутрисистемные – общая педагогика, возрастная педагогика, сурдопедагогика, тифлопедагогика, с методиками обучения других предметов.
	+ Межсистемные – науки медико-биологического цикла (отоларингология, психопатология, невропатология, нейропсихология, педиатрия и т.д.), науки лингвистического цикла (лингвистика, психолингвистика), психологические науки (общая, возрастная, специальная психология, психодиагностика).

**Методы логопедии**:

1.Организационные: сравнительный, лонгитюдиальный (изучение в динамике), комплексный.

2.Эмпирические: метод наблюдения, метод эксперимента, психодиагностические методы (тесты, анкеты, интервью и т.д.), биографический метод (сбор и анализ анамнеза).

3.Количественный и качественный анализ результатов: метод математической статистики.

4.Интерпретационные: позволяют выявить связь между частями и целым, функцией и личностью и т.д.

Широко используются технические средства.

**Принципы и методы логопедии как науки**:

1.Рассмотрение нарушений речи во взаимосвязи с другими сторонами психического развития;

2.Деятельностного подхода (учитывать тип деятельности в зависимости от возраста);

3.Системности (опирается на представление о речи, как о сложной функциональной системе, где структурные компоненты находятся в тесной взаимосвязи). Входит звукопроизношение, фонематические процессы, лексика, грамматика, связная речь,

4. Комплексного подхода – диагностика и коррекция нарушений речи должна быть медико-педагогической.

5.Развития – анализ процесса возникновения дефекта и учет зоны ближайшего и актуального развития.

6.Онтогенетический – разработка методики коррекционно-логопедического воздействия, с учетом появления форм и функций речи, а также видов деятельности в нормальном онтогенезе.

7.Этиопатогенетический – принцип учета причин и механизмов речевых нарушений.

8.Учета симптоматики нарушений и структуры дефекта – выделение ведущих расстройств, а также соотношение речевой и неречевой симптоматики в структуре дефекта.

9.Обходного пути – предполагает формирование новой функциональной системы в обход пострадавшего звена (компенсация).

10.Общепедагогические принципы: наглядности, доступности, сознательности, активности, научности знаний, прочности знаний, воспитывающий характер обучения, систематичности и последовательности, индивидуального подхода.

**Принципы логопедической работы** – это общие сходные положения, которые определяют деятельность логопеда и детей в процессе коррекции нарушений речи.

Большое значение общедидактическим принципам: воспитывающий характер обучения, научности, систематичности и последовательности, доступности, наглядности, сознательности и активности, прочности, индивидуального подхода.

**Специальные принципы:**

**1). Этиопатогенетический** – необходимо учитывать совокупность этиологических факторов, обусловливающих их возникновение. Это внешние, внутренние, биологические и социально-психологические факторы.

**2). Системность и учет структуры речевого нарушения** – предполагает необходимость учета в логопедической работе структуры дефекта, определение ведущего нарушения, соотношения первичных и вторичных признаков.

**3) Комплексность** - расстройства речи представляют собой синдром, в структуре которого выделяются сложные связи между речевыми и неречевыми симптомами. Необходимо комплексное воздействие.

 **4). Дифференцированный подход** – осуществляется на основе учета этиологии, механизмов, симптоматики нарушения, структуры речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей, учитываются общие и специфические закономерности развития аномальных детей.

**5). Поэтапность** – каждый этап характеризуется своими целями и задачами, методами и приемами коррекции, последовательно формируются предпосылки для перехода от одного этапа к другому.

**6). Онтогенетический** – учет закономерностей и последовательности формирования различных форм и функций речи.

**7). Учет личностных особенностей** – бывает неравномерное развитие отдельных ее сторон, нарушение межличностных отношений.

**8). Учет ведущей деятельности** – игровая (дошкольники) или учебная (школьники).

**9). Условия естественного речевого общения** – моделирование различных ситуаций речевого общения, тесная связь логопеда с родителями, воспитателями, педагогами.

**Метод обучения** – Выбор и использование метода определяется характером речевого нарушения; содержанием, целями и задачами коррекционно-логопедического воздействия; этапом работы; возрастными, индивидуально-психологическими особенностями ребенка.

СЛОВЕСНЫЕ МЕТОДЫ: определяются возрастными особенностями детей, структурой и характером речевого дефекта, целями и задачами коррекции.

**1. рассказ** – форма обучения, при которой изложение носит описательный характер. Используют для создания у детей представления о явлении, для вызова положительных эмоций, для создания образца правильной речи, для подготовки детей к самостоятельной работе.

**2. беседа** – предварительные, итоговые, обобщающие; опираются на достаточный объем представлений, соответствует логике мыслительной деятельности ребенка, активизирует мыслительную деятельность, четкие и ясные вопросы.

3**. пересказ** – краткий, выборочный, развернутый;

ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ:

**1. упражнение** – многократное повторение ребенком практических и умственных заданий.

А) подражательно-исполнительские – выполняются детьми в соответствии с образцом.

 Б) конструктивные – конструирование букв из элементов, из одной буквы другую.

В) творческие – использование усвоенных способов в новых условиях, на новом речевом материале.

**2. игровой метод:** использование различных компонентов игровой деятельности в сочетании с другими приемами: показом, объяснением, указанием, вопросами (игры в «магазин», «врача»).

**3. моделирование**: процесс создания моделей и их использование в целях формирования представлений о структуре объектов, об отношениях и связях между элементами этих объектов.

НАГЛЯДНЫЕ МЕТОДЫ: форма усвоения знаний, умений и навыков, которая находится в существенной зависимости от применяемых при обучении наглядных пособий и ТСО. Относятся наблюдения, рассматривания рисунков, картин, макетов; просмотр диафильмов, кинофильмов; прослушивание пластинок, записей; показ образцов выполнения заданий.

**Классификация нарушений речи, их применение в диагностической практике.**

Нарушение речи определяется как отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством нормального функционтрования психофизиологических механизмов речевой деятельности. Целью анализа речевых нарушений является - выявление содержания исследуемой речевой патологии в детском возрасте.

На протяжении всей истории логопедии исследователи стремились к созданию классификации речевых нарушений, но и сейчас это остается актуальной проблемой. Сложность вопроса классификации обусловлена рядом причин: основная это недостататочная изучученность самих механизмов речи, несовпадение во взглядах исследователей на вопрос о принципах, на основе которых она должна быть построена. На начальных этапах логопедия не располагала собствственной классификацией, опиралась на медицинские изучения в области речевых растройств. 1 классификация Куссмауль- подверг критике ранние представления о видах речевых нарушений, систематизировал их , упорядочил терминологию. Её стали называть клинической. Она легла в основу ряда работ исследователей: Гутцман, Фрешельс и др. Общее: клинический подход, связь видов нарушений с разными формами заболеваний, язык описания (термины). Несовпадения: разные принципы группировки классификаций, на степень существенности для классификации того или иного критерия. На фоне достижений прикладных наук (анатомия, физиология, невропатология) в логопедии стали вносится коррективы в клиническую классификацию. Хватцев, Рау, Правдина. Изменены представления об отдельных видах нарушений, относимых к одной форме, пополнилась содержательная характеристика речевого растройства. В ходе становления логопедии все более стала осознаваться неприемлемость только клинического подхода.

Принципы анализа реч нарушений (принцип развития, системного подхода, принцип связи речи с другими психическими процессами) разработаны Левиной и составляет основу психолого-педагогической классификации. В настоящее время имеется 2 классификации речевых наршений: клинико-педогогическая и психолого-педагогическая, которые дополняют друг друга.

**Клинико-педагогическая классификация нарушений речи.**

Построена по принципу от общего к частному.

1. **Нарушение устной речи:**

Нарушение фонационного или внешнего оформления высказывания:

* 1. ***дисфония, афония*** – отсутствие или расстройство фонации из-за патологических изменений голосового аппарата; ***брадилалия (брадифразия)*** – патологическое замедление темпа речи.
	2. ***тахилалия (тахибразия)*** – патологически ускоренный темп речи, обусловленный органическими или функциональными причинами.
	3. ***полтерн*** – патологически ускоренная речь, которая сопровождается паузами и запинками не судорожного характера.
	4. ***заикание*** – нарушение темпа ритмической организации речи, обусловленное судорожными состояниями мышц речевого аппарата.
	5. ***дислалия*** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и первично сохраненном интеллекте и при сохранной иннервации мышц речевого аппарата ( синонимы - косноязычие, дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем).
	6. ***ринолалия*** – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (синонимы – гнусавость, палаталалия, ***ринофания*** – назализация произношения без грубых нарушений артикуляции).
	7. ***дизартрия*** – нарушение произносительной стороны речи, обусловленная недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.
	8. ***анартрия*** – полное отсутствие речи из-за недостаточной иннервации мышц речевого аппарата.

Нарушение внутреннего оформления высказывания:

* + 1. ***алалия*** –отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.
		2. ***афазия*** – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга (синоним – распад, утрата речи).
			1. **Нарушение письменной речи:**
1. ***Дислексия*** – частичное нарушение процесса чтения, которое проявляется в стойких повторяющих ошибках.
2. ***Дисграфия*** – нарушение письма, при котором наблюдаются стойкие повторяющие ошибки.

**Психолого-педагогическая классификация нарушений речи.**

Построена по принципу от частного к общему, предложена для удобства работы.

1. Нарушение средств общения:
	1. фонетико-фонематическое недоразвитие речи:
* фонетика – звукопроизношение, звукослоговая структура слова и просодика (темп, ритм, интонация, паузация, словесное и логическое ударение).
* фонематика – фонематическое восприятие слова (квазиомонимы – отличаются одним звуком, рак-лак) и фонематический анализ, фонематический синтез (складывание из букв слов), фонематическое представление.
1. ОНР – общее недоразвитие речи: фонетика, фонематика, лексика, грамматика, связная речь, смысловая сторона.
2. ФНР – фонетическое нарушение речи или НПОЗ – нарушение произношения отдельных звуков.
3. Лексико-грамматическое недоразвитие речи – ЛГНР.
4. Нарушение применения средств общения – заикание.

**Основные закономерности развития лексико-грамматического строя речи в нормальном онтогенезе.**

Речь каждого ребенка усваивается в индивидуальном опыте жизни. По мере созревания мозговых структур дети начинают овладевать речью по подражанию. В ходе реч. развития выдел. 2 этапа- 1. Подготовительный (от рождения до 1,5 лет) В 2 мес. гуление, в 6 мес. лепет, в 12 мес. появление слов, 1,5 г. появление фраз. В этот п-од развив-ся внимание к речи и зачатки ее понимания, потребность в речевом общении. 2 период Собственно- речевого развития от 1,5 до 7 лет. Происходит развитие импрессивной речи (восприятие и понимание), развит. экспрессивной речи (становление звукопроизношения, овладение словарем, овладение граматич. строем, развитие связной речи.) Овладение словарным запасом начин-ся на 2 г. жизни. Первые слова носят обобщенный характер. Затем реб-к замечает окончания слов. Словарн. запас растет в колич. и кач. направлении. Первыми появл-ся сущ-ные, затем глаголы, наречия, прилагательные. После 2 лет предлоги. С 3,5 - 4 лет обобщающие слова. В 5-6 лет родовые понятия. Овладение граматич. строем речи нач-ся на втором году жизни при овладении фразовой речью. Система словоизменения усв-ся к 4 годам, словообразования к 7 годам. Связная речь к 4 годам.

По данным Е. А. Аркина, рост словаря характеризуется следующими количественными особенностями: 1 год —9 слов, 1 год 6мес. — 39 слов, 2 года — 300 слов, 3 года 6 мес.— 1110 слов, 4 года — 1926 слов. Существительные появляются в речи в числе первых слов и некоторое время употребляются в неизменяемом виде.

По данным А. Н. Гвоздева, в словаре четырехлетнего ребенка наблюдается 50,2% существительных, 27,4% глаголов, 11,8% прилагательных, 5,8% наречий, 1,9% числительных, 1,2% союзов, 0,9% предлогов и 0.9% междометий и частиц.

При нормальном речевом развитии ребенка и благоприятных условиях воспитания его активный словарь увеличивается очень быстро. Он растет как в количественном, так и в качественном отношении, например, в возрасте 3—4 лет словарь составляет от600 до 2000 слов. Дети правильно называют окружающие их предметы и явления, владеют достаточным количеством слов,обозначающих качества предметов, действий, стараются активнопользоваться в речи как видовыми, так и родовыми понятиями и словами с противоположными значениями, словами-синонимами.

Одновременно с увеличением количественной и качественной сторон словарного запаса у детей постепенно формируется навыки словообразования. Так, четырехлетние дети совершенно свободно образуют существительные с различными уменьшительно-ласкательными суффиксами: пальчик, зайчик, лобик, песик, носик, куколка, платьице.

Дошкольники в 5—6 лет свободно выполняют, упражнения на словообразование. От одного корня они могут образовать различные части речи: существительные, глаголы, прилагательные и др. (например: красный, краснеть, краснота; ловец, ловля, ловить; плавать, пловец, плавучий).

Дети справляются с заданиями на образование прилагательных от существительных, причем это касается не только обиходных часто встречающихся слов (железо, железный, стеклянный, деревянный), но и менее употребительных в быту слов: ситцевый снежный, бумажный, песочный, картонный, пластмассовый.

При нормальном развитии речи дети к 5 годам овладевают всеми типами склонения существительных, т. е. правильно употребляют существительные, прилагательные во всех падежах единственного и множественного числа. Отдельные трудности, которые встречаются у детей, касаются редко употребляемых существительных в родительном и именительном надежах множественного числа (стулы, деревы, колесов, деревов).

Можно отметить следующий порядок формирования падежных окончаний (по данным А. Н. Гвоздева) у детей с нормальным речевым развитием:

1 год 1 мес. — 2 года. Именительный, винительный падеж для обозначения места. Предлог опускается (положи мяч **стол).**

2 года —2 года 2 мес. Дательный падеж для обозначения лица: (дай Вове), направления (предлог при этом опускается: иди маме); творительный падеж в значении орудийности действия (рисую карандашом); предложный надеж со значением места—предлог опускается (лежит **сумке).**

2 года 2 мес.—2 года 6 мес. Родительный падеж с предлогами: *у, из* со значением направления (из дома); творительный падеж со значением совместности действия с предлогами с (с мамой); предложный падеж со значением места с предлогами *на, в* (на столе).

2 года 6 мес. — 3 года. Родительный падеж с предлогами для, после (для мамы, после дождя); винительный падеж с предлогами через, под (через речку, под стол).

3 года — 4 года. Родительный падеж с предлогом **до** для обозначения предела (до леса), с предлогом вместо (вместо брата).

Важным показателем правильной речи ребенка является умение использовать предлоги, верно согласовывать существительные с прилагательными и числительными. К 3—4 годам дети в основном правильно употребляют в самостоятельной речи все простые предлоги (у, с, на, под, с, из, к, за, по, после), свободно пользуются ими в своих высказываниях.

К 5 годам дети усваивают основные формы согласования слов: существительных с прилагательными всех трех родов, с числительными в именительном падеже.

**Принципы коррекции дислалии. Методика логопедической работы на разных этапах.**

**Принципы коррекции дислалии** - **Общие принципы** - 1.комплексного медико-психолого-педагогич. воздействия (должны иметь мед. знания о ребенке) 2.учет возраста., кот. должен выраж-ся в отборе содержания материалов, методов и приемов работы. 3.индивидуального подхода, предполагает учет личностно-психологич. особенностей. 4.принцип опоры на нормальный онтогенез. 5.учет социальной сущности речи. (нужно отрабатывать ту речь, которая нужна для общения.) **Специальные принципы** **для дислалии**.1.Принцип максимального использования различных анализаторов.2. принцип сознательности 3. принцип поэтапности в работе.4. принцип последовательности и параллельности в работе над звуками. Направления логопедической работы определяются задачами: развитие и коррекция фонетической и фонематической системы речи.

**Методика логопедической работы на разных этапах**

**Развитие фонематической системы** (принадлежит Орфинской). эта система выполняет 3 функции:

*1.рече-слуховая дифференц фонем* – эта функция осуществляет способность различения фонем по фонематическим признакам. Для гласных – 3 признака, для согласных 5 (вокализация, нозализация, палатолизация. место образования, способ образования); *2.ф.фонематического анализа и синтеза*: *2простых* – выделение звука в слове, выделение звука из слова (какой звук ты слышишь в слове ШАР); *3сложных* – количественный анализ (сколь звуков в слове ШАР), последовательный (порядковый) (назови все звуки по-порядку), позиционный (в каком месте слова находится звук, какой мы обозначили). Анализ дополняется синтезом – составление слова из звуков данных последовательно (Ш-А-Р) или в разбивку (Ш-Р-А). Фонематические представления – предлагается ряд картинок – реб должен выбрать те картинки в названии кот есть определенный звук. 3.смыслоразличительная функция фонем. Квазиомонимы – слова кот различаются только одной фонемой (том – дом), при этом имеют разный смысл.

**1.Формирование фонематической системы –** *начало –* мы обучаем выделять звук (фонему) в звуковом ряду, для этого дается задание: слушай звук, когда услышишь звук Ш, то подними букву. Затем учим выделять звук в слогах (даем слоги с буквой Ш и без Ш). Когда это усвоено – звуки в словах, во фразах, текстах (если нужно). Затем все это с другой фонемой. *Потом –* приступаем к слуховой дифференциации фонем. Реб даем 2буквы (пр С и Ш), слушай звуки, когда услышишь звук С подними букву С. дифференциация в звуков ряду- в слогах – во фразах – в тексте.

*Сложные формы фонематического анализа –* начинаем с позиционного, т.е.мы дали задание слушай слова, если есть буква Ш, то покажи букву. Мы вывешиваем разные слова и показываем, что буква Ш может располагаться в разных частях слова. Постепенно переходим к последовательному и количественному. С первых занятий нужно параллельно формировать эти пространственно временные понятия. Игра с паровозиком. Рассмотреть паровозик, сформировать идею, что есть начало, конец и середина. Демонстрируем – на станцию прибывает 1 вагон (во времени первый), а последний во времени последний. Постоянно манипулировать словами *начало, конец.* Затем позиционный анализ – количественному и последовательному – составление схем слогов: КОТ – Зв обозначаются кружками, сначала не цветными, затем говорим, что некоторые звуки пропеваются (О – красный кружок), а звуки которые не тянутся обозначаем синим. Но есть согласные, кот тоже поются (М,Ж). Нужно сказать, что гласные без преграды, а согласные с преградой. С помощью этих подсказок реб м.считать звуки, а затем и представлять звуки. Т.о.реб овладевает фонематическим анализом. Процесс дифференциации звуков в словах тесно сливается с формированием и коррекцией фонематических представлений.

**2.Развитие фонетической системы** – включает *просодические компоненты* речи (мелодика речи) – темп, ритм, ударение. Необходима отработка просодических компонентов. У реб надо развивать темпо-ритмическое чувство – реб предлагают прослушать какой-то ритмический рисунок, затем воспроизвести (стук ладонью). М.усложнять эти рисунки, а если проблемы, то реб все равно обучается с использованием разнообразных внешних опор (м.б.графический рисунок или счетные палочки). Нарушения темпо-ритмич чувства м.возникать у детей с подкорковыми нарушениями, но если сохранна кора, реб овладевает счетом. Графический счет – прослушать ритмический рисунок, затем с помощью палочек выложить этот рис или нарисовать его в том же ритме, далее глядя на этот рис прохлопать. После освоения – задание на воспроизведение простых слогов в заданном темпо-ритме (определенная скорость и темп). Далее переходят к воспроизведению слов в определенном темпо-ритме, рядов слов, словосочетаний. На уровне слова приобретает работа над интонацией.

*Формирование звукопроизношения –* звуки нужно ставить в последовательности сзади вперед, т.е.сообразно физиологии образования звука. В первую очередь мы должны отработать *дыхание* – нужно поставить диафрагмальное дыхание, нужно обучить реб произвольно управлять направлениям воздушной струи, т.е.сознательно по заданию направлять воздушную струю в нос или в рот. Зажать нос – выдох и вдох ч\з рот, зажать рот – выдох и вдох ч\з нос, вдох ч\з рот, выдох ч\з нос и наоборот. Прорабатываем направление *воздушной струи* и ощущение воздушной струи в ротовой полости в разных отделах. При подаче воздушной струи на губы не должны раздуваться щеки. Важно выработать ощущение воздушной струи на *кончике языка* (т.к.большинство звуков переднее-язычные) – руку под подбородок и подуть на руку, высунув ззык, щеки не раздуваются, или положить язык на в\губу и подуть на кончик носа. Упражнения делать пока у реб не сформировалось ощущение этой струи. В дыхании нужно выработать достаточный объем выдыхаемой струи (дуть игрушки). Способ подачи плавно или толчком. В плавном вырабатывается длительность (дутье на палец приближая, удаляя) – для щелевых звуков. Толчковая подача воздуха (задуть свечи). При проведении дыхательных упр грудн кл д.б.свободной и ровной, упр проводят стоя, лежа на спине или на боку, сидя. *Формирование голоса* – голосовые упр присоединяют к дыхательным, необходимо контролировать чтобы звук шел легко, свободно, на мягкой голосовой атаке. Дополнительные упр на изменение силы голоса, изменение высоты звука (подъем на лифте-голосом). После отработки голосо-дыхат струи – формирование элемнтов артикуляции в последовательности сзади вперед (коррекц языка, затем губы).

Формирование звукопроизношения м.б.представлено поэтапно:

*подготовительный* – развитие фонематической системы, формирование дыхания, голоса и развитие артикуляционной моторики по средствам артикуляционных урп. Хватцев предлагал общие и специальные упр. Общие – раскрывание рта, удерживание рта раскрытым, сочетаются с постановкой дыхания и выработкой темпа-ритмических структур. Специальные – направлены на выработку определенных артикуляционных позиций. Артикуляционные упр проводятся в определенном темпоритме, в процессе упр необходимо не только отрабатывать качество движений, но нормализовать саливацию. *Этап формирования первичных произносительных умений и навыков* – включает 3 подэтапа: постановка, автоматизация, дифференциация. Постановка м.осуществлятся разными способами: 1.метод артикуляционных упр (все методы артикуляции отрабатываются и соединяются воедино), 2. механический метод – использование инструментов, рук логопеда или реб для создания нужной артикуляции, 3.метод показа – сам логопед, на фото, артикуляционный профиль, м.б.муляжи, 4.метод опоры на сохранные звуки – все звуки речи м.поставить ч\з другие звуки. В современной прктике все методы чаще всего сочетаются.

После того как звук поставлен, он подлежит автоматизации – сначала в слогах (щелевые в прямых слогах, смычные и аффрикаты в обратных закрытых). Игровые приемы для повтора слогов (автоматизации) в чистоговорках (сы-сы-сы-сын). Затем автоматизация в словах, далее во фразах. Когда звук автоматизирован, если он смешан с к-нибудь звуком, то мы переходим к дифференциации (слоги-слова-фразы).

**3.Формирование коммуникативных умений и навыков** *–* выработанные произносительные навыки включаем в различные ситуации общения. Для этого мы моделируем различные ситуации в играх с использованием соответствующего материала. На этом этапе рекомендуют окружающим реб. включится в процесс автоматизации.

**Определение дислалии, её распространённость и история изучения. Классификация дислалии.**

Длительное время все речевые расстройства были объединены термином «косноязычие». Это древний народный термин, означает всякую неправильную речь. В настоящее время не используется. Уточнение «косноязычия» в медицинской литературе 19 века, после того как в 1930 году швейцарский врач Шультес разделил все речевые расстройства на 2 группы: заикание и косноязычие. «Косноязычие» он обозначил термином «дислалия», который до него ввел профессор Франк (вильнюсский университет).

В монографии 1827 года Франк применил этот термин в обобщающем значении, как наименование всех видов произносительных расстройств различной этиологии.

Шультес употребил этот термин более узко. Он причислил к «дислалии» только те произносительные нарушения, которые обусловлены анатомическим дефектом артикуляционного аппарата.

В 1879 году Кусмауль в работе «Расстройство речи, опыт, патологии речи» выделяет виды «косноязычия»:

1. ***Функциональная*** – вследствие неправильного воспитания и недостаточных упражнений;
2. ***Механическая*** – вследствие пороков развития периферического артикуляционного аппарата;
3. ***Органическая*** – вследствие поражения нервной системы (литеральная дизартрия).

Иную позицию занимал польский исследователь Вацлав Алтушевский. Он относил к дислалии все случаи нарушения произношения, не обусловленные анатомическим дефектам артикуляционного аппарата. Он выделял 2 формы «дислалии»:

1. ***Функциональная***;
2. ***Дислалия, обусловленная снижением слуха***.

Дефекты при анатомическом нарушении речевого аппарата, он назвал ***«дисглоссией»***. В зависимости кокой отдел периферического аппарата страдает, Алтушевский выделил 4 вида «дисглоссии»:

* 1. губную (толстые, отвисшие);
	2. язычную;
	3. зубную;
	4. небную.

В 30-40 годы 20 века «дислалию» объясняли нарушением периферических органов слуха. Такая точка зрения встречается в работах М.Е.Хватцева, Р.Е.Левиной, Ю.А.Флоренской и других.

М.Е.Хватцев выделил 3 формы дислалии:

* 1. ***Механическая*** – грубые анатомические дефекты органов артикуляционного аппарата (расщелины, короткая уздечка и т.д.);
	2. ***Органическая*** – периферическая тугоухость, менее грубые нарушение артикуляционного аппарата (аномалии зубов, челюстей, неба);
	3. ***Функциональная*** – мышечная вялость мягкого неба, недостаточная гибкость кончика языка, слабость выдыхаемой воздушной струи.

В последствии Правдиной из группы «дислалий» исключены нарушения, обусловленные дефектами слуха, она выделила 2 формы: ***«дислалия»*** и ***«дизартрия».*** В дальнейшем такое разделение стало поддерживаться, а нарушение звукопроизношения вызванные расщелинами, называют ***«ринолалия»***.

Органическая дислалия – употребляется в отдельных работах, но точка зрения на содержание этого термина различна. В работах Е.Ф.Рау и В.А.Синяка – органическая дислалия совпадает с определением «механической дислалии». В работе Л.В.Мелиховой «Очерки по патологии речи и голоса» - органическая дислалия это произносительные нарушения, переходные между «дислалией» и «дизартрией». Сейчас – это «стертая дизартрия».

***От греческого dis-расстройство, lalio-говорю. Это нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Главным образом страдают согласные звуки, более сложные при артикуляции. Простые звуки, как правило не нарушаются (к,п,т).***

**Симптоматика** - Внешние нарушения звукопроизношения могут быть выражены либо в одном из нижеперечисленных вариантах, либо сочетание:

1. ***отсутствие звука*** (рыба-ыба);
2. ***искажение звука***, при котором искаженный звук не соответствует нормальному языку (рыба-ыаба, г`ыба);
3. ***замена одного звука другим***, при этом звук заменитель будет нормальным, соответствующим фонетической системе языка (рыба-лыба, саша-саса);
4. ***смешение звуков и взаимозамена звуков*** (рыба-лыба и лампа-рампа);

Замена и смешение звуков квалифицируется, как фонематические или фонологические дефекты, при котором нарушена фонематическая система языка (различение звуков речи), а отсутствие и искажение звуков является фонетическим дефектом, при котором нарушается способность произвольно производить правильные артикуляционные позы.

**Этиология** – нет ярко выраженных факторов. Анамнез очень часто свидетельствует об отсутствии проблем в внутриутробном и раннем развитии, исключения составляют дети с аномалиями в строении органов артикуляционного аппарата.

**2 группы причин:**

1. ***Биологические –*** \*общая физическая ослабленность, вследствие соматических заболеваний, особенно в период активного развития речи; \*вредности внутриутробного периода и неблагоприятная наследственность, которые приводят к нарушению строения органов периферического артикуляционного аппарата; \*травмы (выбитые зубы).
2. ***Социальные –*** \*вредная манера взрослых общаться с ребенком лепетной речью; \*подражание неправильной речи окружающих; \*длительное пребывание ребенка среди сверстников без планомерного воздействия на его речь образца речи взрослых; \*билингвизм в раннем детстве (двуязычие).

**Распространенность** - во 2 половине 20 века недостатки звукопроизношения отмечались у 20-30% детей 5-6 лет и 17-20% младших школьников. У старших классов они занимали не более 1%. В настоящее время 70-80% нарушений речи у дошкольников, из них Дислалия менее 1% от всех речевых патологий.

В 1879 году Кусмауль описал классификацию нарушения звукопроизношения, которая в основных чертах сохранилась до настоящего времени. Используя греческий алфавит, он ввел терминологию для обозначения нарушений отдельных звуков:

***«ротацизм»*** Он обозначил искаженное произнесение звуков, а для обозначения

***«ламбдацизм»*** случаев замен и смешении, он ввел приставку ***«пара»***, которая

***«гаммацизм»*** добавляется к терминам.

***«сигматизм»***

Затем эта классификация была доработана и описывает, какие группы звуков нарушены и объем нарушенного звукопроизношения. Согласно этой ***классификации*** можно выделить группы нарушения звуков:

* 1. ***Сигматизм*** – недостатки свистящих и шипящих звуков ( свистящие - с,с`,з,з`,ц – 22% нарушений, шипящие – ш,щ,ж,ч – 24%. Если замена и смешение , то это ***«парасигматизм».***
	2. ***Ротацизм*** – недостатки произношения вибрантов (р,р` - 26%), если замена и смешение , то это ***«параротацизм»***(р на л)***.***
	3. ***Ламбдацизм*** – недостатки произношения «л» и «л`» - 20%, если замена и смешение, то это ***«параламбдацизм»***.
	4. ***Йотацизм*** – дефекты произношения звука «й» - 1,5%, если замена, то это ***«парайотацизм».***
	5. ***Дефекты произношения заднеязычных*** – 1%:

«к», «к`» - каппацизм; «г», «г`» - гаммацизм, «х», «х`» - хитацизм.

1. ***Дефекты смягчения*** – полное отсутствие мягких согласных в тексте, измененное смягчение, нарушение дифференциации между твердыми и мягкими – 1,5%.
2. ***Дефекты звонкости (*озвончение*)*** – полное отсутствие звонких согласных, недостаточное оглушение (некоторые глухие заменяются звонкими).

Произношение других звуков названий не имеют.

***По объему нарушения звукопроизношения:***

1. мономорфные – нарушено произношение 1 звука или группы звуков;
2. полиморфные – нарушено произношение звуков из разных фонетических групп.

В диагнозе отражается объем нарушений, группы.

Пример: полиморфное нарушение звукопроизношения, парасигматизм шипящих, ротацизм, губно-губной ламбдацизм; мономорфное нарушение звукопроизношения, парасигматизм свистящих и шипящих звуков.

**Этиопатогенетическая классификация дислалии.**

Эта классификация раскрывает механизм нарушения, учитывает его структуру, дает возможность объяснить, почему нарушено звукопроизношение. Отвечает на вопросы: какой анализатор пострадал (речеслуховой или речедвигательный) и как он пострадал (органическое или функциональное).

***Выделяют 2 формы дислалии:***

* 1. ***Механическая дислалия*** – нарушение звукопроизношения, в основе врожденной или приобретенной аномалии строения периферического артикуляционного аппарата (кроме расщелин) – небная дислалия, губная дислалия, в зависимости оттого, что нарушено. Зубная дислалия, чаще в результате аномалии прикуса.

Прикус – это соотношение резцов верхней и нижней челюсти. В норме при совмещении боковых зубов – резцы верхней челюсти примерно на 1/3 преобладают над резцами нижней.

Дефекты прикуса:

* *глубокий прикус* – резцы верхней челюсти полностью перекрывают резцы нижней челюсти.
* *передний открытый прикус* – при совмещении боковых зубов, между резцами верхней и нижней челюсти образуется щель.
* *прямой прикус* – при совмещении боковых зубов нет захождения верхних резцов за нижние.
* *боковой открытый прикус* – при совмещении боковых зубов между зубами верхней и нижней челюсти имеется щель, может быть односторонняя и двухсторонняя.
* *перекрестный* – одна челюсть смещается по отношению к другой.
* *прогнатия* – (про-вперед, гнатос – челюсть), чрезмерное выступание резцов в челюсти над резцами нижней челюсти.
* *прогения* – (генион – подбородок), чрезмерное выступание вперед нижней челюсти.

Аномалии строения зубов: могут быть мелкими, редкими, неправильной формы. Располагаются вне челюстной дуги, отсутствие зубов, диастема (большое расстояние между резцами верхней челюсти).

Язычные дислалии: нарушение произношения звуков, в артикуляции которых активно принимает язык, вызвано нарушением строения языка и подъязычной связки.

микроглоссия – маленькое тело языка; макроглоссия – большое тело языка; ампутация языка; может быть «географическим», укорочение подъязычной связки.

Небные дислалии: нарушение произношения звуков, обусловлено нарушением строения неба – высокое, готическое (высокое и суженое кверху), уплощенное.

Губная дислалия: нарушение артикуляции звуков, в артикуляции которых участвуют губы. Причины: укороченная верхняя губа, толстая отвисшая губа.

При механической дислалии страдают чаще несколько групп звуков, при этом фонематическое восприятие, как правило, не нарушено, дефекты проявляются в отсутствии и искажении звуков.

1. Функциональная дислалия – строение артикуляционного аппарата не нарушено, имеются отклонения в его функционировании. До недавнего времени – в основе ф. дислалии лежит подражание неправильному звукопроизношению. Дальше показали, что в основе лежат функциональные нейродинамические сдвиги в центральном отделе речеслухового и речедвигательного анализатора. Эти сдвиги отражаются на формировании дифференцированного торможения, что приводит к нечеткости слуховых и двигательных дифференцировок.

Причины: различные перенесенные тяжелые соматические заболевания, общая ослабленность организма.

Если сдвиги преобладают в речеслуховом анализаторе, то ***«сенсорная функциональная дислалия»*** (трудности различения звуков на слух) – нарушение звукопроизношения выражается в заменах и смешении звуков, при этом нарушено фонематическое восприятие (дифференциация фонем, различение звуков речи).

Если сдвиги в центральном отделе речедвигательного анализатора, то ***«моторная функциональная дислалия»*** - недостаточно дифференцированные, четкие движения органов речедвигательного аппарата, отсутствие или искажение звуков.

Смешанная сенсорная и моторная функциональная дислалия – сдвиги в речеслуховом и речедвигательном анализаторах, симптоматика сочетается.

**Классификация дислалии по психолингвистическому принципу.**

Это классификация учитывает характер дефекта и нарушение тех или иных операций процесса речепроизводства и речевосприятия.

Разработал Б.М.Гриншпун. ***Формы дислалии***:

1. ***Акустико-фонематическая дислалия.*** Нарушение звукопроизношения, обусловлено несформированностью операции переработки фонем по акустическим признакам в сенсорном звене механизма восприятия речи (ребенок не различает звуки речи на слух).

Механизм – несформированность фонем восприятия, недостаточная дифференциация фонем входящих в состав слова. Акустическая база звука недостаточно сформирована, уподобление одного звука другому, в речи часто встречаются смешение и замены звуков («р» на «л» и др.).

1. ***Артикуляторно-фонематическая дислалия***. Нарушение звукопроизношения, обусловлено несформированностью операции отбора фонем по артикуляционным признакам в моторном звене производства речи. Существует 2 варианта:
* артикуляционная база звука не полностью сформирована, редуцированна (нечеткая, отсутствует). Вместо него отбирается звук близкий по артикуляции, к имеющему в речи. Произношение это проявляется в заменах звуков по артикуляционному признаку.
* артикуляционная база звука полностью сформирована, однако при отборе артикуляции принимается неправильное артикуляционное решение. Это приводит к смешению звуков по артикуляционным признакам (свистящие и шипящие, заднеязычные и переднеязычные, твердые и мягкие, аффрикаты и сонорные).

***Артикуляторно-фонетическая дислалия***. Дефекты звукопроизношения обусловлены неправильными сформировавшимися артикуляциями, они проявляются не в заменах и смешениях, а в искажениях звуков, при этом искажаемый звук приближен к норме.

**Механическая дислалия, её причинная обусловленность и особенности проявления. Комплексная коррекция данной формы дислалии.**

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Выделяют две основные формы дисл-и: функциональную и механическую (органическую).

**Механическая дислалия-** нарушенное звукопроизношение, обусловленное анатомическими дефектами периферического аппарата речи.

**Симптоматика** Среди нарушений произношений часто наблюдаются дефекты свистящих и шипящих звуков (они приобретают избыточный шум), губно-зубных, переднеязычных, взрывных, реже **р-рь.**

Довольно часто нарушается произношение и гласных звуков, которые становятся малоразборчивыми из-за избыточной зашумлённости согласных и недостаточной акустической противопоставленности гласных.

Вторую группу составляют звукопроизносительные нарушения, обусловленные патологическими изменениями языка: слишком большой или маленький язык, укороченная подъязычная связка.

При таких анамалиях страдает произношение шипящих и вибрантов, наблюдается также боковой сигматизм. В ряде случаев страдает внятность произношения в целом. Однако не во всех случаях язычных аномалий страдает произношение звуков. Факты нормального звукопроизношения при аномалиях языка и зубов свидетельствуют о компенсаторных возможностях, позволяющих сформировать нормальное произношение и при нарушенных условиях реализации звуков; один и тот же акустический эффект можно получить разными путями.

Значительно реже встречаются нарушения звукопроизношения, обусловленные губными аномалиями, так как врождённые дефекты (различные деформации) преодолеваются хирургическим путём в раннем возрасте.

Наиболее часто встречаются дефекты произношения, обусловленные: 1) аномалиями зубо-челюстной системы:

***Прогнатия*** – (дистальный прикус). Верхний зубной ряд заметно выступает вперёд по отношению к нижнему, в связи с чем фронтальные резцы не соприкасаются. ***Прогения –*** (мезиальный прикус) нижний зуб-й ряд выступает вперёд. ***Глубокий прикус*** – верхние резцы полностью перекрывают нижние резцы или наоборот.

***Открытый прикус -*** частичное отсутствие смыкания между верхним и нижним зубными рядами. М.б. боковой или передний. При открытом перднем прикусе может возникнуть межзубный сигматизм, звуки с, з, ц, сь, зь будут произноситься с расположением кончика языка между зубами зуб-е аном-и могут влиять на недостаточно полноценное произношение зв: в,ф, н, л, р и их мягкие пары. ***Прямой прикус*** – верхние фронтальные резцы стоят на нижних не перекрывая их. ***Сужение челюстей*** м.б. одно или двух стороннее. ***Перекрёстный прикус***- смещение верхней и нижней челюсти в горизонтальной плоскости. ***Микрогения*** – маленькая нижняя челюсть ***Микрогнотия***- маленькая верхняя челюсть. **диастема** – промежуток между центральными резцами (медиальная), если сбоку - латеральная диастема.

Аномалии строения челюстей часто сочетаются между собой.

Эти аномалии могут быть из-за дефектов развития или приобретёнными вследствие травмы, зубных заболеваний или возрастных изменений.

При неправильных прикусах страдает функция жевательной системы. Может нарушаться функция дыхания (привычка дышать ртом). Важным обстоятельством является то, что указанные недостатки в пережёвывании пищи и дыхании у реб-а могут усугублять аномалии строения артикуляционного аппарата. Преобладание дыхания через рот может привести к большему выдвижению вперёд нижней челюсти, может увеличиться масса языка. Отклонения в строении челюстей могут приводить к дефектам произношения – различным сигматизмам, ротацизмам, йотизмам.

Зубные аномалии не всегда приводят к дефектам произношения: при некоторой деформации зубов оно может оказаться нормальным.

2) вторую значительную по распространённости группу составляют звукопроизносительные нарушения, обусловленные патологическими изменениями языка: несоответствие размеров языка и верхней челюсти. Если слишком большой- **макроглосия**, хар-на для болезни Дауна. Может наблюдаться и при выраженных нарушениях носового дыхания (полипы, сужение носовых ходов, хронические тонзиллиты). **Микроглоссия** маленький язык хар-н для микроцефалии.часто встречается укороченная подъязычная связка (уздечка).

Встречается раздвоение языка.

При таких аномалиях страдает произношение шипящих и вибрантов, наблюдается также боковой сигматизм.

3) Нёбо. Приобретённые дефекты нёба м.б. травматического происхождения или возникают в результате специфических заболеваний. К числу врождённых дефектов нёба можно отнести несращение срединного шва и малый размер нёбных костей, расщелину мягкого нёба и язычка, субмукозную щель а также укорочение мягкого нёба. По данным литературы, расщелины губы и нёба нередко сочетаются с пороками развития других органов и элементов артикуляционного аппарата.

Губы. Одной из аномалий развития губ может быть несращение верхней губы и в редких случаях – нижней. Расщелина нижней губы иногда осложняется расщелинами нижней челюсти и языка.

Нормальное звукопроизношение при аномалиях языка и зубов свидетельствует о компенсаторных возможностях, позволяющих сформировать нормальное произношение.

**Особенности работы –** 1. конс-ция ортодонта, хирурга, проведен. соответствующего лечения. 2. более длит. подготов. период. 3. индивид. подбор компенсаторной артикуляции с опорой на акустич. эффект.4. более длит. период автоматизации.5. при невозможности сформировать звук мы ставим звук заменитель, наиболее близкий к норме.

Логопедическая работа при механических дислалиях должна проводиться комплексно, в определённой последовательности. В комплекс включаются массаж, артикуляторная гимнастика, постановка зв.

Массаж проводится с целью активизации движений губ, языка, мягкого нёба и нижней челюсти. Начиная с лёгких поглаживаний, постукиваний и разминаний, нужно постепенно переходить к более энергичным движениям с большим охватом радиуса тканей. Поглаживания производятся с постепенным увеличением амплитуды движений, вначале в спокойном состоянии, а затем с противодействием.

Артикуляционная гимнастика делается активно самим больным, а в случае затруднений – пассивно, т.е. с механической помощью.

Наиболее сложным разделом логопедической работы является постановка звуков

Поэтому при исправлении звукопроизношения приходится ставить звуки не обычным путём, а с учётом индивидуальных особенностей строения артикуляторного аппарата. Введение поставленных звуков в речь проводится также, как при функциональной дислалии.

Образование некоторых дефектов строения органов речи можно предупредить, или ослабить, используя педагогические или медицинские приемы. Большое внимание должны уделять воспитатели выявлению и устранению дурных привычек у детей, например сосание пальца, языка, губ, так как в связи с длительным раздражением (давлением) происходит отклонение в развитии зубов и даже челюстей. Постоянное наблюдение, контроль и отвлечение реб-а путём активного участия его в специальных занятиях, играх помогут постепенно отучить его от плохой привычки.

Кроме педагогических приёмов могут оказать помощь врачи стоматологи-ортодонты. В зависимости от показаний врач может использовать, например, несложные технические средства (пластинки, шины) для выправления посадки зубов. Если у реб-а уже имеется дефект в строении артикуляционного аппарата, также необходим комплекс различных мер. Обязательна консультация специалиста - ортодонта. Полезно проводить с реб-м артикул. гимнастику, позволяющую развить подвижность элементов артик-го аппарата.

**Механизмы, симптоматика и классификация функциональной дислалии. Дифференцированный подход при коррекции разных форм.**

**Функциональная дислалия** – строение артикуляционного аппарата не нарушено, имеются отклонения в его функционировании. До недавнего времени – в основе ф. дислалии лежит подражание неправильному звукопроизношению. Дальше показали, что в основе лежат функциональные нейродинамические сдвиги в центральном отделе речеслухового и речедвигательного анализатора. Эти сдвиги отражаются на формировании дифференцированного торможения, что приводит к нечеткости слуховых и двигательных дифференцировок.

Причины: различные перенесенные тяжелые соматические заболевания, общая ослабленность организма.

Если сдвиги преобладают в речеслуховом анализаторе, то ***«сенсорная функциональная дислалия»*** (трудности различения звуков на слух) – нарушение звукопроизношения выражается в заменах и смешении звуков, при этом нарушено фонематическое восприятие (дифференциация фонем, различение звуков речи).

Если сдвиги в центральном отделе речедвигательного анализатора, то ***«моторная функциональная дислалия»*** - недостаточно дифференцированные, четкие движения органов речедвигательного аппарата, отсутствие или искажение звуков.

Смешанная сенсорная и моторная функциональная дислалия – сдвиги в речеслуховом и речедвигательном анализаторах, симптоматика сочетается.

Принципы логопедической работы по коррекции нарушений произносительной стороны речи:

**1.Принцип использования различных анализаторов:**

В процессе коррекции осуществляется опора на кинестетический анализатор (ощущение положения речевых органов); на тактильные ощущения (какая воздушная струя на ощупь: теплая или холодная); на вибрационные ощущения (при звонких слышен голос – рука прикладывается к гортани); на зрительные ощущения (наблюдение артикуляции в зеркале, имитация ее руками); на слуховые ощущения (закрыть уши, звук есть – это звонкий).

**2.Принцип опоры на сохранные анализаторы**

При отклонении функционирования речеслухового анализатора необходимо опираться на сохранные зрительные, кинестетические, тактильные, вибрационные. При нарушении речедвигательного – на слуховые ощущения.

**3.Принцип сознательности**

Все артикуляции, которые формируются у ребенка, он должен усваивать осознанно, должен понимать, что именно он делает.

**4.Принцип поэтапности работы над звуком:**

1)ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫЙ ЭТАП– подготовка органов речевого аппарата к постановке звуков.

На этом этапе создаются условия для дальнейшей работы над звуком. Сроки этого этапа зависят от механизмов нарушения звукопроизношения (при дислалии они не такие длительные, при дизартрии могут составлять несколько месяцев).

Работа включает в себя несколько направлений:

**А) Формирование артикуляционных умений и навыков.**

Эта работа проходит в виде артикуляционной гимнастики, для чего детям предлагают специально подобранные упражнения на развитие мышц артикуляционного аппарата. Эти упражнения выполняют перед зеркалом под счет.

Цель артикуляционной гимнастики: трудный для ребенка уклад нарушения звука разбить на более легкие простые элементы, осуществить тренировку этих простых движений, а затем на этапе постановки объединить их в требуемую артикуляцию. В случае полиморфных нарушений предлагается общий комплекс артикуляционной гимнастики, т.е. упражнения, которые тренируют различные группы мышц. В случае мономорфных нарушений – специальный комплекс, необходимый для тренировки отдельных движений, которые используются только для этой артикуляции.

Общий комплекс упражнений:

1. разминать губки руками.
2. трубочка – улыбочка (чередовать)
3. лопаточка (широкий язык) – иголочка (узкий язык) чередовать.
4. «часики» (язык влево – вправо медленно, на счет 1-2).
5. «качели» (высунутый широкий язык вверх – вниз).
6. покажем непослушный язычок (па-па-па – высунуть расслабленный язык, та-та-та – покусать высунутый язык).
7. орешки (напряженный язык упирается в щеку – проверять).
8. мостик (язык упирается в верхние зубы).
9. «И» (кусать боковые части языка при слабости боковых краев языка – звук и-и-и).
10. «лошадка» (поцокивание).
11. «грибочек» (присосать язык к небу, держать до 5).
12. «гармошка» («грибок» - и поднимать и опускать нижнюю челюсть).

На начальном этапе по 3-4 упражнения, каждое повторять 5-7 раз, на счет до 3, до 5, до 7.

**Б) Работа над развитием восприятия звуков речи фонематического анализа.**

Сначала ребенку утрированно произносится звук, который соотносится с неречевым звучанием. Для этого целесообразно использовать картинки – символы. Ребенка приучают слышать звук, выделять его на фоне других звуков, слогов, слов. При этом ответная реакция ребенка должна быть связана с движением (т.е. ребенок не поизносит этот звук). Например, хлопай в ладошки, если услышишь песенку водички (звук с) или услышишь звук с. При этом логопед должен обязательно закрыть экраном нижнюю часть лица. На начальном этапе речевой материал не должен включать близких по артикуляции и по акустическим характеристикам звуков к данному звуку (на позднем этапе – да).

Обязательна на этих порах опора на сохранные анализаторы.

Параллельно ведется работа над развитием других форм фонематического анализа:

--простые: выделение звука на фоне слова (хлопни в ладоши, если услышишь); определение 1-го и последнего звука в слове (кот).

--сложные: определение места звука в слове; последовательный фонематический анализ слова (назвать по порядку все звуки); количественный фонематический анализ (с опорой на схему); позиционный фонематический анализ (какой по счету звук).

Уделяется внимание развитию фонематического синтеза (логопед называет последний звук, а ребенок – слово).

Уделяется внимание развитию фонематических представлений (отбери те картинки, в названии которых есть данный звук; придумай слово с данным звуком).

**В) Развитие дыхания, голоса, просодических компонентов.**

Голос (если эти функции нарушены) развивается в процессе речевых игр.

Работа по развитию дыхания проводится в несколько этапов:

--формирование правильного типа физиологического дыхания (лежа на полу)

--самостоятельное выполнение упражнения ребенком

--речевое дыхание развивается в процессе речевых игр

Просодические компоненты:

--темп, ритм, интонация, паузация, логические и словесные ударения, тембр.

Эти навыки отрабатываются в речевых играх, в диалогах.

2) ЭТАП ПОСТАНОВКИ ЗВУКОВ - это процесс вызывания звука, формирование его правильного артикуляционного уклада.

Три способа постановки звуков:

**А) по подражанию (иммитативный)**

Логопед утрированно произносит звук, показывая ребенку его артикуляцию, сопровождает показ объяснением. Ребенок пытается произнести так же. Используется опора на зрительные, тактильные и кинестетические ощущения.

**Б) механический**

Заключается во внешнем механическом воздействии на органы артикуляции специальными зондами, шпателями и другими средствами.

**В) комбинированный**

Сочетает в себе объяснение, показ, подражание и механическое воздействие.

3) ЭТАП АВТОМАТИЗАЦИИ ЗВУКОВ (последующее включение звуков в речь) - это выполнение тренировочных упражнений по произнесению этого звука с использованием специально подобранного материала.

Последовательность:

--автоматизация изолированно произносимого звука в процессе звукопроизносительных игр.

--автоматизация в слогах (щелевые – сначала прямые слоги, затем обратные; взрывные, аффрикаты – обратные, а потом прямые; л – где звук лучше звучит; р – тр, др, тро-дро, отр-атр).

--автоматизация в словах (сначала слова с отработанными слогами).

--автоматизация в словосочетаниях с данным слогом.

--автоматизация в чистоговорках.

--автоматизация в предложениях.

--автоматизация в тексте.

 4) ЭТАП ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ЗВУКОВ – различение звуков в речи.

Задача: учить ребенка различать близкие по произношению звуки.

Приступают тогда, когда оба звука поставлены и автоматизированы. Работа проводится в той же последовательности.

На данном занятии (дифференциация в словах) дифференцируется только одна пара звуков. На итоговых занятиях можно и 4 звука этой группы, 2 пары (с ш з ж).

**5.Принцип последовательности работы над звуками**

Нельзя работать сразу над всеми звуками. Последовательность определяется сложностью звука и его акустическо-артикуляционными признаками (нельзя одновременно ставить свистящие и шипящие, р и л)

**6.Онтогенетический принцип**

Происходит учет того, когда эти звуки появляются в онтогенезе (заднеязычные, свистящие, потом все остальные)

**7.Принцип одновременности работы над звуками**

В случае, если у ребенка нарушено сразу несколько групп звуков, одновременно работают над постановкой сразу нескольких звуков, обязательно отличающихся друг от друга по акустическим и артикуляционным признакам (свистящие ставят одновременно с сонорными, шипящие с вибрантами)

**8.Принцип воспитания правильного произношения в условиях нормального общения, в живой речи**

На начальных этапах звук автоматизируется в условиях логопедического кабинета, его произношение является утрированным, чтобы эта артикуляция не была искусственной, этот звук обязательно должен включаться в живую речь

**9. Общедидактические принципы:**

--доступность

--активность

--учет ведущей деятельности

--наглядность

--индивидуальный подход

5)ЭТАПФОРМИРОВАНИЯ КОММУНИКАТИВНЫХ УМЕНИЙ И НАВЫКОВ. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ЛОГОПЕДА С МИКРОСОЦИАЛЬНЫМ ОКРУЖЕНИЕМ РЕБЕНКА.

Цель: научить ребенка свободно пользоваться этими звуками в своей речи.

Этот произносительный навык формируется в различных ситуациях общения. Навыки и умения выносятся за стены логопедического кабинета и включаются во вне кабинетное общение. Разыгрываются инсценировки, сюжетно-ролевые игры, драматизации, тематические занятия.

Большое значение принадлежит методу моделирования реальных ситуаций общения (общение в магазине). Моделирование особенно важно для работы с подростками и взрослыми. Так же для работы с этой возрастной группой используются магнитофонные записи: речь записывается, когда ребенок читает, беседует, а затем анализируется.

Необходимо сформировать мотивацию использования этого звука в процессе свободного общения с людьми. Ведущая роль на этом этапе принадлежит микросоциуму, окружению ребенка. Родители и педагоги должны следить за тем, чтобы он использовал звук в своей речи, постоянно поправлять. Только таким образом у ребенка вырабатывается самоконтроль.

Устранение любой формы дислалии должно идти по вышеописанным 3 этапам, но в зависимости от механизмов дислалии.

МОТОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСЛАЛИЯ

Специфика будет наблюдаться уже на первом этапе работы. Основное внимание уделяется развитию речевой моторики. С этой целью проводится артикуляционная гимнастика. Если слуховое восприятие не нарушено, специальной работы по дифференциации звуков не требуется. Если имеются вторичные нарушения слухового восприятия, то соответствующие задания включаются в логопедическую работу, но им не уделяется слишком большое внимание.

Процесс постановки и автоматизации протекает без особенностей, а произносительной дифференциации не требуется.

СЕНСОРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИСЛАЛИЯ

Работа ведется по общей схеме, однако на 1 этапе основное внимание уделяется слуховой дифференциации звуков с привлечением сохранных анализаторов.

Работа по развитию артикуляционной моторики в ряде случаев может не проводиться, однако, если проводится, то в структуре логопедического занятия ей уделяют меньше времени.

На 2 этапе ведущая роль принадлежит дифференциации звуков в произносительном плане.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ДИСЛАЛИЯ

На 1 этапе внимание уделяется медицинским мероприятиям, которые проводятся в комплексе с педагогическими. Ребенок направляется на консультацию к специалисту-ортодонту, проводится ортодонтическое лечение, протезирование, подрезание уздечки.

Своеобразие проявляется на этапе постановки. Если удалось полностью нормализировать строение артикуляционного аппарата, то постановка проходит без особенностей. Если аномалии устранить полностью не удалось, то у ребенка формируется компенсаторная артикуляция, т.е. артикуляционные органы будут располагаться не так, как требует нормальный артикуляционный уклад, а так, чтобы возместить недостаточное звучание, чтобы этот звук был приближен по звучанию к нормальному.

**Приёмы постановки звука j и заднеязычных К, Г, Х, К’, Г’, Х’.**

**Приемы постановки [j]**

1. От звукосочетания [аиа]. Ребенок несколько раз произносит звукосочетание [аиа]. В момент произнесения [и] выдох несколько усиливается и сразу без перерыва произносится [а]. Получается [j] в дифтонге [йа].
2. От звука [з`] с механической помощью. Ребенок многократно произносит слог [зя]. Во время произнесения шпателем нажимают на переднюю часть языка и отодвигают его несколько назад до получения нужного звучания. Получается дифтонг [йа].
3. Озвончение звука [х`].

**Приемы постановки [к]**

Ставится от [т] с механической помощью. Ребенок четко повторяет слоги [та-та-та], уперев кончик языка в нижние зубы, логопед во время произнесения слегка нажимает пальцем или шпателем, продвигая его назад. При этом последовательно получаются слоги [та-тя-тя-ка].

**Приемы постановки [х]**

Ставится так же как [г], но слогам [са].

**Приемы постановки [х**`**]**

От [j], но исключить работу голосовых складок.

**Приемы постановки [г]**

Ставится от [к] или аналогичным способом от слога [да] (да-дя-гя-га).

**Приёмы постановки С, С’, З, З’, Ц.**

**Приемы постановки [с], [з]**

1 прием - необходимо придать губам и языку правильное положение:

губы - растянуты в улыбке; язык - в форме горочки, мостика. кончик языка - за нижними зубами; вдоль средней части спинки языка - положить круглую палочку, слегка опустить ее в низ; сомкнуть зубы и подуть.

2 прием - произнести звук [с] межзубно, затем нажимом шпателя, спички перевести кончик языка за нижние зубы;

используется *для призубного парасигматизма и бокового сигматизма носового свистящих.*

3 прием - при устранении носового сигматизма предварительно провести работу по дифференциации ротового и носового выдоха;

Упражнения с дутьем - под нижнюю губу пузырек, распластанный кончик языка кладется на нижнюю губу, необходимо подуть на кончик языка в пузырек.

**Приемы постановки [ц]**

1. Губы в улыбке - логопед предлагает быстро произносить подряд звуки [т] и [с]. Сначала медленно, затем ускоряя темп [тс], [тс], [тс].
2. [т] [ат] многократное произнесение, кончик языка постепенно отодвигается кзади шпателем.

**Приемы постановки [с**`**]**

[с`] - можно получить от соответствующих твердых звуков в прямых слогах - [та], [на], [са], продвигая переднюю часть языка в глубь рта.

**Приёмы постановки Ш, Ж, Ч, Щ.**

**Приемы постановки [ш], [ж]:**

* + 1. Язык в форме чашечки: кончик языка поднят к передней части неба, с помощью шпателя. Не вынимая шпатель, сомкнуть зубы, округлить и слегка вытянуть вперед губы. Равномерно выдыхать воздух, контролируя воздушную струю ладонью руки. После того, как стало получаться, тоже самое упражнение, но без шпателя.
		2. [т] - кончик языка у альвеол, с длительным выдыханием воздуха и постепенное округление губ. Можно [ж] поставить изначально из [д].
		3. Произнеся [с] поднять кончик языка за верхние зубы (шпателем), округлить губы.
		4. Шепотное произнесение [р], затормозить вибрацию шпателем. Если звонкий [р] - получается [ж].

**Приемы постановки [щ]:**

* + - 1. Произнести [с`] или [ась], [ся] - во время произнесения кончик языка поднять шпателем за альвеолы, одновременно округлить губы.
			2. Произнести [ч] на длительном выдохе (если этот звук поставлен раньше).

**Приемы постановки [ч]:**

Среди недостатков произношения [ч], помимо тех, которые являются общими для всех шипящих, следует отметить замену [ч] мягкой свистящей аффрикатой [ц`], не свойственной фонетической системе русского литературного языка, а также [т`] или [ш`].

Звук [ч] можно поставить от [т`], произносимого в прямом слоге [т`и] или обратном [ат`]. В момент произнесения этих слогов с некоторым усилием выдоха на согласном элементе, логопед шпателем слегка отодвигает назад кончик языка (как для артикуляции [щ]). Тот же эффект может быть получен при введении зонда под язык. Звук [ч] легче вызывается в обратных слогах.

**Приёмы постановки вибрантов.**

1. [з] за верхними зубами (используем соску) - упражнение комарик;

Произносить протяжно [з], кончик языка за верхними зубами у альвеол. Рот раскрыт. Одновременно выполнять частые движения соской под кончиком языка, слева на право.

1. Пулеметик + соска.

Многократно повторять на одном выдохе звук [д], кончик языка ударяется у альвеол, рот приоткрыть, если не открывается, то вставить карандаш между большими зубами. Если вибрация не вырабатывается самостоятельно, то применяется упражнение с соской.

1. От «грибочка» + соска.

Присосать язык к небу, до предела растянуть уздечку.

Большим и указательным пальцами любой руки прижать к небу боковые края языка.

Средняя часть спинки языка и уздечка должны оставаться не стиснутыми.

Глубоко вдохнув, силой выдыхать на кончик языка, с включением голоса, слышится звукосочетание [тж].

У некоторых детей сразу получается вибрация [тр].

Если вибрация не производится, то подключаются движения с соской.

1. Звук [р`] ставится по подражанию от [р], при этом артикуляция (кончик языка) ближе к зубам. Губы слегка растянуты в улыбке ([ри], [рэ]).

**Приёмы постановки звуков Л и Л’.**

**Приемы постановки [л], [л`]:**

Звук [л] чаще ставят от гласных.

1. От звука [ы] - произнести длительно [ы] низким голосом, одновременно закусить кончик языка. Когда получится - кончик языка перевести за верхние зубы. На начальных этапах допустима межзубная автоматизация.
2. От звука [а] - открытый [а] длительно, на низком тоне, одновременно просунуть кончик языка, губы в улыбке.
3. От звукосочетания [ыа] - слегка открыть рот и произнести [ыа], при этом [ы] несколько кратко, с напряжением органов артикуляции. Как только освоит, произнести вновь это звукосочетание, но при зажатом верхними и нижними резцами кончике языка.
4. От межзубного положения - поместить кончик языка между верхними и нижними зубами, добавить голос, губы чуть в улыбке.
5. От звука [у] - произнести [у] и одновременно просунуть кончик языка.

**Методика логопедической работы по преодолению дефектов озвончения.**

Это дефекты произношения согласных, имеющих звонкую или глухую пару.

**Варианты нарушения озвончения:**

1. Полное отсутствие звонких согласных (папушка пошла в паню).
2. Недостаточное озвончение - звонкий согласный лишь иногда заменяется глухими (у меня запалела колова и корло).
3. Недостаточное оглушение (в волосах завязана бандом ленда).

**Причины:** нарушение деятельности голосовых складок, нарушение дифференциации фонем (восприятия).

Все эти нарушения отражаются на письме. При коррекции соблюдается последовательность при работе над звуками: сначала над щелевыми звуками [в], затем смычными [з].

**Подготовительные упражнения:**

* + - * 1. поочередное воспроизведение, то беззвучного вдоха и выдоха, то стона, на вдохе и выдохе.
				2. сопоставление громкого и шепотного произношения гласных: отрывистого и длительного (а - шепотное, а - громкое, а - отрывистое, А - длительное, показывают карточки). Все эти упражнения проводятся при тактильно-кинестетическом контроле (тыльную сторону ладони ребенка кладут на горло логопеда, другую руку к себе).
				3. Закрыть уши руками - добиться озвончения можно благодаря переходу к нему от одного из сонорных звуков.

м, н, л, р, й - сонорные согласные.

мза - м-м-м-з-з-з-а

мба - м-м-б-б-б-а

**Методика логопедической работы по преодолению дефектов смягчения.**

Это замены и смешение звуков по признаку твердости и мягкости.

**Варианты нарушения смягчения:**

1. Полное отсутствие мягких согласных в речи (дада Ваня).
2. Изменения смягчения (сябяка идеть домой).
3. Нарушение дифференциации между твердыми и мягкими звуками.

**Подготовительные упражнения:**

* + на поднимание и опускание средней части спинки языка (горка, мостик).
	+ чередование (горка, мостик).
	+ упражнение «катушка».

**Постановка звуков:**

* + - главное демонстративно показать различие в артикуляции парных твердых и мягких. Это удобно сделать на [т], [д], [н], так как они редко нарушаются и при их произнесении рот открыт.
		- положить 2 пальца (средний и указательный) на язык, ощутить изменение напряжения языка тактильно.

[т`], [н`], [с`] - можно получить от соответствующих твердых звуках в прямых слогах - [та], [на], [са], продвигая переднюю часть языка в глубь рта.

[г`], [к`] - можно получить от [та] и [да].

Обязательна работа по развитию фонем. восприятия.

**Содержание логопедической работы при разных формах дизартрии**.

**Особенности логопедической работы при бульбарной дизартрии.**

Поражение в области ядер черепно-мозговых нервов или их корешков (продолговатый мозг). Чаще всего в очаг поражения вовлекаются ядра языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда лицевого и тройничного нервов. Наиболее выраженные расстройства при 2-х сторонних поражениях этих ядер. Односторонние поражения приводят к менее тяжелым последствиям. Чаще всего у взрослых, связано с снижением выживаемости детей при поражении ядер блуждающих нервов, которые ответственны за дыхание и ССС.

**Симптоматика:**

* + - при поражении языкоглоточного и блуждающего нервов возникает снижение чувствительности в области глотки, нарушается физиологический акт глотания, появляется Гиперсаливация, отмечается парез мышц голосовых складок, смыкаются не полностью, неравномерно, колебания редкие, аритмичные, что отражается на голосе. Он глухой, истощающийся, недостаточно мелодичный. Звонкие согласные теряют свою звучность, оглушаются.
		- при парезе или параличах небной занавески вход в носовую полость всегда открыт. Ротовые звуки и гласные приобретают гнусавый оттенок.
		- при поражении ядер подъязычного нерва приводит к атрофическим явлениям мышц языка, что нарушает его подвижность, тонус мышц языка снижен, что отражается на артикуляции звуков (особенно смычных и аффрикатов). Эти звуки начинают заменяться соответствующими или щелевыми звуками, или искажаются (Ц-С, Ч-С`, Б-W, Г-Г южно-русский). При этом круглая форма щели, свойственная щелевым звукам оказывается очень сложной для паретического языка и круглощелевые согласные превращаются в плоскощелевые, заменяются межзубными (С-З).
		- при поражении тройничного и лицевого нервов возникают вялые параличи мышц губ, щек, нижней челюсти. Это приводит к трудности произношения соответствующих звуков [О], [У].
		- при поражении тройничного нерва расстройство жевания.
		- поражение лицевого нерва сопровождается амимией и гипомимией.

Ведущим механизмом является вялый парез, паралич. При этом страдают как произвольные, так и непроизвольные движения.

**Особенности логопедической работы:**

* + устранение последствий вялого паралича. Начинают с проведения стимулирующего массажа лицевой и артикуляционной мускулатуры. Основными приемами являются интенсивные поглаживания, растирания, глубокое разминание, вибрация.
	+ На начальных этапах больного учат глотательным движениям, с целью борьбы с гиперсаливации (капают на заднюю часть языка капельки воды).
	+ Артикуляционная гимнастика – широко используется упражнения с сопротивлением. На начальных этапах носят пассивных характер (только логопед), затем пассивно-активный, затем активно выполняются больным (например, захватить язык, вытащить, засунуть обратно). Уделяют внимание непроизвольным движениям, а затем приступают к произвольным.
	+ Нормализация звукопроизношения учитывает характер локализации параличей и парезов. В 1 очередь ведется работа над теми звуками, при артикуляции которых парез проявляется меньше.

**Особенности логопедической работы при псевдобульбарной дизартрии.**

Наиболее распространенная форма, часто встречается у детей. Локализация при 2-х стороннем поражении кортикобульбарных (пирамидных путей) ядер. Возникает псевдобульбарный парез или паралич, имеющий центральный характер. Так же, как при бульбарной дизартрии отмечаются нарушения жевания, глотания, гиперсаливация, фонации, расстройство дыхания и артикуляции. Но при этом отмечается повышение мышечного тонуса, спастичность, нет атрофии мышц. Непроизвольные движения менее нарушены по сравнению с произвольными. Отмечаются патологические рефлексы и синкенезии (сопутствующие, содружественные движения).

В зависимости от клинических проявлений выделяют **2 формы** псевдобульбарной дизартрии:

* + - * 1. ***Спастическая форма*** – выраженное повышение мышечного тонуса мышц артикуляционной, дыхательной, фонационной мускулатуры.

Положение языка – особое, тонически напряжен, комок сжатых мышц, оттянут в глубь ротовой полости. В силу этого страдают наиболее тонкие дифференцированные движения языка вверх.

Нарушается произношение переднеязычных, особенно свистящих, шипящих, вибрантов [Л], [Л`]. Любая попытка расслабить язык приводит к еще большему повышению тонуса. Наблюдается спастичность мышц губ, в результате страдает произнесение губных звуков (п,б).

1. ***Паретическая форма*** – не все авторы выделяют эту форму, как самостоятельную. Характеризуется снижением тонуса в одних группах мышц и повышением тонуса в других. Преобладают симптомы паретичности (вялости). Отмечается общая слабость лицевой, артикуляционной, жевательной, дыхательной, голосовой мускулатуры.

Язык вялый, широкий, распластанный, занимает всю ротовую полость. Подвижность крайне ограничена. При выполнении артикуляционных движений возникает повышение истощаемости мускулатуры. Невозможно доведение до конца, трудности удержания позы, трудности переключения от одного движения к другому.

Страдает артикуляция. Очень часто межзубной сигматизм, дефект артикуляции переднеязычных. Так же дефект других согласных, требующих подъема кончика и боковых краев языка.

**Особенности логопедической работы:**

* Устранение спастического пареза, нормализация мышечного тонуса.
* При выраженных проявлениях патологических рефлексов работа проводится после помещения больного в рефлекс запрещающую позицию, это такое положение тела, когда достигается максимальный эффект расслабления мышц, а патологические рефлексы не проявляются, либо проявляются минимально.
* Расслабляющий массаж – основные приемы: легкое поглаживание в замедленном темпе, легкие постукивания. При формировании произвольных движений происходит опора на непроизвольные движения.
* При паретической форме работа проводится так же, как и при бульбарной дизартрии.

**Особенности логопедической работы при корковой дизартрии.**

Выделение этой формы в самостоятельную является спорной, так как изолированно не встречается, чаще включается в синдром алалии и афазии.

**2 формы**:

1. ***Афферентная (постцентральная) корковая дизартрия*** – поражение локализуется в постцентральных областях коры головного мозга, которые ответственны за восприятие информации от органов движения.

В результате развивается кинестетическая апраксия. Нарушается кинестетическая чувствительность, трудности выбора нужной артикуляционной позы, при этом сила мышц сохранена.

Нарушена артикуляция согласных звуков, вариативные замены и искажение звуков (Ч на Щ, С`, Т`, Ш).

Страдает ритм речи, но не так как при экстрапирамидной мозжечковой дизартрии. Иногда явления персеверации (повторение звуков и слогов).

1. ***Эфферентная премоторная корковая дизартрия*** – локализация в премоторных (заднелобных) отделах левого полушария – центр Брока, ведущий симптом кинетическая апраксия (трудности составления моторных двигательных программ, трудности переключения от одной артикуляции к другой).

Двигательные навыки теряют свою целостность и распадаются на составляющие их движения, при произнесении слов больной застывает на одном звуке, слоге.

Грубые нарушения звукослоговой структуры слов, пропуски слогов, их перестановки, пропуски, перестановки звуков, особенно гласных (вместо СОРТ – СОТР), больной не замечает свои ошибки.

Произношение замедленно, инертно, иногда паузы внутри произносимого слова.

**Особенности логопедической работы:**

***Афферентная (постцентральная) корковая дизартрия:***

* Развитие артикуляционной моторики с обязательным привлечением внимания к возникающим у него ощущениям. Работу над артикуляцией нужно начинать со следующих упражнений:
	1. Потряхивание верхней и нижней губы, с привлечением внимания к возникающим ощущениям.
	2. Расправление щек, отодвигание их от зубной арки.
	3. Перемещение языка под нижние и за верхние резцы.
	4. Открывание и закрывание рта.
	5. Легкое похлопывание по небной занавеске.
	6. Далее приступают к выработке артикуляторно-сенсорных систем. Ребенок должен видеть выполняющие движения в зеркале, затем осуществлять их без зрительной опоры, используя свои ощущения. После этого диффер.звуки сход.по артик.(различный реч.материал).
* тренировка артикуляционно-сенсорных схем:

*двугубная* - губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт.

*губно-зубная* - указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть.

*язычно-зубная* - язык помещается и удерживается между зубами.

*язычно-альвеолярная* - кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт.

*язычно-небная* - голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому небу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и неба.

* Для работы над нормализации темпа и ритма речи используют внешние опоры, раздражители (музыка, удары метронома, взмахи рукой, счет).

***Эфферентная (премоторная) корковая дизартрия***

* + - Внимание развитию динамического праксиса (способность переключаться от 1-го движения к другому). Предлагается произнесение слогов, комплексов различной структуры (слоги со стечение гласных) – СТО, СТА, СКО, СТЫ.
		- Произношение в медленном темпе с привлечением внимания к возникающим кинестическим ощущениям.
		- Рекомендуются упражнения на отстукивание слов по слогам, с замедленным произношением – ПА-РА-ВОЗ.
		- Ведется работа над развитием ритма, ударением. Рекомендуется произнесение слоговых комплексов, с меняющимися ударениями.

**Особенности логопедической работы при экстрапирамидной дизартрии.**

Возникает при поражении подкорковых структур, которые входят в состав стриопаллидарной системы. Обычно поражаются хвостатое ядро, чечевичные ядра, бледный шар, черная субстанция, таламус и других структур и их связей с другими системами мозга.

В результате отмечаются выраженные нарушения просодической стороны речи, особенно темп речи (замедлен или ускорен), отмечаются внезапные остановки речевой продукции.

Значительно нарушается звукопроизношение. Артикуляциях звуков изменчивая. Больной может повторять отдельный звук, слог, что часто принимается за заикание. Голос слабый или глухой, колеблется звонкость.

Эти нарушения вызываются **триадой симптомов**:

* 1. Ригидность – резкое повышение мышечного тонуса, с невозможностью расслабления, вплоть до болевых ощущений. В силу такого изменения артикуляция носит мерцающий, непостоянный характер.

Внезапное повышение тонуса мышц корня языка приводит к произнесению звуков, похожих на заднеязычные. Повышение тонуса в дыхательной и голосовой мускулатуре приводит к увеличению количества пауз и аритмии речи.

* + 1. Гиперкинезы – резко искажают речь, делая ее невозможной, приводят к насильственному открыванию рта и выталкиванию языка из ротовой полости (облизывание губ). Гиперкинезы в области голосовой и дыхательной мускулатуры приводит к насильственным выкрикам и стонам.
		2. Нарушение проприоцептивной чувствительности (мышечной).

**Особенности логопедической работы:**

* Начальный этап – угнетение гиперкинезов, нормализация мышечного тонуса. *Работа проводится в рефлекс запрещающих позициях!*
* Для снижения гиперкинезов используется перекрестный точечный массаж.
* Используются специальные приспособления в основе принцип угнетения гиперкинезов.
* При выраженной ригидности используется расслабляющий массаж.
* Для развития кинестетической чувствительности и воспитание четких, артикуляционных кинестезий – проводится тренировка артикуляционно-сенсорных схем:

*двугубная* - губы пассивно смыкаются, удерживаются в этом положении. Внимание ребенка фиксируется на сомкнутых губах, затем его просят дуть через губы, разрывая их контакт.

*губно-зубная* - указательным пальцем левой руки логопед приподнимает верхнюю губу ребенка, обнажая верхние зубы, указательным пальцем правой руки поднимает нижнюю губу до уровня верхних резцов и просит ребенка дуть.

*язычно-зубная* - язык помещается и удерживается между зубами.

*язычно-альвеолярная* - кончик языка прижимается и удерживается у альвеолярного отростка, ребенка просят дуть, разрывая контакт.

*язычно-небная* - голова ребенка несколько закидывается назад, задняя часть языка приподнимается к твердому небу, ребенка просят производить кашлевые движения, фиксируя его внимание на ощущениях языка и неба.

* Для работы над нормализации темпа и ритма речи используют внешние опоры, раздражители (музыка, удары метронома, взмахи рукой, счет).

**Особенности логопедической работы при мозжечковой дизартрии.**

Затрагивает мозжечок, его связи с другими структурами мозга, особенно лобно-мозжечковый путь.

**Симптоматика:**

* + выражена асинхронность дыхания, фонации, артикуляции.
	+ речь замедленна по темпу, толчкообразная.
	+ нарушена модуляция (тембр).
	+ голос затухающий, к концу фразы наблюдается скандированность речи.
	+ мышечный тонус снижен, следовательно, артикуляционные движения выполняются в неполном объеме.
	+ иногда гнусавый оттенок голоса, из-за снижения тонуса мягкого неба.
	+ страдает артикуляция звуков, которые требуют четких, координированных движений, достаточной силы мышечных сокращений (переднеязычные, аффрикаты, вибранты).
	+ больше всего нарушена просодическая сторона речи.
	+ часто напряжение речи, которая выявляется на слух и в поведении.
	+ напряженная поза, говорит с видимыми усилиями.
	+ речь сопровождается вегетативными изменениями (потливость, покраснение).
	+ больные устают от своей речи, так как в момент произнесения сокращаются одновременно мышцы сгибателей и разгибателей.

**Особенности логопедической работы:**

* Основное внимание выработке синхронности голоса, дыхания, артикуляции. С этой целью используют внешние раздражители (музыка, удары метронома, взмахи рукой, счет).
* В процессе выполнения артикуляционной гимнастики основное внимание направляется на выработку координации движений, возможность удержания заданной паузы.

Проводится *стимулирующий массаж*, большое внимание коррекции просодических нарушений.

**Определение дизартрии, её распространённость и этиология. Симптоматика дизартрии, проявляющейся в синдроме ДЦП.**

**Дизартрия** – это нарушение произносительной стороны речи (расстройство сочленения речи), обусловленное недостаточной иннервацией мышц речевого аппарата.

Произносительная сторона: звукопроизношение, просодический компонент всегда нарушены, звукослоговая структура иногда. Звукослоговая структура – это способность человека произносить слова, различные по слоговому и звуковому составу. Просодический компонент – это темп, ритм, интонация, тембр, паузация, ударение.

**Распространенность**: Дизартрия превалирует над остальными речевыми расстройствами. Среди детей дошкольного возраста приблизительно 70% нарушений произносительной стороны речи обусловлены дизартрией. Легкая степень проявления дизартрии (стертая) – встречается часто. В настоящее время в большинстве случаев сочетается с общим недоразвитием речи.

**Этиология:**

Дизартрия вызывается биологическими причинами, которые проявляют себя чаще во внутриутробном и натальном периоде. Чаще действуют факторы в перинатальном периоде.

* 1. Факторы, действующие в пренатальный период:
		+ патология беременности – инфекционные заболевания, вирусные, хронические соматические заболевания матери.
		+ угроза прерывания беременности.
		+ психические и физические травмы во время беременности.
		+ токсикоз.
		+ гипоксия плода.
		+ алкоголизм.
		+ прием лекарственных средств.
		+ курение.
		+ прием наркотических средств.
		+ радиация и другие факторы экологического неблагополучия.
	2. Факторы, действующие в натальный период:
* родовые травмы (затяжные сухие роды, щипцы, выдавливание).
* кесарево сечение.
* резус конфликт.
* асфиксия (синяя и белая).
1. Факторы, действующие в постнатальный период: разл.перен.заб.с последствиями для головного мозга (менингит, менингоэнцефалиты, инсульт, опухоли).

**Речевая симптоматика**:

1. В зависимости от степени поражения у детей могут страдать произношения большинства или нескольких согласных звуков. При грубой степени нарушается произношение гласных. Они приобретают нечеткий, искаженный, часто носовой оттенок. Такие полиморфные нарушения объясняются расстройством артикуляционной моторики.
2. Нарушение просодического компонента: Речь аритмична из-за нарушения речевого дыхания, ускорена, замедлена по темпу, отличается нечеткостью, смазанностью дикции. Страдают основные характеристики голоса: сила, тембр. Отмечаются однообразные интонации.
3. Нарушение дифференциации звуков речи: расстройства вторичные из-за дефектов звукопроизношения.
4. Нарушение лексико-грамматического строя речи: только если дизартрия входит в состав ОНР. Отмечается сужение объема словаря, неточность понимания значения слова, количества аграмматизма (нарушение словообразования, словоизменения).
5. Нарушение чтения и письма: как произносит, так и пишет.

**Неречевая симптоматика**:

1. Нарушение артикуляционной моторики: расстройства специфические, зависят от локализации поражения:
	1. спастичность (повышение мышечного тонуса) подвижных частей речевого аппарата.
	2. гипотония (снижение мышечного тонуса) мышц артикуляционного аппарата.
	3. дистония (переменчивый мышечный тонус).
	4. нарушение координации (точности и соразмерности) артикуляционных движений.
	5. насильственные движения (тремор языка и губ, иногда подбородка; в грубых случаях гиперкинезы – подергивание языка, гримасы, насильственная улыбка, чаще при ДЦП).
	6. синкенезии – сопутствующие, содружественные движения.
	7. апраксии – нарушение произвольных движений, входит в состав корковой дизартрии, которые в свою очередь сопровождают более сложные речевые расстройства – алалию и афазию
	8. рефлексы орального автоматизма – патологические рефлексы, которые в норме не наблюдаются или характерны для более раннего возраста.
		1. Нарушение физиологического дыхания: часто встречается верхнеключичное или грудное. Страдает ритм, недостаточность вдоха и выдоха. Выдох не продолжителен.
		2. Гиперсаливация – повышенное слюноотделение, это вегетативный симптом.
		3. Общедвигательные нарушения – если дизартрия сочетается с ДЦП.

***Формы ДЦП:***

* Двойная гемиплегия - характеризуется особой тяжестью заболевания, при которой верхние конечности поражены в такой же степени, как и нижние, или в большей. Ребенок не сидит, не держит голову, не стоит. У 90% отмечается грубое недоразвитие речи и познавательной деятельности, нередко олигофрения в степени имбецильности, идиотии.
* Спастическая диплегия - тетрапарез, при котором ноги поражены больше, чем руки. Эта форма носит название - болезнь Литтля. Умственная недостаточность наблюдается чаще в форме вторичной задержки психического развития или атипичной олигофрении в степени негрубой дебильности. Около 50-60% обучаемы по пролонгированной программе массовых школ со специальными приемами коррекции.
* Гемипаретическая форма - двигательные нарушения односторонние, однако нарушения поверхностной чувствительности почти никогда не обнаруживаются.
* Гиперкинетическая форма - наряду с нарушениями движения, связанного с патологией тонуса, имеют место гиперкинезы типа атетоза, хореоатетоза. Умственно эти дети чаще всего сохранны.
* Атонически-астатическая форма - характеризуется наличием низкого тонуса во всех группах мышц, кроме аддукторов бедер, пронаторов предплечья и кисти. Нарушена координация движений (атаксия, дизметрия, тремор). Наблюдается дизартрия. Интеллект варьирует от нормального или ЗПР, до недоразвития познавательной деятельности, по типу осложненной олигофрении.

ДЦП - заболевание, в клинике которого при всех формах и стадиях, хотя и в различной степени, проявляются три основных звена: нарушение движения, речи и интеллекта (К.А.Семенова).

1. Нарушение высших психических функций и эмоционально-волевой сферы. Отмечаются нарушения восприятия, плохая концентрация, снижение объема, внимания, низкий объем памяти. Может отмечаться недостаточность вербально-логического мышления, низкая работоспособность, повышенная утомляемость, снижение мотивации, неуверенность в собственных силах.

**Направления комплексного коррекционного воздействия при дизартрии на фоне ДЦП. Коррекционно-профилактические мероприятия на ранних стадиях развития ребёнка (в доречевом периоде).**

Дизартрия у ребенка с ДЦП – это сложн синдром дезинтеграции акта произношения, обусловленный нарушением регуляции движений при органич поражении ЦНС. Ядром речев патологии при дизартрии явл-ся искаженное развитие ФФС. Поэтому в логоп работе можно выделить след разделы:**1**.Развитие фонематич системы речи, результатом которого должно стать создание адекватных представлений о звучании собств. речи. **2**. Формирован навыков управления мышцами оральной области в результате которого достигается контроль за глотанием слюны, удерж органов артикуляц в опред позиции, подавлен нежелат рефлексов и гиперкинезов. **3**. Воспитание навыков управления дыханием. **4.** Синхронизация дыхания с мягкой голосоподачей. **5** Формирован просодич компонентов речи, позволяющее успешно имитировать звучание различных речевых фрагментов (слогов, слов, фраз) **6**. Управление формированием артикул. праксиса, результатом которого должно стать правильное произношение. **7**. Связь формирования ФФС с развитием лексико-грамматич строя речи, в результате будет достигнута полная автоматизация речи.

**В доречев период** логоп работа направлена на формирование предпосылок развития речи – создание оптимальн. соц. условий, развитие сенсомот. сферы ребенка, развитие и нормализац. сенсомоторн. основы артикуляции. Лог работу в дореч периоде желательно проводить при родителях, чтобы они усваивали прав стиль общения с ребенком, осваив. основн. приемы работы. Необх. развивать коммуникативность ребенка используя различн средства. Ранними явл-ся экспрессивно – мимич средства общения – взгляды, мимика, жесты. С помощью этих средств взрослые выражают вниман и интерес к ребенку. Дети с ДЦП нуждаются в ситуативно – личностном общении со взрослыми. Появлен. мимич. средств общения стимулир активн мимич реакциями взрослого и моделированием таковых у ребенка в процессе лицевого массажа. Развитию ориентир. реакции посвящены игры с прятаньем, поиском и нахожд предметов, сопровождаемые корот словами и восклицаниями. Для развития сенсомот координации полезно привлекать внимание ребенка к собственным рукам, используя пальчиковые игры. Реб с ДЦП обучают играм с игрушками. Формирование сенсомоторн предпосылок развития артикуляции включает дыхательн. упражнения, стимуляц голосовых реакций, логопедич массаж, артикуляц гимнастику. Особое внимание уделяется обучению родителей кормлению ребенка.

**Содержание логопедической работы при разных формах дизартрии**. При коррекции требуется комплексный подход, включающий медикаментозн лечение, физиотерапию, массаж, логопедич работу. При разных формах разные подходы. *Восстановление произношения при дизартрии приобретенного характера по схеме*: 1. массаж, направленный на улучшение нервной проводимости. 2. пассивная гимнастика после массажа, то есть движения кот пациент выполн с помощью логопеда и постепенно эти движения переводятся в активные. Если движен приобрет активный характер, то произношение спонтанно восстанавливается. Характер поражения и симптоматики при разных формах определяют характер проводимых мероприятий. При **бульбарной** дизартрии массаж начинается с расслабляющих приемов, а затем применяется тонизирующий. Артикул гимнастика направлена на максимальн активизацию движений. Движения интенсивные, с нарастанием амплитуды и скорости. Применяется лечение положением – это удержание органов в заданной позе. При **псевдобульбарной** дизартрии, где основа симптоматики – спастичность, соответственно массаж только расслабляющий, от него переход к упражнениям на расслабление активное, по команде. Далее гимнастика, в меньш степени использ пассивн гимнастику. При **экстрапирамидной** применяют расслабляющий массаж, тренировка активного расслабления и подавление гиперкинезов усилением воли. Работа над координац дыхания, голоса и артикуляции и отработка темпа, ритма и плавности речи. При **мозжечковой** дизартрии, где имеет место дряблость, вялость мышц проводится сначала расслабл массаж, потом тонизир, отрабат координ дыхан, голоса, артикуляции. Работа над темпом, ритмом, плавностью речи. При **постцентральной корковой** дизартрии основная проблема – неправильная установка артикуляционных поз и поэтому в центре внимания работа над артикуляционными укладами с привлечением зрительного контроля, слухового, тактильн ощущен. При **кинетической корковой** дизартрии основная проблема в плавности переключ от одной артикуляц к другой и отдельн артикуляц уклады не отрабатываются, а отрабатываются произношение фраз, практикуется плавное напевное произношение.

**Логопедическая работа при дизартрии у детей** – основы логопедической коррекции были разработаны в 40-е годы 20в в отношении детей с ДЦП. М.Касс сформулировала фонетические принципы:

1.при работе над произношением внимание реб нужно акцентировать на семантике слова, его акустических хар-ах, а не на артикуляции.

2.имеет значение качество восприятия звуков речи, кот в свою очередь зависит и от воспроизведения. Необходимо работать над повышением качества акустического восприятия противопоставлять звуки по силе, высоте, продолжительности. Над качеством фонематического восприятия – акцентируя внимание на фонематических признаках. Нал качеством кинестетического восприятия (ощущение языка, губ).

3.основные компоненты движения развиваются сначала с участием больших мышечных групп, затем малых.

4.необходимо использовать уподобления двигательных механизмов, т.е.схема движения м.б. смоделирована на примере одного органа и перенесена на др.

5.воспроизводить речевые звуки м.разными способами. Нужно формировать артикуляцию из доступных реб движений опираясь при этом на акустический эффект.

6.необходимо автоматизировать движение под контролем во избежании искажения схемы движения.

**В логопедической работе необходимо:**

**1**.Развитие фонематической системы речи, результатом которой д.стать создание адекватных представлений о звучании собственной речи. ведется с рекомендациями Орфинской, как при дислалии.

**2**.Формирование навыков управления мышцами оральной обл – в результате, контроль за глотанием слюны, удержание органов артикуляции в определенной позиции, подавление нежелательных рефлексов и гиперкинезов. Преодоление саливации – нормализовать процесс еды: обучить жеванию и глотанию с закрытым ртом. На первом году необходимо контролировать, чтобы подбородок реб был сухим (укрепление челюстей – удерживать в зубах к-л предмет, отработать ритм сглатывания слюны под счет). Регуляция выталкивающих рефлексов – снять тревожность, успокоить, при реб не рассказываем о его проблемах, а только о положительных моментах. Обучение регуляции тонуса мышц, чтобы реб расслаблял мышцы. Существуют расслабляющие массажи. Лучшие тренировки в процессе еды (жевание с закрытым ртом, пища от мягкой к твердой).

**3**.Воспитание навыков управления дыханием позволяющих произносить речевой материал различного объема на выдохе. В упр вырабатывается объем выдыхаемого воздуха, направленность воздушной струи, способность подачи возд струи (плавно или точком), ощущение препятствий для выдоха воздушной струи (препятствия – рука, губы, язык). При проведении дыхат упр включаем визуальный контроль (дуем на что-то), слуховой контроль, проприоцептивные ощущения, тактильные ощущ (холл или горячая возд струя).

**4**.Синхронизация дых-я с мягкой голосоподачей – образование свободного прохождения голосо-дыхат струи в передние отделы речевого аппарата. Нужно найти естественное звучание голоса реб, для этого обеспечивают мах свободную голосоподачу. Отрабатываем разную силу голоса, высоту. Соединяем голосовые упр с дыхательными и работой над просодикой (темп, ритм, интонация).

**5**.Формирование просодических компонентов речи. Сначала проводится вне речевом плане. Предлагается прослушать и воспроизвести к-л темпо-ритм (хлопки, палочки, кружки), затем произнесение слогов в определенном ритме (пулемет строчит). Далее отрабатывается произношение слов, сначала простые (банка) и эти же слова в сочетаниях, сначала медленно, потом быстро+интонация. Затем фразы, фонетически простые, сначала медленно, четко, ускоряя. со смещением логического ударения.

**6**.Управление формированием артикуляционного праксиса, результат – правильное прозношение (постановка звуков – воздушная струя – голос – артикуляция). Автоматизацию сочетаем с дальнейшим развитием просодических компонентов (темп, ритм. артикуляция).

**7**.Связь фонетико-фонематич системы с развитием лексико-гр строя речи. результат – д.б.достигнута полная автоматизация речи.

**Классификация дизартрии. Характеристика основных форм дизартрии, выделенных с учётом локализации поражения.**

В зависимости от того, где локализовано поражение и каковы механизмы поражения и каковы механизмы речевых нарушений, выделяют формы дизартрии:

1. **БУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ** – поражение в области ядер черепно-мозговых нервов или их корешков (продолговатый мозг). Чаще всего в очаг поражения вовлекаются ядра языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда лицевого и тройничного нервов. Наиболее выраженные расстройства при 2-х сторонних поражениях этих ядер. Односторонние поражения приводят к менее тяжелым последствиям. Чаще всего у взрослых, связано с снижением выживаемости детей при поражении ядер блуждающих нервов, которые ответственны за дыхание и ССС.

**Симптоматика:**

* + - при поражении языкоглоточного и блуждающего нервов возникает снижение чувствительности в области глотки, нарушается физиологический акт глотания, появляется Гиперсаливация, отмечается парез мышц голосовых складок, смыкаются не полностью, неравномерно, колебания редкие, аритмичные, что отражается на голосе. Он глухой, истощающийся, недостаточно мелодичный. Звонкие согласные теряют свою звучность, оглушаются.
		- при парезе или параличах небной занавески вход в носовую полость всегда открыт. Ротовые звуки и гласные приобретают гнусавый оттенок.
		- при поражении ядер подъязычного нерва приводит к атрофическим явлениям мышц языка, что нарушает его подвижность, тонус мышц языка снижен, что отражается на артикуляции звуков (особенно смычных и аффрикатов). Эти звуки начинают заменяться соответствующими или щелевыми звуками, или искажаются (Ц-С, Ч-С`, Б-W, Г-Г южно-русский). При этом круглая форма щели, свойственная щелевым звукам оказывается очень сложной для паретического языка и круглощелевые согласные превращаются в плоскощелевые, заменяются межзубными (С-З).
		- при поражении тройничного и лицевого нервов возникают вялые параличи мышц губ, щек, нижней челюсти. Это приводит к трудности произношения соответствующих звуков [О], [У].
		- при поражении тройничного нерва расстройство жевания.
		- поражение лицевого нерва сопровождается амимией и гипомимией.

Ведущим механизмом является вялый парез, паралич. При этом страдают как произвольные, так и непроизвольные движения.

1. **ПСЕВДОБУЛЬБАРНАЯ ДИЗАРТРИЯ** – наиболее распространенная форма, часто встречается у детей. Локализация при 2-х стороннем поражении кортикобульбарных (пирамидных путей) ядер. Возникает псевдобульбарный парез или паралич, имеющий центральный характер. Так же, как при бульбарной дизартрии отмечаются нарушения жевания, глотания, гиперсаливация, фонации, расстройство дыхания и артикуляции. Но при этом отмечается повышение мышечного тонуса, спастичность, нет атрофии мышц. Непроизвольные движения менее нарушены по сравнению с произвольными. Отмечаются патологические рефлексы и синкенезии (сопутствующие, содружественные движения).

В зависимости от клинических проявлений выделяют **2 формы** псевдобульбарной дизартрии:

* + - * 1. ***Спастическая форма*** – выраженное повышение мышечного тонуса мышц артикуляционной, дыхательной, фонационной мускулатуры.

Положение языка – особое, тонически напряжен, комок сжатых мышц, оттянут в глубь ротовой полости. В силу этого страдают наиболее тонкие дифференцированные движения языка вверх.

Нарушается произношение переднеязычных, особенно свистящих, шипящих, вибрантов [Л], [Л`]. Любая попытка расслабить язык приводит к еще большему повышению тонуса. Наблюдается спастичность мышц губ, в результате страдает произнесение губных звуков (п,б).

1. ***Паретическая форма*** – не все авторы выделяют эту форму, как самостоятельную. Характеризуется снижением тонуса в одних группах мышц и повышением тонуса в других. Преобладают симптомы паретичности (вялости). Отмечается общая слабость лицевой, артикуляционной, жевательной, дыхательной, голосовой мускулатуры.

Язык вялый, широкий, распластанный, занимает всю ротовую полость. Подвижность крайне ограничена. При выполнении артикуляционных движений возникает повышение истощаемости мускулатуры. Невозможно доведение до конца, трудности удержания позы, трудности переключения от одного движения к другому.

Страдает артикуляция. Очень часто межзубной сигматизм, дефект артикуляции переднеязычных. Так же дефект других согласных, требующих подъема кончика и боковых краев языка.

* 1. **МОЗЖЕЧКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ** – затрагивает мозжечок, его связи с другими структурами мозга, особенно лобно-мозжечковый путь.

**Симптоматика:**

* + - выражена асинхронность дыхания, фонации, артикуляции.
		- речь замедленна по темпу, толчкообразная.
		- нарушена модуляция (тембр).
		- голос затухающий, к концу фразы наблюдается скандированность речи.
		- мышечный тонус снижен, следовательно, артикуляционные движения выполняются в неполном объеме.
		- иногда гнусавый оттенок голоса, из-за снижения тонуса мягкого неба.
		- страдает артикуляция звуков, которые требуют четких, координированных движений, достаточной силы мышечных сокращений (переднеязычные, аффрикаты, вибранты).
		- больше всего нарушена просодическая сторона речи.
		- часто напряжение речи, которая выявляется на слух и в поведении.
		- напряженная поза, говорит с видимыми усилиями.
		- речь сопровождается вегетативными изменениями (потливость, покраснение).
		- больные устают от своей речи, так как в момент произнесения сокращаются одновременно мышцы сгибателей и разгибателей.
			1. **ЭКСТРАПИРАМИДНАЯ ДИЗАРТРИЯ** – возникает при поражении подкорковых структур, которые входят в состав стриопаллидарной системы. Обычно поражаются хвостатое ядро, чечевичные ядра, бледный шар, черная субстанция, таламус и других структур и их связей с другими системами мозга.

В результате отмечаются выраженные нарушения просодической стороны речи, особенно темп речи (замедлен или ускорен), отмечаются внезапные остановки речевой продукции.

Значительно нарушается звукопроизношение. Артикуляциях звуков изменчивая. Больной может повторять отдельный звук, слог, что часто принимается за заикание. Голос слабый или глухой, колеблется звонкость.

Эти нарушения вызываются **триадой симптомов**:

**1. Ригидность** – резкое повышение мышечного тонуса, с невозможностью расслабления, вплоть до болевых ощущений. В силу такого изменения артикуляция носит мерцающий, непостоянный характер.

Внезапное повышение тонуса мышц корня языка приводит к произнесению звуков, похожих на заднеязычные. Повышение тонуса в дыхательной и голосовой мускулатуре приводит к увеличению количества пауз и аритмии речи.

1. **Гиперкинезы** – резко искажают речь, делая ее невозможной, приводят к насильственному открыванию рта и выталкиванию языка из ротовой полости (облизывание губ). Гиперкинезы в области голосовой и дыхательной мускулатуры приводит к насильственным выкрикам и стонам.
2. **Нарушение проприоцептивной чувствительности (мышечной)**.
	* + 1. **КОРКОВАЯ ДИЗАРТРИЯ** – выделение этой формы в самостоятельную является спорной, так как изолированно не встречается, чаще включается в синдром алалии и афазии.

**2 формы**:

1. ***Афферентная (постцентральная) корковая дизартрия*** – поражение локализуется в постцентральных областях коры головного мозга, которые ответственны за восприятие информации от органов движения. В результате развивается кинестетическая апраксия. Нарушается кинестетическая чувствительность, трудности выбора нужной артикуляционной позы, при этом сила мышц сохранена.

Нарушена артикуляция согласных звуков, вариативные замены и искажение звуков (Ч на Щ, С`, Т`, Ш). Страдает ритм речи, но не так как при экстрапирамидной мозжечковой дизартрии. Иногда явления персеверации (повторение звуков и слогов).

1. ***Эфферентная премоторная корковая дизартрия*** – локализация в премоторных (заднелобных) отделах левого полушария – центр Брока, ведущий симптом кинетическая апраксия (трудности составления моторных двигательных программ, трудности переключения от одной артикуляции к другой).

Двигательные навыки теряют свою целостность и распадаются на составляющие их движения, при произнесении слов больной застывает на одном звуке, слоге.

Грубые нарушения звукослоговой структуры слов, пропуски слогов, их перестановки, пропуски, перестановки звуков, особенно гласных (вместо СОРТ – СОТР), больной не замечает свои ошибки.

Произношение замедленно, инертно, иногда паузы внутри произносимого слова.

**Классификация дизартрии по симптомологическому принципу.**

Разработала И.И.Панченко, эта классификация применительна к ДЦП:

1. Спастико-паретическая (ведущий синдром - спастический парез).
2. Спастико-ригидная (ведущие синдромы - спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности).
3. Гиперкинетическая (ведущий синдром - гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии).
4. Атактическая (ведущий синдром - атаксия).
5. Спастико-атактическая (ведущий синдром - спастический парез и гиперкинез).
6. Спастико-гиперкинетическая (ведущий синдром - спастический парез и гиперкинез).
7. Спастико-атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром - спастический парез, атаксия и гиперкинез).
8. Атактико-гиперкинетическая (ведущий синдром - атаксия, гиперкинез).

**Спастический парез** - наиболее распространен в речедвигательной системе при ДЦП. Встречается почти при всех формах дизартрических расстройств. Связан с выпадением или ослаблением иннерваций различных черепно-мозговых нервов, что формирует различную степень участия речевой мускулатуры в речевом акте. Наблюдается слабость мышц речевой мускулатуры, при которой требуется применение укрепляющей гимнастики мышц речевого аппарата.

Проявляется различно: не могут удержать во времени нужную артикуляционную позу, выполнить ее, быстро переключиться от одной позиции к другой, гиперсаливация. Голос недостаточной силы и звонкости, истощаемы параметры голосовых возможностей, снижена амплитуда голосовых модуляций, смазанность по группам звукам, больше в группе щелевых и сонорных.

**Гиперкинетический синдром** - явлений спастического пареза нет, поэтому нарушения движений артикуляционной и фонаторно-дыхательной мускулатуры вызваны не слабостью мышц, а характером гиперкинеза - его степенью и формой. В совместном невролого-логопедическом обследовании важно выявить тип гиперкинеза - хореический, атетоидный, хореоатетоидный, миоклонический. Тип гиперкинеза зависит от локализации поражения в экстрапирамидной системе.

**Спастико-ригидная форма** - характеризуется проявлением спастического пареза речевой мускулатуры и нарушением тонического управления речевой деятельностью по типу экстрапирамидного расстройства. При симптоме ригидности стволовые отделы мозга в активном состоянии: повышение позных реакций, мышечного тонуса, мышцы с состоянии тетануса, все они сокращены, ствол беспрерывно посылает патологические импульсы. При анализе двигательных расстройств у детей с ДЦП очень часто спастический парез сочетается с ригидностью и денерваторными нарушениями.

**Дифференциальная диагностика дислалии и стёртой дизартрии. Симптоматика стёртой дизартрии. Особенности коррекционного воздействия при стёртой дизартрии.**

*Дизартрия* – расстройство фонетико – фонематической стороны речи, обусловленное органическими поражениями двигательных отделов ц.н.с.

*Дислалия* – расстройство или недоразвитие фонетико-фонематической системы речи, обусловленное функциональными причинами или отклонениями в анатомическом строении переферического речевого аппарата.

Особ.сложность представляет диагностика стерт.или мин.проявлений дизартрии. Основные критерии диагностики:

* наличие слабо выраженных, но специфических артикуляционных нарушений в виде ограничения объема наиболее тонких и дифференцированных артикуляционных движений, в частности недостаточность загибания кончика языка вверх, а также асимметричное положение вытянутого вперед языка, его тремор и беспокойство в этом положении, изменения конфигурации;
* наличие синкинезий (движение нижней челюсти при движении языка вверх, движений пальцев рук при движени­ях языка);
* замедленный темп артикуляционных движений;
* трудность удержания артикуляционной позы;
* трудность в переключении артикуляционных движений;
* стойкость нарушений звукопроизношения и трудность автоматизации поставленных звуков;
* наличие просодических нарушений.

В ряде случаев для диагностики минимальных проявлений дизартрии помогают функциональные пробы.

Проба 1. Ребенка просят открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии и одновременно следить глазами за перемещающимся в боковых направлениях предметом. Проба является положитель­ной и свидетельствует о дизартрии, если в момент движений глаз отмечается некоторое отклонение языка в эту же сторону. Проба 2. Ребенка просят выполнять артикуляционные движения языком, положив при этом руки на его шею. При наиболее тонких дифференцированных движениях языка ощущается напряжение шейной мускулатуры, а иногда и видимое движение с закидыванием головы, что свидетельствует о дизартрии.

Для диффер.диаг.дизартрии и дислалии необходимо сопоставить произн.звуков в словах при назывании дошкольником картинок, школьником при дополнений слов и предложений, а также при чтении отраженно вслед за логопедом в словах и изолированно в звуках и сопоставить эти данные с особенностями спонтанного произношения. Логопед определяет характер нарушений артикуляционных движений, приводящих к неправильному звукопроизношению. Наиболее частыми нарушениями при дизартрии являются: недостаточный подъем кончика языка, нарушенная скорость в образовании смычки, неправильные структуры, используемые в контакте, недостаточное напряжение, короткая продолжительность контакта, замедленное ослабление или выход из контакта, неправильное направление воздушного потока.

Нередко в специальные детские сады попадают дети с внешними симптомами, сходными с проявлением сложной дислалии, отягощенной фонематическим недоразвитием. Однако боковое произношение многих фонем, появление излишней слюны в момент речи, неумение удерживать ту или иную артикуляционную позу продолжительное время, нижняя артикуляция некоторых верхних звуков должны насторожить логопеда..

Для этой цели необходимо внимательно изучить положение и поведение языка в полости рта в состоянии покоя. При этом можно обнаружить, что положение языка постепенно меняется: он то лежит спокойно, то оттягивается внутрь рта, то выгибается кверху, то отклоняется в сторону.

Если предложить ребенку поднять язык вверх, то можно наблюдать много лишних движений (язык высовывается резко вперед, становится длинным, узким), прежде чем язык примет нужное положение. Это свидетельствует об изменениях тонуса мышц языка, одной его половины или только кончика.

Качество движений языка легко проверить, предложив ребенку многократно выполнить следующее упражнение: поднять язык вверх, затем вытянуть вперед, повернуть его к левому уху и, наконец, к правому. При этом легко обнаружить неточность и недост.силы движений языка, а иногда и его вялость. Такие явления обусловлены гиперкинезами языка, постоянно подвижного.

Далее следует проверить язык на утомляемость. Для этой цели можно предложить ребенку 1—2 мин показать, как кошка лакает молоко. Внимательно наблюдая за поведением языка, можно обнаружить замед.темпа движений, их неточность. Если после таких упражнений попросить ребенка высунуть язык вперед, то язык заметно отклонится в сторону и не сможет находиться в спокойном состоянии. Все это свидетельствует о наличии мышечной и иннервационной недост.в органах артикуляции.

Если ребенок называет изобр.на картинках предметы и при этом артикуляция многих звуков неточна, как бы смазана, или после многократного повторения слов наступает утомление, артикуляция становится замед. неполной, или для многих звуков характерно бок.произношение, то перечисленные симптомы свидетельствуют не о дислалии, а о стер.севдобульбарной дизартрии.

***Неречевая симптоматика:***

1) при этой форме обязательны нарушения неврологического статуса, однако эти нарушения менее заметны, чем при дизартрии. Они проявляются в форме парезов, в негрубых изменениях мышечного тонуса, наличия стёртых гиперкинезов мимической и артикуляционной мускулатуры, а также патологических рефлексов. Наблюдается явление гиперсаливации, отмечаются синкинезии.

Подобный неврологический статус приводит к ограничению движений подвижных частей реч. аппарата:

1. ограничены движения кончика языка вверх, вперёд, в стороны, наблюдается его пассивность.

2. отмечается чрезмерное напряжение спинки яз.

3. может отмечаться слабость 1 его половины.

4. имеется беспокойство языка при попытке удержания его в заданном положении.

5. при ускорении темпа движений напряжение мышц языка нарастает, наблюдается утомляемость мышц.

6. движения хар-ся потерей чёткости, координированности.

7 отмечаются фибрелярные подёргивания кончика яз. Эта симптоматика может сочетаться с невыраженными мимической мускулатуры, к-я проявляется:

- в косоглазии, сглаженности носогубных складок, с незначительными ограничениями движений нижней челюсти.

- нарушения общей скелетной мускулатуры, могут наблюдатьтся 2 варианта: 1 имеют место все активные движения в полном объёме, но они неловкие, замедленные, недиф-е, 2 объём движений ограничен, при этом преимущественно с 1 стороны.

- отмечаются особенности психических функций – внимание неустойчивое, сниженное, страдает речеслуховая память. Для детей хар-на сниженная работоспособность, гиперактивность, слабая регуляция эмоций.

***Речевая симптоматика:***

У детей наблюдаются разнообразные нарушения звукопроизношения, хар-р кот-х зависит от локализации поражения. Расстройства звукопроизношения могут проявляться в отсутствии, искажениях зв.

По хар-у нарушения звукопроизношения было выделено 4 гр.:

1) дети с избирательной слабостью, паретичностью лишь нек-х мышц языка. Дефекты звукопроиз-я обусловлены ассиметрией в иннервации различных мышечных групп. В связи с этим возникает боковое произношение согласных: мягких, свистящих, переднеязычных и тв-х. заднеязыч-х, вибрантов. В других случаях имеет место смешанное, межзубное боковое искажение.

2) дети без каких-либо особенностей общих и речевых движений, но характеризующихся вялостью артикуляции, нечёткостью дикции, общей смазанностью речи.

3) дети этой группы имеют все необходимые для произношения движения губ и языка, но затрудняются в выполнении произвольных двигательных актов. дефекты звукопроиз-я проявляются в заменах 1 звука другим, к-е основаны на артикуляционном сходстве зв. (по способу и месту образования. При этих нарушениях замены носят непостоянный, нестабильный хар-р, один и тот же звук имеет неск-о зв. заменителей.

4) дети с выраженной общей моторной недостаточностью. Нарушения звукопр-я проявляются в дефектах, характерных для 3-х групп.

**Нарушения просодической стороны речи.**

Речь монотонная, невыразительная, часто бывает затруднена передача основных видов интонаций, у детей заторможенных тембр голоса низкий, голос слабый, тихий, немоделиров-й. У д. гиперактивных голос громкий, крикливый, часто срывается на фальцет. Ритм изменчивый, его нарушения часто объясняются нарушениями речевого дыхания.

**Нарушения фонематического восприятия.**

**Несформированность грам-го строя речи,**если диз-я сочетается с ОНР.

**Нарушения письменной речи.**

Этапы кор-й работы совпадают с теми, к-е выделены при работе всех нарушений звукопроизношения.

Методика коррекционной работы при диз-и носит комплексный хар-р и включает в себя медицинское, психологическое и педагогическое воздействие.

Определённая специфика имеется на каждом этапе.

**1 этап.** Работа по артикуляции при диз-и нач-ся с массажа мимической и артикуляционной мускулатуры. Характер массажа зависит от сост-я мышечного тонуса (при парезах – стимулирующий, при спастике - расслабляющий, при гиперкинезах – точечный).

Работа по борьбе с саливацией – массаж жевательных мышц. Работа по арт. гимнастике при ст. диз. начинается с активных движений, выпол-х ребенком самостоятельно. На этом этапе большое значение имеет работа по развитию дыхания, сначала - физиологического, затем - речевого. Ведётся работа по формированию функций фонематической системы.

**2 этап.** Проводится работа по следующим направлениям: - коррекция нарушений артикул. моторики, - выработка произвольных артик-х движений, - развитие дыхательной и голосовой функции.

- коррекция нарушений звукопроизношений. пользуются смешанным способом постановки.

На этом этапе большое внимание уделяется просодическим компонентам речи. Навыки темпа, ритма, интонации, правильная расстановка пауз, ударений.

После постановки звуков отрабатывается автоматизация на материале слогов, слов, предложений и текста. Затем проводится работа по дифференциации звуков на различном речевом материале. Реч-й материал включает автоматизацию + дифференциация. **3 этап.** Навыки, сформированные логопедом употребляются в повседневной жизни, в сюжетно-ролевых играх.

**Содержание дооперационной и послеоперационной работы при органической открытой ринолалии на почве врождённой расщелины нёба.**

В 1844г. Н.И.Пирогов выполнил первую операцию по ушиванию нёба, которую в наше время называют уранопластика. Речь пациента не улучшается.

В 19 веке предпринимаются попытки проводить логопедическую работу и складываются 2 направления:

1. Немецкое силовое направление (Гуцман, Фрёшельс). Разработана классическая гимнастика на дыхание.

В рамках этого направления применялась общая гимнастика тела; дыхательные упражнения; разные виды массажа: ручной, электро, вибро; речевые упражнения; разные типы голосоподачи (фальцетный, низкий голос, акцентированный шёпот). Для подъёма мягкого нёба применялись ручные обтураторы; физиологические процессы (глотание, кашель, рвотные движения); зажим крыльев носа с целью создания внутриротового давления; силовые упражнения (произнесение звуков с ударами кулаками, с напряжением мышц плечевого пояса).

2. Французское щадящее направление (учёные Во, Борель – Мезани).

В основе данного направления - постановка правильного дыхания и голоса, что называется «в маску». Применяются естественные, ненапряжённые упражнения.

В 20 веке была переведена книга М.Зеемана, который разработал систему фониатрического лечения. Он придавал значение ручному массажу, подчёркивая его преимущество перед аппаратурным массажем. Зееман предлагал класть в нос ватные тампоны, ходить весь день, вынимать на ночь, постепенно размер тампона сокращается. Сначала практикуется шёпотная речь, и ставятся глухие звуки, голос низкий и осуществляется постановка гласных и звонких звуков (начинается с П).

У истоков устранения ринолалии был М.Е.Хватцев. Он разработал методику для людей послеоперационного периода. Используется фальцет, физиологические приёмы – глотание, зевание, кашель, имитация рвотных движений, силовые упражнения при постановке начальных звуков (с А); применяется механическая помощь, используются вариативные дыхательные упражнения; применяется поддержка нёба ручным обтуратором.

Он рассчитал последовательность постановки звуков, исходя из степени подъёма мягкого нёба и амплитуды качания мягкого нёба при произношении разных звуков. В тоже время он считал, что какие то звуки у пациентов сохранны, и ставить их не требуется

Следующая методика была московская методика Нелюбовой. В ней имеет место массаж, электростимуляция, физические процессы (глотание, зевание), с помощью упражнений формируется голосодыхательная струя, уделяется внимание слуховому восприятию и развивается различение носового и неносового тембра голоса. В этой методике имеет место постановка артикуляции, а также затормаживание сопутствующих речи мимических движений. Для этого практикуется шёпотное произношение перед зеркалом. Звуки начинают ставить с А, сначала на шёпоте, потом на твёрдой атаке, потом переход к мягкой атаке и особо отрабатываются сочетания с гласным И и согласным Й.

Ленинградский учёный Л.И.Вансовская (1977) предлагает начинать работу со звуков И и Э. При постановке этих гласных переднего ряда воздушная струя сразу фокусируется на кончике языка, а мягкое нёбо больше активируется. Звуки предлагается произносить негромко, с полуулыбкой, напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. Далее становятся другие гласные, затем сложные согласные, а потом – смычные.

**Методика М.Е.Хватцева как основа современных отечественных методик логопедической работы при органической открытой ринолалии.** У истоков устранения ринолалии был М.Е.Хватцев. Он разработал методику для людей послеоперационного периода. Используется фальцет, физиологические приёмы – глотание, зевание, кашель, имитация рвотных движений, силовые упражнения при постановке начальных звуков (с А); применяется механическая помощь, используются вариативные дыхательные упражнения; применяется поддержка нёба ручным обтуратором. Он рассчитал последовательность постановки звуков, исходя из степени подъёма мягкого нёба и амплитуды качания мягкого нёба при произношении разных звуков. В тоже время он считал, что какие то звуки у пациентов сохранны, и ставить их не требуется.

**Большую значимость имеет система, разработанная А.Г.Ипполитовой (1955, 1963).** Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. Она одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для её методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые опорные звуки.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребёнка. Своеобразие метода А.Г.Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребёнка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по её методике включает следующие разделы:

* Фор-ние реч. дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.
* Фор-ние длит. рот. выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.
* Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.
* Формирование мягких звуков.

Л.И.Вансовская (1977) предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука А, а с передних гласных И и Э, т.к. именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. При этом усиливается чёткость кинестезий при соприкосновении с нижними резцами; при произнесении звука И стенки глотки и мягкое нёбо участвуют более активно.

От ребёнка требуется произнесение звуков негромким голосом, с несколько выдвинутой челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводится работа над сонорами (Л, Р), затем щелевыми и смычными согласными.

**Более современна методика И.И.Ермаковой (1980).** Методика включает в себя 4 этапа: 1) подготовительный, дооперационный; 2) послеоперационный; 3) коррекции звукопроизношения; 4) полной автоматизации новых речевых навыков.

Продолжительность этапов определяется индивидуально, занятия проводятся амбулаторно, не менее 2х раз в неделю, начиная с 3х летнего возраста. Продолжительность занятия около 30 минут. На занятиях присутствуют родители, которые ежедневно должны заниматься с ребёнком по несколько раз в день по 10 – 15 минут. На дооперационном подготовительном этапе проводится работа по постановке дыхания, эта работа традиционная (диафрагмальное дыхание носового и ротового выдоха), применяются дополнительные приёмы контроля (зеркало, рука).

На 1 этапе присоединяется работа по активации нёбных фрагментов – массирование, движение, произношение звуков с открытым ртом. Ребёнку предлагают перед зеркалом кончик языка приблизить к нижним резцам или опустить на губу и пропеть звук А 2-3 раза; потом Э, потом слияние АЭ, ЭА. При регулярных тренировках нёбные фрагменты начинают подниматься. Для развития мышц глотки предлагается глотание, зевание, свист и голосовые упражнения. Предлагается пропевание звука М и объединение этого звука с гласными МАМ, МЭМ. Постепенно логопед ставит и другие гласные, используя приём уподобления, как для постановки гласного О, нужно спеть АО, причём О короткий, потом длиннее, а затем А – короткий, а О – длиннее. Аналогично ставятся другие гласные. Затем вводятся голосовые упражнения АЭО, ЭАО, ОАЭ. На звуках У, И повышенная вероятность назального звучания, поэтому с них начинать работу не рекомендуется. Работа над голосом включает изменения звуковысотности. Артикуляционные упражнения дополняются массажем губ и мягкого нёба.

На 2 этапе – послеоперационном работа начинается на 15 – 20 сутки, хотя есть болезненные ощущения, однако, в это время нёбная занавеска лучше растягивается. Даётся всего 6 -8 месяцев, потом её невозможно растянуть. Работа проводится амбулаторно 3 раза в неделю, дома ежедневно активация мягкого нёба проводится пропеванием А, Э с визуальным контролем. Для развития мышц глотки упражнения – зевание, глотание, полоскание, массаж (вдоль рубца большим пальцем, спереди – назад и вперёд надавливая). Также проводится работа над артикуляцией, дыхательные упражнения.

На 3 этапе применяются стандартные приёмы постановки звуков. Для губных – сплёвывание.На 4 этапе – автоматизация звуков в слогах, словах, фразах и предложениях.

**Органическая открытая ринолалия на почве параличей и порезов мягкого нёба и функциональная открытая ринолалия. Содержание логопедического воздействия при данных формах ринолалии.**

При открытой ринолалии проход воздуха в нос **открыт!** Поэтому ротовые звуки приобретают носовое звучание.

Разделяются на *органическую* и *функциональную*. Наиболее часто приходится иметь дело с органической ринолалией.

***Функциональная органическая ринолалия***встречается реже, причиной может быть соматическая ослабленность, сниженный слух, остаточное явление после удаления аденоидов.

***Органическая открытая ринолалия*** в основе своей имеет, прежде всего, врождённые аномалии развития: расщелины нёба, губ; параличи и парезы мягкого нёба; а также приобретенные изменения в строении речевого аппарата (послеоперационные рубцы, травмы, ожоги кислотой, парезы мягкого нёба вследствие дифтерии, опухоли в задней части глотки). Наиболее частая ринолалия, с которой мы работаем, это расщелины нёба (нёба практически нет).

На 6 ой неделе эмбриогенеза происходит срастание наружных носовых и верхнечелюстных отростков. Если вредное воздействие, то могут остаться расщелины губы и челюсти. Твёрдое нёбо начинает срастаться на 8 ой неделе, мягкое нёбо – на 12 ой неделе. Если вредные воздействия с 8 – 12 ой недели, то остаются расщелины твёрдого и мягкого нёба.

С рождения ребёнок испытывает ряд трудностей: 1) проблема питания (нарушение питания отрицательно сказывается на психофизическом развитии); 2) проблема дыхания (формируется поверхностное короткое дыхание); 3) нарушенное анатомическое строение челюстей и зубных рядов влияют на формирование произношения, специфически развивается оральная мускулатура, специфически развиваются мускулы языка. У такого младенца формируется привычная установка языка для закрытия щели, при этом поднята корневая часть, которая принимает активное участие в акте еды, поэтому лучше растёт корневая часть языка, хуже – кончик языка. Всё это в совокупности влияет на развитие речи.

Как правило, развитие речи задерживается на ранних этапах; такие дети начинают позже говорить. Определённую роль играет и то, что ребёнок часто болеет, и то, что большинство детей с расщелинами нёба имеют сниженный слух. Далее, когда ребёнок начинает говорить, обнаруживаются трудности в овладении произношения.

Страдают все отделы произносительной системы, т.к. недостаточно работают все отделы речевой системы:

* Плохо развит дыхательный отдел (слабая воздушная струя, а для формирования согласных звуков нужна сильная струя; дыхание короткое, поверхностное, бывает ключичное или грудное, поэтому несформировано диафрагмальное дыхание; узкая грудная клетка, поэтому объём воздуха небольшой).
* Плохо развит голосовой отдел (голос тихий; носовой оттенок при рождении не присутствует, а при лепете проявляется; далее на протяжении дошкольного возраста наблюдается ухудшение голосовых свойств – сдавленность, истощённый голос, осиплость, прекращается расширение диапазона голоса).

Данный феномен изучала логопед И.И.Ермакова. Она отмечает, что ухудшение голосовых свойств связано с неправильным функционированием небно-глоточного кольца, а именно, наблюдается неравномерная работа правой и левой части гортани; дистрофические процессы; ассиметрия функционирования голосовых складок – всё это приводит к эффектам осиплости и снижение диапазона силы голоса.

Нарушение голоса связано и с тем, что гортань принимает функцию артикулятора; она образует смычки и щели в заднем отделе речевого аппарата, не приспособлена и влияет на работу голосовых складок.

Передняя часть языка не развита, поэтому образование передне – язычных происходит искажённо. Передне – язычные могут заменяться на заднее – язычные, могут пропускаться, либо искажаться, заднее – язычные обычно звучат слишком звонко, т.к. образуются в гортанном отделе. Все звуки (гласные и согласные) включают назальный компонент. Вся организация произношения разбалансированна, поэтому наблюдаются дефекты твёрдости и дефекты звонкости.

Нарушения произношения могут быть выражены в разной степени.

Учёный Морли выделяет 3 группы пациентов с разной степенью нарушения произношения: 1) лица, имеющие правильные артикулярные уклады при носовом оттенке голоса. Милослав Зееман предлагает данное нарушение именовать ринофонией (носовой голос). Такое нарушение может быть у лиц с субмукозной расщелиной, неполной расщелиной, укорочением мягкого нёба; 2) лица с выраженным носовым оттенком голоса и искажённой артикуляцией согласных звуков. Наблюдается у лиц с более обширными дефектами нёба; 3) выраженный носовой оттенок, почти полное отсутствие артикуляции согласных, сохраняется только ритмический рисунок. Наблюдается у детей в возрасте младше 5 лет; при сочетании расщелин нёба с нарушениями прикуса; при сочетании расщелин нёба со снижением слуха; с другими отклонениями, в том числе интеллектуальными.

Познавательная деятельность у таких детей развивается успешно. Возможная задержка на ранних этапах развития компенсируется в дошкольном возрасте. В школьном возрасте может проявиться дисграфия, интеллект не определяется наличием расщелины. Развитие эмоционально – волевой сферы личности зависит от социальных условий. Бывают застенчивые, стеснительные.

Расщелина губы называется хейлоскиз (оперируют в первые дни жизни). Может быть одно – или двусторонним, а также бывают:

* полная, когда не срастаются ткани по всей высоте губы и фильтра до дна носовой полости.
* неполная, при этом ткани губы не срастаются, а фильтр остаётся сохранным.
* скрытая расщелина, мышечный слой губы при этом расщеплён, а кожный покров и слизистая оболочка сохранны.

Расщелина нёба называется палатосхиз. Могут быть одно – или двусторонними, а также бывают:

* сквозными, при этом расщелина проходит сквозь губу, альвеолярный отросток, твёрдое нёбо, мягкое нёбо.
* несквозными, разграничиваются на: 1)полные (расщелина доходит до области резцов) и 2)неполные (могут иметь разную величину, возможно несращение только увулы – маленького язычка, которое называется раздвоение язычка.
* субмукозные (т.е. подслизистые), при этом визуально можно видеть на нёбе треугольник, отличающийся по окраске (либо светлый, либо тёмный).

Расщелины губы и нёба относятся к большим аномалиям развития, сопровождаются малыми аномалиями, такими как аномалии развития фронтальных зубов верхней челюсти; ассиметрия носовой перегородки; несимметричное снижение крыльев носа; разнообразные отклонения прикуса.

**Методика М.Е.Хватцева как основа современных отечественных методик логопедической работы при органической открытой ринолалии.**

У истоков устранения ринолалии был М.Е.Хватцев. Он разработал методику для людей послеоперационного периода. Используется фальцет, физиологические приёмы – глотание, зевание, кашель, имитация рвотных движений, силовые упражнения при постановке начальных звуков (с А); применяется механическая помощь, используются вариативные дыхательные упражнения; применяется поддержка нёба ручным обтуратором.

Он рассчитал последовательность постановки звуков, исходя из степени подъёма мягкого нёба и амплитуды качания мягкого нёба при произношении разных звуков. В тоже время он считал, что какие то звуки у пациентов сохранны, и ставить их не требуется.

**Большую значимость имеет система, разработанная А.Г.Ипполитовой (1955, 1963).** Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. Она одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для её методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые опорные звуки.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребёнка. Своеобразие метода А.Г.Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребёнка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по её методике включает следующие разделы:

* Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.
* Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.
* Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.
* Формирование мягких звуков.

Л.И.Вансовская (1977) предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука А, а с передних гласных И и Э, т.к. именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. При этом усиливается чёткость кинестезий при соприкосновении с нижними резцами; при произнесении звука И стенки глотки и мягкое нёбо участвуют более активно.

От ребёнка требуется произнесение звуков негромким голосом, с несколько выдвинутой челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводится работа над сонорами (Л, Р), затем щелевыми и смычными согласными.

Более современна методика И.И.Ермаковой (1980). Методика включает в себя 4 этапа: 1) подготовительный, дооперационный; 2) послеоперационный; 3) коррекции звукопроизношения; 4) полной автоматизации новых речевых навыков.

Продолжительность этапов определяется индивидуально, занятия проводятся амбулаторно, не менее 2х раз в неделю, начиная с 3х летнего возраста. Продолжительность занятия около 30 минут. На занятиях присутствуют родители, которые ежедневно должны заниматься с ребёнком по несколько раз в день по 10 – 15 минут. На дооперационном подготовительном этапе проводится работа по постановке дыхания, эта работа традиционная (диафрагмальное дыхание носового и ротового выдоха), применяются дополнительные приёмы контроля (зеркало, рука).

На первом этапе присоединяется работа по активации нёбных фрагментов – массирование, движение, произношение звуков с открытым ртом. Ребёнку предлагают перед зеркалом кончик языка приблизить к нижним резцам или опустить на губу и пропеть звук А 2-3 раза; потом Э, потом слияние АЭ, ЭА. При регулярных тренировках нёбные фрагменты начинают подниматься. Для развития мышц глотки предлагается глотание, зевание, свист и голосовые упражнения. Предлагается пропевание звука М и объединение этого звука с гласными МАМ, МЭМ. Постепенно логопед ставит и другие гласные, используя приём уподобления, как для постановки гласного О, нужно спеть АО, причём О короткий, потом длиннее, а затем А – короткий, а О – длиннее. Аналогично ставятся другие гласные. Затем вводятся голосовые упражнения АЭО, ЭАО, ОАЭ. На звуках У, И повышенная вероятность назального звучания, поэтому с них начинать работу не рекомендуется. Работа над голосом включает изменения звуковысотности. Артикуляционные упражнения дополняются массажем губ и мягкого нёба.

На втором этапе – послеоперационном работа начинается на 15 – 20 сутки, хотя есть болезненные ощущения, однако, в это время нёбная занавеска лучше растягивается. Даётся всего 6 -8 месяцев, потом её невозможно растянуть. Работа проводится амбулаторно 3 раза в неделю, дома ежедневно активация мягкого нёба проводится пропеванием А, Э с визуальным контролем. Для развития мышц глотки упражнения – зевание, глотание, полоскание, массаж (вдоль рубца большим пальцем, спереди – назад и вперёд надавливая). Также проводится работа над артикуляцией, дыхательные упражнения.

На третьем этапе применяются стандартные приёмы постановки звуков. Для губных – сплёвывание.

На четвёртом этапе – автоматизация звуков в слогах, словах, фразах и предложениях.

**Формирование речи под контролем логопеда у детей раннего возраста как профилактика ринолалии при врожденных расщелинах неба.**

Большую значимость имеет система, разработанная А. Г. Ипполитовой. Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. А. Г. Ипполитова одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для ее методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязанностью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые «опорные» звуки.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребенка. Своеобразие метода А. Г. Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребенка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по методике А. Г. Ипполитовой включает следующие разделы:

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.

2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулом гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.

3. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.

4. Формирование мягких звуков.

Логопедические занятия в дооперационный период предотвращают возникновение серьезных патологических изменений в функционировании органов речи. Одновременно подготавливается активность мягкого нёба; нормализуется положение корня языка; усиливается мышечная деятельность губ; вырабатывается направленный ротовой выдох. Тем самым создаются условия для более эффективных результатов операции и последующей коррекции.

Рано начатое логопедическое воздействие уменьшает дегенеративные изменения мышц глотки (И. И. Ермакова, 1984).

После операции (через 15—20 дней) многие специальные упражнения повторяются. Основная их цель в этом периоде — развитие эластичности и подвижности смыкания. В значительном числе случаев возникает необходимость «растягивания» мягкого нёба, так как оно может в послеоперационный период уменьшиться в длину за счет рубцевания.

Дети с ринолалией, посещающие специальный детский сад, под руководством логопеда овладевают правильным произношением звуков. Занятия проводятся как в группе, так и индивидуально. На индивидуальных занятиях применяются специальные упражнения, направленные на устранение специфических для этой аномалии дефектов.

При составлении индивидуального плана логопед должен придерживаться следующих направлений: нормализация звуковой стороны речи и устранение лексико-грамматического недоразвития.

Включается ряд специальных разделов:

I. Звуки, подлежащие постановке, коррекции, уточнению или дифференциации. Обращается внимание на нарушение собственно артикуляции звуков и на степень назализации при их произнесении.

II. Ритмико-слоговая структура. Вычленяются трудности произношения звуков в сложных позициях (типа ССГ), а также в многосложных словах и в конце фразы.

III. Фонематическое восприятие и состояние слухового контроля за собственной речью.

В первом периоде обучения в детском саду на индивидуальных занятиях проводится уточнение произношения гласных звуков а, э, о, у, ы и согласных п, п'; ф, ф'; в, в'; т, т'; постановка и первоначальное закрепление звуков: к, к'; х, х'; с, с'; г, г'; л, л'; б, б'.

Во втором периоде озвучиваются звуки: ц; д, д'; з, з'; ш; р.

В третьем периоде отрабатываются звук ж, аффрикаты и продолжается работа над уточнением артикуляции пройденных ранее звуков. Одновременно ведется интенсивная работа над устранением назального оттенка. Большое место отводится дифференциации ротовых и носовых звуков: м — п; м' — п'; н — д; н — т; м — б; м' — б'.

**Органическая закрытая ринолалия, её причины, симптомы и пути преодоления. Функциональная закрытая ринолалия и смешанная ринолалия, пути их преодоления.**

**Этиопатогенетические факторы закрытой ринолалии, ее классификация.**

Обусловлена отсутствием носового резонанса при произношении носовых звуков. Соответственно, страдает произношение М, М’, Н, Н’.

При полной непроходимости носовых ходов М обращается в Б, М’ в Б’; а Н в Д; Н’ в Д’.

При частичной проходимости носовых ходов появляется призвук: М звучит как МБ; а Н как НД; М’ как МБ’; Н’ как НД’.

В зависимости от причин закрытая ринолалия бывает: **органическая и функциональная.**

Функциональная закрытая ринолалия является следствием недостаточной слуховой дифференциации, может быть у лиц с нарушением слуха, у лиц с умственной отсталостью, а также остаточным явлением после удаления органических причин (полипы, искривления носовой перегородки).

Органическая закрытая ринолалия – это различные препятствия, возникающие в носовой и носоглоточной полостях в зависимости от их локализации.

**М.Зееман выделил 2 вида органической закрытой ринолалии**: передняя – при непроходимости носовых ходов и задняя – при уменьшении носоглоточной полости. Причина передней – искривление носовой перегородки, полипы носа. Причина задней – в основном аденоиды.

Симптоматика: изменение звучания носовых звуков.

Методика устранения: в том случае, когда есть органические причины прохождения воздуха в нос, эффективная логопедическая работа проводиться не может. Поэтому работа проводится в комплексе, сначала надо провести медицинские мероприятия, которые назначает врач. Если после проведения медицинских мероприятий ринолалия остаётся, либо она сразу была функционального характера, то проводим логопедическую работу.

**Медицинские и логопедические мероприятия в коррекции закрытой ринолалии.**

При органической закрытой ринолалии прежде всего должны быть устранены причины непроходимости носовой полости. Как только наступает правильное носовое дыхание, исчезает и дефект. Если же после устранения непроходимости (например, после аденотомии) ринолалия продолжает проявляться, прибегают к таким же упражнениям, как при функциональных нарушениях.

Логопедическая работа сводится к 4-м составляющим:

1)развитие фонематической системы (фонематический анализ, фонематическая дифференциация, фонематические представления) – при любой патологии; контроль – слуховой; 2)работа над управлением воздушной струи (дыхание) – установка диафрагмального дыхания; проводятся четыре классических упражнения на нескольких занятиях (вдох в нос – выдох в нос; вдох в рот – выдох в рот; вдох в нос – выдох в рот; вдох в рот – выдох в нос). Правила: дыхательные пути чистые, иметь салфетки, грудная клетка свободная. Сначала закрываем рот двумя пальцами, затем нос прижимаем по бокам двумя пальцами. Задаём темп дыхания. Подставляем руку, палец для тактильных ощущений. Воздушная струя всегда должна идти вперёд; 3)налаживание работы мягкого нёба. Может использоваться процесс глотания, можно использовать речь в положении лёжа. 4)постановка и автоматизация звукопроизношения (ставим только носовые звуки).

**Смешанная**.

Неустойчивые замены ротовых носовыми звуками и наоборот.

При ней состояние речи характеризуется пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно – глоточного контакта функционального и органического происхождения. Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Нарушения произношения могут быть выражены в разной степени. Ринофония и ринолалия стоят несколько обособленно среди других голосовых нарушений, так как их патофизиологический механизм заключается в неправильной функции мягкого нёба органического или функционального характера. При закрытой ринофонии носовые согласные приобретают ротовое резонирование, гласные теряют звучность, тембр становится неестественным. Открытая ринофония проявляется в патологической назализации всех ротовых звуков, голос при этом слабый, сдавленный. Дефекты голоса помимо нарушенного резонирования обусловлены тем, что мягкое нёбо функционально связано с внутренними мышцами гортани и влияет на симметрию и тонус голосовых складок. По данным И. И. Ермаковой (1984), ринолалия в 70—80% сопровождается фонастенией и гипо-тонусной дисфонией.

Учёный Морли выделяет 3 группы пациентов с разной степенью нарушения произношения: 1) лица, имеющие правильные артикулярные уклады при носовом оттенке голоса. Милослав Зееман предлагает данное нарушение именовать ринофонией (носовой голос). Такое нарушение может быть у лиц с субмукозной расщелиной, неполной расщелиной, укорочением мягкого нёба; 2) лица с выраженным носовым оттенком голоса и искажённой артикуляцией согласных звуков. Наблюдается у лиц с более обширными дефектами нёба; 3) выраженный носовой оттенок, почти полное отсутствие артикуляции согласных, сохраняется только ритмический рисунок. Наблюдается у детей в возрасте младше 5 лет; при сочетании расщелин нёба с нарушениями прикуса; при сочетании расщелин нёба со снижением слуха; с другими отклонениями, в том числе интеллектуальными.

Познавательная деятельность у таких детей развивается успешно. Возможная задержка на ранних этапах развития компенсируется в дошкольном возрасте. В школьном возрасте может проявиться дисграфия, интеллект не определяется наличием расщелины. Развитие эмоционально – волевой сферы личности зависит от социальных условий. Бывают застенчивые, стеснительные.

**Определение ринолалии, её классификация. Симптокомплекс органической открытой ринолалии, обусловленной врождёнными расщелинами нёба.**

**Определение ринолалии** – Это расстройство или искаженное развитие ФФС включающее нарушения признака назальности, обусловленное неправильным резонированием носовой полости.

При ринолалии обычно имеет место не только носовой оттенок голоса, но и искаженная артикуляция. Основная проблема – неправильная направленность голосодыхат струи.

Ринолалия может быть выражена в разной степени. В лёгких случаях правильная артикуляция звуков дополняется лишь носовым оттенком голоса. В тяжёлых случаях грубо искажаются артикуляционные уклады большинства звуков, и речь становится невнятной, неразборчивой.

При произношении в норме носовых звуков (м, м’, н, н’) голосодыхательная струя проходит через нос. При произношении ротовых звуков (всех остальных) мягкое нёбо поднимается и прижимается к задней стенке глотки. На задней стенке глотки образуется встречное движение, которое называется ВАЛИК ПАССАВАНА, воздух в нос не поступает, звуки произносятся за счёт резонирования ротовой полости. Если нет плотного смыкания, воздух может уйти в нос, и ротовые звуки приобретают носовой оттенок. Это уже патология!

Существуют разные точки зрения на необходимость плотного смыкания нёба и задней стенки глотки. Первая заключается в том, что обязательно должно быть плотное смыкание. Вторая заключается в том, что допустим просвет в 3-6 мм. Третья (высказанная А.Г.Ипполитовой) заключается в том, что имеет значение соотношение расстояний между мягким нёбом и задней стенкой нёба с одной стороны, и с другой стороны расстояние между языком и мягким нёбом. В том случае, когда 1 меньше, чем расстояние 2 – возможна речь без носового оттенка.

Существует три формы ринолалии:

**1.ОТКРЫТАЯ.** При открытой ринолалии проход воздуха в нос **открыт!** Поэтому ротовые звуки приобретают носовое звучание.

Разделяются на *органическую* и *функциональную*. Наиболее часто приходится иметь дело с органической ринолалией.

*Функциональная органическая ринолалия* встречается реже, причиной может быть соматическая ослабленность, сниженный слух, остаточное явление после удаления аденоидов.

*Органическая открытая ринолалия* в основе своей имеет, прежде всего, врождённые аномалии развития: расщелины нёба, губ; параличи и парезы мягкого нёба; а также приобретенные изменения в строении речевого аппарата (послеоперационные рубцы, травмы, ожоги кислотой, парезы мягкого нёба вследствие дифтерии, опухоли в задней части глотки). Наиболее частая ринолалия, с которой мы работаем, это расщелины нёба (нёба практически нет).

На 6 ой неделе эмбриогенеза происходит срастание наружных носовых и верхнечелюстных отростков. Если вредное воздействие, то могут остаться расщелины губы и челюсти. Твёрдое нёбо начинает срастаться на 8 ой неделе, мягкое нёбо – на 12 ой неделе. Если вредные воздействия с 8 – 12 ой недели, то остаются расщелины твёрдого и мягкого нёба.

Расщелина губы называется хейлоскиз (оперируют в первые дни жизни). Может быть одно – или двусторонним, а также бывают:

* полная, когда не срастаются ткани по всей высоте губы и фильтра до дна носовой полости.
* неполная, при этом ткани губы не срастаются, а фильтр остаётся сохранным.
* скрытая расщелина, мышечный слой губы при этом расщеплён, а кожный покров и слизистая оболочка сохранны.

Расщелина нёба называется палатосхиз. Могут быть одно – или двусторонними, а также бывают:

* сквозными, при этом расщелина проходит сквозь губу, альвеолярный отросток, твёрдое нёбо, мягкое нёбо.
* несквозными, разграничиваются на: 1)полные (расщелина доходит до области резцов) и 2)неполные (могут иметь разную величину, возможно несращение только увулы – маленького язычка, которое называется раздвоение язычка.
* субмукозные (т.е. подслизистые), при этом визуально можно видеть на нёбе треугольник, отличающийся по окраске (либо светлый, либо тёмный).

Расщелины губы и нёба относятся к большим аномалиям развития, сопровождаются малыми аномалиями, такими как аномалии развития фронтальных зубов верхней челюсти; ассиметрия носовой перегородки; несимметричное снижение крыльев носа; разнообразные отклонения прикуса.

**2.ЗАКРЫТАЯ**. Проход воздуха в нос **закрыт!** Поэтому неправильно звучат носовые звуки.

Обусловлена отсутствием носового резонанса при произношении носовых звуков. Соответственно, страдает произношение М, М’, Н, Н’.

При полной непроходимости носовых ходов М обращается в Б, М’ в Б’; а Н в Д; Н’ в Д’.

При частичной проходимости носовых ходов появляется призвук: М звучит как МБ; а Н как НД; М’ как МБ’; Н’ как НД’.

В зависимости от причин закрытая ринолалия бывает: **органическая и функциональная.**

Функциональная закрытая ринолалия является следствием недостаточной слуховой дифференциации, может быть у лиц с нарушением слуха, у лиц с умственной отсталостью, а также остаточным явлением после удаления органических причин (полипы, искривления носовой перегородки).

Органическая закрытая ринолалия – это различные препятствия, возникающие в носовой и носоглоточной полостях в зависимости от их локализации.

**М.Зееман выделил 2 вида органической закрытой ринолалии**: передняя – при непроходимости носовых ходов и задняя – при уменьшении носоглоточной полости.

Причина передней – искривление носовой перегородки, полипы носа.

Причина задней – в основном аденоиды.

Симптоматика: изменение звучания носовых звуков.

**3.СМЕШАННАЯ**. Неустойчивые замены ротовых носовыми звуками и наоборот.

При ней состояние речи характеризуется пониженным носовым резонансом при произнесении носовых звуков и наличием назального тембра (назализованного голоса). Причиной является сочетание непроходимости носа и недостаточность нёбно – глоточного контакта функционального и органического происхождения. Наиболее типичными являются сочетания укороченного мягкого нёба, подслизистого его расщепления и аденоидных разрастаний, которые в таких случаях служат препятствием для утечки воздуха через носовые ходы во время произнесения оральных звуков.

Нарушения произношения могут быть выражены в разной степени.

Ринофония и ринолалия стоят несколько обособленно среди других голосовых нарушений, так как их патофизиологический механизм заключается в неправильной функции мягкого нёба органического или функционального характера. При закрытой ринофонии носовые согласные приобретают ротовое резонирование, гласные теряют звучность, тембр становится неестественным.

Открытая ринофония проявляется в патологической назализации всех ротовых звуков, голос при этом слабый, сдавленный. Дефекты голоса помимо нарушенного резонирования обусловлены тем, что мягкое нёбо функционально связано с внутренними мышцами гортани и влияет на симметрию и тонус голосовых складок. По данным И. И. Ермаковой (1984), ринолалия в 70—80% сопровождается фонастенией и гипо-тонусной дисфонией.

Учёный Морли выделяет 3 группы пациентов с разной степенью нарушения произношения: 1) лица, имеющие правильные артикулярные уклады при носовом оттенке голоса. Милослав Зееман предлагает данное нарушение именовать ринофонией (носовой голос). Такое нарушение может быть у лиц с субмукозной расщелиной, неполной расщелиной, укорочением мягкого нёба; 2) лица с выраженным носовым оттенком голоса и искажённой артикуляцией согласных звуков. Наблюдается у лиц с более обширными дефектами нёба; 3) выраженный носовой оттенок, почти полное отсутствие артикуляции согласных, сохраняется только ритмический рисунок. Наблюдается у детей в возрасте младше 5 лет; при сочетании расщелин нёба с нарушениями прикуса; при сочетании расщелин нёба со снижением слуха; с другими отклонениями, в том числе интеллектуальными.

Познавательная деятельность у таких детей развивается успешно. Возможная задержка на ранних этапах развития компенсируется в дошкольном возрасте. В школьном возрасте может проявиться дисграфия, интеллект не определяется наличием расщелины. Развитие эмоционально – волевой сферы личности зависит от социальных условий. Бывают застенчивые, стеснительные.

**Органическая открытая ринолалия вследствие врожденных расщелин неба.**

С рождения ребёнок испытывает ряд трудностей: 1) проблема питания (нарушение питания отрицательно сказывается на психофизическом развитии); 2) проблема дыхания (формируется поверхностное короткое дыхание); 3) нарушенное анатомическое строение челюстей и зубных рядов влияют на формирование произношения, специфически развивается оральная мускулатура, специфически развиваются мускулы языка. У такого младенца формируется привычная установка языка для закрытия щели, при этом поднята корневая часть, которая принимает активное участие в акте еды, поэтому лучше растёт корневая часть языка, хуже – кончик языка. Всё это в совокупности влияет на развитие речи.

Как правило, развитие речи задерживается на ранних этапах; такие дети начинают позже говорить. Определённую роль играет и то, что ребёнок часто болеет, и то, что большинство детей с расщелинами нёба имеют сниженный слух. Далее, когда ребёнок начинает говорить, обнаруживаются трудности в овладении произношения.

Страдают все отделы произносительной системы, т.к. недостаточно работают все отделы речевой системы:

* Плохо развит дыхательный отдел (слабая воздушная струя, а для формирования согласных звуков нужна сильная струя; дыхание короткое, поверхностное, бывает ключичное или грудное, поэтому несформировано диафрагмальное дыхание; узкая грудная клетка, поэтому объём воздуха небольшой).
* Плохо развит голосовой отдел (голос тихий; носовой оттенок при рождении не присутствует, а при лепете проявляется; далее на протяжении дошкольного возраста наблюдается ухудшение голосовых свойств – сдавленность, истощённый голос, осиплость, прекращается расширение диапазона голоса).

Данный феномен изучала логопед И.И.Ермакова. Она отмечает, что ухудшение голосовых свойств связано с неправильным функционированием небно-глоточного кольца, а именно, наблюдается неравномерная работа правой и левой части гортани; дистрофические процессы; ассиметрия функционирования голосовых складок – всё это приводит к эффектам осиплости и снижение диапазона силы голоса.

Нарушение голоса связано и с тем, что гортань принимает функцию артикулятора; она образует смычки и щели в заднем отделе речевого аппарата, не приспособлена и влияет на работу голосовых складок.

Передняя часть языка не развита, поэтому образование передне – язычных происходит искажённо. Передне – язычные могут заменяться на заднее – язычные, могут пропускаться, либо искажаться, заднее – язычные обычно звучат слишком звонко, т.к. образуются в гортанном отделе. Все звуки (гласные и согласные) включают назальный компонент.

Вся организация произношения разбалансированна, поэтому наблюдаются дефекты твёрдости и дефекты звонкости.

Нарушения произношения могут быть выражены в разной степени.

**Содержание комплексного обследования детей с ринолалией.**

**Комплексное обследование детей с ринолалией** - При логопедич обследовании заполн речев карту:

**1**. анкетные данные.

**2**. заключен специалистов – лор, окулист, невропатолог, психиатр (о состоянии интеллекта)

**3**. анамнез.

**4**. состояние дыхания (тип, темп, ритм, объем – подсчет слогов на одном выдохе).

**5**. Голос (голосоподача, сила голоса, тембр)

**6**. Анатомич строен органов артикуляции (губы, зубные ряды, челюсти с прикусом, небо, язык).

**7**. Артикуляц моторика – способность выполнения движений подвижными органами артикуляции. Для губ – улыбка, трубочка. Для челюсти – откр и закрыв рта. Для языка – высовыв языка, движен вправо, влево. Для неба – пошире открыть рот и сказать А, отмечаем наличие движения, точность, тонус мышц.

**8**. звукопроизношение (для проверки логопедический альбом – звук д.б.проверен во всех позициях, во фразах)

**9**. Фонематич система – 1.фонематическая дифференцировка (различение звуков по фонематическим признакам) берется 2 слова и картинки – звонкость-глухость – бочка-почка. Закрываем рот экраном, чтобы реб не видел артикуляцию. Проверяем систему звуковосприятия, реб не должен что-то говорить только показывать. Дифференциация по всем возможным позициям. 2.фонематический анализ. По пути выделяем состояние лексики (знает-не знает определенные слова), грамматич строй речи, если много ошибок, обследуем детей на ОНР. У школьников отмечаем успеваемость по чтению и письму

**10**. логопедич заключение.

**Комплексное медико-педагогическое воздействие при органической открытой ринолалии на почве врождённых нёбных расщелин. Система коррекционно-профилактических мероприятий на ранних этапах развития ребёнка с нёбной расщелиной.**

В 1844г. Н.И.Пирогов выполнил первую операцию по ушиванию нёба, которую в наше время называют уранопластика. Речь пациента не улучшается.

В 19 веке предпринимаются попытки проводить логопедическую работу и складываются 2 направления:

1. Немецкое силовое направление (Гуцман, Фрёшельс). Разработана классическая гимнастика на дыхание.

В рамках этого направления применялась общая гимнастика тела; дыхательные упражнения; разные виды массажа: ручной, электро, вибро; речевые упражнения; разные типы голосоподачи (фальцетный, низкий голос, акцентированный шёпот). Для подъёма мягкого нёба применялись ручные обтураторы; физиологические процессы (глотание, кашель, рвотные движения); зажим крыльев носа с целью создания внутриротового давления; силовые упражнения (произнесение звуков с ударами кулаками, с напряжением мышц плечевого пояса).

2. Французское щадящее направление (учёные Во, Борель – Мезани).

В основе данного направления - постановка правильного дыхания и голоса, что называется «в маску». Применяются естественные, ненапряжённые упражнения.

В 20 веке была переведена книга М.Зеемана, который разработал систему фониатрического лечения. Он придавал значение ручному массажу, подчёркивая его преимущество перед аппаратурным массажем. Зееман предлагал класть в нос ватные тампоны, ходить весь день, вынимать на ночь, постепенно размер тампона сокращается. Сначала практикуется шёпотная речь, и ставятся глухие звуки, голос низкий и осуществляется постановка гласных и звонких звуков (начинается с П).

У истоков устранения ринолалии был М.Е.Хватцев. Он разработал методику для людей послеоперационного периода. Используется фальцет, физиологические приёмы – глотание, зевание, кашель, имитация рвотных движений, силовые упражнения при постановке начальных звуков (с А); применяется механическая помощь, используются вариативные дыхательные упражнения; применяется поддержка нёба ручным обтуратором.

Он рассчитал последовательность постановки звуков, исходя из степени подъёма мягкого нёба и амплитуды качания мягкого нёба при произношении разных звуков. В тоже время он считал, что какие то звуки у пациентов сохранны, и ставить их не требуется

Следующая методика была московская методика Нелюбовой. В ней имеет место массаж, электростимуляция, физические процессы (глотание, зевание), с помощью упражнений формируется голосодыхательная струя, уделяется внимание слуховому восприятию и развивается различение носового и неносового тембра голоса. В этой методике имеет место постановка артикуляции, а также затормаживание сопутствующих речи мимических движений. Для этого практикуется шёпотное произношение перед зеркалом. Звуки начинают ставить с А, сначала на шёпоте, потом на твёрдой атаке, потом переход к мягкой атаке и особо отрабатываются сочетания с гласным И и согласным Й.

Ленинградский учёный Л.И.Вансовская (1977) предлагает начинать работу со звуков И и Э. При постановке этих гласных переднего ряда воздушная струя сразу фокусируется на кончике языка, а мягкое нёбо больше активируется. Звуки предлагается произносить негромко, с полуулыбкой, напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. Далее становятся другие гласные, затем сложные согласные, а потом – смычные.

**Методика М.Е.Хватцева как основа современных отечественных методик логопедической работы при органической открытой ринолалии.**

У истоков устранения ринолалии был М.Е.Хватцев. Он разработал методику для людей послеоперационного периода. Используется фальцет, физиологические приёмы – глотание, зевание, кашель, имитация рвотных движений, силовые упражнения при постановке начальных звуков (с А); применяется механическая помощь, используются вариативные дыхательные упражнения; применяется поддержка нёба ручным обтуратором.

Он рассчитал последовательность постановки звуков, исходя из степени подъёма мягкого нёба и амплитуды качания мягкого нёба при произношении разных звуков. В тоже время он считал, что какие то звуки у пациентов сохранны, и ставить их не требуется.

**Большую значимость имеет система, разработанная А.Г.Ипполитовой (1955, 1963).** Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. Она одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для её методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые опорные звуки.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребёнка. Своеобразие метода А.Г.Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребёнка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по её методике включает следующие разделы:

* Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.
* Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулем гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.
* Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.
* Формирование мягких звуков.

Л.И.Вансовская (1977) предложила начинать устранение назализации не с традиционного звука А, а с передних гласных И и Э, т.к. именно они позволяют фокусировать выдыхаемую струю воздуха в переднем отделе ротовой полости и направлять язык к нижним резцам. При этом усиливается чёткость кинестезий при соприкосновении с нижними резцами; при произнесении звука И стенки глотки и мягкое нёбо участвуют более активно.

От ребёнка требуется произнесение звуков негромким голосом, с несколько выдвинутой челюстью, с полуулыбкой, с усиленным напряжением мягкого нёба и глоточных мышц. После устранения назализации гласных проводится работа над сонорами (Л, Р), затем щелевыми и смычными согласными.

Более современна методика И.И.Ермаковой (1980). Методика включает в себя 4 этапа: 1) подготовительный, дооперационный; 2) послеоперационный; 3) коррекции звукопроизношения; 4) полной автоматизации новых речевых навыков.

Продолжительность этапов определяется индивидуально, занятия проводятся амбулаторно, не менее 2х раз в неделю, начиная с 3х летнего возраста. Продолжительность занятия около 30 минут. На занятиях присутствуют родители, которые ежедневно должны заниматься с ребёнком по несколько раз в день по 10 – 15 минут. На дооперационном подготовительном этапе проводится работа по постановке дыхания, эта работа традиционная (диафрагмальное дыхание носового и ротового выдоха), применяются дополнительные приёмы контроля (зеркало, рука).

На первом этапе присоединяется работа по активации нёбных фрагментов – массирование, движение, произношение звуков с открытым ртом. Ребёнку предлагают перед зеркалом кончик языка приблизить к нижним резцам или опустить на губу и пропеть звук А 2-3 раза; потом Э, потом слияние АЭ, ЭА. При регулярных тренировках нёбные фрагменты начинают подниматься. Для развития мышц глотки предлагается глотание, зевание, свист и голосовые упражнения. Предлагается пропевание звука М и объединение этого звука с гласными МАМ, МЭМ. Постепенно логопед ставит и другие гласные, используя приём уподобления, как для постановки гласного О, нужно спеть АО, причём О короткий, потом длиннее, а затем А – короткий, а О – длиннее. Аналогично ставятся другие гласные. Затем вводятся голосовые упражнения АЭО, ЭАО, ОАЭ. На звуках У, И повышенная вероятность назального звучания, поэтому с них начинать работу не рекомендуется. Работа над голосом включает изменения звуковысотности. Артикуляционные упражнения дополняются массажем губ и мягкого нёба.

На втором этапе – послеоперационном работа начинается на 15 – 20 сутки, хотя есть болезненные ощущения, однако, в это время нёбная занавеска лучше растягивается. Даётся всего 6 -8 месяцев, потом её невозможно растянуть. Работа проводится амбулаторно 3 раза в неделю, дома ежедневно активация мягкого нёба проводится пропеванием А, Э с визуальным контролем. Для развития мышц глотки упражнения – зевание, глотание, полоскание, массаж (вдоль рубца большим пальцем, спереди – назад и вперёд надавливая). Также проводится работа над артикуляцией, дыхательные упражнения.

На третьем этапе применяются стандартные приёмы постановки звуков. Для губных – сплёвывание.

На четвёртом этапе – автоматизация звуков в слогах, словах, фразах и предложениях.

**Формирование речи под контролем логопеда у детей раннего возраста как профилактика ринолалии при врожденных расщелинах неба.**

Большую значимость имеет система, разработанная А. Г. Ипполитовой. Эта система высоко результативна при коррекции звукопроизношения у детей, не имеющих отклонений в фонематическом развитии. А. Г. Ипполитова одна из первых рекомендовала занятия в дооперационном периоде. Характерным для ее методики является сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, последовательность отработки звуков, обусловленная артикуляционной взаимосвязанностью.

Последовательность работы над звуками определяется подготовленностью артикуляционной базы языка. Наличие полноценных звуков одной группы является произвольным базисом для формирования следующих. Используются так называемые «опорные» звуки.

Подготовка артикуляционной базы звука проводится при помощи специальной артикуляционной гимнастики, которая сочетается с развитием речевого дыхания ребенка. Своеобразие метода А. Г. Ипполитовой состоит в том, что при вызывании звука первоначальное внимание ребенка направлено только на артикулему.

Содержание логопедических занятий по методике А. Г. Ипполитовой включает следующие разделы:

1. Формирование речевого дыхания при дифференциации вдоха и выдоха.

2. Формирование длительного ротового выдоха при реализации артикулом гласных звуков (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных.

3. Дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных звуков и аффрикат.

4. Формирование мягких звуков.

Логопедические занятия в дооперационный период предотвращают возникновение серьезных патологических изменений в функционировании органов речи. Одновременно подготавливается активность мягкого нёба; нормализуется положение корня языка; усиливается мышечная деятельность губ; вырабатывается направленный ротовой выдох. Тем самым создаются условия для более эффективных результатов операции и последующей коррекции.

Рано начатое логопедическое воздействие уменьшает дегенеративные изменения мышц глотки (И. И. Ермакова, 1984).

После операции (через 15—20 дней) многие специальные упражнения повторяются. Основная их цель в этом периоде — развитие эластичности и подвижности смыкания. В значительном числе случаев возникает необходимость «растягивания» мягкого нёба, так как оно может в послеоперационный период уменьшиться в длину за счет рубцевания.

Дети с ринолалией, посещающие специальный детский сад, под руководством логопеда овладевают правильным произношением звуков. Занятия проводятся как в группе, так и индивидуально. На индивидуальных занятиях применяются специальные упражнения, направленные на устранение специфических для этой аномалии дефектов.

При составлении индивидуального плана логопед должен придерживаться следующих направлений: нормализация звуковой стороны речи и устранение лексико-грамматического недоразвития.

Включается ряд специальных разделов:

I. Звуки, подлежащие постановке, коррекции, уточнению или дифференциации. Обращается внимание на нарушение собственно артикуляции звуков и на степень назализации при их произнесении.

II. Ритмико-слоговая структура. Вычленяются трудности произношения звуков в сложных позициях (типа ССГ), а также в многосложных словах и в конце фразы.

III. Фонематическое восприятие и состояние слухового контроля за собственной речью.

В первом периоде обучения в детском саду на индивидуальных занятиях проводится уточнение произношения гласных звуков а, э, о, у, ы и согласных п, п'; ф, ф'; в, в'; т, т'; постановка и первоначальное закрепление звуков: к, к'; х, х'; с, с'; г, г'; л, л'; б, б'.

Во втором периоде озвучиваются звуки: ц; д, д'; з, з'; ш; р.

В третьем периоде отрабатываются звук ж, аффрикаты и продолжается работа над уточнением артикуляции пройденных ранее звуков. Одновременно ведется интенсивная работа над устранением назального оттенка. Большое место отводится дифференциации ротовых и носовых звуков: м — п; м' — п'; н — д; н — т; м — б; м' — б'.

**Содержание и методика обследования детей с дисграфией и дислексией.**

**Задачи:** 1)отбор детей страдающих дисграфией и дислексией; 2)определение симптоматики; 3)выявление механизмов и видов дислексии и дисграфии, степень тяжести.

**Обследование проводят в 2 этапа:**

1.отборочное обследование – логопедический анализ тетради детей, проводят фронтальные письменные работы (списывания, диктанты, изложения), индивидуальные обследование процессов чтения.

2.более глубокое обследование – уточнение симптоматики, механизмов, видов. По окончании исследования логопед делает логопедическое заключение.

**Схема:**

1)анкетные данные

2)анамнез

Для выявления симптоматики проводятся исследования процесса чтения и письма.

Процесс чтения – проверяют знания букв, предлагают буквы по одной и просят назвать. Далее чтение слогов (различные структуры – откр, закр слоги, с тверд и мягк согл, обратные), обращается внимание на технику чтения, слитность, наличие ошибок. Далее – чтение слов (различной структуры) – внимание – техника чтения (слитное, побуквенное), хар-р ошибок, понимание читаемого (показать картинку, что прочитал, не повторяя слова логопеда). Далее чтение предложений (различной структуры) – техника чтения, понимание прочитанного, показать картинку, ответить на вопросы по содержанию, выполнить инструкцию. Далее чтение текстов – коротких, длинных – ошибки, их хар-р, понимание прочитанного (пересказать, ответить на вопросы, разложить картинки в определенной последовательности согласно содержанию). *Анализируется хар-р ошибок. Фиксируются аграмматизмы, особенности понимания читаемого!*

Для выявления симптомов дисграфии – виды работ: списывание (с рукописного шрифта, с печатного, отдельных букв, слогов и т.д), далее – слуховые диктанты (слова, предложения, текст – с простой и со сложной структурой, диктанты на звуки близкие (насыщен будет БП, далее диктанты со звуками неправильно произносимыми ребенком), далее тексты для записи. *Выявляют скорость письма, хар-р ошибок, наличие зв-буквенной структуры слова. В словах какой структуры реб делает ошибки (в сложных, простых), наличие аграмматизмов, их хар-р (в простых или сложн), наличие разделения между словами (границы предложения).*

**Исследование звукопроизношения** – обращают внимание на замены звуков, темпа, ритма, артикуляторную моторику. **Исследование Зв-слоговой структуры устной речи** – повторить слова различной зв-слоговой структуры, повторить предложения, включающие трудные слова. **Исследование фонематического восприятия** – т.е.слуховая дифференциация звуков речи. Проводят – предлагают повторить серии слогов с оппозиционными звуками (па-ба, го-ба) с учетом хар-ра ошибок, далее слоги из 3 слогов (ба-па-ба), воспроизвести трудные слоги (кращ – со стечением согласных), картинки на слоги квазиомонимы (покажи где бочка, а где почка), сначала смычные, потом на свистящие. **Исследование языкового анализа и синтеза** – анализ предложений на слова (предлоги, союзы – Петя и Маша пошли в лес – какое по счету то или иное слово, придумать предложения с 3-4 словами), иссл.слогового анализа (сказать слово по слогам, определить кол-во слогов в названном слове), задание на представление слоговой структуры (покажи картинку, например, где есть 3 слога, придумать слово, в кот.3 слога). Синтез – слитно назвать слово, ско-во-ро-да сказать по слогам, потом реб называет слово слитно, найти ударный слог, ударную гласную, какой по счету ударный слог.

**Исследование звукового (фонематического) анализа и синтеза** – умение осуществлять звуковой анализ в речевом и в умственном плане (про себя).

1)иссл простых форм – узнавание звука на фоне слова (слышится ли звук М в слове КОМНАТА) д.узнать, сначала простые яркие звуки, далее более сложные (чулок, мяч), звук дается в начале, в середине, в стечении. 2)сложные формы – определение 1-го, последнего звука и место (нач, сер, конец). Какой 1 звук в слове ДОМ? Где слышится звук Ш в слове КОШКА. 3)определяется последовательность, кол-ва и позиционного места – назови звуки слова ДОМ (д-о-м), различные структуры слова, сколько звуков в слове РАМА? Конкретное место звука в слове – какой по счету звук Р в слове КОМАР? какие соседние звуки? перед каким звуком пишется? После какой звук? Придумать слова в кот 4-5 звуков, придумать слова, где Р на 2 месте, отобрать картинки в названии кот 5 зв (не называть картинки), д.б.простые слова и со стечением. **Исследование лексики и грамматического строя речи** – ***лексика*** - внимание обращают на объем словаря, предикативного и номинативного, понимание слова (импрессивный словарь – покажи, где девочка спит), качество словаря (антонимы, синонимы и т.д.), многозначность слова уточняется, понимание переносного значения, афоризмов, умение изменять форму слова, предложно-падежные конструкции, Р.п. мн.числа, т.к.много вариантов, состояние синтаксической структуры предложения (придумать предложение по сюжетным картинкам, ответить на вопрос – почему цветы засохли?, задания на верификацию (определение правильности) предложения, повторение предложения (дистантные, в кот.подлежащее и сказуемое разделено словами – ЛОДКА с белыми и синими полосками ПЛЫЛА по озеру). ***Грамматический строй речи*** *–* обследование зрительно-пространственных функций 9буквенный гнозис). Предлагаются буквы написанные зеркально и правильно, покажи правильную букву, узнавание букв среди пар сходных по начертанию, заглавные буквы, перечеркнутые, заштрихованные, зашумленные буквы, наложенные друг на друга буквы, не дописанные или пунктиром написанные, назвать только правильно написанные, д.сказать что эта буква написана неправильно.

Выяснить еще особенности латерализации, какая рука ведущая (пробы), сравнивается ширина ногтей на руках, для определения ведущей ноги (подняться на стул), ведущий глаз (посмотреть в подзорную трубу), ведущее ухо (послушать тиканье часов, ракушку). Потом составляется профиль доминирования – характерный профиль доминирования. Внимание – на соотношение моторной и сенсорной латерализации (левшество, смешанная доминанта). Проба ХЕДА – показать правой рукой левое ухо, левой рукой правый глаз, показать правые и левые части напротив сидящего человека, какую руку подняла и т.д. (схема тела). Пространственная ориентировка – что находится с права, а что с лева.

Объединение этого всего – заключение.

**Психофизиология процесса чтения. Этапы овладения навыком чтения. Определение дислексии, её механизмы и симптоматика.**

Современный анализ проблемы нарушения чтения основывается на понимании сложной психофизиологической структуры процесса чтения в норме и особенностей усвоения этого навыка детьми.

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. В основе его лежат «сложнейшие механизмы взаимодействия анализаторов и временных связей двух сигнальных систем».

По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне единства письменной и устной речи.

Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. В дальнейшем происходит соотнесение букв с соответствующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание, и, наконец, вследствие соотнесения звуковой формы слова с его значением осуществляется понимание читаемого. Таким образом, в этом процессе можно условно выделить две стороны: *техническую:* это сложный процесс узнавания происходит при движении глаз по строке слева на право, остановки, фиксации (происходит узнавание). При усложнении содержания делаем больше остановок, пауз более длительных, но скорость движения глаз не меняется. Наблюдается движения глаз с право налево (регрессии) желание уточнить, что было прочитано, чем сложнее текст, тем больше регрессий. Восприятие читаемого происходит на основе процесса опознания, единицей м.б.либо 1буква, слово и т.д. Реб. воспринимает только 1букву, позже восприним целый слог. Узнаем слова по доминирующим буквам (они выходят за строку Й, Р), более широкие (Ш, Щ). Другие считают, что опознание происходит на основе 1-х букв. Другие – происходит на основе целостного восприятия, по общему зрительному образу. У различных людей по-разному. В процессе длительного восприятия читающий должен уметь различать зрительные образы букв. Буквы русского алфавита включает элементы ( cC) (печатные), имеются много букв сходных по зрительному образу: 1гр. Сходных букв – из одинаковых элементов, но по разному в пространстве Т Г Ь Р. 2гр. Отличаются только дополнительными элементами Р В З В. 3гр. Есть сходные и различные элементы Б В.

На начальном этапе ребенок должен научится различать буквы графически сходные между собой. Зрительное восприятие тесно связано с пониманием читаемого *смысловую,* которая является основной целью чтения. Между ними существует тесная связь. Понимание читаемого определяется характером восприятия. С другой стороны, зрительное восприятие испытывает на себе влияние смыслового содержания ранее прочитанного.

При чтении взрослый человек осознает лишь задачу, смысл читаемого, а те психофизиологические операции, которые предшествуют этому, осуществляются как бы сами собой, неосознанно, автоматизированно. Однако эти автоматизировавшиеся при овладении чтением операции являются разносторонними и сложными.

Как всякий навык, чтение в процессе своего формирования проходит ряд этапов, качественно своеобразных ступеней. Каждый из них тесно связан с предыдущим и последующим, постепенно переходит из одного качества в другое. Формирование навыка чтения осуществляется в процессе длительного и целенаправленного обучения.

**Этапы овладения навыком чтения –**

1. аналитический

2. аналитико-синтетический

3. синтетический

Егоров опираясь на эти этапы выделил 4 ступени формирования навыка чтения:

1ступень – овладение звуко-буквеннымобозначением} *это аналитический*

2 ступень – послоговое чтение -*этап*

3ступень переходная от аналитических к синтетическим приемам чтения.

*Аналитико-синтетический этап*

4ступень синтетического чтения.

**Дислексия –** частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

При дислексии наблюдаются следующие группы ошибок:

* замены и смешения звуков при чтении, чаще всего фонетически близких звуков, а также замены графически сходных;
* побуквенное чтение – нарушение слияния звуков в слоги и слова, буквы называются поочерёдно;
* искажение звукослоговой структуры слова, которые проявляются в пропусках согласных при стечении, согласных и гласных при отсутствии стечения, добавлениях, перестановках звуков, пропусках, перестановках слогов и др.;
* нарушения понимания прочитанного, которые проявляются на уровне отдельного слова, предложения и текста, когда в процессе чтения не наблюдается расстройства технической стороны;
* аграмматизм при чтении; проявляется на аналитико-синтетической и синтетической ступени овладения навыком чтения. Отмечаются нарушения падежных окончаний, согласования существительного и прилагательного, окончаний глаголов и др.

Недостатки чтения называют **алексией** (от греч. *а* — частица, означающая отрицание, и *lego -—* читаю) — полная неспособ­ность к усвоению чтения и **дислексией** — специфическое нарушение чтения.

**Распространенность дислексии** – с относительно нормальным развитием 10% детей - в европейских странах, с ТНР (Беккер) – 22% в речевых классах, с нарушением психического развития – 40%, УО – 70%, больше у 1кл, 2-меньше, 3-еще меньше. У мальчиков чаще, чем у девочек в 4,5р.

**Симптоматика дислексии.** Нар.чтения часто сопровождаются речевыми и неречевыми расстройствами. **Речевые** – нарушение в овладении чтением, замедленный процесс, проявляется в брадилексии, в ошибках процесса чтения:1)техники чтения; 2)понимания чтения.

***Нарушение техники чтения.*** При дислексии наблюдаются следующие группы ошибок:

1. Замены и смешения звуков при чтении, чаще всего фо­нетически близких звуков (звонких и глухих, аффрикат и звуков, входящих вих состав, и др.), а также замены графи­чески сходных букв (**X** — **Ж, П — Н, 3** — **В** и др.).

2. Побук.чтение — наруш.слияния звуков в слоги и слова, буквы называются поочередно, без слияния «бухштабируются» (р,*а, м, а),* не может повторить, что прочитал, либо повторяет слог, умеет слить слог.

3. Искаж.эвуко-слоговой структуры слова, которые проявляются в пропусках согласных при стечении, согласных и гласных при отсутствии стечения, добавлениях (хлеб-халеб), перестановках звуков (утка-тука), пропусках, перестановках слогов (космонавт- конавт) и др, чем сложнее слово, тем больше ошибок при чтении, м.б.персевирации (велосипед-вевесипед) или антиципации (влияние последнего звука на предыдущий) (слон-снол).

4. лексические ошибки – замена одного слова другим, семантически близким, сходным по звуко-буквенной структуре (захлеснула-захлебнулась).

5. Аграмматизм при чтении. Они проявляются на аналитико-синтетической и синтетической ступени овладения на­выком чтения. Отмечаются нарушения падежных окончаний, согласования существительного и прилагательного, окончаний глаголов и др.

***Нарушение понимания чтения.***

1.Является следствием технически неправильного чтения (искажение читаемого слова).

2.механическое чтение – читает технически правильно, но не понимает прочитанного. м.б.связано с ограниченным словарным запасом, не понимает значение всего предложения.

3.недостаточное развитие грамматического строя речи, отдельные слова понимает, но не может объединить их в единое значение предложения.

4.нарушение связи между предложениями в тексте. Отдельное предложение понимает, а в процессе чтения не может следить за логикой предложений. Страдают симультанные процессы (решать одновременно несколько задач). Может читать бегло, но не понимает прочитанного.

**Неречевая симптоматика** - нарушения чтения могут отрицательно влиять на формирование личности ребенка. Так, неудачи при овладении чтением могут вызвать и закрепить у него такие черты характера, как неуверенность в себе, робость, тревожную мнительность или, наоборот, озлобленность, агрессивность, склонность к не­гативным реакциям.

**Механизмы дислексии** – спорный, дискуссионный вопрос. Для выявления механизмов проводятся физиологические, психофизиологические, неврологические, психолингвистические исследования этих детей. ЭЭГ показала, что биоэлектрическая активность ГМ в одних случаях нарушается, в других случаях сохранна. Отмечаются более ленивые, вялые волны (хар-но для дошкольников), у др. имеются отклонения от нормы биоэлектрические картины. Проявляются в деятельности лобных, височных, затылочно-теменных структур ГМ. У этих детей может наблюдаться недоразвитие или нарушение моторики. Недоразвитие – не соответств. возрасту (хар-но для дошк.). Нарушение моторики – неврологическая симптоматика (стертые парезы, легкая спастичность). У детей с ДЦП – до 80% случаев дислексий.

Исследование слуховой функции – в целом слух в норме, однако может быть повышение порогов слуховой чувствительности на определенные частоты (2000-3000 Гц), т.о.плохо различают акустически близкие звуки.

Исследование зрительных функций – в целом нормальное зрение, однако есть особенности зрительной функции (нарушено движение глаз по строке – хаотичное, много регрессий, ограничено поле зрения, снижена скорость зрительного восприятия), они являются минимальными, являются следствием плохого чтения.

При исследовании механизмов изучаются также высшие психические функции у детей. Нейропсихологические исследования показали, что у детей с дислексией оказываются не сформированы многие психические функции, которые обеспечиваются лобными отделами (программирование, прогнозирование, сукцесивные функции), могут быть трудности зрительно- пространственной функции и симультанного анализа и синтеза, проявляются в нарушении пространственных представлений, не могут определить сходство и различие зрительных образов слов, не понимают значения предложения сложного по структуре и т.д. М.б.недостаточная функция височных обл. – проявляется в неточности рече-слухового восприятия.

При рассмотрении механизмов: 1)нарушение чтения и латерализация (выделение одного полушария как доминирующего), 2)нарушение чтения и нарушение устной речи.

Постепенно формируется ассиметрия межполушарная. Неоднозначность в работе полушарий, специфичность. Каждое полушарие как бы дополняет работу др.полушария. Проявляется во всех сферах психического восприятия. Затылочные зоны прав.полуш. – восприятие предмета, цвета и т.д. При поражении – предметная агнозия. В левом полушарии – восприятие абстрактных зрительных образов (буквы, цифры), обощенность, зрительная классификация. Височные отд: правый – принимает, анализирует неречевые звуки, при поражении – не различает неречевые звуки. Происходит анализ просодических компонентов речи, точность музыкального слуха. В левом полушарии – прием, обработка речевых звуков. Нарушении латерализации – приводит к нарушению речевого развития, зрительно-пространственных функций и в итоге к нарушению чтения. У детей с дислексией выявляются нарушения латерализации:**1)**более замедленное формирование межполушарной ассиметрии; **2)**у этих детей выявляются больше левшей – м.б.1.-вражденные левши (если не переучивают,то все нормально), 2.-патологический вариант левшевства – при тяжелых родах, асфиксиях у реб.нарушается левое полушарие – оказывается более слабым, поэтому возникает доминирование правого полушария, нарушение речевого развития, чтения, письма.**3)** смешанная латерализация – преобладание различных частей тела (левая рука, правая нога и т.д.) – у реб.нарушается межполушарная ассиметрия – в 3 раза больше детей с дислексией. Нарушается формирование зрительно-моторной координации. **4)** переучивание левшевства – 1)приводит к появлению стрессовых ситуаций, м.б. неврозы, особенно если с насилием, 2)нарушается формирование зрит-пространств.функций, нарушается нормальное воздействие прав.и лев.полуш., может возникнуть дислексия.

**Психофизиология процесса письма. Операции письма. Основные предпосылки, необходимые для овладения ребёнком грамотой.**

А. Р. Лурия в работе «Очерки психофизиологии письма» определяет четыре операции письма, при этом он отметил, что нарушение каждой операции имеют свои симптомы.

1. Замысел или программа письма.

Пишущий должен осознать задачу письма, построить план письма, знать, что он написал уже, что пишет сейчас, и что будет писать дальше.

**Эта операция реализуется за счёт работы лобных участков мозга.**

При повреждении лобных долей могут наблюдаться (рассматривается в рамках афазий): 1) явление инициального письма (не дописываются слова, тексты, фразы); 2) явление микрографии (пишет обычно, а потом всё мельче и мельче – при астении).

Дефект реализации программы может выступать в виде утраты намерения и персеверациях (застревание, повтор) – это признак торможения.

2. Акустический анализ (фонематический анализ, анализ речевого потока).

Она предполагает выделение в речевом потоке звуков; определение их фонематических характеристик; определение последовательности фонем в слове.

Психолог Л.К.Назарова экспериментально определила, что первоначально операции фонематического анализа успешно реализуются лишь с подключением речедвигательного анализатора, а именно, ученики первых классов допускают в 6-7 раз больше ошибок, если пишут без проговаривания того, что они пишут.

**Операции фонематического анализа реализуются за счёт совместной работы височных и лобных областей головного мозга.**

При незрелости данной операции наблюдаются разные виды дисграфических ошибок: 1) ошибки опознания звуков проявляются в заменах по фонематическим признакам; 2) ошибки анализа речевого потока проявляются в неправильном выделении речевых единиц, границ слов, предложений, пропусках и добавлениях языковых единиц, перестановках языковых единиц (букв, слогов, слов).

3. Перевод звукового состава в буквенный.

Может затрудняться в связи с недостаточным узнаванием, припоминанием образа буквы.

**К выбору буквы подключается речезрительный анализатор, который расположен в затылочных отделах головного мозга.**

4. Перевод зрительных образов в моторный.

Движения записи букв представляют собой сложную кинестетическую мелодию. Эти движения организованы как в пространстве, так и во времени (движение должно иннервироваться и денервироваться, т.е. начинаться и прекращаться). Кинестетическая мелодия – это плавность, последовательность.

Для реализации движений подключаются те участки двигательного анализатора, которые управляют движениями рук: в теменных отделах коры осуществляется контроль за движениями в пространстве; в заднелобных отделах коры – контроль за движениями во времени.

**Чтобы ребёнок усвоил письменную речь** (чтение и письмо) быстро, легко, а также избежал многих ошибок, следует обучить его звуковому анализу и синтезу.

В свою очередь звуковой анализ и синтез должны базироваться на устойчивом фонематическом восприятии каждого звука родного языка. Фонематическим восприятием или фонематическим слухом, что по данным многих современных исследователей одно и тоже, принято называть способность воспринимать и различать звуки речи (фонемы).

Эта способность формируется у детей постепенно, в процессе естественного развития. Ребёнок начинает реагировать на любые звуки со 2-4 недели от момента рождения, в7-11 месяцев откликается на слово, но только на его интонационную сторону, а не на предметное значение. Это так называемый период дофонемного развития речи.

К концу первого года жизни (по данным Н.Х.Швачкина) слово впервые начинает служить орудием общения, приобретает характер языкового средства, и ребёнок начинает реагировать на его звуковую оболочку (фонемы, входящие в его состав). Далее фонематическое развитие происходит бурно, постоянно опережая артикуляционные возможности ребёнка, что и служит основой совершенствования произношения (А.Н.Гвоздев). Н.Х.Швачкин отмечает, что уже к концу второго года жизни (при понимании речи) ребёнок пользуется фонематическим восприятием всех звуков родного языка.

Несовершенное фонематическое восприятие, с одной стороны, отрицательно влияет на становление детского звукопроизношения, с другой – тормозит, усложняет формирование навыков звукового анализа, **без которых полноценное чтение и письмо невозможны.**

Формирование правильного произношения зависит от способности ребёнка к анализу и синтезу речевых звуков, т.е. от определённого уровня развития фонематического слуха, обеспечивающего восприятие фонем данного языка. Фонематическое восприятие звуков речи происходит в ходе взаимодействия поступающих в кору слуховых и кинестетических раздражений. Постепенно эти раздражения дифференцируются, и становится возможным вычленение отдельных фонем. При этом большую роль играют первичные формы аналитико-синтетической деятельности, благодаря которым ребёнок обобщает признаки одних фонем и отличает их от других.

При помощи аналитико-синтетической деятельности происходит сравнение ребёнком своей несовершенной речи с речью старших и формирование звукопроизношения. Недостаточность анализа и синтеза сказывается на развитии произношения в целом. Однако, если наличия первичного фонематического слуха достаточно для повседневного общения, то его недостаточно для овладения чтением и письмом. А.Н.Гвоздев, В.И.Бельтюков, Н.Х.Швачкин, Г.М.Лямина доказали, что необходимо развитие более высоких форм фонематического слуха, при которых дети могли бы делить слова на составляющие их звуки, устанавливать порядок звуков в слове, т.е. производить анализ звуковой структуры слова.

Д.Б.Эльконин назвал эти специальные действия по анализу звуковой структуры слов фонематическим восприятием. В связи с обучением грамоте эти действия формируются в процессе специального обучения, при котором детей обучают средствам звукового анализа. Развитие фонематического слуха и фонематического восприятия имеет большое значение для овладения навыками чтения и письма.

Готовность к обучению грамоте заключается в достаточном уровне развития аналитико-синтетической деятельности ребёнка, т.е. умений анализа, сравнения, синтеза и обобщения языкового материала.

**Принципы логопедической работы при дисграфии. Дифференцированные методы устранения разных форм дисграфии.**

**1.**комплексности – предполагает медико-психолого-педагогическое воздействие на детей с нарушениями чтения и письма. Нарушения м.б.у детей с ММД, ЗПР, УО.

**2.**системности – а)д.б.системной коррекционная работа, методы д.б. целенаправленны, б)работа над устной и письменной речью осуществляется в строгой системе, во взаимосвязи, в)учет связи между различными компонентами речи (между фонетич, фонематич, лексикой, грамм и т.д.).

**3.**развития (единство развивающего и корректирующ.обучения) – не только коррекция, но и развитие сохранных функций.

**4.**учета зоны актуального и ближайшего развития.

**5.**минимального усложнения заданий или речевого материала. Реб.м.не справиться с большими трудностями.

**6.**поэтапности – в логопедической работе выделены определенные этапы, на каждом этапе выделяют цели, задачи, подготавливают к переходу к последующему этапу.

**7.**учета поэтапности формирования умственной деятельности: предварительное представление о задании, материализация действий (во внешнем плане) – наглядно-действенное мышление, выполнение действ.в плане громкой речи, выполнение действ.в умственном плане, закрепление, автоматизация действий в умственном плане,

**8.**учета симптоматики, степени тяжести,

**9.**учета механизмов нарушения – при одной и той же симптоматике, механизмы нарушений м.б.разными,

**10.**опоры на сохранные анализаторы (звенья речевой фунуции). Опора на кинестетические ощущения, зрительное восприятие и т.д., что сохранно,

**11.**максимальной опоры на анализаторы, максимальн.включение анализаторов. Например, если нарушен слух – опора на зрит, тактильное восприятие, вибрация гортани, кинестетические ощущения,

**12.**индивидуального подхода,

**13.**доступности,

**14.**нагляднлсти – д.б. максимальна, чтобы облегчить реб.задачу обучения,

**15.**связи в работе логопеда и учителя.

**Развитие фонематического воспитания при устранении фонематической дислексии, артикуляторно-акустической дисграфии и дисграфии на основе нарушений фонемного распознавания**

Логопедическая работа по уточнению и закреплению дифференциации звуков проводится с опорой на различные анализаторы (речеслуховой, речедвигательный, зрительный и др.).

При этом учитывается, что совершенствование слухопроизносительных дифференцировок осуществляется более успешно в том случае, если оно проводится в тесной связи с развитием фонематического анализа и синтеза. В работе по дифференциации звуков используются и задания на развитие фонематического анализа и синтеза.

Логопедическая работа по дифференциации смешиваемых звуков включает 2 этапа:*предварительный этап* работы над каждым из смешиваемых звуков;*этап**слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.*

На I этапе последовательно уточняется произносительный и слуховой образ каждого из смешиваемых звуков. Работа проводится по следующему плану: уточнение артикуляции и звучания звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения; выделение его на фоне слога; определение наличия и места в слове (начало, середина, конец); определение места звука по отношению к другим (какой по счету звук, после какого звука произносится, перед каким звуком слышится в слове); выделение его из предложения, текста.

На II этапе проводится сопоставление смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане. Дифференциация звуков осуществляется в той же последовательности, что и работа по уточнению слуховой и произносительной харак­теристики каждого звука. Однако основной целью является их различение, поэтому речевой материал включает слова со смешиваемыми звуками. При устранении дислексии и дисграфии каждый из звуков в процессе работы соотносится с определенной буквой. При коррекции дисграфии большое место занимают письменные упражнения, закрепляющие дифференциацию звуков. Устранению артикуляторно-акустической дисграфии предшествует работа по коррекции нарушений звукопроизношения. На начальных этапах работы рекомендуется исключить проговаривание, так как оно может вызвать ошибки на письме.

**Развитие языкового анализа и синтеза при устранении фонематической дислексии и дисграфии напочве нарушения языкового анализа и синтеза.**

Умение определять количество, последовательность и место слов в предложении можно сформировать, выполняя следующие задания: Придумать предложение по сюжетной картинке и определить в нем количество слов. Придумать предложение с определенным количеством слов. Увеличить количество слов в предложении. Составить графическую схему данного предложения и придумать по ней предложение. Определить место слов в предложении (какое по счету указанное слово). Выделить предложение из текста с определенным количеством слов. Поднять цифру, соответствующую количеству слов предъявленного предложения.

**Развитие слогового анализа и синтеза**

Работу по развитию слогового анализа и синтеза надо начинать с использования вспомогательных приемов, затем она проводится в плане громкой речии, наконец, на основе слухопроизносительных представлений, во внутреннем плане.

При формировании слогового анализа с опорой на вспомогательные средства предлагается, например, отхлопать или отстучать слово по слогам и назватьих количество.

В процессе развития слогового анализа в речевом плане делается акцент на умении выделять гласные звуки в слове, усвоить основное правило слогового деления: в слове столько слогов, сколько гласных звуков. Опора на гласные звуки при слоговом делении позволяет устранить и предупредить такие ошибки чтения и письма, как пропуски гласных звуков, добавления гласных.

Для формирования умения определять слоговой состав слова с опорой на гласные необходима предварительная работа по дифференциации гласных и согласных звуков и выделению гласных из речи.

Дается представление о гласных и согласных звуках, об основных признаках их различения (отличаются по способу артикуляции и звучанию). Для закрепления используется такой прием: логопед называет звуки, дети поднимают красный флажок, если звук гласный, и синий, если согласный.

В дальнейшем проводится работа по выделению гласного звука из слога и слова. Для этого сначала предлагаются односложные слова, затем проводится работа на материале двух- и трехсложных слов.

**Развитие фонематического анализа и синтеза**

Термином «фонематический анализ» определяют как элементарные, так и сложные формы звукового анализа. К элементарной форме относится выделение звука на фоне слова. По данным В. К. Орфинской, эта форма появляется спонтанно у детей дошкольного возраста. Более сложной формой является вычленение первого и последнего звука из слова и определение его места (начало, середина, конец слова). Самым сложным является определение последовательности звуков в слове, их количества, места по отношению к другим звукам (после какого звука, перед каким звуком). Эта форма звукового анализа появляется лишь в процессе специального обучения.

Логопедическая работа по развитию фонематического анализа и синтеза должна учитывать последовательность формирования указанных форм звукового анализа в онтогенезе.

В процессе развития элементарных форм необходимо учитывать, что трудности выделения звука зависят от его характера, положения в слове, а также от произносительных особенностей звукового ряда.

В связи с этими особенностями рекомендуется формировать функцию фонематического анализа и синтеза первоначально на материале ряда из гласных *(ау, уа),* затем ряда-слога *(ум, на),* потом на материале слова из двух и более слогов.

При формировании сложных форм фонематического анализа необходимо учитывать, что всякое умственное действие проходит определенные этапы формирования, основными из которых являются следующие: освоение действия с опорой на материализацию, в плане громкой речи, перенос его в умственный план (по П. Я. Гальперину).

I этап — формирование фонематического анализа и синтеза с опорой на вспомогательные средства я действия.

Первоначальная работа проводится с опорой на вспомогательные средства; графическуюсхему слова и фишки. По мере выделения звуков ребенок заполняет схему фишками. Действие, которое осуществляет ученик, представляет собой практическое действие по моделированию последовательности звуков в слове.

II этап — формирование действия звукового анализа в речевой плане. Исключается опора на материализацию дей­ствия, формирование фонематического анализа переводится в речевой план. Слово называется, определяются первый, вто­рой, третий и т. д. звуки, уточняетсяих количество.

III этап — формирование действия фонематического ана­лиза в умственном плане. Ученики определяют количество и последовательность звуков, не называя слова и непосредственно на слух не воспринимая его, т. е. на основе представлений.

На начальных этапах работы по развитию фонематического анализа дается опора на проговаривание. Однако не рекомендуется долго задерживаться на этом способе выполнения. Конечной целью логопедической работы является формирование действий фонематического анализа в умственном плане, по представлению.

**Устранение аграмматической дислексии и дисграфии**

При устранении аграмматической дислексии и дисграфии основная задача заключается в том, чтобы сформировать у ребенка морфологические и синтаксические обобщения, представления о морфологических элементах слова и о структуре предложения. Основные направления в работе: уточнение структуры предложения, развитие функции словоизменения и словообразования, работа по морфологическому анализу со­става слова и с однокоренными словами.

Усвоение морфологической системы языка осуществляет­ся в тесной связи с освоением структуры предложения. Рабо­та над предложением учитывает сложность структуры, пос­ледовательность появления различных его типов в онтогенезе. Работа над предложением строится по следующему плану:

1. Двусоставные предложения, включающие существитель­ное в именительном падеже и глагол 3-го лица настоящего времени *(дерево растет).*

2*.* Другие двусоставные предложения.

3. Распространенные предложения из 3—4 слов: существительное, глагол и прямое дополнение *(Девочка моет куклу);* предложения типа: *Бабушка дает ленту внучке; Девочка гладит платок утюгом; Дети катаются с горки: Солнце светит ярко.* В дальнейшем даются более сложные предложения.

Полезной является работа по распространению предложения с помощью слов, обозначающих признак предмета: *Бабушка дает ленту внучке. — Бабушка дает внучке красную ленту.*

При построении предложения большое значение имеет опора на внешние схемы, и деограммы. Согласно теории поэтапного формирования умственных действий, при обучении развернутым высказываниям на начальных этапах работы необходимо опираться на графические схемы, т. е. материализовать процесс построения речевого высказывания. С помощью значков и стрелок графические схемы помогают сим­волизировать предметы и отношения между ними.

Первоначально детям объясняется метод составления пред­ложения по наглядным схемам (фишкам) на материале 1— 2 предложений. Например, предлагается картинка «Мальчик читает книгу». С помощью вопросов определяется субъект *(мальчик),* предикат *(читает),* объект действия *(книгу).* Каждый из выделенных элементов обозначается фишкой. Фишки соотносятся непосредственно с предметами и действиями, изображенными на картинке. Дети составляют предложение по картинке. В дальнейшем схемы выкладываются не на картинке, а под ней. Предлагаются различные графические схемы для предложений из трех элементов *(Девочка рвет цветы),* из четырех элементов (*Мальчик* *рисует дом карандашом).*

Рекомендуются следующие виды заданий с использовани­ем графической схемы: подбор предложений по данной гра­фической схеме; записьих под соответствующей схемой (пред­лагаются две схемы); самостоятельное придумывание предложений по данной графической схеме; составление обоб­щенного представления о значении предложений, соответствующих одной графической схеме.

Например, предложения *Девочка бежит; Мальчик рисует* можно свести к одному обобщенному смыслу: кто-то выпол­няет какое-то действие (значение субъект — предикат).

После усвоения обобщенных значений нескольких структур предложений рекомендуется выбрать среди других те, которые имеют одинаковое с данным обобщенное грамматико-смысловое значение. Например, среди предложений: *Девочка читает книгу; Мальчик ловит бабочку; Дети ката­ются с горки—* выбрать те, значение которых сходно по структуре с предложением. *Девочка рвет цветы.*

Используют и такие виды заданий, как ответы на вопросы, самостоятельное составление предложений в устной и пись­менной форме.

При формировании функции словоизменения обращается внимание на изменение существительного по числам, падежам, употребление предлогов, согласование существительного и гла­гола, существительного и прилагательного, изменение глагола прошедшего времени по лицам, числам и родам и т. д.

Последовательность работы определяется последовательностью появления форм словоизменения в онтогенезе.

Формирование функции словоизменения и словообразования осуществляется как в устной, так и в письменной речи.

Закрепление форм словоизменения и словообразования сначала проводится в слове, затем в словосочетаниях, предложениях и текстах.

Аналогичная работа по развитию грамматического строя речи проводится и при устранении **семантической дислексии**, обусловленной недоразвитием грамматического строя речи и проявляющейся в неточности понимания прочитанных пред­ложений.

В том случае, когда семантическая дислексия проявляется на уровне отдельного слова при слоговом чтении, необходимо развитие звукослогового синтеза.

При устранении семантической дислексии важное место занимает словарная работа. Уточнение и обогащение словаря проводится прежде всего в процессе работы над прочитанны­ми словами, предложениями, текстами.

Необходима и специальная работа по систематизации сло­варя, определению более прочных смысловых связей между словами, входящими в одно семантическое поле.

**Устранения оптической дислексии и дисграфии**

Работа проводится в следующих направлениях:

1. Развитие зрительного восприятия, узнавания цвета, фор­мы и величины (зрительного гнозиса),

2. Расширение объема и уточнение зрительной памяти.

3. Формирование пространственных представлений.

4. Развитие зрительного анализа и синтеза. С целью развития предметного зрительного гнозиса рекомендуются такие задания: назвать контурные изображения предметов, перечеркнутые контурные изображения, выделить контурные изображения, наложенные друг на друга.

В процессе работы по развитию зрительного гнозиса следует давать задания на узнавание букв (буквенный гнозис). Например: найти букву среди ряда других букв, соотнести буквы, выполненные печатным и рукописным шрифтом; назвать или написать буквы, перечеркнутые дополнительными ливнями; определить буквы, расположенные неправильно; обвести контуры букв; добавить недостающий элемент; выделить буквы, наложенные друг на друга.

При устранении оптической дислексии и дисграфии про­водится работа по уточнению представлений детей о форме, цвете, величине. Логопед выставляет фигуры (круг, овал, квадрат, прямоугольник, треугольник, ромб, полукруг), различные по цвету и величине, и предлагает детям подобрать фигуры одного цвета, одинаковой формы и величины, одинаковые по цвету и форме, различные по форме и цвету.

Можно предложить задания на соотнесение формы фигур и реальных предметов (круг — арбуз, овал — дыня, треуголь­ник — крыша дома, полукруг — месяц), а также цвета фигур и реальных предметов.

При устранении оптической дислексии и дисграфии необходимо уделить внимание работе по формированию простран­ственных представлений и речевому обозначению пространственных отношений.

В процессе работы по формированию пространственных представлений необходимо учитывать особенности и последовательность формирования пространственного восприятия и пространственных представлений в онтогенезе, психологическую структуру оптико-пространственного гнозиса и праксиса, состояние этих функций у детей с дислексией и дисграфией.

Пространственные ориентировки включают два вида ориентировки, тесно связанных между собой: ориентировку в собственном теле и в окружающем пространстве.

Ориентировка детей в окружающем пространстве развивается также в определенной последовательности. Первоначально положение предметов (справа или слева) ребенок определяет лишь в том случае, когда они расположены сбоку, т. е. ближе к правой или левой руке. При этом различение направлений сопровождается длительными реакциями рук и глаз вправо или влево. В дальнейшем, когда закрепляются речевые обозначения, эти движения затормаживаются.

Развитие ориентировки в окружающем пространстве проводится в следующей последовательности:

1. Определение пространственного расположения предметов по отношению к ребенку, т. е. к самому себе.

2. Определение пространственных соотношений предметов, находящихся сбоку: «Покажи, какой предмет находится справа от тебя, слева», «Положи книгу справа, слева от себя».

Если ребенок затрудняется в выполнении этого задания, уточняется: справа, это значит ближе к правой руке, а слева — ближе к левой руке.

3. Определение пространственных соотношений между 2—3 предметами или изображениями.

Предлагается взять правой рукой книгу и положить ее возле правой руки, взять левой рукой тетрадь и положить ее у левой руки и ответить на вопрос: «Где находится книга, справа или слева от тетради?».

В дальнейшем выполняются задания по инструкции логопеда: положить карандаш справа от тетради, ручку слева от книги; сказать, где находится ручка по отношению к книге — справа или слева, где находится карандаш по отношению к тетради— справа или слева.

Затем даются три предмета и предлагаются задания: «Положи книгу перед собой, слева от нее положи карандаш, справа — ручку» и т. д.

Важным является уточнение пространственного расположения фигур и букв. Детям предлагаются карточки с раз­личными фигурами и задания к ним:

1. Написать буквы справа или слева от вертикальной линии.

2. Положить кружок, справа от него квадрат, слева от квадрата поставить точку.

3. Нарисовать по речевой инструкции точку, ниже — крестик, справа от точки — кружок.

4. Определить правую и левую стороны предметов, пространственные соотношения элементов графических изображений и букв.

На этом этапе одновременно проводится работа по развитию зрительного анализа изображений и букв на составляющие элементы,их синтезу, определению сходства и различия между похожими графическими изображениями и буквами.

При устранении оптической дислексии и дисграфии параллельно с развитием пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза проводится и работа над речевыми обозначениями этих отношений; над пониманием и употреблением предложных конструкций, наречий.

Большое место при устранении оптической дислексии и дисграфии занимает работа над уточнением и дифференциацией оптических образов смешиваемых букв.

Для лучшего усвоенияих соотносят с какими-либо сходными предметами изображениями: **О** с обручем, **3** со змеей, **Ж**с жуком, **Л** с перекладиной, **У**с ушами и т. д. Используются различные загадки о буквах, ощупывание рельефных букв и узнавание их, конструирование из элементов, реконструирование, срисовывание.

Различение смешиваемых букв проводится в следующей последовательности: дифференциация изолированных букв, букв в слогах, словах, в предложениях, тексте.

**Классификация дислексии, характеристика основных видов. Дифференцированные приёмы устранения разных видов дислексии.**

**Дислексия** – это частичное наруш-е процесса чтения, проявляется в стойких, повтор-ся ошибках, обусловл-х несформированностью ВПФ, участвующих в процессе чтения.

Существовало несколько классификаций дислексии: Р. Беккер – в основе данной классиф. лежит не патогенез дислексий, а степень их проявления.

О.А. Токарева классиф-т нарушения чтения в завис-ти от того, какой из анализаторов первично нарушен: слух-й, зрит-й, двигат-й.

М.Е. Хватцев не учитывал все операции чтения, его классиф-я не охватывает всех случаев нарушений чтения.

Р.И. Лалаева разработала классификацию дислексии с учётом нарушенных операций процесса чтения. выделяет следующие виды д-й:

**Фонематическая** 1 вариант. Механизм:

Нарушение фонематического восприятия = дифференциация фонем.

Симптоматика: проявляется в трудностях усвоения букв в следствии нечёткости фонематич-х представлений о соответствующих звуках. При чтении такой ребёнок допускает большое кол-во замен и смешений букв (звуков) сходных по артикуляционным и акустическим признакам. При обследовании фонематического восприятия у д. отмечаются нарушения слуховой и слухо-произносительной дифференциации фонем на уровне отдельных звуков, звуковых рядов (квазислоги ба-па-ба), слов - квазимонимов.

2 вариант.

М-зм: наруш-е фонематического анализа.

С-ка: при обследовании навыка чтения у д. наблюдаются ошибки: пропуски букв (Зв), перестановки,

вставки лишних букв (зв). Имеются искажения звуко-слоговой стр-ы читаемых слов. Может наблюдаться симптом «побуквенное чтение» - невозможность слогослияния, «бухштабирование» (от немец). При исследовании фонематического анализа обнаруживается его несформированность. В большей степени трудности представляет последоват-й, позиционный, количественный анализ.

**Оптическая.** М-зм: несформ-ть (нарушение) зрительного гнозиса, зрительного анализа и синтеза, оптико-пространственных представлений.

Сим-а: при чтении у д отмечаются разнообразные ошибки, замены букв по оптическому сходству И-Н, Х-Ж, т.е. букв, к-е отличаются колич-м, пространственным расположением и характером элементов. При исследовании предметного гнозиса у д. могут отмечаться трудности узнавания изображения в усложнённых условиях: наложенные изображения – фигуры Поппеля-Рейтера, зашумлённые изображения, недорисованные. При проведении речезрительных проб у д. также отмечаются более значительные затруднения - трудности узнавания стилизованных букв, трудности выбора правильных букв из ряда правильных и зеркальных буквенных изображений. Отмечаются трудности к конструированию и реконструированию букв (разбор букв по элементам).

**Мнестическая.** М-зм: нарушение процессов речевой памяти, трудность соотнесения звука и буквы. Р-к длительно не может запомнить буквенное обозначение. Проявляется в большом кол-ве недифференцированных замен букв при чтении К-Н, Т-П. при обследовании обнаруживается неспособность назвать ту или иную букву, записать даже элементарное, простое слово, состоящее из уже пройден-х

Букв, очень часто у детей этот вид дислексии сочетается с аграфией, выраженной дисграфией. Этот вид дисл-и часто встречается у д. с умственной отсталостью и ЗПР. При диагностировании этого нарушения необходимо проводить обследование интеллектуальной сферы.

**Семантическая** (механическое чтение)**.**1 вариант м-зм – нарушение слогового синтеза. Основным симптомом является нарушение понимания прочитанного при технически правильном чтении (слоговом или целыми словами). Р-к правильно читает слово по слогам, однако при этом не может назвать прочитанное слово, не может показать картинку с предметом, о кот-м прочитал. При обследовании обнаруживается неспособность (затруднение) при составлении слов из заданной последовательности слогов, фраз из серии слогов.

2 вариант. М-зм: трудности вызываются неспособностью установить грамматические (синтаксические) связи между словами в читаемом предложении.

С-ка: р-к читает целыми словами, однако при этом затрудняется в понимании и воспроизведении смысла прочитанной фразы.

Семантическая дислексия также наблюдается у д. с инт-й недостаточ-ю.

**Аграмматическая дислексия.** М-зм: нарушение грамматического строя речи, несформированность морфологических и синтаксических обобщений.

С-ка: при чтении отмечаются ошибки словообразования и словоизменения. Д. неправильно читают окончания слов, отмечаются нарушения падежного управления (на деревьях- на деревьяв), трудности согласования (мой ведро) в роде, числе (мальчики идёт), отмеч-ся большое кол-во замен приставок (захлестнула-нахлестнула). Неправильные

суффиксальные словообразования (козлята-козлёнки), неправильное употребление родовых окончаний местоимений (такая город), изменение окончаний глаголов 3-го лица прошедшего времени (ветер промчалась), формы времени и вида (влетел-влетал). Трудности при переносе ударений в процессе чтения соответствующих форм слов. Данный вид дисл-и чаще встречается у д. с ОНР и лексико - грамматическое недоразвитие речи.

**Тактильная дислексия**  м-зм: нарушение пространственных представлений, несформированность пространственных синтезов.

С-ка: заключается в трудностях дифференциации букв азбуки Брайля. Буквенные обозначения отличаются количеством и пространственным расположением точек, что затрудняет дифференциацию соответствующих букв. Одновременно отмечается несформированность схемы тела, неумение определить правую, левую руку. Затрудняются в установлении пространственных отношений между предметами.

**Дифференцированные приёмы устранения разных видов дислексий.**

**Оптическая дисл-я.**

Включает несколько направлений: **1)** Формирование зрительного восприятия и узнавания.

1. развитие предметного гнозиса. Задания:- узнать контурные заштрихованные предметные изображения, наложенные фигуры. - закрасить одинаковые геометрические фигуры, - сравнить 2 предметных изобр-я, найти 2 различия.

2. развитие букв-го гнозиса.

- соотнести букву, написанную рукописным шрифтом и печатную, - опред-ть буквы в неправильном положении, - добавить недостающий элемент буквы, - выделить буквы, наложенные друг на друга. Проводится работа по дифференциации цвета, формы, величины.

**2)** Развитие зрительной памяти: - чего не стало? – что изменилось? – запоминание букв, цифр, воспроизведение их, - графические диктанты.

**3)** Формирование пространственного восприятия, пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза. 1. развитие ориентировки в схеме тела. Ориентировка в окружающем пространстве.

-найди букву в ряду сходных,-конструирование и реконструирование букв.

Работа по дифференциации предлогов. Предлоги соотносятся со схемами.

На занятиях развиваются зрит-е диффер-ки на мАтериале только одной пары буквенных обозначений

-подчёркивание и нахождение букв в ряду др-х букв в тексте.

**Мнестическая.** На подготовительном этапе проводится работа по развитию слухо-зрительных и зрительно-моторных дифференцировок слухо-речевой памяти, мыслительных операций. Работа начинается с закрепления связи буквы с сотв-м звуком

Чтобы связь была прочной, необходимо использовать речевой, речедвигательный анализаторы, а также общедвигат-й анализатор. Ковшиков предложил проводить работу по этапам:

**1.** отработка связи звука и буквы. Д. разъясняется, что все буквы кроме ъ,ь соответствуют определённым звукам и наоборот.

Отрабатывается связь буквы с артикуляцией.

- л-д показывает артикуляцию рукой, - л-д обозначает часть артикуляции символом, а ученик соотносит этот символ с нужной буквой, - связь буквы с небуквенным обозначением (б – белка), - конструирование и реконстр-е букв, - заучивается кол-во и форма элементов.

- связь буквы с кинемой (движение). – обводить букву перед написанием пальцем, - написание буквы в воздухе, - нахождение буквы среди других и обведение её в воздухе. – подбор букв к картинкам. **Обязательна работа над звуко-буквеным анализом.**

**Семантическая.** Работа ведётся по 3 направлениям

**1**–Развитие звуко-слогового синтеза. ПРИЁМ: - назвать слово, произнесённое по отдельным звук., по слогам, при этом длительность пауз постепенно увеличивается, - составить слово из слогов, данных в беспорядке, назвать слитно предложение произ-е по слогам.

Работе предшествует развитие мыслительных операций, сукцессивного (последовательного) и симультанного анализа и синтеза. А также восприятие и воспроизведение ритма.

**2-** работа над пониманием прочитанных слов, предложений, текста. ПР-Ы: прочитать слово, показать соответствующую картинку, - прочитать слово и выполнить соответств-е действие, выбрать из текста предложения, соответ-е содержанию картинки, - найти в тексте ответ на данный вопрос

**3** – Словарная работа. - обозначение группы слов обобщающим словом, подбор опред-й к названию предмета, - подбор синонимов, антонимов, слов с противоположным действием.

**Фонематическая. 1 вариант.** 1 из основополагающим принципов явл-ся опора на сохранный анализатор. Обязательной явл-ся работа по развитию фонематического анализа и синтеза. Р.И. Лалаева выдел-т 2 этапа лог-й работы по диф-и смешиваемых букв (зв).

**I этап** предварительый – работа над каждой смешиваемой буквой (зв).1 - уточнение артикуляции и акустического образа зв (бкв) с опорой на зрительное, слуховое, тактильное воспр-е, кинестетич-е ощущения. ПР-Ы: объяснение артик-и лог-м, разбор артик-и перед зеркалом – рассматривание артик-х профилей- соотнесение произносимого звука с речевым звучанием, символьным обозначением.

После знакомства с артик-й переходят к практическим заданиям: слоги – слова – предложения.

1) выделение зв. на фоне слога.

2) выдел-е Зв. На фоне слова. – выделить Зв. В предложении, - запомнить из прочит-го текста, предложения только те слова, к-е содержат этотзвук., - написать диктанат.

**II этап.** Сопоставление смешиваемых зв. В произносительном и слуховом плане. Диффер-я букв (зв) осущ-ся в той же послед-ти, что и на 1эт. – выд-ть опозиционные зв. В нач-й позиции по предметным картинкам, - срав-е букв (зв) по артикуляции, установл-е их сходства и различия., - соотнесение зв. с соответ-ми букв., - чтение слоговых таблиц, - вставить в слова пропущ-е слоги, - написание диктантов слов, предлож-й, текста.

Диф- тв. и мяг. согласных.

1 способ- обознач-е мягкости согл-х на письме гл.

второго ряда. 2 способ – обоз-е мягкости Ь. - сопоставить по смыслу и звучанию слова – паронимы, составить с ними предлож-е, - разгад-е кроссвордов, диктант сло, предлож-й, текста.

**2 вариант.** Задачей кор- обучения явл-ся развитие навыков языкового анализа и синтеза. Уточняется правило опред-я колич-ва слогов в слове. ПР-Ы: \_ назвать встречающиеся в слове гласные, - произнести слово, отхлопав его по слогам, выделить гласные звуки, - распр-ть картинки, названия кот-х содержат 1,2,3,слога, записать слова в столбик (по кол-ву слогов), разделив их на слоги, подчеркнув гласные, - вставить пропущ-й слог, записать слово. проводится работа над ударением. Работа по развитию фонем-го анализа и синтеза. Начинаем работу с простых форм фонем. анализа: выделение 1 и последнего зв. в слове, придумать слово к заданной схеме. Далее усложняются: - определение места зв. в слове. Ведётся работа над колич-м анализом: порядковый, позиционный. – опред-ь место зв., положив фишку на звук-ю линейку, - придумать слово к схеме, перечисли все зв по порядку.

**Аграмматическая. 1)** Формирование представленийо структуре предложения.

- назвать все слова предложения по порядку, - назвать слово, стоящее за словом, за предлогом, перед предлогом, из слов, заданных в беспорядке составить предложение, распространить предложение одним словом.

2) усвоение согласования и управления слов: - согласование в роде; -заменить сущ-е местоимением, -составить предложение, определив род им. сущ-х, соотнести глагольное окончание с родом сущ-х. 3) формирование навыка глагольного управления: - дополнить словосочет-е недостающим словом, поставив его в нужный падеж.3) овладение предлогами с конкретно пространственным значением: - выполнение действий по инструкции, включающей предлоги, - соотнесение предлогов с условными обозначениями. 4) работа над развитием морфемного анализа и синтеза слов: - отобрать слова, с одинаковым корнем, - объяснить значение однокор-х слов, - разобрать слово по составу, образовать названия детёнышей, - образовать название относит-х прилагательных, записать их, - образ-е притяжательных прилагат-х, записать.

**Дисграфия. История изучения, этиология, симптоматика и распространённость. Классификация дисграфии, краткая характеристика основных видов.**

**Дисграфия** — это нарушение овладения письмом или распад письма, проявляющиеся в специфических ошибках стойкого характера.

Патологию письма обозначают следующими терминами: **аграфия** (от греч. *а* — частица, означающая отрицание, *grapho —* пишу) — полная неспособность к усвоению письма и **дисграфия** (от греч. d("s — приставка, означающая расстройство, *grapho*—пишу) —спе­цифическое нарушение письма.

Для обозначения нарушений письма в основном используются термины: дисграфия, аграфия (полная неспособность усваивать письмо) дизорфография, эволюционная дисграфия. условлена недоразвитием (распадом) высших психических функций, осуществляющих процесс письма в норме.

*Группы ошибок:*

**1)**искажение зрительного образа буквы, м.проявляться в зеркальности написания, недописывания элемента буквы;

**2)**замены букв: -графически сходных (вд), -отличающихся дополнительным элементом (иш, пт), - сходны по графическому написанию (бв);

**3)**фонетически близкие звуки, м.б.гласные близкие по артикуляции и звучанию (оу), замены согласных (б-п, з-с, ч-ц); 4)искажение звуко-буквенной структуры слова – нарушается слоговая структура слова (пропускает, дополняет слоги),

**4)**искажение звуковой структуры слова (пропуск согласных) при стечении согласных, перестановки упрощение согласных (страна – сатарана), пропуски гласных букв (воспринимают гласную как оттенок согласного), добавление гласных;

**5)**нарушение анализа в структуре предложения, может слитно писать слова (надеревьях), либо раздельное написание слова (артисткапо етпесню);

**6)**аграмматизмы м.б.*морфологические* (неправильное написание морфем, приставок, суффиксов, окончаний, нарушается согласование (подходит к берегам), изменение вида, числа, лица глагола) и *синтаксические* (нарушение структуры предложения, в самостоятельном письме – направильные фрагменты предложений).

По данным Хватцева 6% (50 годы), по данным Парамоновой 30% (2000г.).

**История.** Впервые на нарушения чтения и письма как на самостоятельную патологию речевой деятельности указал А. Куссмауль в 1877 г. Затем появилось много работ, в которых давались описания детей с различными нарушениями чтения и письма. В этот период патология чтения и письма рассматривалась как единое расстройство письменной речи. В литературе конца XIX и начала XX в. было распространено мнение, что нарушения чтения и письма представляют собой одно из проявлений общего слабоумия и наблюдаются только у умственно отсталых детей Ф. Бахман, Г. Вольф, Б. Энглер.

Однако еще в конце XIX в., в 1896 г. В. Морган описал случай нарушения чтения и письма у четырнадцати­летнего мальчика с нормальным интеллектом. Морган определил это расстройство как «неспособность писать орфографически правильно и без ошибок связно читать». Вслед за Морганом и многие другие авторы (А. Куссмауль, О. Беркан) стали рассматривать нарушение чтения и письма как самостоятельную патологию речевой деятельности, не связанную с умственной отсталостью, с общей диффузной недостаточностью интеллекта. Английские врачи-окулисты Керр и Морган впервые опубликовали работы, специально посвященные на­рушениям чтения и письма у детей.

В 1900 и 1907 гг. Д. Гиншельвуд описал еще несколько случаев нарушений чтения и письма у детей с нормальным интеллектом, подтвердив, что нарушения чте­ния и письма не всегда сопровождают умственную отсталость. Гиншельвуд впервые назвал затруднения в овладении чтением и письмом терминами «алексия» и «аграфия», обозначив ими как тяжелые, так и легкие степени расстройства чтения и письма.

Таким образом, в конце XIX и началеXX в. существовали две противоположные точки зрения. Одни авторы рассматри­вали нарушение чтения и письма как один из компонентов умственной отсталости. Другие подчеркивали, что патология, чтения и письма представляет собой изолированное наруше­ние, не связанное с умственной отсталостью.

Среди авторов, отстаивающих изолированный, самостоятель­ный характер нарушений чтения и письма, существовали различные толкования природы этого расстройства. Наибольшее распространение в литературе и особенно в практической диагностике получила точка зрения, утверждающая, что в основе патологии чтения и письма лежит неполноценность зри­тельного восприятия и памяти. Согласно этому взгляду, механизмом нарушений чтения и письма является дефектность зрительных образов слов и отдельных букв. В связи с этим нарушения чтения и письма стали называть «врожденная словесная слепота». Типичными представителями этого направления были Ф. Варбург и П. Раншбург. Ф. Варбург подробно описал одаренного мальчика, который страдал «словесной слепотой». П. Раншбург в результате длительных тахистоскопических (прибор для предъявления изображения на доли секунд) исследований пришел к выводу о том, что в основе патологии чтения и письма лежит ограниченное поле зрительного восприятия.

П. Раншбург впервые стал различать более легкие степени нарушений чтения и письма и тяжелые расстройства, при которых симптоматика является более выраженной. Легкие степени нарушений чтения и письма он обозначил термина­ми «легастения» и «графастения» в отличие от тяжелых случаев нарушений чтения и письма, которые назывались «алексией» и «аграфией».

Постепенно понимание природы нарушений чтения и письма менялось. Это расстройство уже не определялось как од­нородное оптическое нарушение. Одновременно происходит дифференциация понятий *«алексия»* и *«дислексия», «аграфия»* и *«дисграфия».*

Выделяются различные формы дислексии и дисграфии, появляются классификации нарушений чтения и письма.

Большое значение в развитии учения о нарушениях пись­менной речи имела точка зрения невропатолога Н. К. Монакова. Он впервые связал дисграфию с нарушениями устной речи, с общим характером речевого расстройства, или афа­зией.

Б. Иллинг выделяет ряд процессов, которые нарушаются при патологии чтения и письма:

1) овладение оптическим единством буквы и акустическим единством звука; 2) соотнесение звука с буквой; 3) синтез букв в слово; 4) способность расчленять слова на оптические и акустические элементы; 5) определение ударения, мелодии слова, гласных слова; 6) понимание прочитанного.

Е. Иллинг считал главным в картине алексии и аграфии трудность ассоциации и диссоциации, невозможность схва­тить целостность слова и фразы,

О. Ортон (1937) посвятил специальное исследо­вание расстройствам чтения, письма и речи у детей. Он отмечал большую распространенность нарушений чтения и письма у детей, указывал, что затруднения у детей при обучении грамоте отличаются от нарушений чтения и письма у взрослых при повреждениях головного мозга. Ортон подчеркивал, что основное затруднение у детей с нарушениями чтения и письма заключается в неспособности составлять из букв слова. Ортон вслед за Е. Джексоном называл эти затруднения «алексией и аграфией развития» или «эволюци­онной дислексией и дисграфией». Ортон сделал вывод, что алексия и аграфия у детей вызываются не только моторными затруднениями, но и нарушениями сенсорного характера. Он отмечал, что эти нарушения чаще всего встречаются у детей с моторными недостатками, у левшей, у тех, у которых поздно осуществляется литерализация, выделение ведущей руки, а также у детей с нарушениями слуха и зрения.

Из ранних работ отечественных авторов большую значи­мость имеют работы невропатологов Р. А. Ткачева и С. С. Мнухина.

Анализируя наблюдения над детьми с нарушениями чте­ния, Р. А. Ткачев сделал вывод, что в основе алексии лежат мнестические нарушения, т. е. нарушения памяти. Ребенок с алексией плохо запоминает буквы, слоги, не может соотнести их с определенными звуками. По Р. А. Ткачеву, алексии объяс­няются слабостью ассоциативных связей между зрительны­ми образами букв и слуховыми образами соответствующих звуков. Автор отмечает, что интеллект у детей является со­хранным. Это нарушение, как считаетР. А. Ткачев, вызывает­ся влиянием наследственных факторов.

С. С. Мнухин в работе «О врожденной алексии и аграфии» говорит о том, что нарушения чтения и письма встречаются как у интеллектуально полноценных, так и у умственно от­сталых детей. При различных степенях умственной отсталос­ти алексия и аграфия встречаются заметно чаще,чем у нормальных детей.

Автор делает вывод о том, что нарушения чтения и письма сопровождаются рядом других расстройств. Так, все наблю­даемые дети не могли перечислять месяцы, дни недели, алфа­вит по порядку, хотя все эти элементы они знали и в беспоря­дочном виде воспроизводили этот ряд полностью, но не всегда в том порядке, в каком это было предложено. Ошибки на­блюдались и после многократного воспроизведения этих ря­дов. Многие дети не могли справиться со штриховкой в опре­деленном ритме. Заучивание стихотворения оказалось для них гораздо более трудным процессом, чем для нормальных детей. Воспроизведение же рассказа, не требовавшего точной передачи по порядку, проходило без затруднений.

Общей психопатологической основой этих расстройств, по мнению С. С. Мнухина, является нарушение структурообразования. Алексия и аграфия представляют собой более сложные проявления нарушений, а более элементарными расстройства­ми «рядодоговорения» являются расстройства механического воспроизведения рядов (порядковый счет, называние по порядку дней недели, месяцев в году и т, д.).

С. С. Мнухин считает, что в подавляющем большинстве случаев при алексии и аграфии наблюдается наследственная отягощенность различной степени выраженности (алкоголизм, психопатии, эпилепсия родителей, родовые травмы). В 30-х годах XX столетия нарушения чтения и письма начинают изучать психологи, педагоги, дефектологи. В этот период подчеркивается определенная зависимость между этими нару­шениями, с одной стороны, и дефектами устной речи и слуха — с другой (Ф. А. Рау, М. Е. Хватцев, Р. М. Боскис, Р. Е. Левина).

В своих ранних работах М. Е. Хватцев связывал наруше­ния письменной речи непосредственно с нарушениями звукопроизношения. Те случаи, когда дефекты речи исправлялись, а нарушения чтения и письма оставались, автор объяснял боль­шей стойкостью старых связей между образом звука и бук­вой. В более поздних работах М. Е. Хватцев рассматривает эти нарушения более дифференцированно, с учетом сложной структуры процесса чтения и письма, и выделяет различные формы дислексии и дисграфии, многие из которых представ­ляются достаточно обоснованными и до настоящего времени.

**Этиология нарушений письменной речи.**

Вопрос об этиологии дислексии до настоящего времени является дискуссионным.

Некоторые авторы отмечают наследственную предрасположенность при нарушениях чтения (М.Лами, К.Лонай, М.Суле, Б.Хальгрен).

Большинство авторов отмечают наличие патологических факторов, воздействующих в пренатальный, натальный и постнатальный периоды. Этиология дислексии связывается с воздействием биологических и социальных факторов.

В 1918 г. англичанин Хиншельвуд высказал идею семейной дислексии. В исследованиях Холгрена в 1950 г. Было обнаружено, что дислексия может наследоваться по моногибридному, аутосомному, доминантному типу, т.е. достаточно одного аномального гена у родителей. Чешский учёный Захалкова в 1972 г. Пишет, что наследственная отягощённость имеет место в 45 % случаев. По данным Корнева при дислексии у 60 % наблюдаются различного рода психические отклонения у родственников, только в 25 % - наследственные проблемы в овладении письменной речью. В тоже время Корнев отмечает, что тяжёлые дислексии встречаются при сочетании вредностей внутриутробного, натального и раннего постнатального периода.

Нарушения чтения могут вызываться причинами органического и функционального характера. Дислексии бывают обусловлены органическими повреждениями зон головного мозга, принимающих участие в процессе чтения (при афазии, дизартрии, алалии). Функциональные причины могут быть связаны с воздействием внутренних (например, длительные соматические заболевания) и внешних (неправильная речь окружающих, двуязычие, недостаточное внимание к развитию речи ребёнка со стороны взрослых, дефицит речевых контактов) факторов, которые задерживают формирование психических функций, участвующих в процессе чтения.

Г.В.Чиркина пишет, что все версии можно уложить в два направления:: 1) гипотеза ядерного фонологического дефицита. В основе дислексии недостаточное развитие фонематической системы; 2) гипотеза магноцеллюлярного дефицита. В основе дислексии зрительно – моторная недостаточность.

В последние годы дислексию ассоциируют с нарушениями мозжечка и левой височно-теменной области. Считается, что у детей дислексии могут быть обусловлены задержкой формирования функциональных систем, необходимых для усвоения письменной речи.

Ряд версий связано с развитием латерализации в коре головного мозга, т.е. ответственности правого и левого полушария за соответствующие функции. У истоков такой идеи стоял Ортон. Канадские учёные Спрингер и Дейч отметили, что у детей с дислексией некоторые функции традиционно правополушарные представлены и в правом, и в левом полушарии. Это неправильная точка зрения. Французские учёные Ажуриагера и Гранспон отмечают, что связь между плохой латерализацией и нарушениями усвоения чтения опосредованно.

Отечественные психиатры в 1ой половине 20 века выдвигали идеи о том, что неудовлетворительное чтение обусловлено дефицитом неречевых процессов. Мнухин считал, что нарушены процессы структурообразования, т.е. плохо выстраиваются в сознании ряды, разнообразные последовательности. А Р.Ткачёв считал ведущим нарушение памяти.

В основе дислексии учёные отмечали недостаточное развитие моторных компонентов: произвольной моторики, слухо – моторной координации, чувства ритма. Но такие вещи могут рассматриваться ка ложная дислексия.

По данным Корнева для возникновения дислексии обязательна незрелость целого ряда психических функций (кратковременная слухоречевая память, незрелость динамического праксиса, слабость оперативного образования ассоциаций между зрительным и моторным компонентами, недостаточное оречевление, низкие графические способности, слабость автоматизации речевых рядов).

Точка зрения Корнева отличается от доминирующей в современной логопедии идеи о том, что в основе дислексий лежит недостаточное развитие устной речи.

Таким образом, в этиологии дислексии участвуют как генетические, так и экзогенные факторы. Расстройства чтения часто наблюдаются у детей с ММД, с ЗПР, с тяжёлыми нарушениями устной речи, с ДЦП, с нарушениями слуха, у умственно отсталых детей. Таким образом, дислексия чаще всего проявляется в структуре сложных речевых и нервно – психических расстройств.

Причины нарушения чтения и письма являются сходными.

У детей с дисграфией отмечается несформированность многих высших психических функций: зрительного анализа и синтеза, пространственных представлений, слухопроизносительной дифференциации звуков речи, фонематического, слогового анализа и синтеза, деления предложений на слова, лексико – грамматического строя речи, расстройства памяти, внимания, сукцессивных и симультанных процессов, эмоционально – волевой сферы.

Представления о сущности дисграфии складывались постепенно. Поскольку письмо складывается в процессе обучения, то феномен дисграфии нередко рассматривали, как компонент умственной недостаточности. В 1877 г. Куссмауль выделил дисграфию, как самостоятельную речевую патологию. На феномен дисграфии указали также окулисты Морган и Керр, а также Хиншельвуд. В 1928 г. Раншбург обратил внимание на то, что проблемы письма могут быть выражены в разной степени. Он предложил разграничить ортографию – выраженное нарушение и ортографостению – ослабление способности к письму.

На ранних этапах проблема письма ассоциировалась преимущественно со спецификой зрительного восприятия и памяти. Постепенно взгляды менялись. В конце 19 века австрийский учёный Липманн стал рассматривать дисграфию, ка явление апраксии, т.е. недостаточная способность произвольно контролировать движение руки (несформированный гнозис и праксис). Сам Липманн первым применил данное знание к речевой патологии.

Невропатолог Монаков соотнёс дислексию и дисграфию, рассматривал дисграфию дифференцированно и в 1914 г. Выделил дисграфии, обусловловленные тем, что ребёнок плохо различает звуки и нарушен план движения.

В 1937 г. Ортон отмечает, что нужно различать приобретённое нарушение письма и врождённую неспособность к грамоте – аграфию развития. Аграфия встречается у неправильно обученных детей, у замаскированных «левшей», у детей, которые медленно делают выбор ведущей руки, у детей с моторной недостаточностью, с апраксиями, с дефектами слуха и зрения.

Р. Ткачёв в 1933 г. Считает, что основная проблема – удержание в памяти звуков и слогов, а психолог Мнухин в основе дисграфии видит нарушение структурообразования.

М.Е.Хватцев, Р.М.Боскис, А.Ф.Рау в первую очередь определяли зависимость между нарушениями звукопроизношения и усвоением письма. Эта идея трансформировалась во взаимосвязь между различными нарушениями устной речи и письмом, причём, дефект письма стали рассматривать не как вторичные по отношению к устной речи, а как обусловленные теми же самыми механизмами. Так недоразвитие фонематической системы приводит с одной стороны к дефектам устной речи, а с другой стороны затрудняет овладение письмом.

С физиологической точки зрения процесс письма реализуется за счёт работы ряда анализаторов. В середине 20 века невропатолог Ляпидевский отмечает, что при неполноценной работе зрительного, осязательного, кинестетического анализаторов могут возникать разные виды дисграфий.

В настоящее время учитывается, что в процессе письма задействованы не только анализаторы, но, по сути, все психические процессы.

**Симптоматика дисграфии** проявляется в стойких и повторяющихся ошибках в процессе письма, не связанных с незнанием грамматических правил. Основная особенность этих ошибок заключается в том, что они допускаются там, где написание слов не вызывает никаких трудностей, где написание совпадает с произношением и все звуки хорошо слышны:

* искажения и замены букв (СЛЯПА вместо ШЛЯПА, КУСЬ вместо ГУСЬ);
* пропуски букв (ЗОТИК вместо ЗОНТИК, СТЛ вместо СТОЛ);
* вставка лишних букв (ЛАНМПА вместо ЛАМПА, МАРТКА вместо МАРКА);
* перестановки букв (КОНРИ вместо КОРНИ, ВСЕТ вместо СВЕТ);
* недописывание слов (КРАСН вместо КРАСНЫЙ, ДОРОГ вместо ДОРОГА);
* слияние нескольких слов в одно (ДЕТИИГРАЛИ вместо ДЕТИ ИГРАЛИ);
* разделение одного слова на части (У ТЮГ вместо УТЮГ, О КНО вместо ОКНО).

**Классификации дисграфии О.А.Токаревой и М.Е.Хватцева.**

Классификация дисграфий осуществляется на основе различных критериев: с учётом нарушенных анализаторов, психических функций, несформированности письма.

**О.А.Токарева** выделяет три вида дисграфий:

1) Акустическая – отмечается недифференцированность слухового восприятия, недостаточное развитие звукового анализа и синтеза. Частыми являются смешения и пропуски, замены букв, обозначающих звуки, сходные по артикуляции и звучанию, а также отражение неправильного звукопроизношения на письме.

2) Оптическая – обусловлена неустойчивостью зрительных впечатлений и представлений. Отдельные буквы не узнаются, не соотносятся с определёнными звуками. В различные моменты буквы воспринимаются по – разному. Вследствие недостаточности зрительного восприятия они смешиваются на письме; наиболее часто наблюдаются смешения: п - н, п – и, у – и, ц – щ, ш – и, м – л, б - д, п – т, н – к (рукописные). В тяжёлых случаях письмо слов невозможно, ребёнок пишет отдельные буквы; также имеет место зеркальное письмо.

3) Моторная – характерны трудности движения руки во время письма, нарушение связи моторных образов звуков и слов со зрительными образами.

**М.Е.Хватцев** выделял следующие виды:

1) Дисграфия на почве акустической агнозии и дефектов фонематического слуха. Он объединил две формы нарушений: связанное с нарушением дифференциации звуков и с нарушением фонематического анализа и синтеза. Наблюдаются пропуски, перестановки, замены букв, а также слияние двух слов в одно, пропуски слов и т.д.

2) Дисграфия на почве расстройств устной речи – возникает на почве неправильного звукопроизношения.

3) Дисграфия на почве нарушения произвольного ритма – считал, что появляются пропуски гласных, слогов, окончаний. Ошибки могут быть обусловлены либо недоразвитием фонематического анализа и синтеза, либо искажениями звукослоговой структуры слова.

4) Оптическая – вызывается нарушением или недоразвитием оптических речевых систем в головном мозге; нарушается формирование зрительного образа буквы, слова. При литеральной нарушается зрительный образ буквы, наблюдаются искажения и замены изолированных букв; при вербальной – с трудом формируется зрительный образ слова.

5) Дисграфия при моторной и сенсорной афазии – проявляется в заменах, искажениях структуры слова.

**Современная классификация дисграфии.**

Наиболее обоснованной является *ленинградская классификация*, разработанная Р.Е.Лалаевой и другими. Выделяются следующие виды дисграфий:

1.**АКУСТИЧЕСКАЯ** – проявляется в заменах букв на основе сходных фонематических признаков соответствующих букв. В устной речи таких замен нет, считается, что подобный вид дисграфии является остаточным явлением после того, как ребёнок допускал замены в устной речи. Бывает, что ребёнок не различает на слух фонематические признаки и при особенно повышенной нагрузке в процессе письма недостаточно опирается на смысловой компонент, лексическое значение слова, в связи с чем смешивает звуки.

Признаки смешения звуков:

* Звонкость – глухость (вокальность)
* Носовой – ротовой (назальность) (б – м, д – н, б’ – м’, д’ – н’)
* Твёрдость – мягкость (палатализация – 15 пар) (увидим неправильную постановку мягкого знака и неправильный выбор гласных первого и второго ряда)
* Смешение по способу образования
* Смешение по месту образования

2.**АРТИКУЛЯТОРНО – АКУСТИЧЕСКАЯ** – недостатки устной речи ребёнок переносит на письмо, проявляется в соответствующих заменах, пропусках букв. Может переносится даже заикание (повтор букв, слогов).

3.**ДИСГРАФИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ НЕСФОРМИРОВАННОСТЬЮ ЯЗЫКОВОГО АНАЛИЗА И СИНТЕЗА** - появляются ошибки, в которых проявляется незрелость сложных форм фонематического анализа: количественный, последовательный, позиционный.

При неполноценности *количественного* анализа имеют место пропуски или добавления языковых единиц. В рамках предложения мы можем увидеть слияние слов, разрыв слов.

При нарушении *последовательности*  анализа проявляется перестановка соседних языковых единиц: букв, слогов, слов.

Нарушение *позиционного* анализа проявляется в том, что языковые единицы расставляются на значительном расстоянии друг от друга.

4.**ОПТИЧЕСКАЯ.**

Проявляется в трёх вариантах: 1) замена букв по оптическому сходству; 2) зеркальность; 3) пропуск букв, обусловленное забыванием образа буквы (в основном заглавные буквы).

В основе оптических ошибок лежат различные процессы:

* Неполноценность зрительного гнозиса (элементы букв могут смешиваться по количественному признаку; по пространственному положению – приводит к заменам букв и зеркальности).
* Нарушение зрительного мнезиса (запоминания) – наблюдается случайная замена, проявляется в пропуске букв.
* Нарушение зрительного праксиса – наблюдаются искажения начертания букв, т.е. графические ошибки, замена букв и зеркальность.

Тотальная зеркальность в школе встречается редко, обычно встречается зеркальное изображение отдельных букв.

Поскольку это связано с пространственной ориентировкой, то можно говорить, что это дети с недостаточно зрелой пространственной ориентировкой.

5.**АГРАММАТИЧЕСКАЯ** – проявляется в аграмматизмах на письме; наблюдаются ошибки на замены суффиксов и префиксов, могут быть пропуски суффиксов или префиксов, могут быть ошибки согласования, которые проявляются в неправильных окончаниях.

В Ленинградской классификации 4 вида дисграфий выделены в соответствии с психофизиологическим подходом. Пятый вид трактован с психолингвических позиций и не отражает операции письма, а нарушение операции порождения высказывания, ошибка происходит при грамматическом структурировании высказывания. Показывает на нарушение устной речи, которая проявляется в письменной речи.

**Три концепции механизма алалии. Классификация алалии. Характеристика основных форм.**

**Три концепции механизма алалии**.

**1психологическая**.Часть авторов считают что у реб-ка не развиты или недоразвиты неречевые процессы – восприятие, внимание, память. Из-за этого не развивается речь. **2сенсомоторная или психофизиологич**. В этой концепц. трансформированы представления об афазии (локализационистский подход, т.е. речевая функц. система обеспечивается за счет центров речи- моторного и сенсорного). В современном понимании 1 уровень- есть мысль (рожд. в коре) 2 уровень - мысль в речь (подбор языковых средств), 3 уровень- моторный центр речи (двигат. программа) Но если нет перевода мысли в речь, то нет и речи. Сбой происходит на этапе движения. При нарушении мот. центра речи диагносцируется корковая дизартрия. **3. лингвистическая или психолингвистическая.** Согласно ей нарушены операции перевода мысли в речь. По современным данным такие операции осуществляются в третичных отделах гол. мозга, но не в моторн. центре. Моторн. центр Брокка это речедвиг. анализатор, управляет речев. движениями.

**Классификация алалий**

В связи с тем что в основание различения форм положены разные критерии, имеются различные классификации алалии.

**В. К. Орфинская** (1963) разработала лингвистическую клас­сификацию, выделяя по ведущему типу нарушения языковых систем 10 форм алалии с первичным или вторичным нарушением языковых систем: 4 формы моторной, 4 фор­мы сенсорной недостаточности и 2 формы, связанные с двигательно-зрительными расстройствами, лежащими в основе недоразвития речи.

**М. Зееман** (1962) подразделяет центральные расстройства речи (дисфазии) детского возраста на экспрессивные двсфатические нарушения с типичными признаками моторной афазии, аграфии, алексии, с сохранным пониманием, и рецеп­тивные дисфатические нарушения, сходные внешне с сен­сорной афазией.

Авторы подчеркивают существенное отличие афазии детс­кого возраста (алалии) от афазии взрослых: у детей наруше­ния не столь частые и постоянные, так как детский мозг нахо­дится в постоянном развитии и в нем быстрее возникают новые связи и формируются замещающие функции.

По **В. А. Ковшикову** (1985), встречаются импрессивные (сенсорные) и экспрессивные (моторные) формы алалии. Под экспрессивной алалией понимается языковое расстройство, характеризующееся нарушением усвоения языковых единиц и правил их функционирования, что проявляется в невозможности грамматических, лексических и фонематических операций при относительной сохранности смысловых и артику­ляционных операций.

**Е. Ф. Соботович** (1985), анализируя нарушение с учетом психолингвистической структуры и механизмов речевой дея­тельности, выделяет алалии: с преимущественными наруше­ниями усвоения парадигматической иди синтагматической систем языка. При моторной алалии, по мнению Е. Ф. Собо­тович, отмечается нарушение овладения знаковой формой язы­ка (правилами сочетания и использования знаков в процессе порождения речи).

**Белова-Давид** – в основе нарушение той или иной функциональной системы.

***Моторная*** *–* обусловлена нарушением рече-двигат функции. Вызвано поражением речевых зон ГМ, в зависимости от локализации:

*эфферентно* моторная – возникает при поражении премоторной зоны (задняя треть нижней лобной извилииы). Нарушается осуществление моторных программ, страдает экспрессивная речь, кинетическая атаксия (нарушение произвольных движений). Проявляется в нарушении последовательности, серии, координации движений. Реб не м. организовать программирование слова, предложения, нарушается зв-слоговая структура слова, замедляется овладение словарем, нарушается грамматический строй речи. В основе лежит кинетическая апраксия.

*афферентно* моторная – вызывается поражением нижних отд постцентральной зоны. В норме эти зоны принимают информацию от работающих речевых органах. В основе лежит кинестетическая апраксия (нарушение целенаправленных произвольных движений и действий в результате неточностей кинестетических нарушений). Страдает экспрессивная речь (замена звуков артикуляторно близких), искажения зв-слог структуры слова, пропуски звуков, перестановки звуков, сокращение слогов, пропуски звуков. Нарушается формирование словаря, а так же развитие грамматического строя речи.

Ведущее нарушение при моторной алалии – нарушение моторного звена.

***Сенсорная –*** нарушение рече-слуховой функциональной системы. вызывается поражением задней трети верхней височной извилины (з Вернике). в этой зоне осуществляется прием, обработка, анализ рече-слуховой информации (восприятие), хранятся слуховые образы слов. В процессе восприятия речи слушающий соотносит получаемую информацию и эталоны, кот. есть в сознании и т.о.узнает или не узнает. При поражении – не различает звуки акустическо близкие, слова по их акустическому образу (особенно квазиомонимы), нарушается дифференциация форм слова (парта-парты), суффиксы, приставки. В основе – слуховая агнозия (нарушение восприятия и узнавания). В результате нарушается импрессивная речь, вторично – экспрессивная (замены акустическо близких звуков, искажение зв-слоговой структуры слова, аграмматизмы). Реже чем моторные.

***Оптическая –*** нарушение рече-зрительной функциональной системы (зрительной). Поражаются затылочно-теменные отд коры ГМ лев полушария. У реб нарушается связь между зрительным образом предмета и слуховым образом слова. необходимо много повторений чтобы эта связь закрепилась. Особенность является то, что в наибольшей степени страдают те речевые единицы, кот связаны со зрительно-пространственными функциями. У детей трудности усвоения слов, обозначающих зрительные образы (цвет, форму предметов, сверху, снизу и т.д.), трудно овладеть предложно-пажежными конструкциями. При этой форме нарушается усвоение языковых единиц, кот обозначают зрительно-пространственные обозначения, трудно усваивают сложно-подчиненные предложения. На начальных этапах трудно выявить.

**Р. Е. Левина** (1951) предлагает психологическую класси­фикацию нарушения, выделяя:

1.дети с нарушением слухового восприятия. Оно очень не точное и не дифференцированное, плохо различают и отдельные звуки и образы слов. Трудности фонематического различения приводят к замене акустически близких звуков, искажению зв-слоговой структуры слова, ухудшению слуховой памяти, внимания (очень быстро истощается). Напоминает сенсорную алалию по Беловой-Давид.

2.дети с нарушениями зрительного восприятия. Слуховое восприятие относительно сохранно, хорошо различают звуки, слова по акустическому образу. Нарушается четкость, диференцированность зрительного восприятия. Долго не могут различать цвета, формы, пространственную ориентировку, м.нарушаться зрительно-моторная координация. Наблюдается нарушение связи между зрительным предметом и словом. М.наблюдаться оптические дислексии и дисграфии. Похожа на оптическую алалию Беловой-Давид.

3.дети с психической пассивностью. Замедленность, неточность, пассивность во всех психических процессах, слабый мотив в речевом общении. Восприятие – замедленное, неточное, особенно страдают мыслительные процессы. Мышление – замедленное, страдает логика, умозаключение. Нарушается лексика и грамматика.

**Основные принципы и методы логопедической работы при экспрессивной (моторной) алалии. Содержание работы на разных этапах.**

**Моторная алалия** — это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительней сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Алалия — медико-психолого-педагогическая проблема. Областью логопедии является определение принципов и мето­дов коррекционного воздействия, направленного на развитие речи и личности ребенка.

Систематическая логопедическая работа направляется на восполнение пробелов в речевом развитии и подготовку к дальнейшему школьному обучению по специальным программам, или она ведется параллельно со школьным обучением в дополнение к нему. Логопедическая работа должна проводиться комплексно на фоне активного медикаментозного и психотерапевтического лечения, проводимого врачом-психоневрологом (невропатологом, психиатром).

При работе используются разные приемы, методы, которые следует рассматривать не изолированно, а в комплексе.

Работа направляется в первую очередь на создание механизмов речевой деятельности: формируется мотив, коммуникативное намерение, внутренняя программа высказывания, его лексическая разверстка, отбор лексико-грамматических средств, грамматическое структурирование.

В работах Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурия, А. В. Запорожца, П. Я. Гальперина и других исследователей разработана общая теория деятельности и ее положения.

Недопустима стандартизация методических приемов.

Учитывается не только специфика речевого недоразвития, но и особенности личности каждого ребенка, его интересы, компенсаторные возможности. Устраняются воспитательным воздействием невротические наслоения в характере ребенка, ведется работа по воспитанию сознательной целенаправленной личности. Устраняется травмирующее, ребенка воздействие окружающей среды, вырабатывается правильное отношение ребенка к речевому недоразвитию и к работе по его преодоле­нию. Речь совершенствуется в комплексе с развитием сенсорных и общедвигательных возможностей.

Обращается внимание на развитие мелкой моторики: детей учат линовать, раскрашивать, штриховать, завязывать узелки, выкладывать узоры из мозаики и геометрического материала и т. д.

На начальных этапах работы формируется психофизиологическая основа речи. Важно сформировать у ребенка мотивационную основу высказывания, развивать речевую и психическую активность, функции подражательной деятельности и отраженной (репродуцированной) речи.

Преодолеваются не только речевые, но и неречевые нарушения; развиваются процессы анализа, синтеза, внимания, восприятия, обобщения, противопоставления. Ребенка учат различать, называть и систематизировать предметы по форме, величине, цвету, для этого используются различные игры. Ведется обучение выделению и называнию положения предмета по отношению к окружающим *(вверху, посередине* и т. д.) Используют игры с активным перемещением ребенка в пространстве, перестраивания, направленную ходьбу и т.д. Ведется работа по различению деталей фигур и их целостного облика, анализируются сложные фигуры с большим количеством элементов, развивается осмысление конструкций и способность конструировать.

Эффективным для развития речи оказывается использование ритмики и логоритмики, когда музыка, слово и движение, сочетаясь в разных упражнениях, формируют двигательную и речедвигательную деятельность, память, обеспечивают восполнение пробелов в ритмическом, речевом и личностном развитии детей.

Для развития речи необходима практика общения на доступном для ребенка уровне: операции с отдельными словами *(покажи, повтори, назови),* с фразами, не объединенными смысловым контекстом (понимание вопросов, ответы на них в раз­вернутой форме), с фразовым материалом, объединенным смысловым контекстом на фоне эмоциональной и семантически значимой для ребенка ситуации (попросить игрушку, выбрать вид занятий и т. д.), со знакомой картинкой, играми с использованием диалогической и затем монологической речи, с опорой на наглядность и без нее и т. д. Постепенно увеличиваются объем и трудность лексико-грамматического материала.

Работа над речью связана с предметно-практической деятельностью ребенка и опирается на нее. Вырабатывается осознание ребенком собственных действий *(я сижу, иду, несу)* и действий других *(Вова сидит, идет, несет; мяч, упал; лампа горит).* По мере развития речевых возможностей ребенка учат строить связные и полные объяснения по ходу выполняемых действий, по поводу выполненных (отчет) и предстоящих (планирование) действий.

Воспитывая активное внимание, понимание, логопед приучает ребенка внимательно дослушивать фразу до конца, по­нимать оттенки лексико-грамматических форм, вопросы, в которых скрыты разнообразные предметные отношения (Чем едят? Что едят? Из чего едят? Кто моет руки? У кого будут чистые руки? Зачем моют руки? Чем моют? и т. д.)

Важным считается привлечение разных анализаторов — слухового, зрительного, тактильного. Ребенок должен пронаб­людать, прослушать название предмета или действия, изобразить жестом обозначения или назначения, назвать сам и т. д. В результате этого в сознании ребенка возникают дополнительные связи, материал закрепляется прочнее.

В работе используются дополнительные опоры, в том числе символика и моделирование, знаково-символические средства.

Используется преимущественно игровая форма работы, так как она возбуждает интерес, вызывает потребность в общении, способствует развитию речевого подражания, моторики, обеспечивает эмоциональность воздействия.

Вне зависимости от этапа работы воздействие направляется на всю систему речи: расширение, уточнение словаря, формирование фразовой и связной речи, коррекция звукопроизношения, но на каждом из этапов выделяются специфические задачи и особенности содержания работы.

***На первом этапе*** работы основным является воспитание речевой активности, формирование пассивного и активного словаря, доступного пониманию и воспроизведению. Ведется работа над диалогом, небольшим простым рассказом, нераспространенными, затем распространенными предложениями, формируются психофизиологические предпосылки речевой деятельности и первоначальные навыки в ситуации общения.

***На втором этапе*** формируется фразовая речь на фоне усложнения словаря и структуры фразы. Ведется работа над распространением предложений, их грамматическим оформлением, над диалогом и рассказом описательного характера, формируются высказывания как основные единицы речевого действия.

***На третьем этапе*** основным является формирование связной речи — особо сложной коммуникативной деятельности, коммуникативных умений, автоматизация грамматических структур. На каждом из этапов формируются все стороны речевой деятельности.

Путем практических упражнений дети подводятся к по­ниманию связи слов в предложении и учатся правильно от­ражать их в речи. Важно больше внимания уделять анализу, учить наблюдать, анализировать и обобщать языковой материал разного уровня. Из наглядной ситуации ребенком выделяются предметы, действия и на этой основе сравниваются формы слов, конструируются различные предложения. Сначала сравниваются резко контрастные при­знаки предметов, а затем — более сходные.

Используются различные приемы словарной работы: на­туральные (демонстрация предметов, действий, картинок, си­туации), словесные (соотнесение слова с известными словами по сходству, противоположности) и др. Накапливается сло­варь разных частей речи. Виды работы над словарем: подбор предметов к действию *(кто летает, бегает),* называние час­тей целого *(колесо, фара),* подбор однокоренных слов *(лес* — *лесник),* отгадывание предмета по описанию, подбор синони­мов, антонимов, составление уменьшительно-ласкательных слов и т. д. Параллельно с усвоением словаря по темам (игрушки, овощи, семья и т. д.) вырабатывается умение употреблять оп­ределенную грамматическую форму слов (единственное и множественное число, падежные формы и др.).

Выполняя действия с предметами, дети оречевляют их: *лью молоко, наливаю молоко в бутылку, дую на молоко* и т. д. У них вырабатывается умение отвечать на вопросы и задавать их, придумывать предложения по слову, опорным словам, по серии картинок, составлять загадки о предметах, давать сопоставительное описание двух или более предметов и т. д.

 Для автоматизации грамматических структур последовательно отрабатываются разные модели пред­ложений: им. п. и согласованный глагол *(Вова сидит);* им. п., согласованный глагол и прямое дополнение *{Мальчик читает книгу);* им. п., согласованный глагол и два зависимых падежа *(Мама дала девочке книгу* — дат и вин. п.); им. п., согласованный глагол и два других зависимых падежа *(Девочка рисует дом карандашом)* (вин. п. и тв. п.) и т. д.

Общий порядок работы над любой грамматической категорией следующий: сначала ребенок наблюдает, как конструирует определенную модель логопед, затем включается в подражательную речевую деятельность, употребляя и изолированную грамматическую форму, и грамматическую форму в развернутой речи.

Овладение грамматическим строем идет одновременно с обо­гащением словаря и практическим освоением предложения как единицы речи. Усвоение грамматического строя — это дифференциация (разделение, вычленение, расчленение) по слуху и запоминание языковых представлений о том, как и когда используются в речи определенные элементы (суффиксы, приставки, предлоги, окончания и т. д.). Используются беседы, наблюдения за предметом и действием, игры, опора на вербальный образец и т. д.

Постоянно имеется в виду основная задача работы — формирование процесса и средств общения у ребенка. От диалога в межличностном общении постепенно переходят к монологической речи, развивая побуждения к монологической речи (сообщить важную новость, беседа о виденном и т. д.); используется интерес ребенка к окружающему, вырабатывается активное речевое поведение в ситуативном общении.

Обра­щается внимание ребенка на изменение значения и звучания: *погладь руку* — *погладь рукой, нарисуй карандаш — нарисуй карандашом* и др.

При работе над предложением выделяется главная мысль, логическое ударение, используется изменение его места, задания предусматривают ответы на вопросы, распространение и реконструирование предложений. Используя прием синонимизации, предлагают сказать по-другому, выразить ту же мысль, но иными языковыми средствами.

Работа над связной речью начинается с формирования мотива деятельности и организации развернутой программы высказывания. В качестве плана высказывания используются серии сюжетных картин, символика, подстановочные картинки с изображением отдельных эпизодов или отдельных предметов. Дети раскладывают картинки в нужной последевательности, отвечают на вопросы по отдельным эпизодам составляют рассказ по опорным словам, сначала с помощью логопеда, затем самостоятельно. При формировании связной монологической речи закрепляется умение детей строитьотдельные предложения и целостный текст.

Сравнительно рано начинают обучать детей с алалией грамоте, это расширяет их речевые возможности. Обучение гра­моте таких детей требует удлинения сроков и использования специальных приемов. При овладении письменной речью выявляется вторичная дисграфия и дислексия.

Для детей с алалией школьного возраста требуется особая организация обучения, которая осуществляется в условиях школы для детей с тяжелыми речевыми нарушения­ми. Обучение родному языку проводится по специальной программе (К. В. Комаров, 1982; Н. А. Никашина, Л. Ф. Спи-рова, О. А. Токарев и др.)

Дети с легко выраженным недоразвитием речи могут обучаться, хотя и со значительными затруднениями, в общеобра­зовательной школе, а параллельно заниматься на логопедическом пункте.

Для подготовки детей к школьному обучению служит организация специализированных дошкольных и медицинских учреждений (логопедические группы или детские сады для детей с тяжелыми нарушениями речи, стационары, санатории). В каждом из учреждений проводится согласованная работа медико-педагогического персонала, направленная на формирование речи у детей, обеспечивается единый речевой режим. Воспитатели ведут подготовку к логопедической работе или закрепляют ее (формирование понятий, обогащение словаря, развитие и уточнение речевых оборотов, развитие связной речи и т. д.). На логопедических занятиях дети практически овладевают моделями словообразования и словоизменения, построением предложений и связного текста, у них формируется фонематическое восприятие и звуковой анализ.

Многие дети с алалией получают начальную помощь у логопедов в детских поликлиниках и психоневрологических диспансерах.

Обучение речи наиболее тяжелых детей идет успешнее в условиях стационара, где есть возможность целенаправленно осуществлять весь комплекс: медико-психолого-педагогических мероприятий, направленных на развитие речи и личности ребенка с алалией, обеспечить контакт в работе логопеда, воспитателя, врача.

Логопедическая работа эффективна только при систематическом специфическом лечении ребенка.

Мощным источником речевого развития таких детей является их общение с нормально говорящими людьми.

Работа производится преимущественно в группе, при этом используется детская подражательность, создается эмоциональный фон, эффект соревнования, у детей формируется навык коллективной работы, что важно для предстоящего школьного обучения и социальной адаптации.

Работа строится индивидуализированно в зависимости от речевых и личностных особенностей детей.

Отмечен неравномерный темп усвоения речевого материала разными детьми. Авторы называют различные сроки ликвидации алалии: одни считают, что достаточно нескольких месяцев (Либманн, 1924), другие полагают, что работа должна вестись годами и прогноз неопределенный (М. В. Богданов-Березовский, 1909). По мнению В. К. Орфинской, Л. В Мелеховой, вопрос о сроках начала работы и продолжительности ее должен решаться в каждом случае особо, исходя из характера и степени речевого недоразвития, из индивидуальных особенностей ребенка и других факторов. Наиболее бла- гоприятным возрастом для начала работы являются 3—4 года когда у ребенка появляется стремление к знаниям, необходимые для работы активность, осознанность, заинтересованность критичность.

Положительная динамика при алалии выявляется при учете следующих факторов: раннее распознавание недоразвития, своевременное предупреждение вторичных отклонений, учет нормального онтогенеза, системность воздействия на все компоненты речи с преимущественным акцентом на преодоление лексико-грамматического недоразвития, дифференцированный подход к детям, формирование речи с одновременным воздействием на сенсорно-интеллектуальную и аффективно-волевую сферу, единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности и др.

**Комплексное обследование детей с алалией.**

1.Анкетные данные

2.Сведения о родителях

3.Общий анамнез (беременность, роды, крик, асфиксия, сидит, стоит, первые зубы и т.д.)

4.Данные о развитии речи (гуление, лепет, первые слова и т.д.)

5.Логопедическое обследование Состояние неречевых психических функций Исследование восприятия

**Зрительное восприятие**

Для исследования состояния ***предметного гнозиса*** рекомендуется применение следующих приемов.

**Предъявление предметных картинок.** Логопед раскладывает перед ребенком от 2 до 5 картинок (в зависимости от возраста), предлагает посмотреть на них и затем по речевой инструкции логопеда показать названную картинку. При этом логопед называет первую или последнюю картинку в ряду, а далее — все остальные. Предметные картинки подбираются из логических групп слов (семья, одежда, посуда, животные и т. д.).

**Предъявление контура.** Ребенку предлагается узнать по контуру изображенный предмет. Поскольку экспрессивная речь у ребенка с алалией не сформирована, снижена или отсутствует речевая активность, то логопед предлагает не назвать, а показать соответствующее контуру изображение. Перед ребенком выкладываются 2 предметные картинки, и предлагается внимательно на них посмотреть, затем лого­пед под ними выкладывает контур одного из изображений и просит ребенка показать ту картинку, которую он узнал по предложенному изображению.

**Предъявление неполного рисунка.** Ребенку предлагается посмотреть на рисунок знакомого предмета без существенной детали, по которой достаточно легко узнается изображение, например, слон без хобота, белочка без пушистого хвоста, заяц без длинных ушей, машина без колес и т.д. Инструкция: «Покажи слона», «Покажи белочку» и т.д.

**Предъявление перечеркнутых фигур.** Логопед выкладывает перед ребенком 3—4 изображения, перечеркнутые раз­ными линиями — горизонтальными, вертикальными, вол­нистыми, например, домик, яблоко, елочка, машинка.

**Предъявление наложенных друг на друга изображений** предметов (проба Поппельрейтера, 1917). Детям с алалией логопед показывает только два контрастных изображения, например, елочку и яблоко, машинку и мячик. Инструкция: «Посмотри внимательно на эту картинку и обведи пальцем то, что на ней увидел». Если может, ребенок называет то, что он обвел.

Для исследования состояния ***цветового гнозиса*** применяют следующие приемы. **Предъявление цветных фигур*.***Логопед раскладывает перед реб 6 квадратов с основными цветами (красный, желтый, зеленый, синий, белый, черный).По речевой инструкции логопеда «Покажи красный квадрат (желтый и т.д.)» реб указывает на соответствующий квадрат. Таким же образом проверяется знание оттенков: голубой, оранжевый, розовый, коричневый, серый.

*Дифференциация цвета:* перед ребенком кладутся два квадрата разного цвета, например, красный и белый, или синий и желтый, логопед предлагает посмотреть внимательно на них и показать красный квадрат или синий. *Подбор картинки к цветовому фону.* Логопед использует квадрат определенного цвета, например, красного, и 4 предметные картинки с изображениями предметов красного цвета (свекла, вишня, помидор, яблоко), эти картинки разложены среди других, на которых изображены предметы синего, желтого, белого или других цветов. Логопед предлагает посмотреть на картинки и выбрать среди них те, на которых изображения только красного цвета, и положить их на красный квадрат. Таким же образом ребенок подбирает изображения желтого цвета (например, луковица, репа, подсолнух, одуванчик) и выкладывает картинки на квадрат желтого цвета, т. д.

**Слуховое восприятие**

При исследовании ***слухового гнозиса*** используются звучащие игрушки.

**Определение направления звука.** Игра «Где позвонили?»

Логопед за спиной ребенка звонит в колокольчик вверху, визу, справа, слева и просит показать рукой, где он услышал звучание,

**Дифференциация звучащих игрушек.** Перед ребенком выкладываются две контрастно звучащие игрушки (бубен — дудочка, барабан — гармонь, бубен — погремушка), логопед извлекает звуки на глазах ребенка, ребенок сам может поиграть в звучащие игрушки. Затем ребенок отворачивается, логопед вызывает звук одной игрушки из пары. Повернувшись, ребенок показывает на ту игрушку, звук которой он услышал.

**Пространственный праксис**

При исследовании схемы тела логопед просит ребенка показать правую, затем левую руку у себя, затем показать правую, левую руку у логопеда, сидящего напротив ребенка, после этого выполняются речевые пробы Хэда,

Указанные задания логопед предлагает детям в возрасте от 5 лет и старше.

Обследуя зрительную ориентировку ребенка в пространстве, логопед просит его хлопнуть в ладоши перед собой, позади, вверху, внизу.

При демонстрации действий с предметами можно использовать большой и маленький кубики, игрушечную собаку и домик, куклу и игрушечный стульчик и т. д. Логопед просит положить (поставить) один предмет по отношению к другому *за, в, на, под, между.*

**Конструктивный праксис** Логопед использует приемы:

• складывание пирамидки;

• складывание доски Сегена;

• складывание разрезных картинок из 2, 3 частей, разрезанных по вертикали, затем по горизонтали. Если ребенок выполнит эти задания, можно предложить сложить картинку, разрезанную по диагонали.

• складывание фигурок из 2—4 палочек по образцу; при выполнении этих заданий предложить складывание фигурок по памяти. Логопед складывает фигуру, просит ребенка посмотреть и запомнить, затем убирает палочки, и ребенок воспроизводит фигуру по памяти.

**Динамический праксис**

Применяется воспроизведение ритмов:• Кулак — ребро — ладонь.

**Исследование моторики**

**Общая моторика.** Ребенку предлагается выполнить сле­дующие задания:

пройти по начерченной на полу линии;

попрыгать на двух ногах, продвигаясь вперед;

попрыгать попеременно на одной ноге и на другой;

ударять ладонью по мячу об пол;

повернуться туловищем вправо — влево.

**Ручная моторика.**

® сжать кулаки — разжать;

® похлопать в ладоши;

® сжать кулак правой руки и ударять им по ладони левой руки, затем наоборот;

® согнуть руки в локтях, поставив их перед собой, и вы­полнять круговые вращательные движения кистями рук наружу, затем вовнутрь.

**Пальчиковая моторика**

показать 2-й и 3-й пальцы сначала на правой, затем на левой руке, на обеих руках; показать 2-й и 5-й пальцы, последовательность выполнения та же;

сложить все пальцы в кольцо таким образом, чтобы 2-й, 3-й, 4-й и 5-й пальцы касались первого попеременно соединять все пальцы с 1-м, начиная со 2-го на правой руке, затем то же повторить в обратной последовательности; застегнуть пуговицу: сначала большого, затем среднего и, наконец, маленького размера; завязать бантик.

Отметить координацию движений рук, ног: правильная, неправильная, отсутствует; чувство равновесия: есть, нет; осанку: правильная, сутулость; объем движений: полный, неполный; переключение движений: своевременное, замед­ленное, отсутствует; самостоятельность выполнения: пол­ная, с помощью логопеда; сопутствующие движения: есть, нет; леворукость: есть, нет.

**Исследование зрительной памяти**

Задание: запомнить и найти 3—4 изображения однородных предметов: фруктов, овощей, мебели.

Ребенку предлагается запомнить 3—4 изображения предметов, затем они выкладываются в ряду с другими изобра­жениями (не более 10). Логопед просит ребенка показать те картинки, которые он ранее запомнил.

Задание: запомнить и показать, что изменилось в ряду из 2, 3, 4, 5 предметов. Инструкция: «Посмотри на эти игрушки: это зайка, это ежик. Покажи сам, где зайка, где ежик. Отвернись». Логопед меняет местами игрушки, просит ребенка посмотреть и поставить игрушки так, как они стояли. При увеличении ряда логопед меняет местами пер­вую и последнюю игрушки (феномен края). Если ребенок выполняет задания с игрушками, можно предложить выполнить подобные с предметными картинками.

Задание: сравнить две игрушки и найти в них сначала сходство, затем различие с помощью вопросов логопеда. Например, показать двух кукол, одетых в одинаковые пла­тья, туфельки, но с бантами разного цвета в волосах.

**Состояние интеллекта**

Предложить ребенку разложить 3 (если выполнит, то 4) картинки в последовательности изображенных на них собы­тий. Логопед может оказать помощь ребенку в определении первой картинки. Последующее самостоятельное выполнение задания ребенком оценивается как правильное.

**Исследование импрессивной речи**

Приводимые ниже задания предлагаются детям с алалией в возрасте 5 лет и старше.

**Понимание связной речи.** Логопед эмоционально читает ре­бенку небольшой рассказ, сказку и проводит беседу с ребенком; беседа сопровождается показом сюжетных и предметных карти­нок, помогающих ребенку понять содержание прочитанного.

**Понимание распространенных предложений** по сюжетным картинкам: «Покажи девочку, которая ловит бабочку», «Покажи девочку, которая держит мяч», «Покажи бабушку, которая вяжет носки», **Понимание различных грамматических форм:** конструкций с различными падежными формами с использованием простых сюжетных картинок: «Покажи, чем девочка ловит бабочку?», «Кого ловит девочка?», «Кто ловит бабочку?»; предложных конструкций с предлогами НА, В, ПОД, ЗА, НАД, ИЗ, ОКОЛО и др. Инструкция: «Положи мяч под стол», «Возьми кубик из ящика», «Посади куклу на стул», «Нарисуй дерево около дома»; дифференциация единственного и множественного числа существительных: «Покажи, где на картинке мяч, где мячи?», «..., где чашка, где чашки?» и т. д.; дифференциация глаголов с различными приставками. Ребенку предлагается показать на картинках, где маль­чик вышел из дома, перешел через улицу, подошел к дому, вошел в дом и т. д.

**Понимание сложноподчиненных предложений.** Показать на картинках: «Лена потеряла карандаш, который был у Коли. Чей это был карандаш?» Ответить на вопрос: «Дети пошли в лес за грибами после того, как прошел дождь. Когда дети пошли за грибами: до дождя или после дождя?»

**Исследование пассивного словаря**

**Понимание обобщающих слов с деталями:** для детей 5 лет: части тела, детали одежды; для детей 6 лет: детали мебели, транспорта.

**Понимание названий детенышей домашних и диких животных** (для подготовительной группы). Логопед раскладывает перед ребенком изображения животных и их детенышей и называет: «У кошки котенок» (ребенок показывает и т. д.). «У лошади жеребенок», «У собаки щенок», «У коровы теленок», «У белки бельчонок», «У тигра тигренок», «У медведя медвежонок» и т.д. Понимание слов с противоположным значением (для подготовительной группы). Процедура та же: логопед называет, ребенок показывает на картинках:

Объем пассивного словаря: соответствует ли возрастной норме (для этого логопед ориентируется на данные исследователей, изучавших развитие словаря у детей в раннем и дошкольном возрасте, например, на работы А. Н. Гвоздева).

**Исследование экспрессивной речи**

**Общая характеристика речи:** есть речь или отсутствует, лепетная речь, речь отдельными словами или фразовая.

**Исследование звукопроизношения** можно проводить только у детей с эфферентной моторной алалией, у которых от­носительно сохранна кинестетическая основа речи. Логопед учитывает желание ребенка называть (или не называть) картинки на определенные звуки по логопедическому альбому. У детей с афферентной моторной алалией состояние звукопроизношения не исследуется, поскольку у них к 5 годам еще не сформирована кинестическая основа речи. Логопед может отметить состояние звукопроизношения у детей на основе тех образцов речи, которые имеются у ребенка, или в отраженной речи, если у ребенка имеется желание повто­рять слова за логопедом.

**Строение артикуляторного аппарата:** губ, зубов, челюс­тей, неба, языка определить визуально и отметить имеющиеся отклонения.

**Состояние речевой моторики** исследуется дифференциро­вание: у детей с моторной афферентной алалией не прове­ряется способность выполнения отдельных артикуляторных движений, так как у них не сформирована кинестетическая основа речи. По подражанию логопеду им предлагается ряд (серия) движений типа: для губ — вытянуть вперед — улыбнуться — губы хоботком и подвигать ими вправо — влево. Для языка — открыть рот — показать широкий язык — поднять его на верхнюю губу — опустить на нижнюю губу — убрать в рот — закрыть рот. Для мягкого неба — широко открыть рот — покашлять с открытым ртом — закрыть рот.

У детей с моторной эфферентной алалией не проверяется способность выполнения серии артикуляторных движений, так как у них не сформирована кинетичекая основа речи. По подражанию логопеду им предлагаются отдельные артикуляторные движения, типа: для губ — выдвинуть губы вперед — покой. Для языка — показать широкий язык или показать узкий язык.

**Состояние слухо-произносительной дифференциации фо­нем:**

фонетически резко различающихся: [Р] — [С], [Л] — [П], [3] - [Т]; фонетически близких: [М] - [Н], [П] - [Б], [Т] — [Д], [К]-[Г].

Методика общепризнанная: с данными фонемами ребенку предлагается повторить слоги.

**Исследование активного словаря**

**Состояние предикативного словаря** по указанным ниже заданиям выявляется у детей в возрасте 5 лет и старше. Об­следование начинается с выяснения состояния глагольного словаря. Это обусловлено тем, что логопед в процессе коррекционной работы прежде всего развивает и обогащает глагольный словарь. Глагол является основой фразы и способ­ствует развитию внутренней речи, которая, по мнению Л. С. Выготского, предикативна. Внутренняя речь является особым психологическим состоянием, которое занимает промежуточное положение между мыслью и внешним высказыванием. Формирование внутренней речи оказывает положительное влияние на развитие мышления и экспрессивной речи. Задание. Назвать действие по предъявленному предмету. Логопед использует предметные картинки. «Что делают ручкой?» Ответ ребенка (или с помощью логопеда): «Пишут». «Ножом?» ... (с продолжающейся интонацией), ребенок: «Режут». Далее: ножницами стригут, ложкой едят, карандашом рисуют (пишут), кистью красят, топором рубят, пилой пилят, молотком забивают, щеткой чистят, иголкой шьют и т. д.

Задание. Сказать, кто как передвигается или в каком состоянии находится: щука плавает, ласточка — ..., кузнечик — ..., змея — ..., лошадка — ..., собака — ..., корова — ..., самолет — .... Используются предметные картинки, на которых изображены соответствующие действия. Подобрать антонимы к следующим словам: входит — ...закрывает — ... встает — ... поднимается — ... ползет — ..бежит — ...улетает — ... ложится — ... плачет — ...

**Состояние номинативного словаря.** Задание. Назвать пред­метные картинки по темам: игрушки, семья, посуда, мебель, одежда, обувь, части тела, животные, растения, люди разных профессий, картины природы, транспорт.

Задание. Назвать предметы по описанию: «Как называется предмет, которым расчесывают волосы?» «Как называ­ется предмет, которым намыливают руки?» «Как называется предмет, которым вытирают руки и лицо после умывания?» «... предмет, которым рисуют красками?» «... предмет, который лежит под головой, когда человек спит?» «... предмет, которым вышивают?» «... предмет, по которому смотрят фильмы и передачи?» «... предмет, на котором любят качаться дети?» «... предмет, которьм мальчики играют в футбол?» и т.д.

Задание. Подобрать родственные однокоренные слова к следующим словам: земля, лес, поле, вода, радость, след, скорость, зима и др.

**Состояние атрибутивного словаря.** Задание. Подобрать определения к словам: туча, море, небо, город, дорога, трава, тигр, слон, зайчик, машина, ягода, окно, сад, компот, лимон, ножик и др.

Задание. Подобрать антонимы к следующим словам: холодный, ловкий, ленивый, толстый, твердый, тупой, робкий, сухой, тесный, черный, кислый, высокий и т.д.

*Отметить:* точность употребления слов, дать характеристику активного словаря: звукоподражания, лепетные слова. Наличие глаголов, наречий, прилагательных, местоимений, существительных исследуется в том случае, если ребенок выражает желание говорить по подражанию.

**Способность воспроизведения** речевого материала (ряда звуков, слогов и слов) проверяется у детей с афферентной моторной алалией, у которых относительно сохранна кинетическая мелодия речи (по А.Р.Лурия).

Предъявляемые слова при исследовании слоговой струк­туры слова и звуконаполняемости: пуговица, простокваша, лекарство, помидоры, сквозняк, телевизор, сковорода, температура, свисток, скворечник, милиционер, аквариум.

Предъявляемые предложения: «Ребята слепили снеговика. Волосы подстригают в парикмахерской. Милиционер едет на мотоцикле. В аквариуме плавают рыбки». Логопед записывает ответ ребенка транскрипцией.

**Исследование грамматического строя речи**

**Исследование способностей словоизменения**

**Изменение слова по падежам.** Логопед показывает ребенку карандаш и говорит: «У меня карандаш (ребенок повторяет самостоятельно или с помощью логопеда). У меня нет ... (с продолжающейся интонацией)». Ответ ребенка: «Карандаша». И далее: «Я протягиваю руку к ... (карандашу). Я беру в руки ... (карандаш). Я рисую домик ... (карандашом). Я мечтаю о красном... (карандаше)».

**Преобразование имени существительного** в именитель­ном падеже единственного числа во множественное. Логопед показывает ребенку предметные картинки, на которых изображены один предмет и несколько предметов: стол — столы, ухо — уши, лист — листья, пень — пни, кукла — куклы, рот — рты, глаз — глаза, стул — стулья, дерево — деревья, рукав — рукава, окно — окна, воробей — воробьи.

**Образование форм родительного падежа** имен существи­тельных в единственном и множественном числе. Логопед показывает предметные картинки с изображением различ­ного количества предметов, ребенок называет их. Затем логопед убирает картинку, на которой несколько предметов, и осторожно побуждает ребенка сказать слово, стоящее в родительном падеже множественного числа: шар — шара — шаров мяч —……дерево — ..... окно — окна — окон дом — ... — ... шапка — ... — ...

**Согласование прилагательных с существительными** единственного числа в роде: шар — голубой чашка — голубая платье — голубое мяч — ... машина — ... ведро — ...

**Согласование числительных** «два» и «пять» с существ:

тельными: дом, жук, ведро, рыбка, шар, вишня, огурец, я локо, крыша, ботинок, шапка, арбуз.

**Исследование способности словообразования**

**Образование существительных** с уменьшительно-ласкательными суффиксами. Логопед использует предметные картинки с изображениями предметов разной величины: стол — столик, ложка — ложечка, кукла — куколка, ковер — коврик, окно — окошечко, кровать — кроватка

**Образование прилагательных от существительных** (под­готовительная группа). Логопед: «Стол из дерева. Какой стол?» и сам отвечает: «Деревянный». И далее предлагает ребенку следующие словосочетания: шуба из меха — (меховая), стаканчик из бумаги — (бумажный), мяч из резины — (резиновый), кувшин из стекла — (стеклянный), платье из шелка — (шелковое), замок из железа — (железный), платок из шерсти — (шерстяной), кофточка из кружев — (кружевная).

**Образование глаголов движения** с помощью приставок ПРИ, У, ДО, ПЕРЕ, ВЫ, ОБ, С (подготовительная группа). Слова для предъявления: ходить, бежать —..; летать — ....

**Исследуя характер употребления предложных конструкций,** показать, а затем спросить у ребенка, где лежит карандаш (на столе, в коробке, под книгой); произнести фразу без предлога и предложить ребенку вставить необходимый предлог: «Лам­па висит — ... столом. Мяч упал —... пол. Птичка слетела —... ветки. Игрушки висят — ... елке».

**Состояние фонематического анализа, синтеза и фонематических представлений**

**Фонематический анализ**

**Выделение звука на фоне слова** по картинкам и на слух (после показа логопедом). Инструкция: «Слышишь ли звук [Ш] в слове ШШУБА?» (логопед произносит звук в изолированном положении и в слове интонированно, т. е. более продолжительно). И далее: «Слышишь ли звук [Р] в слове ПАРР? звук [Ж] в слове ЖЖУК? звук [Ч] в слове МЯЧ? звук [Щ] в слове ЩЩЕПКА? звук [Л] в слове ЛЛАМПА?».

**Выделение на слух ударного гласного** из начала слова. Сло­ва для предъявления: Аня, Оля, утка, Ира, окна.

**Определение места, последовательности и количества зву­ков** в слове (подготовительная группа). Например, определе­ние места звука в слове (глобально: в начале слова и в конце).

Инструкция: «Какой звук слышишь в начале слова ШАПКА? Какой звук слышишь в конце слова ДУШ?».

**Фонематический синтез**

Логопед предлагает ребенку составить слово из звуков, произнесенных логопедом в ненарушенной последователь­ности: [С], [Ы], [Р]; [Н], [О], [С]; [О], [С], [А]; [Л], [А], [П],[А].

**Фонематические представления**

Логопед предлагает ребенку выбрать и отложить картинки, в названиях которых есть звук [С] или другой заданный логопедом звук, затем подобрать слово с заданным логопедом звуком (если у ребенка есть в речи отдельные слова)

При обследовании речевой активности следует отметить: самостоятельно вступает в контакт, с помощью, стремится к общению, негативен.

По окончании обследования логопед записывает уточненный диагноз.

**Импрессивная (сенсорная) алалия, её основные симптомы.**

**Сенсорная алалия –** обозначается отсутствие или резкое ограничение способности понимать речь при наличии достаточной для развития речи остроты слуха и достаточной интеллектуальной способности.

***Этиология***: есть причины органического поражения ц.н.с. Все эти причины: наследственность, пренатальная патология или патология беременности, родов, ранние повреждения г.м. в виде травм или ифекционных заболеваний.

Трауготт приводит пример компенсации г.м. ***Патогенез*** сенсорной алалии: патогенез сенсорной алалии до сих пор рассматривается только с позиции сенсомоторной концепции, а именно – в основе лежит выраженное недоразвитие речеслуховых анализаторов. В грубой форме ребенок не способен различать как речевые так и неречевые звуки. Он затрудняется в локализации источника звука, т.е. не может определять откуда идет звук (в определении расстояния до источника звука). В менее грубой форме ребенок может хорошо различать неречевые звуки, но испытывает существенные затруднения при различении звуков речи.

Состояние слуха было подробно исследовано Трауготт. Она вместе с сотрудниками обнаружила специфику в работе речеслуховых анализаторов у таких детей, которую она назвала замыкательная апопатия. Наблюдается пониженная возбудимость слухового анализатора, слабость внутреннего торможения и нарушение подвижности нервных процессов. Недостаточная работа речеслухового анализатора приводит к снижению слуха.

***Симптомы***:

Важный момент – состояние слуха.

1 – есть снижение слуха, достаточное для понимания речи. М.б. тугоухость 1 и 2-ой степени по классификации Нейтмана, при которой ребенок воспринимает шепотную речь хотя бы на расстоянии 1 м. Это снижение слуха протекает по центральному типу, т.е. имеет сходство с нейросенсорной тугоухостью. Характерно непостоянство слуховых порогов, а именно – одну и ту же громкость звука дети то слышат, то не слышат. Могут лучше воспринимать тихие звуки, чем громкие. Отличаются результаты исследования слуха в разные дни и в один день, но с помощью разных приемов. Выраженные нарушения слухового внимания, это может объяснятся тем, что звуки не значимы для детей. Обычно, знакомые привычные звуки ребенок слышит лучше чем незнакомые. М.б затруднены различные операции с неречевыми звуками (локализация звука в пространстве, оценка расстояния до источника звука, запоминание и воспроизведение ряда звуков, сопоставление звуков между собой, сопоставление звука и источника звука, классификация неречевых звуков – ребенок слышит шум воды, но когда вода переливается из стакана в стакан уже не определяет).

***Проблемы речевого слуха***

Некоторые дети могут различать отдельные речевые звуки, но не могут различать сочетания этих звуков или не могут различать звуки, включенные в слово (хорошо различают звук **р,** а в слове уже не различают). Повторение звуков может совершаться успешно, но есть дети, которые не могут повторить даже отдельные звуки и тем более их сочетания.

***Состояние речи***

Затруднения в понимании речи могут быть выражены в разной степени. Обычно до обучения - понимание речи отсутствует. Есть дети, которые достаточно не плохо понимают речь и затрудняются лишь в различении фонетически сложных слов. При понимании речи может наблюдаться специфическая симптоматика, а именно: персеверация (задаем слово лиса, а он показывает медведя) в понимании, симптом отчуждения смысла слова при утомлении, изменении обстановки (перестает понимать слова, которые раннее понимал). Отчуждение смысла слова может появляться в отношении собственного имени. Этот симптом был изучен Маевской. Она обнаружила, что отчуждение смысла слова четко прослеживается на уровне изолированных слов. На уровне фразы и словосочетания он практически не наблюдается, но на уровне текста отчуждение становится часто встречающейся ошибкой. Вследствие чего, ребенок не может понять содержание текста. Нужно начинать с фразы, затем к словам, затем к тексту. Когда воспринимается изолированное слово, ребенок не может опираться на контекст (другое слово). В словосочетании и фразах ребенок опирается на контекст, но делает он это не так быстро, как в норме. Следовательно, уловить содержание текста он не может. Понимание может улучшиться при усилении громкости речи, но чаще бывает наоборот. Понимание может улучшиться при повторном предъявлении слова, но может при этом наблюдаться отчуждение смысла. С возрастом развиваются компенсаторные возможности. Он может понимать речь за счет обстановки, жестов, мимики, интонации. Окружающие переоценивают способность такого ребенка понимать речь. Симптом, который проявляется в экспрессивной речи – эхолалия (повторяет последнее слово вопроса). Она показывает, что ребенок не сразу понимает смысл фразы. Способность подражания есть. Трауготт отмечала, что дети, способные к эхолалии, лучше осваивают речь. Способность эта различна. Одни дети воспроизводят лишь контур усвоенного слова (это гласная или гласная с небольшим количеством согласных – трактор может воспроизводиться как тата). Могут повторять сочетания из двух гласных, могут повторять слова не понимая их смысла. Некоторые дети не могут повторять даже отдельные гласные в условиях зрительного восприятия артикуляции, т.е. перед нами он видит, что мы произносим. Некоторые авторы пишут о том, что детям присуща логорея (избыточная непродуктивная речь). У детей с аутизмом логорея м.б. Может появляться повышенная речевая тормозимость (особенно в новой обстановке).

***Неречевые симптомы***

То, что сопутствует. Органические поражения г.м. Нарушение восприятия (слухового), внимания (слухового), памяти слуховой, эмоционально – волевой сферы, аутизм.

**Дифференциальная диагностика сенсорной алалии и нарушения речи у слабослышащих. Пути преодоления сенсорной алалии.**

Нарушение понимания при сенсорной алалии существенно отличается от нарушения, вызванного снижением слуха. Наблюдения показывают, что обычно у слабослышащих бывает достаточно стабильный, устойчивый порог восприятия, ниже которого дифференциация звуковых сигналов становится невозможной. Сенсорное же нарушение отличается от сниженного слуха отсутствием четкого порога восприятия, у ребенка отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: сигналы одинаковой громкости то воспринимаются, то не воспринимаются. Это зависит от повышенной возбудимости или заторможенности ребенка, от его соматического и нервного состояния, от психической активности, особенностей окружающей среды, обстановки обследования, способов подачи сигналов и ряда других факторов. Недоразвитие или ран­нее поражение мозга приводит к снижению работоспособности незрелых мозговых клеток, в которых не могут нормально протекать высшие нервные процессы.

Иногда дети лучше воспринимают речь окружающих утром — после ночного сна рабочая функция коры мозга выше, а к вечеру по мере нарастающего утомления понимание речи ухудшается. В других случаях дети лучше воспринимают речь вечером, так как, видимо, утром еще продолжает действовать тормозной фон после ночного сна, а к вечеру, по мере трени­ровки, восприятие несколько улучшается, клетки мозга как бы включаются в рабочий ритм.

Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание слабослышащих детей и приводит к обратному эффекту у детей с сенсорной алалией. Сверхсильные раздражители вызывают запредельно охранительное торможение в коре головного мозга, и недоразвитые клетки впадают при этом в состояние функциональной блокады, повышается тормозной процесс, клетки выключаются из деятельности. Более тихую спокойную речь ребенок с сенсорной недостаточностью обычно воспринимает лучше, чем речь повышенной громкости, крик. Использование слуховых аппаратов улучшает восприятие слабослышащих и не приводит к улучшению восприятия при сенсорной алалии.

В отличие от слабослышащих дети с сенсорной алалией часто имеют *гиперакузию*— повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, шуршание спичек в коробке, звук капающей воды, тихий скрип и т. д. Слабослышащие эти сигналы не воспринимают. Дети с сенсорной алалией воспринимают такие звуки обостренно, дают на них болезненную реакцию: проявляют беспокойство, плачут, жалуются на боль в ушах и голове, на другие неприятные ощущения. Это является лишним свидетельством сохранности у ребен­ка слуха и показателем того, что непривычные звучания иногда становятся сверхсильным раздражителем для незрелых клеток коры мозга. Иногда на незнакомые звуки любой гром­кости дети с сенсорной алалией не реагируют совсем.

Дети с сенсорной алалией спонтанно могут повторить от­дельные слоги, звукосочетания, слова и короткие фразы, вос­принимаемые ими из окружающего, без специального обучения, хотя повторение их является нестойким. Дети с нарушенным слухом в тяжелой степени самостоятельно обыч­но почерпнуть слова и фразы из окружающего не могут. Под­ражание звукам при сенсорной алалии непостоянно и во многом зависит от ситуации. Сенсорное нарушение характеризуется тем, что дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими слов. Пассивный словарь ребенка неустойчив и заметно отстает от активного. Часто ребенок называет предмет в любой ситуа­ции, а узнает его название только избирательно в определенных условиях. У детей с нарушением слуха в результате спе­циального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом и эта связь устойчивая.

Состояние голоса у слабослышащего и ребенка с сенсорной алалией различно. Так, у слабослышащих он лишен звучности, звонкости, громкости, речь их недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности. А у детей с сенсорной алалией голос нормальный, они продуцируют звуки и слова с нормальными модуляциями и интонациями.

Слабослышащие дети более контактны, чем дети с сенсор­ной алалией.

**Пути преодоления сенсорной алалии**

Обследование ребенка. Работа проводится с учетом симптоматики расстройства:

1. установить контакт с ребенком

- ситуативное – личностное общение (эмоциональное) – общение по поводу самого ребенка.

 - ситуативное – деловое, оно же предметное. Это общение по поводу предметов в окружении.

 - внеситуативно – познавательное – раскрываются отношения между предметами.

 - внеситуативно – личностное – раскрываются отношения между людьми.

Вопросы.

С ребенка постепенно переключаются на предметы. В процессе начала общения мы вырабатываем систему жестов, доступных для понимания ребенка. Использовать игрушку, чтобы ребенок понимал - что хорошо, что плохо (если молодец, то гладим по головке и куклу гладим). Главное, чтобы ребенок понял, когда задается вопрос, мимика и ответы.

Проводим развитие неречевых психических процессов: дифференциацию по цвету, рядообразование по интенсивности, по цвету, отрабатываем понятие величины, формы.

Постепенно переходим к развитию его слуховой сферы. Сначала учим сопоставлять неречевые звуки с предметом. Для этого используются звучащие игрушки. Задача – научить ребенка искать игрушку по звуку. Можно спрятать игрушку (накрыть полотенцем). Затем издаем звучание игрушкой и задаем вопрос - где? Следовательно, когда издаем звук, заинтересовываем ребенка своим выражением лица. Показать жест – слушай. Затем продемонстрировать, что нужно искать. Перед этим можно поиграть, просто спрятав игрушку. Затем показываем, что предмет обнаружен, показываем как она звучит. Затем демонстрируем звучание одной, другой игрушки, прячем игрушки за ширму. Затем задаем вопрос, что прозвучало (руками). Когда ребенок справился с двумя стимулами, то добавляем третий. Работа должна продолжаться на протяжении всего коррекционного курса.

Затем восприятие речевых звуков. После работы с игрушками переходим к соотнесению звуковых предметов и явлений окружающей среды (переливание воды, разрезание бумаги, звук шагов, трения). Даем 1 минуту тишины, затем спрашиваем – какие звуки они слышали, в каком порядке они звучали.

Развитие речевого слуха

После того, как ребенок дифференцирует звучащие игрушки, мы берем игрушки, которым соответствуют определенные звукоподражания. Нужно, чтобы это была новая игрушка. Сама игрушка звучания не издает (кошку ставим и говорим мяу). Когда ребенок начинает сопоставлять, то берем следующую. Когда ребенок будет различать звукоподражания, тогда заменяем звукоподражание своим словом. Играем в эту игру, меняясь ролями. У ребенка возникнет потребность имитировать это звучание. Наша задача – поощрять. Если у ребенка не получится, то постепенно накапливаем словарь (экспрессивный и импрессивный), формируем фразы в той же последовательности, как и в нормальном онтогенезе (сначала фраза из 2-х слов, одно слово опорное – вот на, а второе слово меняется – вот мышка, вот кукла). Затем формируется фраза – сущ. + глагол с опорой на заданный образец (тётя идет, тётя сидит). Затем расширяется фраза прямым дополнением (мама несет книгу). Затем работа над грамматикой – изменение сущ.-х в числе, падеже. Всегда отрабатываем параллельно сущ. и глаголы, постепенно присоединяем прил. и другие части речи. Затем распространяем фразы и переходим к работе над связной речью. 2 этапа:

1. сформировать функцию планирования высказывания. Планирование задается в виде внешних опор (м.б. серия картин, серия предметных картин, значки, символы). Сначала нужно указать форму, цвет, величину.
2. Лексико – грамматическая наполняемость. Отрабатывать слова и речевые обороты, которые будут использованы в тексте.

Важное направление – работа по развитию фонематич. системы (3 функции фонематич. системы, 5 форм фонематич. анализа, фонем. синтез, фонем. представления, нормал. артикуляция….

Суффиксальный, префиксальный, сложнее корневой – способы словообразования.

При работе с детьми с сенсорной алалией – помнить о повышенной утомляемости речеслухового анализатора. Следовательно, материал давать дозировано, при появлении персеверации делать паузы, переключать ребенка на неречевую деятельность или прекращать занятия. Восприятие каждого слова требует времени. Необходимо делать паузы между словами, облегчать условия восприятия материала за счет создавания определенного контекста (как речевого, так и неречевого контекста). Практика показывает, что дети лучше обучаются при параллельном обучении грамоте. Следовательно, таких детей нужно обучать грамоте глобально, путем соотнесения предмета и написанным на табличке слова. Затем предлагается соотносить предложения с картинкой и фрагменты текста. Особое значение уделять работе над глагольным словарем. Такая работа проводится путем соотнесения слов, действий. Важным моментом является выполнение ребенком инструкций. Сначала даются одноступенчатые инструкции (принести книгу), затем 2-х ступенчатые (положи книгу на стол, а ручку в портфель), затем усложняется. Когда ребенок выполняет инструкцию, он проговаривает свои действия, фразу держит глагол.

**Характеристика состояния ФФ и лексико-грамматической сторон речи у детей с экспрессивной (моторной) алалией.**

Моторная алалия — это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевых высказываний при относительней сохранности смысловых и сенсомоторных операций.

Моторная алалия представляет собой сложный синдром, комплекс речевых и неречевых симптомов, отношения между которыми являются неоднозначными. В структуре речевого дефекта при моторной алалии ведущими являются языковые нарушения.

**Речевая симптоматика.** Можно выделить группу детей с преобладающим фонетико-фонематическим недоразвитием (их меньшинство) и группу с преобладающим лексико-грамматическим недоразвитием. Предполагается, что первая из групп обусловлена ведущим поражением нижних отделов в центральной моторной области коры доминантного полушария, где концентрируются раздражения от мышц, связок, возникающие при выполнении артикуляционных движе­ний, или в общей мускулатуре (при выполнении прочих движений). Вторая группа обусловлена поражением передних отделов моторной области коры мозга (нижние отделы моторно-премоторной зоны и активная речевая зона, располагаю­щаяся в задних отделах нижней лобной извилины).

В работах психолого-педагогического плана (Р. Е. Левина, В. К. Орфинская, А. К. Маркова, Е. Г. Корицкая, В. А. Минашина, Е. Ф. Соботович, О. Н. Усанова и др.) фонетические нарушения рассматриваются в тесной связи с особенностями лексического и грамматического развития детей с алалией.

В одних случаях расширение словаря стимулирует появление новых звуков, в других — сначала формируются отдельные артикуляции, а затем они закрепляются в словах. Отмечаются трудности возможного комбинирования отдельных элементов речи в единое целое. При алалии с трудом усваиваются сложные двигательные дифференцировки, не формируется динамический артикуляционный стереотип — затруднено слияние звуков при их правильном или непра­вильном проговаривании, отмечаются, по словам А. Р. Лурия, трудности денервации предыдущих артикуляций и плавного переключения от одной артикуляции к другой. Это приводит к перестановкам звуков и слогов, к упрощению и искажению структуры слов.

У ребенка с алалией не формируются тонкие двигательные координации речевого аппарата. Нарушение аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора носит различный характер: оральная апраксия, нарушение пос­ледовательности, переключаемости и т. д. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенное артикуля­ционное движение или действие (комплекс последовательных движений), трудности усвоения последовательности и пере­ключаемости. Ведущим в этих случаях является нарушение двигательного характера, оно и определяет речевое артикуляторное расстройство. При этом вследствие кинетической или кинестетической апраксии страдают фонетическая и фо­нематическая системы.

При алалии ребенок не может найти правильную последовательность звуков в слове, слов во фразе, не может переключиться от одного слова к другому. Это ведет к обилию парафразий, перестановок, персевераций и свидетельствует о нарушении подвижности основных нервных процессов, о застойных очагах возбуждения или торможения в речедвигательном анализаторе. Как следствие этого, у ребенка с моторной алалией при хорошем слухе и достаточном понимании речи, при отсутствии параличей и грубых парезов артикуляционной мускулатуры неразвивается самостоятельная речь, долгое время она остается на уровне отдельных звуков, слов.

Прослеживается прямая связь между фонетической системы речи, с одной стороны, и с восприятием, пониманием речи — с другой.

Нередко дети из-за нечеткости звукового восприятия улавливают только отдельные элементы фразы и не могут связать их в единую смысловую структуру. Эта ограниченность понимания является вторичным проявлением основного дефекта — недоразвития собственной речи. Имея крайне бедный активный словарь, дети могут обладать достаточным пассив­ным словарем.

При алалии нарушена фонематическая реализация слов и высказываний, не формируются языковые оформления речи — звукослоговой и морфемный строй. Нарушение ритмической организации слова проявляется в замедленности ре­чевого потока, в послоговом произнесении слов с паузированием между слогами и словами с равно- и разноударностью. Речь носит характер скандированности (между одинаковыми по величине речевыми отрезками есть равной длительности паузы) или фрагментарности (разные речевые отрезки разрываются разновеликими интервалами). Несформированность ритмической структуры и слова, и фразы сопровождаются нарушением мелодики, темпа, ритма речи. Дети не улавливают ритм и не могут воспроизвести предложенный ритмический рисунок выстукиванием, похлопыванием.

При отраженном проговаривании ребенок продуцирует только приблизительный контур, неясный звуковой комплекс вместо слова, употребляет несколько вариантов искажения одного и того же слова. По мере увеличения словарного запаса трудности детей в овладении структурой слова становятся более заметными.

Словарный запас у детей с моторной алалией развивается медленно, искаженно, используется в речевой практике непра­вильно. Бедность лексико-семантических средств приводит к разнообразным заменам по сходству, смежности, по контрас­ту *(стирает* — *моет, топор* — *молоток, чашка* — *стакан* и т. д.). Чаще выявляются замены по внешним признакам предмета, реже — основанные на функции (внутренних признаках). Замены слов по значению обычно характеризуют бо­лее высокий уровень развития речи ребенка. Как установлено В. К. Воробьевой (1985), чаще диффузность значения и замены проявляется при употреблении глаголов, чем существитель­ных. Дети не умеют пользоваться синонимами, антонимами, обобщающими словами. Узок и однообразен у них запас при­лагательных, наречий. На всех этапах развития речи выявля­ются трудности актуализации словаря, неумение детей отби­рать из лексического запаса и правильно употреблять слова, наиболее уместные и точные для данного высказывания.

Словарный запас детей ограничен рамками обиходно-бы­товой тематики, качественно неполноценен, ребенок не может объяснить значение слов, не умеет пользоваться сред­ствами словообразования.

Особенности нарушения грамматического строя речи. Дети затрудняются при именном и глагольном управле­нии, при согласовании, не используют предлоги и союзы, в их речи нет четкости родовых и числовых окончаний и т. д. Не­правильно используются смыслоразличительные приставки. Преобладают корневые слова, лишенные флексий, отмечается морфологическая неоформленность высказывания. Дети не могу наблю­дать, анализировать и обобщать языковые явления, произво­дить мыслительные операции над языковым материалом, понимать и правильно использовать языковой знак — соотносить определенную морфему, слово с конкретным предметом, или явлением. Они затрудняются при овладении числовыми формами существительных, глаголов, пользуются неизменяемыми словами, без форм и флексий («Книга, Таня!» и жест просьбы).

Отмечаются разные виды аграмматизма (экспрессивный аграмматизм — нарушение грамматического строя собственной речи, импрессивный — затруднения при понимании грамматических конструкций): структурный аграмматизм, семантический аграмматизм и аграмматизм, связанный с неправильным оформлением связей слов в предложении.

Под структурным аграмматизмом понимается нарушение количества и динамической линейной последовательности слов в предложении, нарушение порядка слов. Чаще этот вид аграмматизма отмечается при более тяжелой речевой несформированности. Ребенок отвечает одним-двумя словами в сочетании с жестом. При недостаточности лексико-грамматических и фонетических средств у ребенка отмечается развитие мимико-жестикуляторной формы общения. Грамматический строй развивается при алалии замедленно и неравномерно, отмечаются недостатки формообразования и формоизменения, не усваиваются грамматические категории, синтаксические конструкции отличаются примитивностью.

Характерным является сочетание бедности использования лексико-грамматической вариативности слов и грамматичес­ких конструкций.

Несформированность речевых операций (замысел, программирование, отбор и синтез речевого материала) выражается в том, что ребенок не умеет лексически и грамматически правильно оформить мысль. Лексико-семантическая и лексико-грамматическая организация предложения неправильная, в ней отражается неполноценность предметных связей, воспринимаемых ребенком в окружающем.

При моторной алалии страдают и номинативная, и предикативная функции речи, нарушается в целом коммуникативная деятельность, а также регулирующая и познавательная (когнитивная) функции.

Значительные трудности выявляются у детей при объединении предложений в связные высказывания, у них обнаруживается несформированность умения строить контекст. Речь сбивчивая, непонятная, страдает временная и причинно-следственная связь.

В тяжелых случаях спонтанная речь полностью невозможна, в более легких — изложение лишено цельности, связности, последовательности.

На начальных этапах формирования речи у ребенка с алалией отсутствует потребность общения в связной форме. Взамен отсутствующей речи используются паралингвистические средства: жест, мимика, пантомима, интонация. Дети при­бегают к перефразировкам, не оканчивают фраз, затрудняются при выражении главной мысли. При передаче содержания последовательных картинок дети нару­шают логическое продолжение рассказа: одни не могут их правильно разложить, другие затрудняются при оречевлении даже правильно расположенных,

Наблюдаются фрагментарность, разорванность высказывания, нарушение линейной последовательности, пропуск одного или нескольких логических звеньев ситуации, разброс мысли.

Возможной причиной нарушения последовательности рассказа является эмоциональный фактор: на первое место в си­туации выдвигается наиболее яркий элемент, связанный с прошлым опытом ребенка. А. Р. Лурия характеризует это явление не как собственно речевой первичный дефект, а как нарушение общей активности деятельности программирования.

Большие затруднения испытывает ребенок при овладении сложными логико-грамматическими конструкциями, отражающими пространственные отношения предметов. Выявляется хаотичность рассказа, бедность выразительности оформления, однотипность и примитивность средств связи. Дети не умеют отбирать факты, важные для раскрытия темы, находить нужные слова, застревают на второстепенных деталях, забывают основное содержание.

По мере развития речевых возможностей, овладения при­чинно-следственными отношениями монологическое высказывание становится более развернутым и правильным, растет и усложняется словарь, улучшается звукослоговая структура слов и предложений, появляются все более сложные предложения с использованием разных видов связей.

Наблюдается многообразие вариантов недоразвития речи: от полного безречья до частичного отсутствия речи. На этапах более высокого развития затруднения выявляются в развернутой речи, при усложнении ситуации общения, при вы­полнении специально подобранных заданий, в письменной речи. Недостаточная прочность навыка связной речи маскируется у ребенка предельным лаконизмом, скудностью речевых проявлений или, наоборот, многоречьем, тавтологией, пе­рефразировкой.

**Особенности восстановительного обучения при афазии на ранних этапах и в резидуальный период. Дифференцированные приёмы восстановительного обучения на поздних этапах работы при разных формах афазии.**

В логопедической работе по преодолению афазии используются общие дидактические принципы обучения (наглядность, доступность, сознательность и т. п.), однако в связи с тем, что восстанов­ление речевых функций отличается от формирующего обучения, что высшие корковые функции уже говорящего и пишущего человека организованы несколько иначе, чем у начинающего говорить ребенка (А. Р. Лурия, 1969, Л. С. Выготский, 1984), при разработке плана коррекционно-педагогической работы следует придерживаться также следующих положений:

1. Выбор приемов коррекционно-педагогической работы зависит от этапа, или стадии, восстановления речевых функций. В первые дни после инсульта работа ведется при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи. Используются методики, растормаживающие речевые функции и предупреждающие на раннем этапе восстановления такие речевые расстройства как аграмматизм типа «телеграфного стиля» при эфферентной моторной афазии и обилие литеральных парафазии при афферентной моторной афазии. На более поздних этапах восстановления речевых функций больному объясняется структура и план занятий, даются средства, которыми он может пользоваться при выполнении задания и т. п.
2. Коррекционно-педагогическая система занятий предполагает такой выбор приемов работы, который позволил бы либо, восстановить первично нарушенную предпосылку (при ее неполной поломке), либо реорганизовать сохранные звенья речевой функции. Например, компенсаторное развитие акустического контроля при афферентной моторной афазии — это не просто замещение нарушенного кинестетического контроля акустическим для восстановления письма, чтения и понимания, а развитие сохранных периферийно расположенных анализаторных элементов, постепенное накопление возможности их использования для деятельности дефектной функции. При сенсорной афазии процесс восстановления фонематического слуха осуществляется путем использования сохранной оптической, кинестетической, а главное, смысловой дифференциации слов, близких по звучанию.

3.Независимо от того, какая первичная нейропсихологическая предпосылка оказывается нарушенной, при любой форме афазии ведется работа над всеми сторонами речи: над экспрессивной речью, пониманием, письмом и чтением.

5. При всех формах афазии восстанавливается коммуникативная функция речи, развивается самоконтроль за речью. Лишь при понимании больным характера своих ошибок можно создать условия для его контроля за своей речью, за планом повествования, за коррекцией литеральных или вербальных парафазии и т. п. При всех формах афазии ведется работа над восстановлением словесных понятий, включением их в различные словосочетания.

6. В работе используются развернутые внешние опоры и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции. К таким опорам относятся при динамической афазии схемы предложения и метод фишек, позволяющие восстанавливать самостоятельное развернутое высказывание, при других формах афазии — схема выбора способов артикуляции при произвольной организации артикуляторных укладов фонем, схемы, используемые для преодоления импрессивного аграмматизма.

Динамика восстановления нарушенных речевых функций зависит от места и объема очага поражения, от формы афазии, сроков начала восстановительного обучения и преморбидного уровня больного.

При афазиях, возникших вследствие кровоизлияния в мозг, речь у больных восстанавливается лучше, чем при тромбоэмболии сосудов головного мозга или травмы мозга. Афазические расстройства у 5—6-летних детей (в большинстве случаев травматического происхождения) преодолеваются быстрее, чем у школьников и взрослых.

Коррекционно-педагогическая работа начинается с первых недель и дней с момента инсульта или травмы по разрешению врача и под его контролем. Раннее начало занятий предотвращает фиксацию патологических симптомов и направляет восстановление по наиболее целесообразному пути. Восстановление нарушенных психических функций достигается при длительных логопедических занятиях.

При афазии проводятся индивидуальные и групповые логопедические занятия. Индивидуальная форма работы считается основной, так как именно она обеспечивает максимальный учет речевых особенностей больного, тесный личный контакт с ним, а также большую возможность психотерапевтического воздействия. Длительность каждого занятия на раннем этапе после инсульта в среднем от 10 до 15 минут 2 раза в день, на поздних этапах — 30— 40 минут не реже 3 раз в неделю. Для групповых занятий (три — пять человек) с однотипными формами речевых расстройств и относитель­но одинаковой стадией восстановления речи время занятий 45—50 минут.

Логопед должен разъяснить родным особенности личности больного, связанные с тяжестью заболевания. На конкретных примерах объясняется обязательность его посильного участия в жизни семьи. Даются инструкции для работы по восстановлению речи.

При акустико-гностической сенсорной или при акустико-мнестической афазии отмечаются повышенная работоспособность больного и активное стремление к преодолению речевых расстройств. При этом у него может наблюдаться состояние депрессии, в связи, с чем логопед должен постоянно его ободрять, давать лишь посильные для выполнения домашние задания, информировать врача об угнетенном или возбужденном состоянии больного.

При акустико-гностической сенсорной афазии задачей коррекционно-педагогической работы является восстановление фонематического слуха и вторично нарушенных экспрессивной речи, чтения, письма.

Используется списывание коротких слов к картинкам и решение простых арифметических примеров. Этап неречевого периода работы с больным может длиться несколько дней. Работа по восстановлению фонематического слуха содержит следующие этапы:

Первый этап — дифференциация слов, контрастных по длине, звуковому и ритмическому рисунку (дом — лопата, ель — велосипед, кот — машина).

К каждой паре слов подбираются картинки, а на отдельных полосках бумаги пишутся четким почерком слова. Больной соотносит звуковой образ слова с рисунком и подписью, ему предлагают выбрать то одну, то другую картинку, разложить подписи к картинкам, картинки к подписям.

Параллельно с этой работой начинается закрепление восприятия звучания отдельных слов в процессе их списывания, проговаривания слова во время списывания и воспитания слухового контроля. Для этого берутся короткие слова, состоящие из одного-двух слогов. Воспитание акустического внимания больного начинается с оживления оптического внимания.

Второйэтап — дифференциация слов с близкой слого­вой структурой, но далеких по звучанию, особенно в корневой части, слова: рыба — ноги, забор — трактор, арбуз — топор. Работа ведется с опорой на картинки, подписи к ним, списывание, чтение; воспитывается акустический контроль за своей речью.

Третий этап — дифференциация слов с близкой слого­вой структурой, но с далекими по звучанию начальными звуками (рак — мак, рука — мука); с общим первым звуком и различными конечными звуками (клюв — ключ, ночь — ноль, лев — лес). Больному предлагается выбрать слова, начинающиеся с того или иного звука, опираясь на предметные картинки и подписи к ним.

Четвертый этап — дифференциация фонем, близких по звучанию (дом — том, дом — дым и т. д.).

Для закрепления однозначного восприятия фонем используются различные варианты упражнения по заполнению в слове и фразе пропущенных букв, слов с оппозиционными звуками, значение которых уточняется уже не через рисунок, а через фразеологический контекст. Например, больному предлагается вставить в текст слова туш, душ, тело, дело и т. д.

Пятый этап — закрепление акустических дифференци­альных признаков фонем при подборе серий слов на заданную букву из текстов.

Восстановление фонематического слуха длится от 2 месяцев до 1 —1,5 лет, так как во многих случаях понимание значения слова происходит лишь в контексте и трудности в дифференциации близких фонем еще долго испытываются при самостоятельном письменном изложении мысли.

Ведется работа по смысловой отнесенности слова через различные фразеологические контексты: выбрать все изображенные на картинках острые предметы, все деревянные, металлические или стеклянные, то, что относится к посуде, к орудиям труда, к обуви и т. д. Такая работа, направленная на оживление различных смысловых связей слова, облегчает выбор слов в процессе общения, снижает количество вербальных парафазий.

Для преодоления многоречивости и аграмматизма больному предлагается схема предложения, образцы прямых и инвертированных предложений из трех — пяти слов.

Одним из эффективных приемов восстановления экспрессивной речи при сенсорной афазии (как и при других формах афазии) является использование письменной речи. Больному предлагается писать фразы и тексты по простым сюжетным картинкам. Эта работа позволяет ему подыскать нужное слово, отшлифовать высказывание. Преодоление ошибок согласования глаголов, существительных и местоимений в роде и числе осуществляется путем вставки пропущенных в тексте флексий.

Восстановление чтения, письма и письменной речи ведется параллельно с преодолением нарушения фонематического слуха. Восстановлению письма предшествует восстановление чтения, опи­рающегося на звуко-буквенный анализ состава слова. Попытки произнесения читаемого слова, осознание того, что от смешения звуков изменяется смысл слова, создает базу для восстановления аналитического чтения, а затем и письма. Основными задачами коррекционно-педагогической работы при акустико-мнестической афазии являются преодоление нарушений слухоречевой памяти, восстановление зрительных представлений о существенных признаках предмета, а также преодоление амнестических трудностей и элементов экспрессивного аграмматизма.

В преодолении речевых расстройств при акустико-мнестической афазии логопед использует механизм кодирования замысла речевого высказывания, описания признаков предмета, введения слова в различные контексты, составления внешних опор, позволяющих больному удерживать различный объем слухоречевой нагрузки. Восстановление слухоречевой памяти происходит с опорой на зрительное восприятие. Сначала для запоминания даются слова, обозначающие предметы, затем действия и качества предметов и, наконец, числа, объединенные в номера телефонов. Параллельно с этим проводятся слуховые диктанты фраз, состоящих из двух, трех, четырех слов, с опорой на сюжетную картинку, а позже без нее.

Преодоление отчуждения смысла сложных по слоговой струк­туре слов осуществляется путем их послогового прослушивания и повторения.

Сохранность понимания звуко-буквенного состава слова и значительная сохранность фонематического слуха позволяют с первых дней коррекц работы использовать составление письменных текстов, что содействует преодолению бедности словарного запаса и агграмматизма.

Акустико-гностическая афазия.

Впервые описал немецкий психиатр Вернике. Он показал, что афазия, которую он назвал сенсорной, возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария. Отличительной чертой этой формы афазии является нарушение понимания речи при восприятии ее на слух. Нарушение понимания: На раннем этапе после инсульта или травмы при сенсорной афазии наблюдается полная утрата понимания речи: чужая речь воспринимается как нечленораздельный поток звуков. Непонимание речи окружающих и отсутствие явных двигательных нарушений приводит к тому, что больные не всегда сразу осознают у себя наличие речевого расстройства. Одно и то же слово может восприниматься по-разному. В некоторых случаях при поражении обеих (левой и правой) височных долей мозга возникает картина тяжелой акустико-гностической афазии в сочетании с акустической агнозией, нарушается не только фонематический слух, но не различаются на слух тембр голоса, интонация речи, не дифференцируются неречевые звуки: звонки, гудки, шелест бумаги, звук льющейся воды и т. д. Нарушение экспрессивной речи. При акустико-гностической сенсорной афазии расстраивается слуховой контроль за своей речью. В результате этого в речи возникает множество литеральных и вербальных парафазий. На раннем этапе после инсульта или травмы речь больного может быть абсолютно непонятной для окружающих, так как она состоит из случайного набора звуков, слогов и словосочетаний, что получило название «жаргонафазии» или «речевой окрошки». В связи с нарушением фонематического слуха вторично страдает повторение слов, причем нередко первоначально слово автоматизировано, глобально повторяется верно, но при вслушивании в него и при очередных попытках его повторить человек теряет не только звуковые компоненты слова, но утрачивает и ритмико-мелодическую его основу. Период жаргонафазии держится не более 1,5—2 месяцев, постепенно уступая место логорее (многоречивости) с выраженным аграмматизмом. При исследовании номинативной функции при сенсорной, акустико-гностической афазии наряду с правильным называнием наблюдаются попытки объяснить значение слова или найти его через фразеологический контекст. На позднем этапе восстановления на первый план выступает специфический для сенсорной афазии аграмматизм, проявляющийся в отсутствии согласования между членами предложения в роде и числе, в незаконченности высказывания, в пропусках слов, заменах существительные личными местоимениями. Менее расстроено при сенсорной афазии использование предлогов и флексий существительных. Нарушение чтения и письма. При чтении в речи человека с сенсорной афазией появляется множество литеральных парафазий, возникает затруднение в нахождении места ударения в слове, в связи с чем осложняется и понимание прочитанного. Однако чтение остается наиболее сохранной речевой функцией при сенсор­ной афазии, так как оно осуществляется путем привлечения опти­ческого и кинестетического контроля. Письменная речь при акустико-гностической афазии в отличие от чтения нарушается в большей степени и находится в прямой зависимости от состояния фонематического слуха. Грубые нарушения счета при сенсорной акустико-гностической афазии наблюдаются лишь на самом раннем этапе, так как счет требует проговаривания слов, входящих в счетные операции. Больные, не понимая инструкции, могут пассивно копировать, списывать примеры, не совершая, арифметических операций, могут неправильно записать число.

Коррекционная работа при акустико-гностической афазии

Восстановить понимание речи и вторично восстановить правильность произносительного акта.

1 стадия – затормаживание обильной непродуктивной речи. Для этого нужно переключить внимание б-го с речи на другие виды деятельности. Предлагается невербальный метод – рисование, конструирование, настольные игры, классификация предметных картинок, 4-й лишний. Вербальные методы – краткие реплики педагога, связанные с действиями его самого и б-го. Связь предметных действий б-го с инструкциями логопеда (из 1-2слов), используется общение с помощью рисования, с помощью жестов, пения, метод мимики.

2 стадия – обучение слушанию обращенной речи. Б-му предлагаются для восприятия небольшие тексты. Читается логопедом, б-й д.выбрать соответствующую тексту сюжетную картинку из 3-х лежащих перед ним. Для облегчения – применяется метод введения в контекст (перед прочтением рассказа сообщается б-му о чем будет этот рассказ).

3 стадия – обучение б-го выделению конкретных слов из собственной речи. Используется прием классификации предметов по названному слову (положите овощи, фрукты). Затем ведется работа над фразой. Б-й прослушивает фрау, соотносит ее с сюжетной картинкой, пытается сосчитать кол-во слов во фразе, соотнести эти слова с предложенными сюжетными картинками. Фразы д.б.не очень длинными, не больше 3-5 слов.

4 стадия – работа по восстановлению фонематического восприятия. Основной метод – метод соотнесения звука с его артикуляцией по средствам опоры на его оральный образ и связью с соответствующей буквой (звук-артикулема-буква). Алгоритм – берется знакомое отработанное прежде слово: 1)выделяется 1-й звук (логопед), этот звук произносится отдельно и в слове; 2)подкрепляя операции соответствующей буквой логопед связывает звучащий звук и его графическое изображение; 3)буква называется отдельно и в слове, т.е.при произнесении 1-го звука в слове б-му показывается буква и при прочитывании слова. Все это подкрепляется манипуляциями составления из букв разрезной азбуки слова. Внимание – на артикуляционный образ произносимого звука. После закрепления б-й д.самостоятельно выделить первый звук в предложенном слове: а)б-му дается картинка с изображением знакомого ему предмета, а также название этой картинки; б)из расположенных перед ним букв (2-3), д.выбрать ту, с которой начинается это слово и положить под картинку; в)с закрытыми глазами б-й д.найти эту букву среди 2-х других, ощупывая их контур; г)отыскав ее б-й смотрит на губы педагога, показывающего образ этой буквы без громкого ее произнесения; д)б-й имитирует такое же положение губ и языка, проверяет в зеркало правильно ли делает, только затем пытается назвать эту букву – от слова к букве, потом от звука к букве (дается звучащее слово, из него выделяется первый звук, он произносится несколько раз отдельно, а также в слове. Б-й д.узнать звук не только по звучанию, но и по оральному образу. Для этого он имитирует оральный образ этого звука подражая логопеду. После – выбирает букву соответствующую этому образу.

5 стадия – переходит к осознанному количественному и качественному анализу слышимой фразы. Определяет не только кол-во слов во фразе, последовательность, но и внимание Зв-буквенному анализу. Дифференциация слов квазиомонимов.

Акустико-мнестическая афазия.

Возникает при поражении средних и задних отделов височной области(21,37поля) (А. Р. Лурия, 1969, 1975; Л. С. Цветкова, 1975). А. Р. Лурия считает, что в ее основе лежит снижение слухо­речевой памяти, которое вызвано повышенной тормозностью слухо­вых следов. При восприятии каждого нового слова и его осозна­нии больной утрачивает предыдущее слово. Это нарушение прояв­ляется также при повторении серий слогов и слов. Нарушение понимания. Обычно больные повторяют первое и последнее слово, в более тяжелых случаях — лишь одно слово из заданной серии слов, объясняя это тем, что не запомнили все слова. При акустико-мнестической афазии это нарушение речевой памяти является основным дефектом, так как оказываются сохранными фонематический слух, артикуляторная сторона речи. У больных наблюдается повышенная речевая актив­ность, компенсирующая трудности коммуникации. Нарушение объема удержания речевой информации, ее тормозимость приводят к трудностям понимания при этой форме афазии длинных, многосложных высказываний, состоящих из пяти — семи слов. Снижение оптико-мнестических процессов приво­дит к тому, что зрительное представление о предмете становится неполным. Нарушение экспрессивной речи. При этой форме афазии экс­прессивная речь характеризуется трудностями подбора слов, не­обходимых для организации высказывания. Речь при акустико-мнестической афазии, как и при акустико-гностической афазии, сохраняет свой выраженный предикативный характер. Трудности нахождения слов объясняются обеднением зрительных представлений о предмете, слабостью оптико-гностического компо­нента. Семантическая размытость значения слов приводит к воз­никновению обильных вербальных парафазий, редких литеральных замен, слияния двух слов в одно. Нарушение номинативной функции речи при акустико-мнести­ческой афазии проявляется не только в трудностях при называ­нии, но и в подборе слов в собственной речи, в рассказах по картин­кам и т. д. При рассказе по серии сюжетных картинок, пересказе текста, в спонтанной речи существительные замещаются местоиме­ниями. Аграмматизм при акустико-мнестической афазии характеризуется смешением флексий глаголов и существительных в роде и числе. В отличие от акустико-гностической афазии высказывание при акустико-мнестической афазии отличается большей закончен­ностью, в речи нет «речевой окрошки». Нарушение чтения и письма. При акустико-мнестической афазии в письменной речи больше, чем в устной, выступают явления экс­прессивного аграмматизма, т. е. смешение предлогов, а также флексий глаголов, существительных и местоимений, главным обра­зом, в роде и числе. При записи текста под диктовку больные испытывают значительные трудности в удержании в слухоречевой памяти даже фразы, состоящей из трех слов, при этом они обращаются с просьбой повторить каждый фрагмент фразы. При акустико-мнестической афазии возникают значительные трудности в понимании читаемого текста. Это объясняется тем, что печатный текст состоит из предложений значительной длины, и тем, что удержание в памяти читаемого текста тоже требует сохранности слухоречевой памяти. Дефекты слухоречевой памяти сказываются и в решении ариф­метических примеров. Таким образом, при акустико-мнестической афазии нарушения слухоречевой памяти вторично приводят к трудностям нормальной реализации письма, чтения и счета.

Коррекционная работа при акустико-мнестической афазии

Цель – восстановление объем акустического восприятия, преодоление нарушений слухо-речевой памяти. И восстановление устойчивых зрительных образов.

1 стадия – восстановление зрительного образа. Метод рисования предметов. Б-му предлагается свободное рисование предметов по слову. Б-е срисовывают и дорисовывают далекие по значению, затем близкие. Метод классификации предметов, сначала классификация дается по зрительному образу, затем по слову. Для восстановления и опознания предметов используется: -конструирование предметов или их изображений (разрезные картинки, пазлы), -сравнение изображения и нахождение общего и отличного, -нахождение ошибок в изображении, -дорисовывание заданных абстрактных элементов.

2 стадия – восстановление повторной речи. Выделить единицу восприятия (слог или слово). Метод разбивки слов, предложений. Перед этим для каждого б-го находится доступная ему единица восприятия. Слово или предложения подаются разбитые на части, б-й д.многократно повторить их по частям. На начальных этапах этой работы, перед глазами б-го находится соответствующая картинка, обозначающая это слово. Позже картинка убирается. Алгоритм – МОЛОКО – а)слово предъявляется целиком. Перед б-м картинка с изображением молока. Б-й прослушивает слово целиком, затем повторяет (мо-ло-ко – по инструкции логопеда), после чего все слово повторяется по слогам, затем слитно повторяются первые два слога (моло, пауза ко), после повторяется целиком. Послоговое повторение осуществляется 2-3р. Затем работа без картинки (др.слово).

3 стадия – восстановление значения слова, понимания речи. Алгоритм – серии сюжетных картинок – а)разложить серию сюжетных картинок, под каждый положить соответствующую часть текста, б)выделить на сюжетной картинке отдельные смысловые куски, обозначить карандашом смысловую связь каждого стрелкой, в)сложить куски текста по порядку, г)б-му даются 3-4 полоски бумаги с написан.отдельными кусками текста, д.составить рассказ. Аналогично – фраза из слов. Метод классификации слов по какому-то заданному признаку (разложить картинки с острыми предметами). Прием постепенного обобщения слов (растения→трава, цветы, деревья, кустарники; трава→и т.д.)

Семантическая афазия. Семантическая афазия возникает при поражении теменно-затылочной области доминантного по речи полушария (зоны перекрытия вис-темен-затыл долей 39поле). При семантической афазии наблюдаются специфические амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольном назывании предмета, не заменяют одно слово другим (вербальные парафазии), а заменяют слово целой фразой, говорят: «Ну, это то, чем пишут», «...это то, чем режут» и т. д., а с другой стороны, имеется характерный для этой формы афазии сложный импрессивный аграмматизм.

Первично нарушен­ной предпосылкой при этой форме афазии является ориентировка в пространственно организованных семантических координатах, характерных для сложных парадигм, парадигм-синонимов например, брат отца — дядя (инвариантом значения слова дядя является мужчина, а не определенный родственник отца, находящийся в сложном семантическом пространстве родственных взаимоотноше­ний). Нарушение понимания. Нарушение понимания сложных смыс­ловых и грамматических взаимоотношений слов, выраженных предлогами и флексиями, получило название импрессивного аграмматизма. При семантической афазии сохраняется понимание обыч­ных фраз, передающих «коммуникацию событий». Больные хорошо понимают значение отдельных предлогов, свободно кладут каран­даш под ложку или ложку справа от вилки, но затрудняются в расположении трех предметов по инструкции. Еще большие трудности они испытывают при расположении геометрических фигур, не в состоянии решить такую логико-грамматическую задачу, как нари­совать крест под кругом и над квадратом, и не могут сориентиро­ваться в сравнительных словосочетаниях типа: Коля выше Миши л ниже Васи. Такие же трудности возникают у них при понимании сравнительных словосочетаний с наречиями дальше — ближе, слева — справа и т. д. Наибольшие трудности возникают при семантической афазии в решении логико-грамматических словосочетаний, передающих «коммуникацию отношений» типа «брат отца» — «отец брата», ко­торые можно решить, лишь соотнося с определенными смысловыми категориями: дядя — брат — отец. Больные затрудняются и в понимании сложных синтаксических конструкций, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения, деепричастные и причастные обороты. Так, они затрудняются в понимании предложений типа Я отправил­ся в столовую после того, как поговорил с сестрой, не обнаружи­вают алогичности предложений типа Шел дождь, потому что было мокро. При семантической афазии утрачивается понимание метафор, пословиц, поговорок, крылатых слов, не обнаруживается в них переносный смысл. Нарушение устной и письменной речи. Экспрессивная речь при семантической афазии отличается сохранностью артикуляторной стороны речи. Однако могут отмечаться выраженные амнестические трудности, подсказка первого слога или звука слова помогает больному. Слова заменяются описанием функции предмета. Бедность лексики выражается в редком употреблении прилагательных, наречий, описательных оборотов, причастных и деепричастных оборотов, пословиц, поговорок, в от­сутствии поисков точного или «меткого» слова.

При этой форме афазии письменная речь отличается бедно­стью, стереотипностью синтаксических форм, в ней мало сложно­сочиненных и сложноподчиненных предложений, сокращается упот­ребление прилагательных.

При семантической афазии наблюдаются грубые нарушения счетных операций. Больные смешивают направление действий при решении арифметических примеров, испытывают трудности при действии с переходом через десяток, с трудом записывают со слуха многозначные числа.

Коррекционно-педагогическая работа при семантической афазии

Основными задачами логопедической работы при семантической афазии являются: преодоление трудностей нахождения названий предметов, расширение лексического и синтаксического состава речи больных, преодоление импрессивного аграмматизма.

В связи с тем что в основе речевых расстройств при семанти­ческой афазии лежит нарушение симультанного пространственного гнозиса, восстановительное обучение при этой форме афазии на­чинается с развития конструктивно-пространственной деятельности. Для этого необходимы упражнения в зрительном анализе геометри­ческих фигур, орнаментов, складываемых из элементов, реконструи­руемых по наглядному образцу и по инструкции, восстановлении ориентированности больного в левом и правом, в частях света, в географической карте. Ведется работа по описанию различий и сходств синонимов, антонимов, омонимов, использованию в пись­менной речи качественных определений предметов, сложносочинен­ных и сложноподчиненных предложений (с различными союзными словами), подчиненная часть которых стоит в начале, середине или конце предложения и относится к разным членам главного предложения.

 Для преодоления акалькулии проводятся уточнения разрядов, входящих в число (десятки, сотни, тысячи и т.д.), закрепляются значения синонимов минус — вычитание, плюс — сложение. Больным предлагается выполнить действия в пределах одного-двух десятков, затем в пределах сотни и тысячи. Особое место в преодо­лении дефектов счетных операций занимает решение арифмети­ческих задач в 2—3—4 действия с употреблением наречий больше, меньше и глаголов отнять, добавить, отправить, выгрузить и т. д., т. е. глаголов с приставками, передающими пространственные вза­имоотношения действия и предметов. Преодоление «оптической» алексии осуществляется путем устного описания больным элементов, входящих в ту или иную букву, конструирования букв из элементов (различной величины картон­ных или пластмассовых палочек и овалов), чтения (называния) букв после определения их элементов, чтения слова через скользящее по нему «окошко» (квадратную прорезь в полоске картона), через «окошко», охватывающее несколько букв, входящих в слово, чтения строки с линейкой, закрывающей нижние строки текста. «Зеркальную», или конструктивно-пространственную, аграфию преодолевают путем восстановления ориентированности больных в левом и в правом, в разных вариантах расположения предметов (например, чашка стоит на дне, чашка перевернута вверх дном и т.п.), списывания (срисовывания) больным отдельных букв или слов с фиксацией цветным карандашом левой стороны листа и направления (стрелкой), откуда следует начинать запись серии букв или элементов, с определения того, в какую сторону «смотрит» буква.

Афферентная моторная афазия.

Афферентная моторная афазия возникает при поражении вто­ричных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры голов­ного мозга, расположенных сзади от центральной, или Роландовой, борозды (поля 7, 40). Вторичные поля постцент­ральных и нижнетеменных отделов тесно связаны с первичными полями, для которых характерно четкое соматотопическое строе­ние. Нервные волокна, несущие импульсы от нижних противоположных конечностей, располагаются в верхних отделах этой зоны, нервные волокна, несущие импульсы от верхних конечностей, — в средних отделах, импульсы, поступающие от лица, губ, языка, глотки, — в нижних постцентральных отделах. Эта проекция по­строена не по геометрическому, а по функциональному принципу: чем большее значение имеет та или иная область периферических тактильно-кинестетических рецепторов того или иного активного органа и чем большей степенью свободы обладает тот или иной двигательный сегмент: сустав, фаланга пальцев, язык, губы и т. д., тем большую территорию имеет его представительство в соматотопической проекции коры. Существенно, что соматотопическая проекция органов, участвующих в артикуляции звуков, значительно больше представлена в левом, доминантном по речи полушарии. Известно, что каждый речевой звук произносится одномомент­ным включением или выключением определенной группы простран­ственно организованных артикуляционных органов. Так, вторичные поля, принимающие комплексное, симультанное участие в организации той или иной фонемы, связаны с первичными, проекционными полями. Однако не всегда учитывается, что смычка губ и языка при произношении мин является менее напряженной, чем при б и п, д и г. Наиболее напряженной является смычка при произношении глухих фонем к и г, но при этом голосовые складки оказываются в ненапряженном состоянии. Трудностями определения этих тонких дифференциальных кинестетических признаков фонем объясняется возникновение при афферентной моторной афазии грубой аграфии, алексии, нарушений понимания речи.

Нарушение экспрессивной речи. А. Р. Лурия отмечает (1969, 1975), что существуют два варианта афферентной моторной афа­зии. Первый характеризуется нарушением пространственного, симультанного синтеза движений различных органов артикуляционного аппарата и полным отсутствием ситуативной речи при грубой выраженности расстройства. Второй вариант, носящий в клинике название «проводниковой афазии», отличается значительной сохранностью ситуативной, клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи. Этот вариант афферентной моторной афазии характеризуется преимущественно нарушением дифференцированного выбора способов артикуляции и симультанным синтезом звуковых и слоговых комп­лексов, входящих в слово.

При первом варианте афферентной моторной афазии выражен­ная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Попытки произвольного повторения звуков приводят к хаотичным движениям губ и языка, к литеральным (звуковым) заменам."! Пристальное всматривание больного в артикуляцию логопеда приводит лишь к нахождению либо способа, либо органа артикуляции, что порождает смешение звуков м — п — б, н — д — т — л, и — с, о —у и т.п., которое объясняется нарушением кинестетической оценки степени смычки артикуляторных органов при произнесении звуков, дезинтеграцией движений таких органов, как мягкое нёбо и голосовые складки. На более поздних этапах больные произносят слово халат как «ханат» или «ходат», дом как «лом» или «том», т. е. одна фонематиче­ская парадигма заменяется другой.

для афферентной моторной афазии характерны трудности в анализе структуры сложных слогов. Больные дробят закрытый слог на два открытых, дробят стечения согласных в слоге, опускают согласные звуки. Поэтому нередко слова тут, там, вот, стол, шапка и т. д. звучат как «ту-тъ», «та-мъ», «во-тъ», «съ-то-лъ», «ша-пъ-ка» и т.

По мере восстановления произносительной стороны речи выяв­ляется сохранность синтагматической стороны речевого высказывания. В некоторых случаях могут оставаться легкие артикуляционные призвуки, напоминающие в одних случаях дизартрию (псевдодизартрия как следствие апраксии артикуляционного аппарата), в других — легкий иностранный акцент, выражающийся не в изменении интонации, а в замедленности и искусственности произнесения слов, оглушении звонких и отсутствии мягких согласных, в редких литеральных парафазиях.

Нарушение понимания. На раннем этапе после травмы или инсульта при афферентной афазии может наблюдаться грубое нарушение понимания речи. Это объясняется тем, что в процессе понимания значительную роль играет кинестетический контроль, сопряженное, скрытое произнесение воспринятого на слух сообщения.

Период значительного непонимания речи у больных с афферентной моторной афазией непродолжителен (от одного дня до нескольких суток после инсульта), после чего у них отмечается быстрое восстановление понимания ситуативной разговорной речи, понимание значений отдельных слов, возможность выполнения несложных инструкций.

Длительное время у больных наблюдаются специфические осо­бенности нарушения понимания. Они заключаются во вторичных нарушениях фонематического слуха. При афферентной моторной афазии возникают трудности в распознавании на слух слов со зву­ками, имеющими общие признаки по месту и способу артикуляции (губные: б — м — я, переднеязычные: д — л — г — и, сонорные щелевые: к — х — ш, сонорные и гласные и т. д.). Эти трудности фонематического анализа в целом компенсируются избыточностью фонематических различий слов в разговорной речи и позволяют им понимать ее, но сказываются в письме больных. Нарушение понимания слова ухудшается в тех случаях, если больной пыта­ется его проговорить, т. е. включает первично нарушенный кинес­тетический контроль.

Наряду с артикуляторными нарушениями, приводящими к не­четкости восприятия на слух речи, при афферентной моторной афазии наблюдаются трудности понимания лексических средств языка, передающих различные сложные пространственные отноше­ния. К ним относится прежде всего характерный для этой формы афазии предложный импрессивный аграмматизм: при сохранности понимания значений отдельных предлогов нарушается возможность расположения в пространстве трех предметов, например положить или нарисовать карандаш под кисточкой и над ножницами, т. е. наблюдаются нарушения понимания, свойственные для семантической афазии.

Значительные трудности в понимании вызывают глаголы с приставками (завернуть, возвращаться и др.), которые, кроме про­странственного признака, отличаются и многозначностью. Особые трудности испытываются в понимании значений личных местоимений, употребляемых в косвенных падежах, что объясняется отсутствием в них предметной отнесенности, наличием различной пространственной направленности, обилием фонематических изменений (например, мне — меня — мною).

При афферентной моторной афазии, как правило, наблюдается конструктивно-пространственная апраксия, а при втором варианте — и пространственная дезориентированность. Последняя усугубляет представление о плохом понимании больным речи; напри­мер, больные испытывают чрезвычайные трудности при выборе книги, альбома или другого предмета на книжной полке.

Сложность и многообразие особенностей нарушения понимания при афферентной моторной афазии компенсируется в повседневной речи избыточностью, конкретностью ситуации, что и создает картину относительной сохранности у них понимания речи.

Нарушение чтения и письма При афферентной моторной афазии степень нарушения чтения и письма зависит от тяжести апраксии артикуляционного аппарата. Наиболее грубо нарушены чтение и письмо при грубой апраксии всего артикуляционного аппарата. Восстановление чтения и письма происходит параллельно с ее преодолением. Восстановление внутреннего чтения может опере­жать восстановление письменной речи. При записи слов под диктов­ку, при письменном назывании предметов, при попытках письмен­ного общения с окружающими сказываются все артикуляционные трудности, т. е. появляется множество литеральных параграфий, отражающих смешение гласных и согласных фонем, близких по месту и способу артикуляции, пропускаются согласные (сонорные).

При втором варианте афферентной моторной афазии больные с трудом сохраняют порядок букв в слове, представляют их зер­кально (вода — «даво», окно — «онко»), пропускают гласные или же пишут сначала все согласные, а затем уже гласные, причем, как правило, у них сохраняется представление о наличии звука в слове, например, пропуская букву ё в слове ведёт, больной ставит две точки над д.

В некоторых случаях при грубой афферентной моторной афазии наблюдается диссоциация между полным отсутствием устной речи и некоторой сохранностью письменной речи, служащей средством общения с окружающими. Эта сохранность письменной речи объясняется наличием преимущественной апраксии лишь глотки и гортани, выполняющих в русском языке роль преднастройки всех арти­куляционных движений (Н. И. Жинкин, 1958) и осуществляющих фонацию гласных и звонких согласных.

По мере восстановления чтения и письма число литеральных параграфий уменьшается.

Второй вариант афферентной моторной афазии характерен для лиц со скрытым левшеством при поражении теменных отделов левого полушария.

Коррекционно-педагогичеекая работа при афферентной моторной афазии

Коррекционно-педагогичеекая помощь по преодолению афферент­ной афазии опирается на включение сохранного зрительного и акустического контроля, а также контролирующей функции лобных отделов левого полушария у правшей, в, комплексе осуществляющих зрительный и слуховой анализ читаемого и воспринятого на слух речевого сигнала, контроль за оптическим синтезом видимых элементов артикуляторного уклада и т. п.

(Общими задачами коррекционно-педагогической работы при афферентной моторной афазии является преодоление нарушений ки­нестетического артикуляторного праксиса, что обеспечивает пре­одоление аграфии, алексии, нарушения понимания речи, а затем и восстановление развернутого устного и письменного высказыва­ния.

Приемы работы определяются степенью речевого расстройства.

При грубо выраженной афферентной моторной афазии на на­чальном этапе коррекционно-педагогической работы задачами вос­становительного обучения являются: 1) растормаживание или вос­становление произносительной стороны речи; 2) преодоление нару­шений понимания; 3) восстановление аналитического чтения и письма; стимулирование элементарной ситуативной речи.

При средней степени тяжести задачами коррекционно-педагогической работы являются: 1) закрепление артикуляционных навыков; 2) преодоление литеральных парафазии; 3) стимулирование экспрессивной речи, преодоление дефектов звуко-буквенного анализа состава слова и литеральных параграфий при записи слов; 4) преодоление экспрессивного и импрессивного аграмматизма: понимания значений и употребления предлогов, передающих пространственное отношение предметов.

При легкой степени выраженности афферентной моторной афа­зии задачами коррекционно-педагогической работы являются пре­одоление остаточных артикуляторных трудностей при произнесении многосложных слов со стечением согласных, изжитие литеральных парафазии и параграфий, преодоление элементов экспрессивного и импрессивного аграмматизма.

Для решения этих задач при грубой афферентной моторной афазии используется глобальное, сопряженное произнесение.

По мере возникновения ситуативной диалогической речи начи­нается восстановление монологической речи. Основной целью ее восстановления является расширение словаря больного, предупреждение аграмматизма, развитие развернутого устного и письменного высказывания, подготовка свободной диалогической речи. Больной овладевает схемой прямого и инвертированного построения фразы по сюжетной картинке, планом высказывания по серии сюжетных картинок. По мере восстановления звуко-буквенного анализа состава слова больного переводят с устного составления фраз по картинкам к письменному, фиксирующему достижения больного. Письменная речь оказывается опорой для восстановления устного высказывания.

Эфферентная моторная афазия

Линейная, временная организация движения осуществляется премоторными зонами коры головного мозга. Образуются синтаг­матические цепочки звуков и слогов в слове, слов в предложении, подчиненных жесткому закону соподчинения: в слове дом обязате­лен лишь такой, а не иной порядок звуков, в предложении прила­гательное или предлог не могут стоять перед глаголом или наречием

Эфферентная моторная афазия возникает при поражении пе­редних ветвей левой средней мозговой артерии (поля 44, 45). Она сопровождается, как правило, кинетической апраксией, выражающейся в трудностях усвоения и воспроизведения двигательной программы.

Поражение премоторных отделов мозга вызывает патологиче­скую инертность речевых стереотипов, приводящую к звуковым, слоговым и лексическим перестановкам и персеверациям, повторам. Персеверации, непроизвольные повторы слов, слогов, являющиеся следствием невозможности своевременного переключения с одного артикуляторного акта на другой, затрудняют, а иногда делают пол­ностью невозможными устную речь, письмо, чтение.

Нарушение экспрессивной речи. При грубой эфферентной моторной афазии на раннем этапе после нарушения мозгового кровообращения может полностью отсутствовать собственная речь.

Апраксия артикуляционного аппарата при этой форме афазии проявляется не в трудностях повторения отдельных звуков, а в утрате способности повторить серию звуков или слогов. Больной многократно повторяет их, при просьбе повторить две серии звуков или слогов персеверирует звуки из предыдущего звукового или слогового ряда, не испытывая трудностей в самом акте звукопроизношения. Это самый тяжелый вариант эфферентной моторной афазии. При нем полностью отсутствует функция называния, а при подсказке первого слога слова происходит либо автоматизи­рованное его заканчивание, либо соскальзывание на другое слово, начинающееся с того же слога, например, называя предметные картинки, больной, получив слоговую подсказку мо, вместо слова молоко произносит «море», «морковь», «мороженое» и т. п.

Вследствие инертности артикулирования отдельных слов могут наблюдаться контаминации, обусловленные переносами слога предыдущего слова: «стожка» (стол, ложка).

При другом варианте эфферентной моторной афазии при спон­танном восстановлении речи и общении нередко формируется вы­раженный экспрессивный аграмматизм: больные пропускают глаго­лы, с трудом употребляют предлоги, флексии существительных — выявляется так называемый аграмматизм типа «телеграфного сти­ля», который возникает вследствие нарушения предикативной функции внутренней речи. В более легких случаях глаголы переносятся в конец предложения.

При третьем варианте эфферентной моторной афазии не наблюдается столь грубого аграмматизма, а выявляется крайняя инертность в выборе слов, в высказывании отмечаются длительные паузы, персеверации, вербальные парафазии, произнесение слов становится растянутым.

Длительные паузы, вызванные инертностью протекания речевых процессов, внешне напоминают амнестические трудности, характерные для семантической афазии, но в их основе лежит инертность выбора лексических средств. Нарушение регуляции выбора слов приводит и к вербальным парафразиям, которые обусловлены инертностью переключения при их извлечении из разных «семантических полей.

И среди различных вариантов эфферентной моторной афазии наблюдается такая, при которой речь нарушается лишь в звене плавной, мелодичной смены одного слога другим. Речь этих больных грамматически правильно оформлена, но из-за нарушений ритмико-мелодической стороны речи страдает выделение не только ударных слогов, но и интонационная окраска психологического предиката, т. е. того нового, о чем говорится в сообщении, на что падает логическое ударение. В отличие от афферентной моторной афазии звуковая структура слогов при эфферентной моторной афазии не упрощается, не разрушается, но теряет свою интонационную окрашенность, становится тягучей, монотонной. Литеральные парафазии не характерны для устной речи больных с эфферентной моторной афазией, но их много в письменной речи.

Нарушение чтения и письма. При эфферентной моторной афазии наблюдается выраженная аграфия: запись слова или фразы возможна лишь при проговаривании слов по слогам. В более тяжелых случаях при правильном повторении слова невозможна не только его запись, но и складывание из уже выбранных букв разрезной азбуки. Возникает безуспешная перестановка букв слова, даже очень короткого, с трудом находится нужный порядок букв. Нередко больные не могут найти нужную букву, правильно произнося весь звуковой состав слова. В более легких случаях больные могут записать слово со слуха, пропуская гласные и согласные в стечениях согласных, переставляя буквы и слоги; например, слово комната записывается как «кмата», «комата», окно—как «нко», «онко», «коно», «нок» и т. п. Часты персеверации букв из предыдущих слов, персеверации одного и того же слога: машина — «ма-шишина», молоко — «момолоко», «момко» и т. д.

На поздних этапах восстановления при самостоятельном состав­лении текста по серии картин выявляется аграмматизм, выражающийся в трудностях согласования слов в предложении. Смешиваются флексии как падежные, так и указывающие род. Аграмматизм в письменной речи больных с эфферентной моторной афазией преодолевается с большим трудом.

В наиболее грубых случаях чтение носит угадывающий характер, доступен показ того или иного написанного слова, подкладывание подписей к картинкам. Эти грубые нарушения чтения и письма обусловлены распадом способности программирования звукобуквенного состава слова. При «телеграфном стиле» могут быть сохранными чтение, запись существительного и коротких фраз под диктовку, а позже самостоятельная запись названий предметов, но недоступно самостоятельное, грамматически правильно оформ­ленное письменное составление фраз. В более легких случаях возможно чтение отдельных слов и коротких предложений, но затруднено понимание прочитанного, особенно предложений со сложной синтаксической структурой. При нарушении лишь ритмико-мелодического компонента речи письменная речь и чтение остаются сохранными.

Нарушение понимания. В основе расстройства понимания при эфферентной моторной афазии лежит инертность протекания всех видов речевой деятельности, нарушения так называемого «чувст­ва языка» и предикативной функции внутренней речи.

При грубой эфферентной афазии персеверации проявляются уже при выполнении простых инструкций. Показ отдельных частей тела может быть доступен, если между произносимыми словами сделаны большие паузы. Однако при незначительном убыстрении темпа заданий по показу картинок или частей тела или лица возникают персеверации. Несколько лучше, но все же с большим трудом больные показывают при повторных просьбах предметные картинки. Вторично нарушается слухоречевая память, затруднен показ серии предметных картинок, при показывании из 10 3 или 4 рисунков персеверируются предыдущие задания.

При эффектной моторной афазии на слух не различаются грамматически правильно построенные высказывания и непра­вильные.

Плохо понимается при этой форме афазии переносный смысл метафор, пословиц, что объясняется трудностью переключения на иной, скрытый смысл высказывания (А. Р. Лурия, 1975), отмечается нарушение понимания многозначности слов, таких, например, как коса, ключ, идти — больные воспринимают как неправильные. Это также объясняется трудностью переключения с конкретного лексического значения слова на другое.

Премоторные отделы доминантного по речи полушария явля­ются завершающими процесс кодирования речевого высказывания. С одной стороны, они осуществляют плавное переключение сформированных в постцентральных отделах артикуляторных и лексических комплексов, с другой — завершают процесс планирования и грам­матического оформления замысла высказывания, программируемого в лобных и заднелобных отделах.

Коррекционно-педагогическая работа при эфферентной моторной афазии

Основными задачами коррекционно-педагогической работы при эфферентной моторной афазии являются преодоление патологической инертности в звене порождения слоговой структуры слова, восстановление чувства языка, преодоление инертности выбора слов, аграмматизма, восстановление структуры устного и письмен­ного высказывания, преодоление алексии и аграфии.

При «передних» эфферентной моторной и динамической афазиях работа опирается на сохранную парадигматическую систему и на привнесение извне логопедом программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования сло­говой структуры слова и кончая восстановлением планирования фразы и текста.

Именно привнесенные извне средства, программирующие струк­туру слова и фразы (схемы, планы, программы), позволяют преодолеть у больных с эфферентной моторной афазией трудности переключения с одного слога или слова на другое, восстановить кинетическую мелодику речи, преодолеть персеверации, эхолалии, трудности выбора слогов, входящих в слово, и слов, входящих во Фразу.

Преодоление нарушенной произносительной стороны речи при эфферентной моторной афазии начинается с восстановления ритмико-слоговой схемы слова, его кинетической мелодики.

При грубом нарушении чтения и письма работа начинается со слияния звуков в слоги. Больной, повторяя слог, складывает его из букв разрезной азбуки. Затем из освоенных слогов сос­тавляется простое слово типа ру-ка, во-да, мо-ло-ко и т. д. с опорой на ритмически отхлопываемую слоговую структуру слова, а также на схемы слова. Используется работа по автоматизации слов с опреде­ленной ритмической структурой: предлагается читать серии слов с одной слоговой структурой, написанных столбиком. Постепенно слоговая структура слова усложняется. Больной сопряженно с ло­гопедом, а затем самостоятельно читает разделенные на слоги рифмующиеся слова.

Одновременно с восстановлением звуковой и слоговой структуры слова начинается работа по восстановлению повествовательной речи.

Преодоление нарушений повествовательной речи начинается с восстановления так называемого чувства языка, улавливания созвучий рифм в стихах, пословицах и поговорках. Особенно полезно использовать пословицы и поговорки с рифмующимися глаголами.

При восстановлении экспрессивной речи особое внимание уде­ляется преодолению патологической инертности в нахождении нужных слов для высказывания. Обыгрывая предметный рисунок, логопед задает больному вопросы о том, для чего предмет предназ­начен, что с ним можно или надо сделать, чтобы, допустим, съесть (надо вымыть, сварить и т.п.), каковы свойства предмета и т.д.

При эфферентной моторной афазии преодолению инертности в выборе глагола содействует не только фразеологический контекст, но и выразительная пантомимическая имитация логопедом движений с предметами.

Позже больному дается задание закончить однотипную фразу различными словами, например: я ем... (картофельный суп, манную кашу, белый хлеб и т. д.) или я жду... (врача, мать, дочь, жену и т.д.). Предварительно логопед четко произносит фразы к нескольким картинкам, затем стимулирует их произнесение путем вопросов с опорой на различные схемы предложения.

Важной составной частью работы по накоплению глагольного словаря является подбор нескольких глаголов к существительному или нескольких существительных к одному глаголу. Первыми устными текстами, произносимыми больным по составленному логопедом плану, являются рассказы о режиме дня: «Я встал, умылся, почистил зубы...» и т. п. Предупреждению и преодолению предложно-флективного аграмматизма служат различные упражне­ния на вписывание пропущенных флексий, затем флексий и пред­логов и, наконец, глаголов и существительных в косвенных падежах. Больной обучается использовать восстановленный словарный запас в беседах с медицинским персоналом, с родственниками, позже осваивает лексику, необходимую при посещении врача, магазинов, аптеки и т. п.

При грубой эфферентной моторной афазии чтение и письмо могут быть в состоянии полного распада. В связи с этим для боль­ных разрабатываются индивидуальные азбуки, в которых каждой букве соответствует определенная картинка или слово, значимые для больного. Например, а — арбуз, б — бабушка, в — Василий и т. д. Позже проводится работа по составлению слов из слогов обыч­ной, разрезной азбуки.

Для восстановления плавного письма больного обучают много­кратно писать левой рукой сначала отдельные прописные буквы, затем слова и фразы. Полезно провести курс подготовительных прописных упражнений предупреждающих персеверации элементов букв при записи слов. На стадии частичного восстановления зву­ко-буквенного анализа состава слова от разрезной азбуки перехо­дят к записи слов и легких фраз во время слуховых диктантов. При этом больной должен проговаривать каждое слово по звукам, иногда предварительно складывать трудные слова из разрезной аз­буки.

Восстановление чтения идет параллельно с восстановлением звуко-буквенного анализа состава слов, но, безусловно, несколько опережая его. Вначале больной по слогам читает слова с различной слоговой структурой, затем простейшие тексты.

На поздних этапах восстановления звуко-буквенного анализа состава слова решаются простые кроссворды, составляются короткие слова из букв многосложного слова, пишутся разной степени сложности письма и сочинения, ведутся дневники и т. п. Преодоление дефектов понимания речи осуществляется путем выполнения различных заданий на внимание, переключения с од­ного предмета на другой, заданий «провокационного» характера, когда логопед просит показать тот предмет, которого нет среди лежащих перед больным, соотнести фразу с сюжетной картинкой.

По мере восстановления слухового внимания стимулируется показ картинок по заданию, при этом больного спрашивают не «где нарисована ложка», а «покажите ложку» или «покажите то, чем мы едим», «положите ложку на стакан» и т. п.

Логическое ударение при этом должно падать то на предлог, то на существительное. С помощью интонации или логического ударения логопед подчеркивает переход к другим видам заданий: поставьте стакан, переверните стакан вверх дном и т. п.

Динамическая афазия

Динамическая афазия возникает при поражении заднелобных отделов левого доминантного по речи полушария, т. е. отделов третьего функционального блока — блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности (поля 10,40).

Основным речевым дефектом при этой форме афазии является трудность, а иногда и полная невозможность активного развер­тывания высказывания. При динамической афазии правильно про­износятся отдельные звуки, повторяются без артикуляторных труд­ностей слова и короткие предложения, однако коммуникативная функция речи все же оказывается нарушенной.При грубой выра­женности расстройства отмечается не только речевая, но и общая аспонтанность, безынициативность, возникает выраженная эхолалия, а иногда и эхопраксия, когда как бы механически повторяются за собеседником не только произнесенные им слова, вопросы, но и движения.

Нарушение экспрессивной речи. Существует несколько вариан­тов динамической афазии, характеризующихся разной степенью нарушения коммуникативной функции, от полного отсутствия экспрессивной речи до некоторой степени нарушения речевой ком­муникации. В основе динамической афазии лежит нарушение внутреннего программирования высказывания, проявляющегося в трудностях его планирования при составлении отдельных фраз. Больные нуждаются в постоянной стимуляции речи. Их речь отли­чается примитивностью синтаксической структуры, наличием рече­вых шаблонов, при этом не наблюдается аграмматизма.

Центральным звеном при динамической афазии является на­рушение спонтанного развернутого высказывания. При пересказе по сюжетной картинке произносятся отдельные, не связанные между собой фрагменты, не выделяются основные смысловые зве­нья; например: «Вот... у хозяина была курица... и золотые яйца... и он ее убил... вот!» (пример А. Р. Лурия, 1975).

При динамической афазии могут наблюдаться псевдоамнестические трудности при назывании предметов и особенно при вспо­минании фамилий или имен знакомых людей, названий городов, улиц и т. п. В отличие от больных с акустико-мнестической и семанти­ческой афазией эти больные не прибегают к помощи фразеологи­ческого описания функций предмета, подсказ первого слога слова может явиться пусковым толчком, деблокирующим инертность про­текания речевого поиска слов. Из-за инертности протекания ре­чевых процессов испытываются значительные трудности при зада­нии произвести обратный порядковый счет, например от двадцати к одному.

При более массивных поражениях левой лобной доли выявляется глубокое нарушение порождения сложных мотивов, замыслов и программ поведения (А. Р. Лурия, 1969, 1975), не проявляется интерес к окружающему, не формулируются никакие просьбы, не задаются вопросы. Спонтанная речь может совсем отсутствовать. Диалогическая речь грубо нарушена и характеризуется эхолалическим повторением вопросов.

В более легких случаях эхолалично заимствуется часть вопроса собеседника, при этом придается ей правильная грамматическая форма. Например, на вопрос: «Вы сегодня завтракали?» звучит ответ: «Мы сегодня завтракали». В речи наблюдается много персе­вераций. Например, назвав карандаши с помощью подсказанного слова цветные, больной продолжает называть следующие предъяв­ленные ему предметы «душистые карандаши», «чайные карандаши» (вместо слов цветы, ложки).

Нарушение понимания речи. При поражении премоторных сис­тем нарушается не только процесс развертывания речевого замыс­ла, но и свертывания речевых структур, необходимых для по­нимания смысла текста.

При легкой степени динамической афазии понимание элемен­тарной ситуативной речи, особенно предъявляемой в несколько замедленном темпе, с паузами между инструкциями, остается со­хранным) Однако при убыстрении предъявляемых заданий, при по­казе предметных картинок, частей лица могут наблюдаться персе­верации, трудности быстрого нахождения предмета, возникает псевдоотчужденность смысла слова.

При выраженной динамической афазии, как и при эфферентной моторной афазии, обнаруживается нарушение чувства языка, возникают затруднения в понимании сложных фраз, особенно инвертированных, требующих для своего понимания перестановки элементов предложения.

Эти трудности в понимании сложных высказываний связаны с недостаточной активностью больных, инертной фиксацией их внима­ния на значении отдельных элементов с нарушением понимания грам­матических средств языка.

При динамической афазии чтение и письмо остаются сохран­ными и служат задаче восстановления плана высказывания.

Элементарный счет при динамической афазии остается со­хранным даже при грубом распаде экспрессивной речи. Однако при этой форме афазии резко нарушается решение арифметических задач, требующих для своего осуществления построения плана действий (А. Р. Лурия, Л. С. Цветкова, 1966).

Коррекционно-педагогическая работа при динамической афазии

1,Основной задачей работы при динамической афазии является преодоление дефектов внутреннего речевого программирования. При значительно выраженной аспонтанности больному даются различные упражнения на классификацию предметов по разным признакам (мебель, одежда, посуда, круглые предметы, квадратные, деревянные, металлические и т. п.); используется прямой и обратный порядковый счет, вычитание из 100 по 7, по 4 и т. п.

Преодоление дефектов внутреннего программирования осуще­ствляется созданием для больных программ высказывания с по­мощью различных внешних опор (вопросов, схемы предложения, фи­шек), постепенного сокращения их числа и последующей интериоризацией, свертыванием этой схемы «вовнутрь». Больной, перенося указательный палец с одной фишки на другую, постепенно раз­вертывает речевое высказывание по сюжетной картинке, затем переходит к зрительному слежению за планом развертывания высказывания без сопряженного двигательного подкрепления и, наконец, производит составление этих фраз без внешних опор, прибегая лишь к внутриречевому планированию высказывания.

Восстановлению линейного развертывания высказывания содей­ствует использование слов, входящих в вопросы к сюжетной кар­тинке или в вопрос к соответствующей ситуации, обсуждаемой на занятии. Например, на вопрос: «Куда вы сегодня пойдете?» — больной отвечает: «Я пойду к парикмахеру» или «Я пойду на рентген» и т. п., т. е. он добавляет лишь одно слово. Другим приемом вос­становления структуры высказывания является использование опор­ных слов, из которых больной составляет предложение. Постепенно число предложенных слов для составления предложения из 5—6 слов сокращается, больной свободно, по своему усмотрению, добав­ляет слова в нужной грамматической форме.

Ввиду того что при динамической афазии нарушается в основ­ном составление не фразы, а текстов, в качестве внешних опор используются серии последовательных картинок, например серия картинок о ребенке, самостоятельно построившем плот и отправив­шемся в плавание, и о последствиях такого плавания, серии бытовых рисунков художника X. Бидструпа.

При динамической афазии преодолевается речевая инактивность, создаются условия для повышения речевой инициативы, для этого больному поручают устно передать кому-либо ту или иную просьбу логопеда и т. п. Речевая активность увеличивается в процессе создания специальных речевых ситуаций-инсценировок, в процессе которых инициатива ведения диалога передается больному. Тема диалога предварительно обсуждается с больным, ему даются вопросительные, ключевые слова и план, которые он может использовать в беседе. На занятиях по стимулированию речевой активности инсценируются беседы с врачом, в магазине, в аптеке, в гостях и т. п. Больной может быть ведущим в беседе о творчестве писателя, художника или композитора, при обсуждении „художественного произведения, телепередач.

При более легких формах динамической афазии даются задания пересказать текст сначала при помощи развернутого вопросника, затем при помощи ключевых вопросов к отдельным абзацам текста, затем с опорой на план. Параллельно больной обучается составлять самостоятельные планы к текстам, сначала развернутые, затем краткие, свернутые, после чего, предварительно составив план, он пересказывает текст, не заглядывая в него. Таким обра­зом, происходит интериоризация плана при пересказе прочитанного. При грубой динамической афазии понимание ситуативной речи восстанавливается путем обсуждения различных событий дня. Затем логопед опять переключает внимание больного на новую тему, например о том, кто навещал его накануне;/ Интонационно логопед выделяет предикат высказывания, собирая внимание больного на том или ином фрагменте. Позже ему предлагается выполнить как однозвеньевые, так и многозвеньевые инструкции.

**Классификация афазии. Основные формы афазии, выделенные в классификации Лурии, и их характеристика.**

Существуют различные состояния вопроса о классификации афазий. Топическая классификация афазий А.Р.Лурия.

**Классификации афазий**: классическая, неврологическая классификация Вернике—Лихтгейма, лингвистические классификации X. Хэда, В. К Орфинской и других, каждая из которых отражает уровень развития неврологической, психологи­ческой, физиологической и лингвистической наук, характерный для того или иного исторического периода развития учения о речи.

**В настоящее время общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А. Р. Лурия.** Нейропсихологический подход к организации высших корковых функций А. Р. Лурия является продолжением нейрофизиологических открытий И. П. Павлова, Н. А. Бернштейна о системной организации функций и «обратной афферентации», а также нейропсихологических и психологических взглядов Л. С. Выготс­кого, А. Н. Леонтьева и других психологов. В 1947 г. А. Р. Лурия формулирует принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших корковых функций. Им разработаны методы изучения нарушений психической деятельности, различных познавательных процессов человека. Нейропсихологическая методика, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга; применение этой методики позволяет не только делать заключение о наличии той или иной формы афазии, но и диагносцировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

**А. Р. Лурия различает шесть форм афазий:**

**1. акустико-гностическая (22,- Вернике-задняя треть верхней височной извилины левого полушария)** м-зм: нарушение фонематического восприятия) Не критичны к своему состоянию. Жаргоназия, логорея, парафазии вербальные (словесные, литеральные (звуковые), аграмматизмы, чтение, письмо, слуховая агнозия (нарушено понимание речи)

**2. акустико-мнестическая афазии** (21, 37- средние и задние отделы височной доли левого полушария)- ритм, понимание, парафазии, нарушение слухо-речевой памяти), - повторная речь, трудности актуализации слова (мучительно ищет слово), контоменации (слипание), аграмматизмы в роде, числе, падежном окончании), вербальные парафазии, не грубые нарушения понимания речи, отчуждения слова, много глаголов, мало сушествительных, письмо, счёт (переход через 10)

**3. семантическая афазия** (39-зона перекрытия, зона височно-теменных долей) м-зм-нарушение одновременных пространственных синтезов) - понимания сложных логико-грамматических конструкций, трудности родительного и творительного, на понимают метафор, пословиц, симультанная агнозия, астереогнноз узнавание на ощуп), апраксия, акалькулия. Трудности на географических картах.

**4. афферентная моторная афазия**(7,40, частично 5-нарушение адресаций импульсов к двигательным системам, возникающие в результате нарушения кинестетического восприятия), возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга,- дефекты артикулемы, парафазии, литеральные, трудности понимания личных местоимений, речь может отсутствовать, эмболы, конструктивно-простраственная агнозия, кинестетическая апраксия импрессивные аграмматизмы.

**5. эфферентная моторная афазия**(44, 45-нарушение временной организации двигательного акта, трудности переключения с одного артик.движения к другому, просодика, понимание, речевая память, аграмматизмы), эхолалии, гипомомия (снижение мимики), телеграфный стиль, персеверации, контоменации, обратный счёт, просодика, темп, много пауз.

**6. динамическая афазия,(10, 46. частично 45,** регуляторная апраксия, трудности проявления речевой инициативы, планирования, регуляции и контроля речевых действий) возникающие при поражении премоторных и заднелобных отделов коры головного мозга (слева у правшей), экфарии (актуализация слов, пассивны, эхопраксия, гипомимия, эхолалии, интонация, нарушение динамики, снижена речевая активность, псевдоамнестические нарушения (называние годов, имён, знакомых)

Афазии, возникающие при поражении верхневисочных и нижнетеменных зон, входящих во второй функциональный блок (А. Р. Лурия, 1979), называются «задними» формами афазии. Это афазии, при которых нарушаются парадигматические отношения. Афазии, возникающие при поражении заднелобных отделов мозга, входящих в третий функциональный блок, называются «передними» афазиями. При этих формах афазии нарушаются синтагматические» соотношения. При поражении речевых зон происходит нарушение так назы­ваемой первичной предпосылки, осуществляющей специфическую деятельность соответствующей анализаторной системы. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический, распад всей функциональной системы языка и речи, т. е. возникает нарушение всех видов речевой деятельности: понимания речи, устной и письменной речи, счета и т. д. Характер и степень нарушения понимания речи, экспрессивной речи, чтения и письма зависят прежде всего не от величины очага поражения в коре головного мозга, а от тех гностических (кинестетической, акустической или оптической) предпосылок, которые по-разному вносят свой вклад в реализацию различных речевых процессов.

**Формы афазии.**

В результате локальных поражений мозга возникают тяжелые расстройства речи, самые распространенные из них являются афазии. При афазиях проявляются системные нарушения речевой функции. Клиника афазии неоднородна, различия обусловлены локализацией очага поражения.

**Классификация А.Р.Лурия:**

1. Моторная афазия афферентного типа. Обусловлена поражением нижних отделов постцентральной зоны левого полушария (у правшей). Центральное расстройство – нарушение кинестетической афферентации произвольных оральных движений (оральная апраксия). Больные теряют способность совершать по заданию те или иные движения языком, губами и другими органами артикуляции (непроизвольно эти движения выполняются). Оральная апраксия лежит в основе артикуляторной апраксии, которая имеет непосредственное отношение к произнесению звуков речи. Дефекты артикуляторного праксиса приводят к распаду артикуляторных поз (артикулем). В устной речи, в зависимости от грубости апраксии: отсутствие артикулем, их искаженным воспроизведением, поисками артикуляции.
2. Моторная афазия эфферентного типа. Обусловлена поражением нижних отделов премоторной зоны левого полушария (у правшей). Эта зона обеспечивает плавную смену одного орального или артикуляторного акта другим, что необходимо для слияния артикуляций в последовательные сукцессивно организованные ряды – «кинетические двигательные мелодии». При очаговых поражениях премоторной зоны возникает патологическая инертность артикуляторных актов, появляются персеверации, которые препятствуют свободному переключению с одной артикуляторной позы на другую. Поэтому речь становится разорванной, сопровождается застреванием на каких-либо фрагментах высказывания. Это отражается на чтении, письме и понимании речи. Апраксия артикуляторного аппарата проявляется по отношению к серии артикуляторных актов. Больные относительно легко произносят отдельные звуки, но испытывают затруднения при произнесении слов и фраз.
3. Динамическая афазия. Обусловлена поражением в заднелобных отделах левого полушария, расположенных кпереди от «зоны Брока». Отмечается речевая спонтанность и инактивность. Различают 2 варианта: первый характеризуется нарушением функции речевого программирования (пользуются речевыми штампами), речь бедная и односложные ответы в диалоге; второй характеризуется нарушением грамматического структурирования, в речи экспрессивный аграмматизм «согласования», «телеграфный стиль». Произносительные трудности в обоих вариантах не значимы.
4. Сенсорная (акустико-гностическая) афазия. Обусловлена поражением верхне-височных отделов («зона Вернике»). Первичный дефект – нарушение фонетического слуха (распад способности к акустическому анализу звуков речи). Это приводит к грубым нарушениям импрессивной речи – понимания. Появляется феномен «отчуждения смысла слова» (расслоение звуковой оболочки и его предметной отнесенности; звуки теряют своё стабильное звучание и каждый раз воспринимаются искаженно). Поэтому появляются в экспрессивной речи характерные дефекты: логорея (обилие речевой продукции), как результат «погони за ускользающим звуком», замены одних слов другими, одних звуков другими (вербальные и литеральные парафазии).
5. Акустико-мнестическая афазия. Обусловлена поражением в средних и задних отделах височной области. Дефект проявляется в слуховой мнестической деятельности. Больные теряют способность к удержанию в памяти воспринятой на слух информации, проявляя тем самым сужение объема слухо-речевой памяти и наличие слабости акустических следов. Это приводитк трудности понимания развернутой речи. В собственной речи словарный дефицит, из-за вторичным обеднением ассоциативных связей слова внутри данного семантического куста и с недостаточностью зрительных представлений о предмете.
6. Семантическая афазия. Обусловлена поражением теменно-затылочных областей левого доминантного полушария. Основное проявление речевой патологии – импрессивный аграмматизм (невозможность понимания сложных логико-грамматических оборотов речи). Этот дефект является одним из видов общего расстройства пространственного гнозиса (способности к симультанному анализу).

**История учения об афазии. Классическое и неврологическое направления в изучении афазии. Современное понимание механизмов афазии в отечественной логопедии.**

Термин впервые **ввел Труссо** в 1864г.

*Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.* Причинами возникновения афазии являются нарушения мозгового кровообращения, травмы, опухоли, инфекционные заболевания головного мозга. Афазии сосудистого генеза чаще всего возникают у взрослых людей. В результате разрыва аневризм сосудов головного мозга, вызванных ревматическим пороком сердца, и черепно-мозговых травм афазии нередко наблюдаются у подростков и лиц молодого возраста. **Афазия** — одно из наиболее тяжелых последствий мозговых поражений, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности. Сложность речевого расстройства при афазии зависит от локализации поражения (например, расположение очага поражения при кровоизлиянии в подкорковых отделах мозга позволяет надеяться на спонтанное восстановление речи), величины очага поражения, особенностей остаточных и функционально сохранных элементов речевой деятельности, при левшестве. Реакция личности больного на речевой дефект и особенности преморбидного строения функции (например, степень автоматизации чтения) определяют фон восстановительного обучения. В основе любой формы афазии лежит та или иная первично нарушенная нейрофизиологическая и нейропсихологическая предпосылка (например, нарушение динамического или конструктивного праксиса, фонематического слуха, апраксии артикуляционного аппарата), которая ведет к специфическому системному нарушению понимания речи, письма, чтения, счета. При афазии специфически системно нарушается реализация разных уровней, сторон, видов речевой деятельности (устная речь, речевая память, фонематический слух, понимание речи, письменная речь, чтение, счет и т.д.). Большой вклад в понимание нарушения речи при афазиях внесен как нейрофизиологией, так и нейропсихологией и нейролингвистикой. В 1861 г. французский врач П. Брока продемонстрировал мозг больного афазией с обширным размягчением в области левой средней мозговой артерии, захватывающим задние отделы третьей лобной извилины. Брока считал, что получил доказательство локализации центра устной речи в лобных отделах мозга. В 1874 г. Вернике описал 10 больных с поражением височных отделов коры головного мозга слева с нарушением понимания речи и своеобразными расстройствами экспрессивной речи, письма и чтения. Открытия Брока и Вернике положили начало дискуссии ученых двух направлений: «локализационистов» и «антилокализационистов». Дискуссия длилась в течение пятидесяти лет. Первые привязывали сложные психические функции к определенным участкам мозга (Лихтгейм, 1885; Либманн, 1905). Они стояли на прогрессивных позициях. Однако среди «локализационистов» (Клейст) были и парадоксальные узколокализационистские направления. Так, Клейст локализовал не только целые функции — счет, письмо, чтение — в отдельных областях мозга, но и «личное и общественное Я», «любовь к Родине» и т. п. Несомненно, что ранние работы Клейста и других узких «локализационистов» породили бурные выступления «антилокализационистов» (Хьюлинг Джексон. Монаков, Хейд, Гольдштейн, Финкельбург). Но среди них, в свою очередь, были и ортодоксальные взгляды, например П. Мари считал больных с афазией дементными, душевнобольными. Крупнейший афазиолог Гольдштейн считал, что нарушения сложных функций нельзя соотносить с отдельными участками коры и что мозг человека работает как единое целое. Он связывал нарушение сложных психических функций при заболеваниях головного мозга с изменениями интеллектуальной деятельности с поражением глубинных «инстинктов», с нарушением «абстрактной установки» и «категориального поведения». Особый вклад в понимание сложных психических функций был внесен Джексоном, который еще в 1863 г. показал, что каждая функция имеет сложную «вертикальную» организацию, и утверждал, что можно локализовать симптом, но нельзя локализовать функцию, так как она имеет сложное иерархическое строение от низшего звена к высшему. ВРоссии изучению проблем локализации высших психических функций предшествовал выход монографии И. М. Сеченова «Рефлексы головного мозга», которая оказала большое влияние на работы В. М. Тарковского, Н. Д. Родосского, С. И. Давиденкова.

Существуют различные классификации афазий: классическая, неврологическая классификация Вернике—Лихтгейма, лингвистические классификации X. Хэда и других, каждая из которых отражает уровень развития неврологической, психологической, физиологической и лингвистической наук, характерный для того или иного исторического периода развития учения о речи. **В настоящее время общепринятой является нейропсихологическая классификация афазий А. Р. Лурия.**

Нейропсихологический подход к организации высших корковых функций А. Р. Лурия является продолжением нейрофизиологических открытий И. П. Павлова, Н. А. Бернштейна и П. К. Анохина о системной организации функций и «обратной афферентации», а также нейропсихологических и пси­хологических взглядов Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева и Других психологов. В 1947 г. А. Р. Лурия формулирует принцип системного строения и динамической, поэтапной локализации высших корковых функций. Им разработаны методы Изучения нарушений психической деятельности, различных Познавательных процессов человека. Нейропсихологическая методика, предложенная А. Р. Лурия, позволяет исследовать различные симптомы и синдромы, закономерные сочетания симптомов, возникающие при поражении тех или иных структур мозга. Применение этой методики позволяет не только делать заключение о наличии той или иной формы афазии, но и диагностировать место поражения головного мозга. Им показано, что при любой форме афазии нарушается реализация речевой деятельности.

В основу современной нейропсихологии и нейролингвистики легло учение о роли внутренней речи и мышления. У истоков психолингвистики стоят имена Ф. де Сосюра и И. А. Бодуэна де Куртенэ, положивших начало дифференциации понятий «язык» и «речь», «парадигматические» и «синтагматические» отношения, «статика» языка и «динамика» речи. Под парадигматическими единицами речи подразумеваются все признаки языка: фонемы, слоговая система, лексика, приставки, суффиксы, определенные словосочетания, т. е. то, что характеризует тот или иной язык. Каждая парадигма, например, фонема, имеет определенное число признаков, при замене которых меняется смысловое качество фонемы, поэтому парадигматические признаки характеризуются принципом взаимозаменяемости «или» — «или»: или ротовой, или носовой, или губной, или язычный, или звонкий, или глухой. Этими противопоставительными признаками отличаются фонемы, лексемы (приехать — уехать, домик — домище и т. п.). В речи все парадигматические единицы взаимосвязаны синтагматически по принципу «и» — «и», не допускающему взаимозаменяемости; так, в слове фонемы имеют свой жесткий, линейный порядок, в предложении предлог не может стоять перед глаголом или наречием и т. п., т. е. парадигматические отношения построены по пространственному, симультанному принципу, а синтагматические — по временному, линейному, сукцессивному принципу. При разных формах афазии по-разному нарушается «парадигматическая» организация импрес-сивной и экспрессивной речи.

А. Р. Лурия различает шесть форм афазий: акустико-гностическая и акустико-мнестическая афазии, возникающие при поражении височных отделов коры головного мозга, семантическая афазия и афферентная моторная афазия, возникающие при поражении нижних теменных отделов коры головного мозга, эфферентная моторная афазия и динамическая афазия, возникающие при поражении премоторных и задне-лобных отделов коры головного мозга (слева у правшей).

Афазии, возникающие при поражении верхневисочных и дяяснетеменных зон, входящий во второй функциональный блок (А. Р. Лурия, 1979), называются «задними» формами афазии. Это афазии, при которых нарушаются парадигматические отношения. Афазии, возникающие при поражении заднелобных отделов мозга, входящих в третий функциональный блок называются «передними» афазиями. При этих формах афазии нарушаются синтагматические соотношения.

При поражении речевых зон происходит нарушение первичной предпосылки, осуществляющей специф. деятельность соответствующей анализаторной системы. На основе первичного анализаторного нарушения возникает вторичный, также специфический, распад всей функциональной системы языка и речи, т. е. возникает нарушение всех видов речевой деятельности: понимания речи, устной и письменной речи, счета и т. д.

**Расстройства голоса. Классификация нарушений голоса. Комплексное обследование лиц с нарушением голоса.**

**Голос –** система звуков, продуцируемая голосовым аппаратом чел-ка. Источником звука человеческого голоса является гортань с голосовыми складками. **Нарушение голоса –** это отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Параметры голоса – 1)сила голоса – определяется интенсивностью амплитуды колебаний голосовых складок и измеряется в децибелах. *Интенсивность* – уровень звукового давления говорящего. *Громкость* – уровень воспринимаемого сигнала. 2)высота голоса – меняется от частоты колебания голосовых складок (Гц). 3)диапазон голоса – разница между минимальным и максимальным значением. 4)тембр – индивидуальная окраска голоса. Зависит от высоты, силы, дополнительных шумов, от резонаторов, от эмоций и соматических заб-ий.

**Классификация голосовых нарушений** - нарушения голоса разделяются на центральные и перефирические, каждое из них может быть органическим и функциональным. Большинство нарушений проявляются как самостоятельные, причинами их возникновения являются заболевания и различные изменения только голосового аппарата. Но они могут сопутствовать и другим более тяжелым нарушениям речи, входя в структуру дефекта при афазии, дизартрии, ринолалии, заикании.

1. по степени выраженности дефекта – афония, дисфония.2.по хар-ру нарушения – делятся на функциональные (временный, приходящий хар-р) и органические (свыязаны с изменением структуры органа или ткани).

*Функциональные нарушения –* ***психогенная функциональная афония –*** отсутствие звучного голоса в результате психотравмы. Отличием от органического явл сохранный звучный смех и откашливание. При ларингоскопии – голосовые складки сохраняют подвижность во время вдоха и выдоха. Чаще у женщин (истерички). Голос м.внезапно исчезнуть и внезапно появиться. Имеются пусковой момент и предрасполагающие факторы. ***Гипофункциональная дисфония*** (гипотонусная, гипокинетическая) недосмыкание голосовых складок. В зависимости от размеров и формы щели качество голоса будет различно. Щель м.б.линейной (голос высокого звучания с придыханием), овальной, треугольной (голос то высокий, то низкий). Терапия направлена на повышение мышечной активности. Назначают тонизирующие медикаментозные препараты (прозерин, элиутерокок, настойка женьшеня, витамины группы В), физиотерапия (Эл. динамические токи, иглотерапия и т.д.), голосовые и дыхательные упр. Звуки на твердой атаке. Отрывисто с минимальным объемом воздуха. Отрабатываются семантически значимые слова – крот, кот, который и сразу отрабатывается связная речь – кто там, вот кот и т.д. далее переходят к фразовой речи и к мягкой атаке. ***гиперфункциональная дисфония –*** (гипертонусная, гиперкинетическая) – перенапряжение голосовых связок. Терапия направлена на релаксацию. Режим молчания назначают ограниченно и дифференцированно. Может использоваться шепотная фонация. Пропевание звуков А-О-У, либо глухие щелевые согласные С-Ш, далее СА-ША-ФА, далее слово, фраза. В конце мягкая фонация голосообразования. ***Гипо-гипертонусная дисфония –*** гипотонус голосовой складки и гипертонус вестибулярного аппарата (складок). ***Фонастения –*** слабость голоса. Профессиональное нарушение голоса. Сухость, першение, оссаднение, жжение, навязчивое откашливание. Терапия – обучение навыкам дыхания, уметь распределять во время речи, вырабатывать нижнереберное дыхание, базовый звук для постановки М. ***Мутационная дисфония*** (физиологический процесс). Под действием половых гормонов гортань начинает расти. У мальчиков быстрее и мутация более выражена, у девочек медленнее. Начинается у девочек в 12-13лет, у мальчиков в 14. Мутация делится на: 1.*предмутацию* – симптомы связаны с ограничением верхних нот диапазона, наиболее ярко у вокалистов, 2.*собственно мутацию –* остро, бурно растет гортань, гиперемия голосовых складок, их отечность, скапливание большого кол-ва слизи – мутационный ларингит, несмыкание голосовых складок в виде треугольника, голос то повышается то понижается, 3.*постмутацию* - окончательно оформляется новый тип голоса, может длиться до 6мес, до 2-х лет, у других до 21г пока растет позвоночник.

В зависимости от сроков мутации:

-ранняя преждевременная мутация (гормональные нарушения раньше чем в 12-13л), -поздняя мутация, -пролонгирующая мутация, -вторичная мутация (после периода изменения голоса отмечается нестабильность звучания голоса – чаще эндокринные расстройства).

Причины мутационных нарушений м.б.разными: - *органические* -эндокринная патология (голос евнуха), -*функциональные* – психоэмоциональная неподготовленность к смене голоса (в неполных семьях, позднее развитие), -*амузыкальность* (не различает высокие и низкие звуки). ***спастическая дисфония –*** похожа на лагингиальное заикание, т.к.спастичность складок, судорожность, ситуативность речи. Чаще у взрослых. У подростков во время мутации, но редко. Чаще у женщин.

*Органические нарушения* ***–* 1гр** – 1.воспалительные заб-я верхних и нижних дыхательных путей – ринит, фарингит, ларингит остр.и хронич.(атрофический, гипертрофический), монохордит, 2.сухость воздуха – увлажнять, применение масел, б-нь Рейнке-Гайека – складки медузообразной консистенции, хондриты и перихондриты гортани. Проявляется – харак-ое изменение слизистой оболочки гортани, появляется несмыкание голосовых складок, это ведет к стойкому дефекту голоса и сопровождается субъективными неприятными ощущениями в глотке и гортани. Голос теряет нормальное звучание, появляется сильная утомляемость до полной невозможности выполнять голосовую нагрузку. **2гр** – образования голосовых складок (доброкачественные опухоли) – 1.узелки голосовых складок. Узелки м.б.отечные молодые и старые фиброзные, 2.полипы голосовых складок: -фиброзный (сходны с узелками чаще с одной стороны), -ангиоматозный (в результате кровоизлияния) м.б. во время беременности –ограничить фонацию., -гранулемы, -папиллома (доброкачественная опухоль), Проявления – голосовая патология при локализации опухоли на голосовых складках развивается постепенно по мере ее роста. Обширный папилломатоз и рубцовые изменения после многократных операций вызывают тяжелые нарушения дыхания и голосообразования. Недостаточность голосового аппарата появляется после самого щадящего удаления опухоли. **3гр** – онкологические заб-я6 –рак гортани. Полное удаление гортани лишает человека голоса. **4гр** – парезы и параличи гортани: бывают – посттравматические, постинъекционные, идеопатические (не ясной этиологии); одлносторонние, двусторонние, латеральная фиксация, медиальная, паралатеральная, парамедиальная. Проявляется – голос отсутствует или резко охриплый, жалобы на сильное утомление при речи, поперхивание, рефлекторный кашель, затрудненное дыхание. Сочетание грубого дефекта голоса с расстройством дыхания делает нарушение особо тяжелым. Центральные парезы и параличи гортани зависят от поражения коры ГМ, моста, продолговатого мозга, проводящих путей.

**Методы исследования –** *Исследование акустики – 1метод*- метод слуховой оценки – мутационная дисфония, спастическая дисфония (с напряжением или тремором), афония (при этом сохранна шепотная фонация), дисфония (изменяется тембр голоса за счет добавочных призвуков). *2метод* – позволяет выявить особенности изменения в гортани (ларингоскопия). Различают прямую и непрямую. При прямой необходим общий наркоз. При непрямом – высунуть язык и произнести звук И. Врач видит зеркальное отражение. Можно оценить особенности морфологического строения голосовых складок, степень их подвижности и смыкание во время фонации. *3метод* – ларингостробоскопия – м.оценить хар-р колебательных движений, используют стробоскоп. *4метод* – видеоларингостробоскопия – при помощи специального прибора можно наблюдать хар-р колебаний голосовых складок, фиксируется на видеопленку. *5метод* – спектрографический анализ (график). *6метод* – фонетографии (голосового поля) м.оценить высоту и силу голоса. *Исследование дыхания –* спирометрия – изучение жизненной емкости легких, монометры – измерять м.выдох и вдох, метод исследования нижнего дыхания, тип дыхания – внимание на координацию носового и ротового выдоха, рациональное использование воздуха во время речи, определяется время максимальной фонации. Методика Пана – различные задания прослушав которые д.повторить эталонный образец. Исследовать м.звуки, ритмы и т.д. *7метод* – рентгенография и томография отражают точную картину в какой-то момент ее работы, не раскрывая хар-ра движений голосовых складок. Применяются приемущественно для диагностики опухолей. *8метод* – глоттография. Принцип работы основан на изменении сопротивления токов ультравысокой частоты, подаваемых на гортань (смыкание понижает сопртивление, размыкание – усиливает). Изменение силы тока фиксируются на экране осциллографа в виде кривой (глоттограммы).

Нужно изучать психологический статус – тест Айзенка 57вопросов (экстроверсию, невротизм и лживые вопросы), тест Люшера MNPI – шкала агрессии, невротизации и т.д., степень фиксированности на своем дефекте – тест Спилберга: болезненно реагирующие, адекватно реагирующие, безразличны к болезни, тест Дембо – метод нейролингвистического программирования: визуалисты – говорят более высоким голосом, жесты в верхней части, аудисты – более спокойно жесты в средней части, кинестетик – в нижней части. Тщательно собрать анамнез, выяснить когда впервые появились жалобы на изменения голоса, причину. Сведения об условиях работы, режима труда и отдыха, важно иметь данные о состоянии центральной и периферической нервной системе. В ходе беседы выяснить как реб или взрослый относится к своему дефекту, оценивает свое состояние.

**Патологическая мутация голоса, её проявления и пути устранения. Профилактика голосовых расстройств.**

Для предупреждения различных голосовых расстройств очень важна охрана и воспитание голоса с раннего детства. Основны­ми профилактическими мерами предупреждения патологии голоса являются закаливание организма, овладение навыка­ми наиболее рационального диафрагмального дыхания и мяг­кой атаки голосоподачи.

Для охраны голоса лицам голосоречевых профессий необ­ходимо помнить, что курение, алкоголь, злоупотребление го­рячей и сильно охлажденной пищей недопустимы, так как при этом раздражается слизистая оболочка глотки и горта­ни. Следует остерегаться простудных заболеваний. Наблюде­ния показывают, что отрицательное влияние на голосовой аппарат оказывают «малые простуды», при которых люди продолжают работать, напрягая голос. Самой радикальной мерой по предотвращению заболеваний голосового аппарата можно считать постановку речевого голоса, в ней нуждаются все лица, которым по роду деятельности приходится много говорить.

Вторичная профилактика состоит в предотвращении дефек­тов и наслоений, являющихся следствием голосовой патоло­гии. Это в первую очередь невротические реакции на дефект, которые отягощают развитие основного нарушения.

Тактичная рациональная психотерапия, раннее начало коррекционно-логопедической работы, первое, даже небольшое улучшение голосовой функции снимают или заметно ослаб­ляют невротические проявления.

Профилактические мероприятия проводятся и после завер­шения восстановления голоса. Продолжается диспансерное наблюдение у врача и логопеда для контроля за состоянием голосового аппарата и качеством голоса.

Все закончившие курс восстановления получают рекомен­дации по соблюдению голосового режима. Соблюдение про­филактических мер, регулярное диспансерное наблюдение у специалистов предотвращает рецидивы голосовых расстройств, обеспечивает устойчивость достигнутых

**Патологическая мутация голоса** - неправильная (нарушенная) мутация голоса в период его "ломки" у подростков (возможны отсутствие мутации, затянутость, искажение).

У детей характеристики голоса существенно отличаются от взрослых. Их голос слабее по силе, так как голосовые складки детей колеблются не всей поверхностью, а краями, т. е. с меньшей амплитудой. Голосовые складки детей короче, чем у взрослых, следовательно, детский голос выше. Система резонаторов у детей не так развита, следовательно, тембральная окраска голоса слабая. Голосовая функция созревает в течение длительного периода и претерпевает изменения на протяжении всей жизни. Характеристики голоса выражено зависят от деятельности желез внутренней секреции (гипофиз, щитовидная железа и половые железы).

Возрастные изменения голоса: происходят, как правило, в 12-15 лет. Возрастная мутация обусловлена изменениями гортани (увеличивается в размере у мужчин в 1,5-2 раза, у женщин на 1/3). Голосовые складки увеличиваются в размере по всем параметрам (длина, ширина, толщина), начинают колебаться всей массой. Увеличивается корень языка. Голос не успевает приспособиться к быстрым анатомическим изменениям и звучит неустойчиво. Голос мальчиков понижается на октаву, у девочек - на 1-2 тона. Причинами изменения голоса в период мутации являются нарушения координации функций наружных и внутренних мышц гортани и отсутствие согласованности между дыханием и фонацией.

Можно выделить три периода мутации: начальная, пиковая, конечная.

Мутация продолжается от 1 месяца до 2-3 лет.

Мутационные расстройства:

* затянувшаяся мутация (смена голоса происходит на протяжении многих лет, сохраняется фальцет). Причина: нарушение координации работы голосовых складок и мышц гортани.
* замаскированные расстройства (в мутационном периоде характеризуются тем, что видимых признаков мутации в голосе еще нет, но часто возникают труднообъяснимые приступы кашля. Часто встречаются у мальчиков, поющих в хоре).
* преждевременная мутация (чаще у мальчиков, 10-11 лет - появляется грубое звучание голоса, неестественное для детей данного возраста). Может быть обусловлено преждевременным наступлением половой зрелости или чрезмерной работой голосового аппарата (например, форсированное пение).
* запоздалая мутация (происходящая после наступления половой зрелости).
* поздняя мутация (голос длительно сохраняет детское звучание даже при нормальном строении гортани). Может быть связана с нарушениями функций щитовидной железы, надпочечников, половых желез.

**Вторичная мутация**: наступает внезапно, в зрелом возрасте. Причины: нарушение работы желез внутренней секреции, перенапряжение голоса, курение и т. п.

Во время мутации голоса у подростков необходимо соблюдать правила гигиены и охраны голоса.

При функциональных нарушениях голоса у детей логопедическая работа определяется тем, что при данном дефекте нет видимых анатомических изменений в строении голосовых складок. Патологическая симптоматика (гиперемия, набухание слизистой оболочки гортани) чаще носит временный характер и исчезает после лечения и ортофонических (голосовых) упражнений.

Основная задача логопедической работы при восстановлении функциональных нарушений голоса — преодоление стойкого фиксированного патологического рефлекса голосообразования. Поэтому проведение психотерапевтических бесед является необходимым залогом успеха в работе. Большое значение могут иметь демонстрация магнитофонных записей голосов детей до и после лечения, личные встречи и беседы с детьми, которые уже закончили курс логопедических занятий. Вслед за беседой ребенку назначают режим молчания на 10—14 дней, после чего начинаются коррекционно-логопедические занятия. Они включают артикуляционную и дыхательную гимнастику и голосовые упражнения. Артикуляционная гимнастика снимает напряжение с артикуляционного аппарата ребенка и способствует более активному участию органов артикуляции в процессе голосообразования. Дыхательные упражнения развивают фонационное дыхание, особенно удлиненный, сильный выдох. У детей с функциональной афонией при попытках фонации появляется звучный кашель, что значительно облегчает и ускоряет этап вызывания звука голоса. На имитации мычания, гласном у голос обычно вызывается уже на первом занятии. Далее голос автоматизируется в слогах, словах, фразах со всеми гласными и согласными. При стойком нарушении голоса требуется более длительная логопедическая работа (иногда в течение месяца). И в этом случае прогноз обычно благоприятный.

Патологическая мутация также требует своевременного вмешательства логопеда. Наиболее часто встречается затянувшаяся мутация, когда голос надолго приобретает высокое фальцетное звучание. Здесь основная задача логопедической работы — скоординировать деятельность артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, фиксировать более низкое, ненапряженное положение гортани и поставить все звуки речи — как гласные, так и согласные — в этом новом положении.

Для достижения этих целей проводятся также артикуляционная и дыхательная гимнастика, голосовые упражнения. Низкое положение гортани фиксируется при позевывании с открытом ртом, покашливании, имитации мычания с несколько наклоненной головой, произнесении на низких тонах гласных звуков, а также гласных в сочетании с согласными. В дальнейшем рекомендуется закрепить полученный голос в слогах, словах, фразах, самостоятельной речи, пении песен.

При восстановлении функциональных расстройств особую роль приобретают профилактика и гигиена голоса. Личная профилактика нарушений голоса складывается из создания определенных условий быта семьи, отдыха, режима жизни ребенка.

К числу профилактических мер при дисфонии относится запрещение петь, громко декламировать и всячески перенапрягать голос. При остром начале заболевания важно дать полный покой голосу на 10—14 дней.

Особые условия необходимо соблюдать во время мутации. Период становления голоса требует внимательного, чуткого, тактичного отношения со стороны педагогов, родителей, т.к. пубертатный период протекает на фоне физических и психических изменений личности подростка. Мутация связана с быстрым ростом гортани. У мальчиков гортань увеличивается почти вдвое, у девочек — на одну треть. Соответственно изменяются и голосовые складки. При разговоре, и особенно пении, голос мальчика неожиданно срывается то на высокие ноты, то на басовые. Период мутации обычно длится 1,5—2 года. В этот период нужно щадить голосооб-разующий аппарат, не кричать, не петь громко, особенно в сырых или непроветренных, прокуренных помещениях. Если наблюдаются частые срывы голоса, неприятные ощущения при фонации, следует обратиться к врачу-фониату. После периода мутации голос обретает свою индивидуальность и 25—30 лет остается неизменным.

С возрастом в органах голосообразования начинаются атрофические изменения и он слабеет, изменяется его тембр. Лицам, профессия которых требует длительной голосовой нагрузки, рекомендуется специальная постановка речевого голоса, которая предохраняет от переутомления.

**Особенности комплексного воздействия при органических и функциональных нарушениях голоса. Содержание логопедической части комплекса.**

**Методика коррекционной работы**

Восстановление голоса необходимо начинать как можно раньше. Это предупреждает фиксацию навыка патологического голосоведения и появление невротических реакций, что значительно улучшает прогноз.

В зависимости от задачи восстановления применяются дифференцированные приемы обучения, однако для всех форм нарушений голоса можно определить общие этапы коррекционной работы:

•рациональная психотерапия;

•коррекция физиологического и фонационного дыхания;

•тренировка кинестезии и координации голосового аппарата фонопедическими упражнениями;

•автоматизация восстановленной фонации.

Перед началом занятий для установления контакта, взаимо­понимания выясняется, что является определяющим в настрое­нии и поведении обучающегося, как он относится к своему дефекту. При первой беседе объясняется сущность нарушения, в доступной форме раскрывается механизм голосообразования, намечаются пути восстановительной работы.

Обучающегося необходимо убедить в обратимости наруше­ния, вселить бодрость, надежду на успех восстановления и од­новременно поставить перед ним условие активного включе­ния в восстановительный процесс. Механическое выполнение упражнений не приведет к положительному результату. Пси­хотерапевтическая направленность осуществляется на протя­жении всего обучения.

**Восстановление голоса при параличах и парезах гортани**

После психотерапевтической подготовки начинается работа над дыханием. При поражениях нижнего гортанного нерва резко ограничена двигательная функция самой гортани, а голосовая складка на пораженной стороне может быть полнос­тью неподвижна. Одновременно с фонацией страдает физиологическое и фонационное дыхание. Для восстановления голоса выбираются такие функциональные тренировки голосового аппарата, которые включают его компенсаторные механизмы. Тренировки должны максимально увеличить подвижность здоровой половины гортани, а на парализованной стороне хотя бы частично восстановить двигательную функцию голосовой складки. Необходима также норма­лизация физиологического и фонационного дыхания. Осуществление этой задачи вызовет смыкание голосовых складок за счет компенсаторного перехода здоровой половины гортани за среднюю линию и сближения ее с неподвижной половиной гортани. Тренировки для активизации двигательной функции гортани сочетаются с нор­мализацией дыхания, поскольку они физиологически связаны и взаимно обусловлены. Занятия начинаются с упражнения «дутье в губную гармошку». Дуть следует медленно, протяжно, втягивая и выдувая воздух на одной ноте. Физически здоровые обучающиеся начинают тренировки с 45—60 секунд за прием, постепенно увеличивая нагрузку в течение двух недель до 2 минут. Первую неделю упражнение выполняют 8—10 раз в день по 45—60 секунд. В дальнейшем число тренировок может быть доведено до 15 раз по 2 минуты за прием. Если дутье вызывает головокружение, то продолжительность упражнения сокращается до 15—20 секунд. Плавность, полнота вдоха и длительность выдоха достигаются постепенно по мере тренировок. «Дутью в губную гармошку» отводится значительная роль в функ­циональных тренировках голосового аппарата. Оно удлиняет выдох, необходимый для правильного голосоведения, а равно­мерные движения вдыхаемой и выдыхаемой воздушной струи массируют гортань.

Одновременно с «дутьем в губную гармошку» предлагается комплекс дыхательных упражнений, которые тренируют направленный удлиненный выдох.

**Комплекс А.** Исходное положение — сидя на стуле прямо или стоя:

1)вдох и выдох через нос (вдох быстрый, не очень глубо­кий, выдох продолжительный);

2)вдох через нос, выдох через рот;

3)вдох через рот, выдох через нос;

4)вдох и выдох через одну половину носа, затем через дру­гую (попеременно);

5) вдох через одну половину носа, выдох через другую (по­переменно);

6) вдох через нос, замедленный выдох через нос с усилени­ем в конце;

7) вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы;

8) вдох через нос, выдох через нос толчками (кратковре­менно задерживая дыхание, выталкивать воздух маленькими порциями).

Через 7—10 дней от начала дыхательных упражнений добавляются упражнения для активизации мускулатуры шеи, наружных и внутренних мышц гортани. Такой интервал луч­ше соблюдать, чтобы на раннем этапе восстановления не пе­регружать занятия упражнениями. Последовательное вклю­чение тренировок позволяет обучающимся полностью овладеть ранее предложенными заданиями.

**Комплекс Б**. Упражнения выполняются сидя:

1) исходное положение — руки в замок на затылке. Откло­нение головы назад с легким сопротивлением рук;

2) исходное положение — сжатые в кулак кисти упирают­ся в подбородок. Наклоны головы вперед с легким сопротив­лением рук;

3) исходное положение — ладони рук прикрывают уши. Наклоны головы в стороны к плечам с сопротивлением рук;

4) движение нижней челюсти вниз, в стороны, вперед. Сжи­мание челюстей;

5) надувание щек;

6) доставание кончиком языка мягкого нёба;

7) поднятие мягкого нёба при зевке.

Оба комплекса упражнений легко выполнимы. Их можно рекомендовать для самостоятельных тренировок 6 раз в течение дня по 4—5 раз каждое упражнение.

На данном этапе логопедические упражнения желательно сочетать со специальными занятиями для установления диафрагмального типа дыхания в кабинете лечебной физкультуры. Упражнения второго этапа подготавливают голосовой аппарат к фонации. В результате тренировок исчезает реф­лекторный кашель, ощущение инородного тела в горле, значительно удлиняется выдох и появляются слабые колебатель­ные движения края парализованной голосовой складки. После этого можно переходить к следующему этапу работы — голосовым упражнениям для тренировки кинестезии и координации голосового аппарата. Дыхательные упражнения и «дутье в губную гармошку» рекомендуется продолжать до завершения коррекционного обучения.

Начинается коррекция голоса с произнесения звука *м.* Выбор этой фонемы определяется ее лучшей физиологичес­кой основой для установления правильной фонации. Она отличается незначительной напряженностью, струя воздуха, проходящая через рот, слаба. Это звук довольно большого импеданса.

Упражнение 1. Предлагается произносить звук *м* кратко при спокойном положении гортани, направляя звук так, чтобы он как бы «ударился» в твердое нёбо и вызвал боль­шую резонацию вышележащих полостей. Постепенно, по мере тренировок, длительность фонации увеличивается и голос ста­новится более ясным, звучным. Как только обучающийся без затруднений начинает выполнять это упражнение, переходят к произнесению открытых слогов.

Упражнение 2. После длительного произнесения звука *м* слитно с ним произносятся кратко все гласные звуки при резком опускании нижней челюсти: *ма, мо, му, мэ, мы.* Упражнения проводят со всеми звонкими согласными звуками.

Дальнейшее закрепление кинестезии голосоведения про­исходит при произнесении пар слогов с ударением на втором слоге.

Упражнение 3. Произнести слоги: ма-ма на-на;ма-мо на-но; ма-му на-ну и т. д. и сочетания слов с перемещающимися ударениями.

Упражнение 4. Произнести: мама-мама-мамама; нана-нана-нанана и т. д.

По достижении громкого полноценного звучания различ­ных слоговых сочетаний переходят к упражнению 5.

Упражнение 5. Тренировка сочетаний гласных звуков с *йот.* Звук произносится с незначительным шумом, голосовые складки колеблются. Гласный звук должен зву­чать коротко, твердо, а *йот* — длительно: *ай... яй..., ой... ей..., уй... юй..., эй... ей...*

В дальнейшем после получения звучного голоса и закреп­ления кинестезии необходима координация дыхания и голосообразования. Для этой цели используется произнесение гласных звуков и их сочетаний по два, три, четыре и пять на одном выдохе.

Упражнение 6. Произнести гласные звуки и их соче­тания: *а, ао, ау, аэ, аи, аоу, аоэ, аои, аоуэи, аоуи* и т. д.

Сначала сочетания произносятся отраженно за логопедом, затем самостоятельно. Данный этап занятий можно считать законченным, если упражнения выполняются легко, без на­пряжения, нет жалоб на голосовую утомляемость, а голос дос­таточно громкий и звучный.

По завершении работы над звуковыми и слоговыми уп­ражнениями начинается этап автоматизации восстановленного голоса. Для этого подбираются слова, начинающиеся с прямых ударных слогов — *ма, мо, му, мэ, мы.* При произнесе­нии слов типа *манка, море, муха, мыло* легко включается вер­хний резонатор и закрепляются наилучшие условия голосо­ведения. Далее приступают к фразовой речи и чтению стихотворений и прозы. На завершающем этапе речевой материал подбирается не по фонетическому принципу, а с уче­том возраста и интересов обучающихся.

Одновременно с работой над речевым материалом выпол­няются вокальные упражнения. Пропеваются гаммы, трезвучия, затем короткие мелодии без резких тональных переходов.

Восстановленным можно считать громкий звучный голос при организованном речевом дыхании и отсутствии жалоб на утомляемость и различные неприятные ощущения в горле. При оториноларингологическом обследовании отмечается смыкание голосовых складок за счет компенсации здоровой полови­ны гортани и появление колебаний голосовой складки на пораженной стороне. Глоттография выявляет равномерные колебания голосовых складок с четко выраженными фазами.

Продолжительность коррекционно-логопедической работы 2—4 месяца, в зависимости от тяжести нарушения и времени начала занятий. К восстановлению голоса необходимо при­ступать в ранние сроки с момента заболевания.

**Восстановление голоса при хронических ларингитах**

Страдающие хроническими ларин­гитами должны направляться на фонопедию независимо от степени голосовой недостаточности. Правильная постановка голоса снимает напряжение голосового аппарата, улучшает лимфо- и кровообращение в воспаленных тканях, организует фонационное дыхание. А при изменениях нервно-мышечно­го аппарата гортани постановка голоса приспосабливает его к голосовой нагрузке. Следует объяснить, что при несоблюдении гигиенических мер, при нарушении регулярно­сти лечения и постановки голоса хронический процесс угрожает утяжелением. В период занятий желательно соблюдать охранительный голосовой режим: уменьшить голосовую на­грузку, не форсировать голос и избегать эмоционального перенапряжения. Не следует говорить шепотом, так как при этом возникает большое напряжение мышц голосового аппарата.

Занятия начинаются с работы над дыханием. Одна из пер­воочередных задач — выработка дыхательной опоры, созна­тельного замедления выдоха. Особенностью дыхательной опо­ры является то, что при этом принимают участие одновременно и вдыхательные и выдыхательные мышцы, являющиеся антагонистами. Дозированное напряжение и тех и других мышц обеспечивает правильную опору и не приводит к повреждению голосового аппарата. Дыхательная опора считается не­правильной, если это состояние сопровождается ощущением перенапряжения мышц. Все обучающиеся до начала фонопедии на­правляются в кабинет лечебной физкультуры. Организация фонационного дыхания, нахождение опоры осуществляются на логопедических занятиях. Начинаются они с выполнения диафрагмального дыхания лежа, выдох озвучивается. Предлага­ется лечь на кушетку, расслабиться, положить одну руку на грудь, другую на живот для контроля за движением мышц. На вдох передняя стенка живота поднимается, грудная клетка максимально неподвижна. Выдох замедленный с произнесением глухих согласных звуков *с, ш* для лиц, имеющих гру­бое нарушение голоса. Передняя стенка живота постепенно втягивается. При постановке голоса без выраженной дисфонии рекомендуется произносить на выдохе звонкий двугубный *в.* После того как обучающийся усвоит это упражнение в положении лежа, его следует выполнять сидя и стоя. Такие тренировки проводятся в дальнейшем самостоятельно не ме­нее 2 раз в день продолжительностью 1—2 минуты. Если по­зволяют условия, количество тренировок доводится до 5—6 раз в день.

Для снятия неприятных ощущений, связанных с сенсор­ными расстройствами, при хроническом ларингите нужно проводить легкий массаж шеи в области наружной поверхности гортани. Начинать его следует в области корня языка большим и указательным пальцами, круговыми движения­ми спускать вниз. Продолжительность массажа 2—3 минуты, проводят его 3—4 раза в день.

При хроническом ларингите отмечается постоянное жела­ние откашляться, ощущение першения, обусловленное нару­шением секреторной деятельности слизистой оболочки. При длительных хронических процессах покашливание приобре­тает стойкий, упорный характер. Для борьбы с ним можно предложить беззвучное произнесение *ы.* Звук имитируется на задержанном дыхании при закрытом рте с неплотно сжа­тыми зубами. При этом в глотке ощущается небольшое на­пряжение. Повторяется прием 2—3 раза. В течение дня к нему можно прибегать до 10—12 раз.

Занятие лечебной физкультурой, установление дыхательной опоры и массаж продолжаются 7—10 дней. После этого переходят к голосовым упражнениям.

Принципы постановки голоса, проведения голосовых уп­ражнений те же, что применяются при парезах и параличах гортани.

Самостоятельные тренировки обучающиеся должны про­водить дробно, не перенапрягая голосовой аппарат. Посколь­ку при хронических ларингитах афония встречается редко, то подготовка к смыканию голосовых складок и произнесе­нию первого полнозвучного *м* идет значительно быстрее. А с произнесением громкого, звучного *м* в занятия быстро вво­дятся последующие слоговые упражнения.

Трудность восстановления голоса у лиц этой группы состо­ит в том, что при малейших простудах, утомлении возникают обострения процесса, в период которых проводить занятия запрещается. Восстановление, особенно на первых порах, идет как бы волнообразно: то голос заметно улучшается и исчеза­ют все неприятные субъективные ощущения, то опять насту­пает ухудшение. Только систематическая работа по постановке голоса может привести к желаемым результатам.

**Восстановление голоса при удалении гортани**

Удаление (экстирпация) гортани при злокачественной опухоли нарушает естественный дыхательный путь и лишает полностью голоса при сохраненных артикуляционном аппарате и нейрофизиологических механизмах речи. С удалением гортани создается тяжелая психотравмирующая ситуация. Общим для всех лиц с удаленной гортанью является сознание собственной неполноценности, «уродства», бесперспективности и страха за свою дальнейшую жизнь. Занятия по восстановлению звучной речи переключается на активную деятельность, появляется возможность вернуться к общественно полезному труду. Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного органа голосообразования. Этим органом может быть физиологическое сужение в пищеводе на уровне IV—VI шейных позвонков, называемое псевдоголосовой щелью. При фонации происходит смыкание стенок пищевода протяженностью до 3,5 см. Ниже псевдоголосовой щели находится воздушный пузырь, который и является энергетической базой голосообразования. Образующийся таким способом голос принято называть пищеводным или псевдоголосом.

Курс восстановления голоса состоит из четырех этапов. **Первый этап** — подготовительный. Выясняется состояние психики больных, проводится рациональная психотерапия, консультация и лечение психиатра. Для тренировки верхне­го и среднего отделов пищевода применяется упражнение «дутье в губную гармошку» по 30 секунд за прием 10—12 раз в день. В этот же период обучающийся приступает к занятиям лечебной физкультурой для адаптации к дыханию через трахеостому — сформированное отверстие в трахее после удаления гортани.

**Второй этап** — формирование псевдоголосовой щели и вызывание пищеводного голоса. Специальные упражнения способствуют усилению первого сужения пищевода и образованию компенсаторного механизма.

*Упражнение* А. Стоя, слегка наклонив корпус вперед, опустив руки, задержав дыхание при открытом рте, имитиро­вать рвотное движение 3 раза подряд.

*Упражнение* Б. Лежа, задержав дыхание и втянув жи­вот, при открытом рте имитировать рвотное движение 3 раза подряд. После нескольких тренировок появляется пищеводный звук, который нужно использовать, чтобы успеть сказать короткое слово, начинающееся со звуков *к* или *т.* Например: *как, Катя, каток, Толя, тапки* и т. д. Продолжительность за­нятий не должна превышать 5 минут. Дома самостоятельные тренировки можно проводить 5—8 раз в течение дня.

**Третий этап** — автоматизация пищеводного голоса. Обу­чающимся предлагаются для произнесения короткие фразы: *Кот катает клубок. Кате купили куклу. Там живет Таня.* Постепенными тренировками достигается плавность и внят­ность речи. Одновременно со специальными речевыми упраж­нениями начинается употребление обиходных слов типа *дай­те, получите, спасибо.*

Речевой материал усложняется, включается произнесение скороговорок, коротких стихотворений, гласных звуков и их сочетаний.

**Четвертый этап** завершает формирование пищеводного голоса. Его упражнение расширяют диапазон, увеличивают модуляцию и улучшают тембр. Используются для этого вокальные упражнения. Для мужского голоса они проводятся в малой октаве, а для женского — в первой. Диапазон упраж­нений — квинта.

Продолжительность занятия по обучению пищеводному голосу 2 — 4 месяца.

**Восстановление голоса у детей с органическими изменениями гортани**

Логопедическая работа с детьми, перенесшими многократные операции по удалению папиллом и имеющими вслед­ствие этого рубцовые изменения гортани, состоит из коррекции дыхания, звукопроизношения и восстановления голоса.

Необходимость постановки дыхания определяется длитель­ным нарушением дыхательного просвета гортани и вынужденным формированием трахеостомы. В послеоперационном периоде ребенка нужно вновь научить дышать естественным путем. Для этого проводятся специальные занятия лечебной физкультурой, этому уделяется внимание и на логопедических занятиях.

Вызывание голоса у ребенка с афонией при рубцовых изменениях гортани — самый сложный момент в коррекционных занятиях. Для получения первого звучного прорыва го­лоса методом проб и ошибок подбирается любой звонкий согласный звук. Чаще всего такими звуками оказываются *м* и *ж,* которые формируются при «стоне» и «мычании» *(м)* или жужжании (ж).

Помимо слухового контроля, используется вибрационно-тактильный. Для лучшего закрепления голосовых кинесте­зии ребенок, прикладывая руку к передней поверхности шеи, ощущает колебания голосовых складок. После устойчивого получения звука его можно вводить в слоговые упражнения, слова, предложения, придерживаясь принципа постепенного увеличения нагрузки. При проведении занятий учитывается возраст детей и в соответствии с ним подбирается речевой материал, используются игровые приемы.

Процесс автоматизации восстановленного голоса зависит от тяжести и длительности нарушения. Ускоряют закрепле­ние голосовой функции вокальные упражнения, активизации и координации голосового аппарата способствует пение.

**Восстановление функциональных нарушений голоса**

Для восстановления нормальной функции голосового ап­парата при фонастении необходимо прежде всего выяснить причину ее возникновения. Если она развилась в результате постоянного форсирования голоса, нужно ограничить и упо­рядочить речевую нагрузку, а также избегать психотравмирующих ситуаций, которые могут отрицательно влиять на нервную систему. Удлинению фонационного выдоха, нахож­дению дыхательной опоры уделяется постоянное внимание на фонопедических занятиях.

Поскольку явной охриплости при фонастении обычно не наблюдается, то функциональные тренировки сводятся к по­становке голоса, нахождению удобной, комфортной его подачи с минимальной нагрузкой голосового аппарата. Правиль­ную индивидуальную для каждого позицию фонации легко подобрать при длительном произнесении звука *м.* Лицам с плохим музыкальным слухом можно рекомендовать пользоваться камертоном. Для этого камертон, звучащий соответ­ственно высоте голоса, прикладывается к темени, и голос как бы подстраивается к его звучанию.

В восстановлении голоса при гипо- и гипертонусных нарушениях в первую очередь необходимо работать над дыханием, установлением дыхательной опоры. Главная задача логопедической работы заключается в активизации голосового аппарата при гипотонусных расстройствах и восстановлении координации, снятии излишнего напряжения при гипертонусе. После постановки диафрагмального дыхания при гопотонусных расстройствах голоса можно провести активизирующие внутренние мышцы гортани упражнения комплекса Б, а затем переходить к голосовым упражнениям в обычной последовательности. Голосовые упражнения произносятся на твердой атаке звука, затем переводятся на мягкую атаку.

При гипертонусных нарушениях вначале используется придыхательная атака звука. Она помогает ослаблению мы­шечного тонуса. С этой же целью выполняют дыхательные упражнения комплекса А с озвучиванием.

Исходное положение — сидя на стуле.

1)вдох через нос, выдох через нос, имитация стона;

2)вдох через нос, выдох через рот со звуком *а;*

3)вдох через рот, выдох через нос, имитация стона;

4)вдох через нос, удлиненный выдох через нос, имитация стона с усилением в конце;

5)вдох через нос, выдох через неплотно сжатые губы с про­изнесением двугубного, слегка оглушенного звука *в;*

6)вдох через нос, выдох через нос толчками, имитация пре­рывистого стона.

Параллельно с этими упражнениями проводится массаж передней поверхности шеи для уменьшения напряжения мышц. Такие тренировки подготавливают голосовой аппарат к фонации, и произнесение громкого полнозвучного соната *м* достигается у обучающихся данной группы довольно легко даже при афонии. После образования ясного полноценного «мычания» дальнейшие фонопедические упражнения затруднений не вызывают. Исключение составляют лица с много­летними нарушениями голоса, со стойкими навыками пато­логического голосообразования. В таких случаях каждая функциональная тренировка, каждое упражнение требует более длительной отработки.

Восстановление голоса при психогенной, функциональной афонии представляет значительную трудность.

После тщательно продуманной психотерапевтической подготовки энергично приступают к вызыванию звучного голо­са. Легче всего голос появляется от кашлевого толчка и вве­дением его в слоги *ка, ко, ку, ки, ке;* затем *как, кок, кук, кик, кек.* Или от «жужжания» со слогами *жа, жо, жу, жи, же; жож, жуж.*

Для закрепления полученного голоса в дальнейшем проводятся голосовые упражнения.

При различных нарушениях голоса в комплексе восстановительного обучения на некоторых этапах применяются технические средства — приборы «И-2-М», «ВИР-4», «АИР-2», слухофильтры Страхова. С помощью этих приборов улучшается контроль за тембром и силой голоса.

**Этиология заикания. Взаимодействие предрасположенных и производящих факторов в этиологии невротического и неврозоподобного заикания.**

Еще Лагузен (1838) к причинам заикания относил аффекты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери. И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Решающую роль он отводил наследственности, считая иные психологические и биологические причины (испуг, ушиб, инфекционные болезни, подражание) лишь толчками, нарушающими равновесие неустойчивых у детей речевых механизмов. Г. Д. Неткачев (1909) причину заикания искал в неправильных методах воспитания ребенка в семье и считал вредным как суровое, так и заласканное воспитание.

Зарубежные исследователи в числе причин возникновения заикания выделяли неправильное воспитание детей (А. Шервен, 1908); астенизацию организма вследствие инфекционных заболеваний (А. Гутцман, 1910); косноязычие, подражание, инфекции, падения, испуг, леворукость при переучивании (Т. Гепфнер, 1912; Э. Фрешельс, 1931).

Таким образом в этиологии заикания отмечается совокупность экзогенных и эндогенных факторов (В. А. Гиляровский, до. Б. Хватцев, Н. А. Власова, Н. И. Красногорский, Н. П. Тяпу-гян, М. Зееман и др.).

В настоящее время можно выделить две группы причин: предрасполагающие («почву») и производяшие («толчки»). При этом некоторые этиологические факторы могут как способствовать развитию заикания, так и непосредственно вызывать его.

**К предрасполагающим причинам относятся следующие:**

* невропатическая отягощенность родителей (нервные, инфекционные и соматические заболевания, ослабляющие или дезорганизующие функции центральной нервной системы);
* невропатические особенности самого заикающегося (ночные страхи, энурез, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность);
* конституциональная предрасположенность (заболевание вегетативной нервной системы и повышенная ранимость высшей нервной деятельности, ее особая подверженность психическим травмам);
* наследственная отягченность (заикание развивается на почве врожденной слабости речевого аппарата, которая может передаваться по наследству в качестве рецессивного признака). При этом необходимо обязательно учитывать роль экзогенных факторов, когда предрасположенность к заиканию сочетается с неблагоприятными воздействиями окружающей среды;
* поражение головного мозга в различные периоды развития под влиянием многих вредных факторов: внутриутробные и родовые травмы, асфиксия; постнатальные — инфекционные, травматические и обменно-трофические нарушения при различных детских заболеваниях.

Указанные причины вызывают различные патологические сдвиги в соматической и психической сферах, приводят к задержке речевого развития, к речевым расстройствам и способствуют развитию заикания.

**К неблагоприятным условиям относятся:**

* Физическая ослабленность детей;
* возрастные особенности деятельности мозга; большие полушария головного мозга в основном формируются к 5-му году жизни, к этому же возрасту оформляется функциональная асимметрия в деятельности головного мозга. Речевая функция, онтогенетически наиболее дифференцированная и поздносозревающая, особенно хрупка и ранима. Причем более медленное ее созревание у мальчиков по сравнению с девочками обусловливает более выраженную неустойчивость их нервной системы;
* ускоренное развитие речи (3—4 года), когда ее коммуникативная, познавательная и регулирующая функции быстро развиваются под влиянием общения со взрослыми. У многих детей в этот период наблюдается повторение слогов и слов (итерации), имеющее физиологический характер;
* скрытая психическая ущемленность ребенка, повышенная реактивность на почве ненормальных отношений с окружающими; конфликт между требованием среды и степенью его осознания;
* недостаточность положительных эмоциональных контактов между взрослыми и ребенком. Возникает эмоциональная напряженность, которая нередко внешне разрешается заиканием;
* недостаточность развития моторики, чувства ритма, мимико-артикуляторных движений.

При наличии тех или иных из перечисленных неблагоприятных условий достаточно какого-либо чрезвычайного по своей силе раздражителя, чтобы вызвать нервный срыв и заикание.

В группе **производящих причин** выделяются анатомо - физиологические, психические и социальные:

* Анатомо-физиологические причины: физические заболевания с энцефалитическими последствиями; травмы — внутриутробные, природовые, нередко с асфиксией, сотрясение мозга; органические нарушения мозга, при которых могут повреждаться подкорковые механизмы, регулирующие движения; истощение или переутомление нервной системы в результате интоксикаций и других заболеваний, ослабляющих центральные аппараты речи: корь, тиф, рахит, глисты, в особенности коклюш, болезни внутренней секреции, обмена; болезни носа, глотки и гортани; совершенство звукопроизноси-тельного аппарата в случаях дислалии, дизартрии и задержанного развития речи.
* Психические и социальные причины: кратковременная — одномоментная — психическая травма (испуг, страх); длительно действующая психическая травма, под которой понимается неправильное воспитание в семье: избалованность, императивное воспитание, неровное воспитание, воспитание «примерного» ребенка; хронические конфликтные переживания, длительные отрицательные эмоции в виде стойких психических напряжений или неразрешенных, постоянно закрепляемых конфликтных ситуаций; острая тяжелая психическая травма, сильные, неожиданно возникающие потрясения, вызывающие острую аффективную реакцию: состояние ужаса, чрезмерной радости; неправильное формирование речи в детстве: речь на вдохе, скороговорение, нарушения звукопроизношения, быстрая нервная речь родителей; перегрузка детей младшего возраста речевым материалом; несоответствующее возрасту усложнение речевого материала и мышления (абстрактные понятия, сложная конструкция фразы); полиглоссия: одновременное овладение в раннем возрасте разными языками вызывает заикание обычно на каком-нибудь одном языке; подражание заикающимся. Различаются две формы такой психической индукции: *пассивная* — ребенок непроизвольно начинает заикаться, слыша речь заикающегося; *активная* — он копирует речь заикающегося; переучивание леворукости. Постоянные напоминания, требования могут дезорганизовать высшую нервную деятельность ребенка и довести до невротического и психопатического состояния с возникновением заикания; неправильное отношение к ребенку учителя: излишняя строгость, суровость, неумение расположить ученика — может служить толчком для появления заикания.

При различных клинических формах начало заикания связано с разными причинами.

Первой причиной и условием появления **невротической формы заикания** служат:

* патогенные эмоциональные факторы внешней среды
* острая или хроническая психическая травма, переживаемая ребенком, находится в непосредственной связи с появлением “речевых” судорог.

Сам феномен судорожных запинок не является строго специфичным только для людей, страдающих заиканием. Нередко и в норме наблюдаются единичные речевые запинки судорожного характера в моменты высокого эмоционального напряжения.

При нормальном созревании мозга уже в детском возрасте в ЦНС развиваются регулирующие тормозные процессы, достаточно сильные для того, чтобы подавить излишнее возбуждение эмоциогенных структур мозга, блокировать распространение этого возбуждения и не дать сформироваться очагу застойной патологической активности в этих отделах центральной нервной системы.

Состояние нервной системы ребенка, у которого впоследствии может развиться невротическая форма заикания, характеризуется особой эмоциональной реактивностью. Таким детям присуща повышенная впечатлительность, робость, тревожность, нарушения сна, аппетита, эмоциональная ранимость и т.п. Это свидетельствует о врожденных или рано приобретенных отклонениях от нормы в состоянии нервной системы, особом состоянии эмоциогенных структур мозга, что связано, главным образом, с низким уровнем адаптивных возможностей организма. В силу этих характеристик центральной нервной системы у таких детей под влиянием психического стресса может формироваться очаг застойной патологической активности в эмоциогенных структурах мозга.

Речевое нарушение, начавшись после психической травмы, соответствует психомоторному уровню патологического реагирования, свойственному детям младшего возраста. Для появления заикания необходимы дополнительные условия. Такими условиями являются: “предрасположенность” (уязвимость) специфических речевых структур к появлению патологических реакций.

Заикание у детей появляется в гиперсензитивные фазы речевого развития, в период интенсивного формирования фразовой речи, так как именно период наиболее интенсивного развития любой функциональной системы организма является особо уязвимым при воздействии патогенных факторов.

Нарушение речедвигательного акта, раз возникнув, имеет тенденцию к фиксации патологических взаимосвязей. Важным механизмом поддержания и усугубления патологических двигательных реакций (судорожных речевых запинок), помимо очага повышенного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга, является поток пропреоцептивных импульсаций с речевых мышц, вовлеченных в аномальную деятельность (обратная афферентация в функциональной системе речедвигательного акта).

Таким образом, патогенетические механизмы, способствующие появлению невротической формы заикания, сложны и не сводятся к пережитой ребенком психической травме.

Сам факт появления судорожных речевых запинок у детей свидетельствует о возникновении патологической функциональной системы речи.

У части детей имеется низкий уровень компенсаторных возможностей мозга. В этих случаях быстро формируется патологическая функциональная система речи. Новая патологическая функциональная система начинает подавлять нормальную функциональную речевую систему, которая до этого развивалась у ребенка так, казалось бы, успешно.

Любое усиление эмоционального возбуждения (неправильное поведение родителей, перегруженность ребенка впечатлениями и т.п.) ухудшают состояние центральной нервной системы, способствует “закреплению” патологической функциональной системы речи.

При невротической форме заикания генератор патологического возбуждения в эмоциогенных структурах мозга начинает объединять различные структуры центральной нервной системы (стадия образования патологической детерминанты), в том числе и речевые, в сложную патологическую функциональную систему и определять характер ее деятельности.

Формирование у заикающихся детей новой патологической системы речи на фоне уже развившейся функциональной системы речи создает особые условия взаимовлияния и функционирования каждой из них.

У подростков с невротической формой заикания (11-12 лет) развивается логофобия, т.е. вторичная невротическая патологическая реакция. Они снижают количество и качество общения. Наличие речевого дефекта становится для заикающихся психотравмирующим обстоятельством.

Логофобия начинает доминировать, а судорожные речевые запинки отходят как бы на второй план. Даже мысленное представление ситуации речевого общения вызывает у таких лиц резко выраженные вегетативные расстройства.

У взрослых, страдающих невротической формой заикания, существенно меняются даже фоновые (т.е. находящиеся в “покое”) характеристики физиологических показателей. У них обнаруживается нарушение устойчивости регуляторных систем мозга, снижение корковых тормозящих влияний вследствие патологической активности эмоциогенных структур мозга.

Под влиянием патологической программы речевой функциональной системы возникают устойчивые изменения во взаимоотношениях коры больших полушарий и эмоциогенных структур, что является одним из механизмов генерализации патологического процесса. У взрослых заикающихся нередко вторичные детерминанты, связанные со страхом речи, могут играть роль доминанты Эти особенности взаимоотношений собственно речевой патологической системы, нормальной речевой системы и системы патологического психологического реагирования во многом объясняют значительные трудности реабилитации взрослых заикающихся. Коррекционные педагогические воздействия, направленные лишь на снятие судорожных речевых запинок, у взрослых оказываются недейственными или эффективными лишь на короткое время. Аналогичным образом малоэффективными являются и “одномоментные” снятия заикания с помощью суггестивных воздействий.

Другая клиническая форма заикания — **неврозоподобная** — при схожести судорожных речевых запинок имеет иную клиническую картину.

Заикание этой формы появляется у детей в возрастном диапазоне 3-4 года. Оно возникает как бы исподволь, без видимой причины, и обнаруживается родителями не сразу.

У носителей этой речевой патологии в анамнезе есть признаки аномального протекания пре- или перинатального периода жизни. И в детском, и в зрелом возрасте неврологически и электрофизиологически диагностируются нерезко выраженные резидуальные явления раннего диффузного органического поражения мозга. Заикающиеся этой группы характеризуются некоторой задержкой развития моторных функций организма, а также их качественными отличиями по сравнению с возрастной нормой: координаторными расстройствами, низким уровнем развития чувства ритма и темпа, гиперкинезами различного типа. Поведение заикающихся этой группы характеризуется нередко двигательной расторможенностью, у них обнаруживается недостаточность активного внимания, некоторое снижение памяти и т.п.

Речевой онтогенез до появления заикания у детей с неврозоподобной формой существенно отличается от детей с асвротической формой заикания. Это относится как к темпу развития речи, так и к ее качественным характеристикам. Голосовые реакции — гуление, лепетные слова мало интонированы, голос имеет слегка сипловатый оттенок.

Слова появляются после 1,5 лет, фразовая речь — после 3-3,5 лет. Звукопроизношение имеет множественные нарушения. Судорожные запинки впервые начинают отмечаться окружающими в непосредственной связи с развитием фразовой речи.

Выраженные поначалу слабо, они по мере формирования фразовой речи приобретают устойчивый характер, сопровождаясь насильственными движениями.

Эти данные, а также особенности моторики свидетельствуют о наличии патологической активности подкорковых моторных (стриопаллидарных) структур мозга и ослаблении регулирующих влияний со стороны его высших отделов.

В отличие от “преходящих” судорожных запинок при “выходе” из алалии, афазии, дизартрии, при возникновении эволюционного заикания быстро формируется патологическая функциональная система речи.

Наличие патологической детерминанты в подкорковых структурах мозга недостаточно для появления неврозоподобной формы заикания. Дополнительными условиями является декомпенсация регулирующих механизмов мозга в связи с активным становлением фразовой речи.

Выбор органа — мишени — в виде речевой системы предполагает наличие у детей с неврозоподобным заиканием эндогенных нарушений в собственно речевых зонах коры больших полушарий. Об этом свидетельствует и речевой онтогенез детей с неврозоподобной формой заикания: и пословная и фразовая речь появляются с некоторой задержкой по сравнению с нормой.

Можно представить следующие патогенетические блоки этой системы:

— патологическая детерминанта, связанная с гиперактивностью стриопаллидарных структур мозга и снижением регулирующих влияний со стороны высших отделов мозга;

 — центральные промежуточные звенья речевой моторной системы и речевых зон коры больших полушарий;

 — центральные эфферентные звенья, регулирующие самый высокий уровень координации “речевых” движений.

Благодаря пластическим свойствам центральной нервной системы, закрепляющим в “памяти” только действующие связи, а также вследствие постоянной активности патологических связей внутри самой речевой системы, последние становятся с возрастом ребенка все более упроченными, а речь все чаще нарушается судорожными запинками.

Так как у детей с неврозоподобной формой заикания интегративный тормозной контроль мозга также оказывается недостаточным, то патологическая программа речевой функциональной системы спонтанно не подавляется. В связи с этим неврозоподобная форма заикания обычно не имеет спонтанного регредиентного течения, если ребенку не оказывается логопедическая помощь.

С возрастом при отсутствии своевременных адекватных лечебно-педагогических воздействий заикание становится все более резистентным. Речь в целом развивается патологически. В старшем дошкольном возрасте у детей с неврозоподобной формой заикания обнаруживается несформированность базовых уровней речи, монологическая речь характеризуется нарушением как операций по смысловой организации высказывания, так и операций его структурно-языкового оформления.

У взрослых заикающихся эти явления резко выражены. Речь дезорганизуется не только на психомоторном уровне, но и на высших психических уровнях внутренне-речевого программирования.

Патологическая речевая система при неврозоподобной форме заикания становится со временем ядром патологического устойчивого состояния.

В 16-18-летнем возрасте формируется психическая реакция на речевой дефект и связанная с ней вторичная детерминанта с очагом гиперактивного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга. Вслед за этим нередко возможно формирование логофобии, как правило, выраженной нерезко. Это влечет за собой изменение поведения, снижение речевой активности. Для заикающихся этой группы характерны трудности адаптации к внешним условиям, связанным в большой мере с аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, ригидности мышления, нарушениям памяти, внимания.

Первичное поражение нервной системы (при невротической форме заикания — эмоциогенных структур мозга, при неврозоподобной — моторных) и слабость ее регулирующих механизмов создают условия для возникновения заикания только при наличии эндогенных изменений в собственно речевых отделах центральной нервной системы.

Чем более разветвлена и сильна патологическая система речи, тем больше нарушена интегративная функция мозга и дезорганизована ее деятельность в целом.

Наличие этих общих закономерностей в развитии патологического процесса в нервной системе, приводящих к заиканию, сказывается на клинической, физиологической и психолого-педагогической характеристике лиц — носителей этой речевой патологии. Существенные различия во многих диагностических показателях невротической и неврозоподобной форм заикания, имеющиеся у детей, к зрелому возрасту при хроническом течении заикания во многом стираются.

При разработке реабилитационных мер следует учитывать характер первичного поражения нервной системы при невротической и неврозоподобной формах заикания в связи с тем, что детерминанта патологической системы является образованием, наиболее резистентным к коррекционным воздействиям.

При невротической форме заикания терапевтические воздействия должны быть направлены на снижение возбудимости эмоциогенных структур мозга, что может достигаться с помощью сочетания медикаментов и различных психотерапевтических приемов, от стресс-терапии, гипноза до аутогенной тренировки. Логопедические занятия на этом фоне проходят значительно эффективнее.

Заикающиеся с неврозоподобной формой речевого дефекта нуждаются в длительных коррекционно-педагогических воздействиях, способствующих развитию регулирующих функций мозга (стимуляция внимания, памяти и других психических процессов), в специальном медикаментозном лечении, направленном на редукцию последствий раннего органического поражения мозга. Логопедические занятия должны быть регулярными в течение значительного времени.

Учитывая то, что конечным результатом патологической системы является нарушение ритма протекания речевого психомоторного акта, в комплекс лечебных и психолого-педагогических воздействий обязательно включаются методы, направленные на ритмизацию движений. Занятия под музыку с ритмическими движениями рук, ног, туловища, а в дальнейшем сочетание этих движений с пением, мелодекламацией, чтением стихотворных и прозаических текстов нормализующе действуют на протекание речевого акта.

**Тахилалия, брадилалия, спотыкание. Этиология и симптоматика данных речевых расстройств, пути преодоления.**

К нарушения темпа речи относятся брадилалия и тахилалия.

При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Названные виды речевых нарушений могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени расстройства мало беспокоят ребенка. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации и расстройства темпа речи определяются как патологические.

Патогенез, клиника и методы коррекции этих расстройств речи различны.

**Брадилалия** — патологически замедленный темп речи. Термин произошел от греческих слов brabus — медленный, lalia — речь. Синонимы: Brabyphrasia (брадифразия), Brabyarthria (брадиартрия), Brabylogia (брадилогия).

По мнению некоторых авторов, в патогенезе брадилалии большое значение имеют: патологическое усиление тормозного процесса, который начинает доминировать над процессом возбуждения (М. Е. Хватцев, Ю. А. Флоренская, В. С. Кочергина); центральные, преимущественно экстрапирамидные моторные нарушения (М. Зееман), а также неправильное течение кортикальных возбуждений во времени, лежащих в основе элементарных актов, из которых возникает речь (А. Куссмауль).

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Как самостоятельное нарушение брадилалия встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, где они являются обычной формой речи.

Речевая характеристика (симптоматика) брадилалии многообразна: замедленность темпа внешней (экспрессивной) и внутренней речи, замедленность процессов чтения и письма, монотонность голоса, интер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова).

Звуки и слова сменяют друг друга менее быстро, чем при нормальных условиях, хотя образуются правильно. Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится скандированной. Может нарушаться артикулирование звуков, но не расстраивается координация слогов или слов.

При брадилалии голос монот. теряет модул. сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется нос.оттенок. Муз.акцент меняется и при произн.отд.слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу.

Дети с брадилалией произносят фразу с паузами между словами, растягивая слоги на гласных звуках, смазывая артикуляцию.

Указанные симптомы наблюдаются в различных формах самостоятельной речи: в диалоге, пересказе по картинке и по серии картин, пересказе текста, рассказе на заданную тему, чтении. Зрительное восприятие текста не способствует нормализации темпа речи при чтении. Дети произносят слова правильно, но медленно. Также медленно они записывают слова и тем более фразы.

Неречевая симптоматика при брадилалии выражается в нарушениях общей моторики, тонкой моторики рук, пальцев, мимических мышц лица. Движения замедленные, вялые, недостаточно координированные, неполные по объему, наблюдается моторная неловкость. Лицо амимичное. Отмечаются особенности и психической деятельности: замедленность и расстройства восприятия, внимания, памяти, мышления. Сосредоточившись на одном предмете, дети с трудом переключаются на другой. Воспринимая инструкцию, выполняют ее не сразу, а после нескольких повторений. Наблюдается склонность к стереотипиям, персеверациям, нарушениям ориентировки.

При слабой выраженности брадилалии указанные речевые и неречевые симптомы самими детьми не замечаются. В более тяжелых случаях появляется осознание нарушения речи и связанные с ним психологические переживания.

Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Термин произошел от греческих слов tachis — быстрый, lalia — речь. Синоним: Tachiphrasia (тахифразия).

**Тахилалия** рассматривалась в синдроме сложных речевых расстройств, характеризующихся нарушением других сторон речи, помимо просодии.

С конца XIX в. тахилалию включили в группу расстройств под названием дизфразии (А. Куссмауль, 1879). Отмечалось преимущественное нарушение дыхания в столь сильной степени («втягивание воздуха в себя»), что появлялось некоторое сходство с заиканием. Как самостоятельная форма нарушения речи с преимущественным расстройством ее темпа впервые выделена Ю. А. Флоренской в 1934 г.

Причины и механизмы тахилалии тщательно исследовались, поскольку это нарушение могло служить причиной возникновения заикания. М. Зееман в 1950 г. высказал мнение о том, что ускоренная речь возникает при неправильной функции экстрапирамидной системы.

М. Е. Хватцев (1959) основной причиной тахилалии считал врожденную речедвигательную недостаточность речевого аппарата, а также неряшливую, неровную речь окружающих, отсутствие внимания и своевременного исправления быстрой речи ребенка. А. Либманн различал недостатки моторно­го и акустического восприятия, лежащие в основе тахилалии. Г. Гутцман утверждал, что это расстройство — следствие нарушения восприятия. По мнению Э. Фрешельса, ускоренная речь возникает вследствие того, что мысли мчатся чрезвычайно быстро и одно понятие вытесняется следующим раньше, чем первое может быть произнесено. М. Недолечны считал причиной ускоренной речи недостаточность артикуляции, по­скольку больные испытывают трудности при произношении необычных и длинных слов.

Центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения (В. М. Бехтерев, 1926; М. Е. Хватцев, 1959). В. М. Бехтерев считал, что ускорение речи может быть связано с устранением тормозящих влияний, осуществляемых церебральными связями мозжечка, а также с ослаблением тормозных процессов, играющих роль в каждом движении, при котором сокращение одной группы мышц сменяется сокращением другой группы.

Психологический аспект механизма тахилалии предполагает учет нарушений восприятия, дискоординацию процессов мышления и речи, особенности поведения, эмоционально-волевой сферы.

Различают: чистые формы тахилалии, функциональную тахилалию, протекающую с вторичными явлениями заикания параллельную форму в ряду энцефалитов, где она часто переплетается с полилалическим симптомокомплексом или с дизартрическими и дизритмическими расстройствами.

|  |  |
| --- | --- |
| **СТАТЕРИНГ (заикание)** | **КЛЯТЕРИНГ (спотыкание)** |
| Наследственная отягощенность | Наследственность тахилалия, дислалия, дизартрия |
| Острое или подострое начало | Постепенное ухудшение речи |
| Фиксация на речевом дефекте | Некритичное отношение к собственной речи и отсутствие страха |
| Дыхание прерывистое за счет судорог дыхательного аппарата | Дыхание прерывистое из-за нарушения слитного произношения фраз и многократных повторов, остановок, для повтора и обдумывания нужны слова |
| Голос ссуженого диапазона, слабо модулирован, твердая атака | Голос такой же, но с мягкой предыхательной атакой, слабо модулированный,мелодические повторы, что придает речи монотонность |
| Нарушение артикуляционного уклада звука, за счет артикуляционных судорог губных, язычных, небных, дислалия | В процессе речи дислалия, дизартрия, но при превлечении особого внимания возможно четкое произношение |
| Дизритмия, нарушение темпа речи (ускоренное или замедленное) за счет судорог имеющих разн.особенность | Всегда тахилалия |
| Повторы за счет тонико-клонических судорог, но повторяет либо звук, либо слог | Повторы слога, слова, фразы |
| Растягивание гласных на фоне вокал.судороги | Растягивание гласных по типу эмболофразии |
| Письмо с изменением, напряжением, сжатый почерк, изменение графического образа буквы | Почерк неразборчивый, неряшливый, недописки слов, орфографические ошибки |
| Наследственная отягощенность | Наследственность тахилалия, дислалия, дизартрия |

Речевая симптоматика тахилалии характеризуется следующими признаками: ненормально быстрый темп (вместо 10—12 звуков в секунду произносится 20—30) речи без резких искажений фонетики и синтаксиса. Речь отличается неудержимой стремительностью. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, искаже­ния предложений, неясность произношения фраз и т. д. При привлечении внимания к речи у страдающих тахилалией происходит быстрое восстановление равновесия между внутренней и внешней речью, хотя темп ее остается быстрым по сравнению с речью окружающих, запинки исчезают.

Наряду с нарушением внешней речи наблюдаются сходные расстройства внутренней речи, чтения и письма. В памяти человека возникает именно требуемое слово, но оно тотчас же, еще до произнесения, вытесняется другим. На письме и в чтении наблюдаются замены, перестановки букв, звуков, слогов. Целые слова заменяются другими, родственными по звучанию или по написанию.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, вегетативной нервной системы, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, в отклонениях поведения.

Наруш.темп общ.движений: движения быстрые и стремительные. Мотор.беспокойство отмечается даже во время сна. Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недост.объем зрит. слух.и мотор.памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикул.оформления. Дети .вспыльчивы, легко возбудимы. Во время возбуждения появляются вазомот.реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, похолодание и потливость рук. Дети становятся эм.лабильными и недисциплинированными. Быст.речь производит на незн.неблагопр.впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка, формировании его личности. В старшем возрасте проявляется разное отношение к дефекту:

1)одни оценивают неудержимую стремительность в речи как естественную и единственно приемлемую для них форму, гармонирующую со всем психомоторным складом их личности;

2)другие переживают стремительность речи как заикание, и у них нередко диагностируют поздние формы заикания;

3)третьи столь отриц.переживают ускор.темп речи, что это доводит их до полного изнеможения:

**Комплексный подход в коррекции нарушений темпа речи.**

**При устранении брадилалии** логопедические приемы направлены на воспитание более быстрых и четких речевых движений в процессе речи; убыстренных речевых реакций; темпа внутренней речи; темпов письма и чтения; выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи и т.д, правильной просодической стороны речи: темпа, ритма, мелодики, паузации, ударения.

При выраженной брадикинезии в первую очередь нормализовать общую моторику: координацию, целенаправленность, ритм общих движений в более ускоренном темпе, формировать ручной праксис; развивать слуховое, зрительное внимание, более быстрый темп переключения внимания с объекта на объект, восприятие и воспроизведение ритмов и т. д. По мере нормализации моторики включать речевой материал.

Все виды коррекционной работы основываются на различных речевых упражнениях. Основные упражнения: произношение речевого материала различной сложности (слогов, слов, коротких фраз, скороговорок и т. п.), чтение (сопряженное с логопедом, затем самостоятельное) под отбиваемый рукой такт, под метроном с постепенным ускорением темпа говорения и чтения; слушание и воспроизведение речевого материала, записанного на магнитофонную ленту в ускоренном темпе; запись слогов, слов и т. п. с предварительным четким проговариванием под такт, подаваемый логопедом, а затем самим ребенком; работа над воображением при действии внешних раздражителей различного ритма, темпа для убыстрения его во внутренней речи; заучивание и воспроизведение диалогов с акцентом на речевых особенностях разных персонажей самим пациентом в паре с логопедом, затем с товарищем по группе; выработка сценического поведения в соответствии с содержанием драматизации.

Нормализации темпа речи при брадилалии способствуют также занятия по логопедической ритмике.

Подвижные игры: несюжетные и сюжетные. Несюжетные игры типа перебежек, ловушек, пятнашек, игры-эстафеты, игры с предметами, с элементами спортивных соревнований и т. п. Сюжетные подвижные игры отражают в условной форме жизненные или сказочные эпизоды и способствуют отработке речи в диалогах, драматизациях.

В результате 6—12-месячной работы речь становится значительно четче и быстрее. Однако и после курса занятий необходимо сравнительно долгое наблюдение над детьми, страдающими брадилалией и особенно традикинезией. Рекомендуются: самостоятельные занятия, постоянный контроль за темпом речи, консультативные занятия у логопеда, катамнес-тические исследования.

**Преодоление тахилалии** предполагает воспитание: а) медленного, спокойного, плавного, строго ритмичного дыхания и голосообразования; б) медленного ритмического чтения; в) спокойной, ритмически упорядоченной речи; г) здоровой установки на коллектив в процессе речевого и общего поведе­ния; д) общего и слухового внимания к речи.

Логопедическую работу с подростками и взрослыми, страдающими тахилалией, рекомендуется проводить поэтапно.

Первый этап — режим молчания. Логопед знакомится с особенностями речи каждого в условиях коллективного общения, проводит беседу о значении коллектива и логопедических занятий для нормализации темпа речи. Рекомендуется максимум молчания вне занятий и дома, ограничиваться лишь самыми необходимыми фразами. Режим молчания снимает тревожную возбудимость, успокаивает учеников, сосредоточивает их на задачах и правилах занятий.

Второй этап — работа по усвоению медленного темпа начинается на материале громкого чтения. Сначала образец чтения дает логопед, затем дети читают сопряженно, отраженно, по очереди, с последующим анализом чтения каждого. Медленный темп приобретает основное значение как со стороны технической работы над речью, так и со стороны психотерапевтического воздействия на личность ученика. Дается установка на замедление не только внешней речи, но и всех других психомоторных процессов. В конце II этапа подводятся итоги работы дома и в группе, дети отчитываются о самочувствии.

Третий этап — работа над редактированием высказываемых мыслей, над адекватностью фразы намеченному содержанию.

Материал занятий: точные пересказы прочитанного по плану и без него, с произвольной установкой на ту или иную длину, детализацию пересказа; упражнения в произношении различных редакций одной и той же фразы.

Четвертый этап — работа над коллективным рассказом. Внимательно слушая своего товарища, каждый включается в рассказ неожиданно, по сигналу логопеда или дежурного. На этом этапе вводится медленное чтение про себя, которое оказывает дисциплинирующее и замедляющее влияние на устную речь занимающихся. Больше времени отводится индивидуальной работе над речью, которая продолжается и после окончания логопедического курса в течение не менее одного года по 2 раза в день (утром и вечером по 10—30 минут).

На этом этапе проводятся функциональные тренировки вне стен логопедического кабинета, как индивидуально, так и коллективно. Условием перехода к тренировкам является доступность диалогического общения в замедленном (и нормальном) темпе на логопедических занятиях. Функциональные тренировки носят характер диалогов с прохожими на улице, в магазине, на почте, в транспорте и т. д. Пациенты заранее готовят речевой материал, отрабатывают его дома и на коллективных занятиях.

Пятый, заключительный этап — подготовка к публичному выступлению. Материал для него подбирается с учетом индивидуальных особенностей учеников. Манера поведения, темп речи отрабатываются в процессе самостоятельных индивидуальных и фронтальных занятий; выступление за­писывается на магнитофонную ленту, прослушивается, анализируется по содержанию и внешнему оформлению.

Продолжительность курса — 2,5—3 месяца. Если этого времени недостаточно, то рекомендуется после перерыва продолжить занятия в течение 4—6 месяцев. После логопедического курса дается установка на дальнейшее самостоятельное закрепление навыков правильной речи.

При устранении тахилалии у детей дошкольного и младшего школьного возраста рекомендуется использовать методики по коррекции заикания с соответствующими изменениями, с учетом механизма и симптоматики тахилалии. В целом принципы и содержание логопедической работы с детьми при заикании и тахилалии сходны.

Логопедическая ритмика включается в логопедическую коррекцию последовательно на каждом этапе с возрастанием трудности ритмических занятий и речевых нагрузок. Основой занятий является медленный темп. Занятие обычно включает вводные упражнения; дыхательные, голосовые упражнения; упражнения, регулирующие мышечный тонус, улучшающие двигательную координацию и моторную память; активизирующие внимание; воспитывающие чувство ритма; счетные упражнения в замедленном темпе; речевые задания на координацию слова с движением и музыкой; специальные распевания, мелодекламацию и пение с целью улучшения ритмичности дыхания, выработки плавного речевого выдоха и речи в целом; слушание музыки; сюжетные драматизации с характерными, бальными танцами, хороводами; музыкальную самостоятельную деятельность; игровую деятельность; заключительные упражнения.

Курс логопедической коррекции у дошкольников и младших школьников — от 6 месяцев до 1 года. В случаях рецидивов необходимы повторные курсы занятий.

**Обследование лиц с нарушениями темпо-ритмической стороны речи.**

Обследование ведется комплексно: медицинское и психолого-педагогическое. Содержание обследования включает выяснение состояния нервно-психической сферы, интеллекта (по данным медицинской документации или обследования ребенка врачом-психоневрологом) и речи (на основе логопедического изучения). У детей с брадилалией и тахилалией по медицинской документации уточняются данные, касающиеся возможных психических заболеваний, неврологической симптоматики. Выясняются соматические и инфекционные заболевания в детском возрасте, травмы, опухоли головного мозга и др. Подробно изучается анамнез по следующим направлениям: данные о речевых нарушениях у родителей и родственников и о наличии у них нервно-психических или хронических заболеваний; протекание беременности и родов у матери; данные о развитии речи ребенка; предполагаемые причины нарушенного темпа речи; особенности проявления брадилалии или тахилалии в разные возрастные периоды, условия жизни ребенка в семье; наклонности, интересы ребенка, его взаимоотношения со сверстниками, с коллективом; круг ситуаций, в которых эти нарушения темпа речи выражены в тяжелой форме; выраженность психических симптомов (отношения у своему дефекту, защитные приемы, влияние на речевое общение в различных ситуациях: речь с родителями, на уроках, с незнакомыми и т. д.); влияние нарушенного темпа речи на успеваемость и пр.

Далее уточняется:

1)состояние общей и ручной моторики

2)состояние мимики;

3)состояние речевой моторики, орального праксиса посредством выполнения изолированных движений и их серий.

Отмечается наличие или отсутствие движения, замена данного движения другим, тонус, объем движений, активность, возможность удержания органов в заданном положении, темп движения, синкинезии;

4)экспрессивная речь: произношение звуков, слогов, слов, фраз; пересказ, рассказ, беседа, чтение стихотворных и прозаических текстов, вопросо-ответная форма речи, диалог, специфические формы речи (отраженная, сопряженная, щепотная, ритмическая), пение. Отмечается состояние звукопроизношения.

5)письмо: списывание и самостоятельное письмо. Фиксируется скорость и качество написания отдельных элементов и сложных комплексов.

В логопедическом заключении указываются:

•чистые формы брадилалии, тахилалии; разновидности тахилалии (баттаризм, полтерн); сочетание тахилалии с заиканием; степень выраженности (легкая, средняя, тяжелая);

•влияние патологически замедленной (ускоренной) речи на личность ребенка, на его коммуникативные возможности;

•круг ситуаций, в которых проявляется тахилалия;

•выраженность психических симптомов;

•нарушения внешней речи (звукопроизношения, лексико-грамматической и семантической сторон речи, просодии);

•нарушения внутренней речи, психических процессов (восприятия, внимания, мышления);

•особенности моторики;

•отклонения в поведении.

На основе логопедического заключения проводится дифференциальная диагностика нарушений темпа речи от заикания, дизартрии, от нарушений речи у психических больных. Сложно отличить тахилалию от заикания: внешне речь при тахилалии напоминает заикание, но она отличается своим темпом, страх речи отсутствует; если человек с тахилалией обращает внимание на свою речь, то она улучшается, тогда как у заикающегося речь в таких случаях ухудшается. Тики, миоклонусы у детей с тахилалией не связаны с речью или намерением говорить и возникают независимо от того, говорит или нет.

**Симптоматика заикания. Особенности симптоматики невротического и неврозоподобного заикания.**

**История развития учения о заикании. Современное понимание механизмов заикания. Невротическое и неврозоподобное заикания.**

*История –* проблему заикания можно считать одной из самых др.в ист.развития учения о расст.речи. В др.ремена в заикании преимущественно усматривали болезнь, связанную с накоплением влажности в головном мозге (Гиппократ) или неправильным соотнесением частей артикуляционного аппарата (Аристотель). Возможность нарушений в центральном или периферическом отделах реч апп при заикании признавали Гален, Цельс, Авиценна.

На рубеже 17-18вв З. пытались объяснить как следствие несов.периф.апп речи. Санторини – З.возникает при отверстии в твердом небе, ч\з кот якобы слизь просачивается на язык и затрудняет речь. Вутцер – ненормальное углубление в н\челюсти, в кот прячется кончик языка при своем движении. Эрве-де-Шегуан – неправильное соотношение между длиной языка и полостью рта или слишком плотным прикреплением его короткой уздечкой. Др.исследоват. связывали З. с нарушениями в функционировании реч.органов: судорожное закрытие голосовой щели, чрезмерно быстрый выдох, спазматич.сокращен.мышщ, удерживающих язык в полости рта, несогласованность процессов мышл.и речи и т.д.

З., как нозол.единица впервые четко была определена франц.врачом Итаром в 1817г. Он провел четкое разграничение между З. и др.патологией. Большая популярность приобрела методика госпожи Ли, 1825г в Н-Йорке организовала институт по лечению З. Был метод подхода ортопедический, ученые пытались изобрести к-л приспособл. для корр. Прикуса, изменении анатомии в обл рта. В 1841г наблюдается резкий всплеск интереса к хирургическим методам лечения З. Хирург Дифенбах провел опер. по вырезанию части мышц языка у 13л мальчика, А ч\з некот время еще 2опер, имевшие положительный успех. В Грмании – мало опер, в Англии и в России – почти не проводились, популярность – во Франции. Появились критические замечания по поводу опер, было обнаружено, что после заживления рубца (2-3 мес) З. возвращалось иногда даже больше. Во 2-ой полов 19в изучаются патофизиологические особенности З, формируются педагогические и психологические подходы в корр.

В России большинство исследоват рассматривали З как функциональное расстройство в сфере речи, судорожный невроз (Сикорский 1889, Хмелевский), или определяли его как страдание чисто психическое, выражающееся судорожными движениями в аппарате речи (Лагузен 1838, Неткачев 1909,1913), как психоз (Каменка 1900)

В нач.20в появилось учение о неврозах и З рассматривают как невроз – Павлов – достаточно:1-перенапряжение процессов возбуждения; 2-перенапряжение процессов торможения; 3-сшибка процессов торможения и возбуждения. Нарушение взаимодействия этих процессов приводит к появлению застойных очагов возбуждения в коре ГМ. Это влияет на отношение коры и подкорки, т.о. нарушая нервную регуляцию речевого акта.

Жинкин – в зависимости от локализации застойного очага в ГМ обнаруживается различная локализация судорог в речев апп и различный хар-р нарушения произношения.

Проводя ряд экспериментов ученые Данилов, Черепанов, Некрасов, Воронин, Жинкин писал, что З – это результат рассогласованности между кинестетическим и слуховым контролем в процессе произношения. Рассогласованность м.б.следствием невроза или иного сбоя во взаимодействии речедвигательной и речеслуховой систем.

Теория Левиной – при переходе от ситуативной речи к контекстной усложняется речевой замысел, средства его реализации. В процессе речи обнаруживается столкновение мотивов, особенно в диалогах, это сопровождается эмоциональным напряжением, появляются итерации и они м.б.закреплены.

К началу ХХ в. все многообразие понимания механизмов заикания можно свести к трем теоретическим направлениям:

* Заикание как спастический невроз координации, происходящий от раздражительной слабости речевых центров (аппарата слоговых координаций). Это было четко сформулировано в трудах Г. Гутцмана, И. А. Куссмауля, а затем в работах И. А. Сикорского, который писал: «Заикание есть внезапное нарушение непрерывности артикуляции, вызванное судорогой, наступившей в одном из отделов речевого аппарата как физиологического целого». Сторонники этой теории вначале подчеркивали врожденную раздражительную слабость аппарата, управляющего слоговой координацией. В дальнейшем они объясняли заикание в свете невротизма: заикание - это судорогоподобные спазмы.
* Заикание как ассоциативное нарушение психологического характера. Это направление выдвинуто Т. Гепфнером и Э. Фрешельсом. Сторонниками были А. Либманн, Г. Д. Неткачев, Ю. А. Флоренская. Психологический подход к пониманию механизмов заикания получил свое дальнейшее развитие.
* Заикание как подсознательное проявление, развивающееся на почве психических травм, различных конфликтов с окружающей средой. Сторонниками этой теории были А. Адлер, Шнейдер, которые считали, что в заикании, с одной стороны, проявляется желание индивида избежать всякой возможности соприкосновения с окружающими, а с другой - возбудить сочувствие окружающих посредством такого демонстративного страдания.

Таким образом, в конце 19 начале 20 в. все определеннее становится мнение, что заикание - это сложное психофизическое расстройство. По мнению одних, в его основе лежат нарушения физиологического характера, а психологические проявления носят вторичный характер (А. Гутцман, 1879; А. Куссмауль, 1878; И. А. Сикорский, 1889, и др.). Другие первичными считали психологические особенности, а физиологические проявления -как следствие этих психологических недостатков (Хр. Лагузен, 1838; А. Коэн, 1878; Гр. Каменка, 1900; Г. Д. Неткачев, 1913, и др.). Делались попытки рассматривать заикание как невроз ожидания, невроз страха, невроз неполноценности, навязчивый невроз и пр.

К 30-м годам и в последующие 50 - 60-е годы ХХ в. механизм заикания стали рассматривать, опираясь на учение И. П. Павлова о высшей нервной деятельности человека и, в частности, о механизме невроза. При этом одни исследователи рассматривали заикание как симптом невроза (Ю. А. Флоренская, Ю. А. Поворинский и др.), другие - как особую его форму (В. А. Гиляровский, М. Е. Хватцев, И П Тяпугин, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, А. И. Поварнин, Н. И. Жинкин, В. С. Кочергина и др.). Но в обоих случаях эти сложные и многообразные механизмы развития заикания идентичны механизмам развития неврозов вообще. Заикание, как и прочие неврозы, возникает вследствие различных причин, вызывающих перенапряжение процессов возбуждения и торможения и образования патологического условного рефлекса. Заикание-это не симптом и не синдром, а заболевание центральной нервной системы в целом (В. С. Кочергина, 1962).

Сопоставление клинических, психологических, психолингвистических и физиологических данных исследования заикающихся позволяет глубже представить себе патогенетические механизмы этого сложного речевого расстройства. Эволюционное заикание или заикание развития возникает обычно в том возрасте, когда у ребенка интенсивно формируется фразовая или монологическая речь. При различных клинических формах начало заикания связано с разными причинами.

Первой причиной и условием появления **невротической формы заикания** служат:

* патогенные эмоциональные факторы внешней среды
* острая или хроническая психическая травма, переживаемая ребенком, находится в непосредственной связи с появлением “речевых” судорог.

Сам феномен судорожных запинок не является строго специфичным только для людей, страдающих заиканием. Нередко и в норме наблюдаются единичные речевые запинки судорожного характера в моменты высокого эмоционального напряжения.

При нормальном созревании мозга уже в детском возрасте в ЦНС развиваются регулирующие тормозные процессы, достаточно сильные для того, чтобы подавить излишнее возбуждение эмоциогенных структур мозга, блокировать распространение этого возбуждения и не дать сформироваться очагу застойной патологической активности в этих отделах центральной нервной системы.

Состояние нервной системы ребенка, у которого впоследствии может развиться невротическая форма заикания, характеризуется особой эмоциональной реактивностью. Таким детям присуща повышенная впечатлительность, робость, тревожность, нарушения сна, аппетита, эмоциональная ранимость и т.п. Это свидетельствует о врожденных или рано приобретенных отклонениях от нормы в состоянии нервной системы, особом состоянии эмоциогенных структур мозга, что связано, главным образом, с низким уровнем адаптивных возможностей организма. В силу этих характеристик центральной нервной системы у таких детей под влиянием психического стресса может формироваться очаг застойной патологической активности в эмоциогенных структурах мозга.

Речевое нарушение, начавшись после психической травмы, соответствует психомоторному уровню патологического реагирования, свойственному детям младшего возраста. Для появления заикания необходимы дополнительные условия. Такими условиями являются: “предрасположенность” (уязвимость) специфических речевых структур к появлению патологических реакций.

Заикание у детей появляется в гиперсензитивные фазы речевого развития, в период интенсивного формирования фразовой речи, так как именно период наиболее интенсивного развития любой функциональной системы организма является особо уязвимым при воздействии патогенных факторов.

Нарушение речедвигательного акта, раз возникнув, имеет тенденцию к фиксации патологических взаимосвязей. Важным механизмом поддержания и усугубления патологических двигательных реакций (судорожных речевых запинок), помимо очага повышенного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга, является поток пропреоцептивных импульсаций с речевых мышц, вовлеченных в аномальную деятельность (обратная афферентация в функциональной системе речедвигательного акта).

Таким образом, патогенетические механизмы, способствующие появлению невротической формы заикания, сложны и не сводятся к пережитой ребенком психической травме.

Сам факт появления судорожных речевых запинок у детей свидетельствует о возникновении патологической функциональной системы речи.

У части детей имеется низкий уровень компенсаторных возможностей мозга. В этих случаях быстро формируется патологическая функциональная система речи. Новая патологическая функциональная система начинает подавлять нормальную функциональную речевую систему, которая до этого развивалась у ребенка так, казалось бы, успешно.

Любое усиление эмоционального возбуждения (неправильное поведение родителей, перегруженность ребенка впечатлениями и т.п.) ухудшают состояние центральной нервной системы, способствует “закреплению” патологической функциональной системы речи.

При невротической форме заикания генератор патологического возбуждения в эмоциогенных структурах мозга начинает объединять различные структуры центральной нервной системы (стадия образования патологической детерминанты), в том числе и речевые, в сложную патологическую функциональную систему и определять характер ее деятельности.

Формирование у заикающихся детей новой патологической системы речи на фоне уже развившейся функциональной системы речи создает особые условия взаимовлияния и функционирования каждой из них.

У подростков с невротической формой заикания (11-12 лет) развивается логофобия, т.е. вторичная невротическая патологическая реакция. Они снижают количество и качество общения. Наличие речевого дефекта становится для заикающихся психотравмирующим обстоятельством.

Логофобия начинает доминировать, а судорожные речевые запинки отходят как бы на второй план. Даже мысленное представление ситуации речевого общения вызывает у таких лиц резко выраженные вегетативные расстройства.

У взрослых, страдающих невротической формой заикания, существенно меняются даже фоновые (т.е. находящиеся в “покое”) характеристики физиологических показателей. У них обнаруживается нарушение устойчивости регуляторных систем мозга, снижение корковых тормозящих влияний вследствие патологической активности эмоциогенных структур мозга.

Под влиянием патологической программы речевой функциональной системы возникают устойчивые изменения во взаимоотношениях коры больших полушарий и эмоциогенных структур, что является одним из механизмов генерализации патологического процесса. У взрослых заикающихся нередко вторичные детерминанты, связанные со страхом речи, могут играть роль доминанты Эти особенности взаимоотношений собственно речевой патологической системы, нормальной речевой системы и системы патологического психологического реагирования во многом объясняют значительные трудности реабилитации взрослых заикающихся. Коррекционные педагогические воздействия, направленные лишь на снятие судорожных речевых запинок, у взрослых оказываются недейственными или эффективными лишь на короткое время. Аналогичным образом малоэффективными являются и “одномоментные” снятия заикания с помощью суггестивных воздействий.

Другая клиническая форма заикания — **неврозоподобная** — при схожести судорожных речевых запинок имеет иную клиническую картину.

Заикание этой формы появляется у детей в возрастном диапазоне 3-4 года. Оно возникает как бы исподволь, без видимой причины, и обнаруживается родителями не сразу.

У носителей этой речевой патологии в анамнезе есть признаки аномального протекания пре- или перинатального периода жизни. И в детском, и в зрелом возрасте неврологически и электрофизиологически диагностируются нерезко выраженные резидуальные явления раннего диффузного органического поражения мозга. Заикающиеся этой группы характеризуются некоторой задержкой развития моторных функций организма, а также их качественными отличиями по сравнению с возрастной нормой: координаторными расстройствами, низким уровнем развития чувства ритма и темпа, гиперкинезами различного типа. Поведение заикающихся этой группы характеризуется нередко двигательной расторможенностью, у них обнаруживается недостаточность активного внимания, некоторое снижение памяти и т.п.

Речевой онтогенез до появления заикания у детей с неврозоподобной формой существенно отличается от детей с асвротической формой заикания. Это относится как к темпу развития речи, так и к ее качественным характеристикам. Голосовые реакции — гуление, лепетные слова мало интонированы, голос имеет слегка сипловатый оттенок.

Слова появляются после 1,5 лет, фразовая речь — после 3-3,5 лет. Звукопроизношение имеет множественные нарушения. Судорожные запинки впервые начинают отмечаться окружающими в непосредственной связи с развитием фразовой речи.

Выраженные поначалу слабо, они по мере формирования фразовой речи приобретают устойчивый характер, сопровождаясь насильственными движениями.

Эти данные, а также особенности моторики свидетельствуют о наличии патологической активности подкорковых моторных (стриопаллидарных) структур мозга и ослаблении регулирующих влияний со стороны его высших отделов.

В отличие от “преходящих” судорожных запинок при “выходе” из алалии, афазии, дизартрии, при возникновении эволюционного заикания быстро формируется патологическая функциональная система речи.

Наличие патологической детерминанты в подкорковых структурах мозга недостаточно для появления неврозоподобной формы заикания. Дополнительными условиями является декомпенсация регулирующих механизмов мозга в связи с активным становлением фразовой речи.

Выбор органа — мишени — в виде речевой системы предполагает наличие у детей с неврозоподобным заиканием эндогенных нарушений в собственно речевых зонах коры больших полушарий. Об этом свидетельствует и речевой онтогенез детей с неврозоподобной формой заикания: и пословная и фразовая речь появляются с некоторой задержкой по сравнению с нормой.

Можно представить следующие патогенетические блоки этой системы:

— патологическая детерминанта, связанная с гиперактивностью стриопаллидарных структур мозга и снижением регулирующих влияний со стороны высших отделов мозга;

 — центральные промежуточные звенья речевой моторной системы и речевых зон коры больших полушарий;

 — центральные эфферентные звенья, регулирующие самый высокий уровень координации “речевых” движений.

Благодаря пластическим свойствам центральной нервной системы, закрепляющим в “памяти” только действующие связи, а также вследствие постоянной активности патологических связей внутри самой речевой системы, последние становятся с возрастом ребенка все более упроченными, а речь все чаще нарушается судорожными запинками.

Так как у детей с неврозоподобной формой заикания интегративный тормозной контроль мозга также оказывается недостаточным, то патологическая программа речевой функциональной системы спонтанно не подавляется. В связи с этим неврозоподобная форма заикания обычно не имеет спонтанного регредиентного течения, если ребенку не оказывается логопедическая помощь.

С возрастом при отсутствии своевременных адекватных лечебно-педагогических воздействий заикание становится все более резистентным. Речь в целом развивается патологически. В старшем дошкольном возрасте у детей с неврозоподобной формой заикания обнаруживается несформированность базовых уровней речи, монологическая речь характеризуется нарушением как операций по смысловой организации высказывания, так и операций его структурно-языкового оформления.

У взрослых заикающихся эти явления резко выражены. Речь дезорганизуется не только на психомоторном уровне, но и на высших психических уровнях внутренне-речевого программирования.

Патологическая речевая система при неврозоподобной форме заикания становится со временем ядром патологического устойчивого состояния.

В 16-18-летнем возрасте формируется психическая реакция на речевой дефект и связанная с ней вторичная детерминанта с очагом гиперактивного возбуждения в эмоциогенных структурах мозга. Вслед за этим нередко возможно формирование логофобии, как правило, выраженной нерезко. Это влечет за собой изменение поведения, снижение речевой активности. Для заикающихся этой группы характерны трудности адаптации к внешним условиям, связанным в большой мере с аффективной неустойчивостью, склонностью к дисфориям, ригидности мышления, нарушениям памяти, внимания.

Первичное поражение нервной системы (при невротической форме заикания — эмоциогенных структур мозга, при неврозоподобной — моторных) и слабость ее регулирующих механизмов создают условия для возникновения заикания только при наличии эндогенных изменений в собственно речевых отделах центральной нервной системы.

Чем более разветвлена и сильна патологическая система речи, тем больше нарушена интегративная функция мозга и дезорганизована ее деятельность в целом.

Наличие этих общих закономерностей в развитии патологического процесса в нервной системе, приводящих к заиканию, сказывается на клинической, физиологической и психолого-педагогической характеристике лиц — носителей этой речевой патологии. Существенные различия во многих диагностических показателях невротической и неврозоподобной форм заикания, имеющиеся у детей, к зрелому возрасту при хроническом течении заикания во многом стираются.

При разработке реабилитационных мер следует учитывать характер первичного поражения нервной системы при невротической и неврозоподобной формах заикания в связи с тем, что детерминанта патологической системы является образованием, наиболее резистентным к коррекционным воздействиям.

При невротической форме заикания терапевтические воздействия должны быть направлены на снижение возбудимости эмоциогенных структур мозга, что может достигаться с помощью сочетания медикаментов и различных психотерапевтических приемов, от стресс-терапии, гипноза до аутогенной тренировки. Логопедические занятия на этом фоне проходят значительно эффективнее.

Заикающиеся с неврозоподобной формой речевого дефекта нуждаются в длительных коррекционно-педагогических воздействиях, способствующих развитию регулирующих функций мозга (стимуляция внимания, памяти и других психических процессов), в специальном медикаментозном лечении, направленном на редукцию последствий раннего органического поражения мозга. Логопедические занятия должны быть регулярными в течение значительного времени.

Учитывая то, что конечным результатом патологической системы является нарушение ритма протекания речевого психомоторного акта, в комплекс лечебных и психолого-педагогических воздействий обязательно включаются методы, направленные на ритмизацию движений. Занятия под музыку с ритмическими движениями рук, ног, туловища, а в дальнейшем сочетание этих движений с пением, мелодекламацией, чтением стихотворных и прозаических текстов нормализующе действуют на протекание речевого акта.

Отечественные исследователи подходят к изучению заикания с диалектических позиций. Поэтому, выделяя при всем многообразии клинической картины заикания физиологические и психические моменты, первичными считают расстройства физиологического характера.

На основе физиологических расстройств формируются психологические особенности личности заикающегося, которые усугубляют заикание. Психологические изменения нередко выступают на первый план.

Впервые наиболее полно симптоматика заикания была представлена в работе И. А. Сикорского «Заикание» (1889). Проявления заикания у лиц в разные возрастные периоды изучали М. Е. Хватцев, М. Зееман, Э. Фрешельс, В. А. Гиляровский, Н. П. Тяпугин, С. С. Ляпидевский и многие другие. В настоящее время условно выделяются две группы симптомов, находящихся в тесной взаимосвязи: биологические (физиологические) и социальные (психологические).

К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим — речевым запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фиксированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности.

Основным внешним симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд. Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по частоте. При тонических судорогах наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц — тонус: «т-ополь»1. При клонических судорогах наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц — клонус: «то-то-тополь». Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосо-артикуляцион-ный аппарат, так как его функция управляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое. В зависимости от преобладания судорог в тех или иных органах речи различают дыхательные, голосовые и артикуляционные.

Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: экспираторная (судорожный выдох), инспираторная (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием) и респираторная (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Судороги в голосовом аппарате характеризуются следующим образом: смыкательная (судорожно-сомкнутые голосовые складки не могут своевременно разомкнуться — голос внезапно прерывается, или же образуется клоническая или затяжная судорога — получается блеющий прерывающийся

В артикуляционном аппарате различаются судороги — губные, язычные и мягкого нёба. Чаще и резче они проявляются при произнесении согласных взрывных звуков (к, г, п, б, т, д); реже и менее напряженно — щелевых. На звонких, как более координационно сложных, судороги проявляются чаще, чем на глухих, особенно при их сочетании с гласными, а также в начале слова, возглавляющего фразу, синтагму или абзац. Ученики меньше заикаются при пересказе хорошо подготовленного учебного материала. Известное значение в отношении частоты заикания имеет ритм речи.

В экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения. Распространенность фонетико-фонематических нарушений заикающихся дошкольников составляет 66,7%, среди младших школьников — 43,1%, средних — 14,9% и старших — 13,1%. Среди заикающихся дошкольников, помимо нарушений звуко-произношения, в 34% случаев отмечаются отклонения в развитии речи, в сроках появления слов, формирования фразовой речи.

Нарушаются словесное ударение, интонация, ритм. Речь прерывиста, с необоснованными паузами, повторениями, изменяются громкость и темп произношения, сила, высота и тембр голоса, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоянием заикающегося.

Изучение нестабильной частотности пароксизмов заикания позволяет обосновать понятие о сохранных участках правильной речи, об определении уровня сохранной речи в зависимости от разной степени сложности речевой деятельности и речевых ситуаций. Выявление уровня сохранной речи имеет определяющее значение для основных коррекционных задач на каждом этапе последовательной логопедической работы.

В проявлениях заикания характерными являются такясе различные нарушения речевой и общей моторики, которые могут быть насильственными (речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи) и произвольными уловками. К уловкам относятся вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь.

Нередко отмечается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность, дискоординация или вялость, переключаемость и пр. Некоторые исследователи указывают на связь заикания с амбидекстрией (леворукостью).

Еще в начале XX в. Т. Гепфнер и Э. Фрешельс подчеркивали, что «специфической основой заикания» является то психическое состояние, на основании которого возникает «сознание расстройства речи». Впоследствии Ф. Штоккерт, Ю. А. Флоренская, М. И. Пайкин, М. Е. Хватцев, А. М. Смирнова, Н. А. Власова, Н. И. Жинкин и другие также отмечали усугубляющую роль зафиксированного внимания заикающихся на своем дефекте.

Одним из основных явлений, из которых развивается *невротическое расстройство*, является чувство собственной неполноценности. И чем больше фиксируется больным внимание на своем болезненном симптоме, тем более упорным он становится. Так образуется порочный круг, из которого больной никак не в состоянии выбраться: болезненный симптом заставляет его фиксировать на нем свое внимание, а вследствие этого симптом еще усиливается и еще более приковывает к себе внимание больного. Н. И. Жинкин, рассматривая заикание как расстройство речевой саморегулировки, отмечает, что чем больше возрастает опасение за исход речи и чем в большей мере произнесение оценивается как дефектное, тем сильнее нарушается речевая саморегуляция. Это состояние через несколько повторений превращается в патологический условный рефлекс и возникает все чаще, теперь уже перед началом речи. Процесс становится циркулярным, так как дефект на приеме усиливает дефект на выходе.

Исследователи заикания в понятие фиксированности на дефекте вкладывают разное содержание: особое свойство внимания (устойчивое, застревающее навязчивое, концентрированное), осознание дефекта, представление о нем, разное эмоциодальнее отношение к нему (переживание, тревожность, боязливость, страх).

Опираясь на опыт работы с заикающимися разного возраста и общие принципы системного подхода в психологии (Л. С. Выготский, С. Я. Рубинштейн, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, Б. Ф. Ломов, А. В. Петровский, П. Я. Гальперин, В. Д. Небылицын, Д. Б. Эльконин и др.), можно представить психологическую модель возникновения и развития феномена фиксированности с позиции интегрального взаимодействия психических процессов, состояний, свойств и действий у заикающихся. Различие между заикающимися и свободно говорящими выражается не в степени продуктивности той или иной деятельности, а в специфике ее протекания. От первого непроизвольного эмоционального реагирования на дефект у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными переживаниями и отражается в волевых усилиях (действиях и поступках) в само­стоятельной и безуспешной борьбе с заиканием.

Понятие феномена фиксированности в данном случае можно определить так: это есть отражение объективно существующего речевого дефекта (речевых судорог) во всей психической деятельности заикающегося человека. Это результат процессов получения и переработки информации о речевых трудностях (или помехах) и связанных с ними неприятностях, трансформированных в психических процессах, состояниях и свойствах заикающегося и проявляющихся в его взаимодействии с окружающей социальной средой.

Важно найти критерии, которые характеризуют нарастающую сложность разных уровней (степеней) фиксированности на дефекте. В качестве такого критерия могут быть использованы 3 варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту (безразличное, умеренно-сдержанное и безнадежно-отчаянное) и 3 варианта волевых усилий в борьбе с ним (их отсутствие, наличие и перерастание в навязчивые Действия и состояния). В связи с этим оправдано введение рабочего термина «болезненная фиксация» для выделения соответственно трех групп заикающихся:

**1**. Нулевая степень болезненной фиксации: Дети не испытывают ущемления от сознания дефекта либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к преодолению дефекта.

**2**. Умеренная степень болезненной фиксации: старшие школьники и подростки переживают свой дефект, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, стараются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испытывают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой недостаток.

**3**. Выраженная степень болезненной фиксации: у заикающихся переживания по поводу дефекта выливаются в постоянно тягостное чувство неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполноценности. Это чаще подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр.

Изучение феномена фиксированности заикающихся на своем дефекте позволило установить следующее:

1. Фиксированность является одним из основных факторов усложняющих структуру дефекта и эффективность его преодоления.
2. Имеется прямая зависимость его от возраста детей (или стажа заикания). Это объясняется наличием неблагоприятных факторов окружающей среды, совершенствованием и усложнением психической деятельности в связи с формированием личности детей, появлением сдвигов в нервной и эндокринной системах, связанных с пубертатным периодом.
3. Отмечается связь с усложняющимся характером моторных нарушений. Тоническая судорога иногда может рассматриваться как попытка заикающегося бороться со своим недугом. Характер моторных нарушений у заикающихся обычно связан с эмоциональным отношением ребенка к дефекту.
4. Эффективность логопедической работы с заикающимися детьми находится в зависимости от разной степени их фиксированности на дефекте: чем больше фиксированность, тем ниже результаты логопедической работы, и наоборот.

Осознание речевого дефекта, неудачные попытки избавиться от него или хотя бы замаскировать порождают у заикающихся различные психологические особенности: уязвимость, беззащитность, боязливость, робость, внушаемость и многое другое.

В настоящее время делаются попытки не только глубже изучать индивидуальные психологические особенности заикающихся,'но и комплектовать по этому признаку группы для обоснованной психотерапевтической направленности логопедической работы с ними.

В зависимости от благоприятных социальных условий, в которых растет и воспитывается ребенок, а также от его пре-щорбидных особенностей психические явления могут в разной степени и кратковременно проявляться или закрепляться и перерастать в стойкие психические состояния и свойства личности, определяя в целом уже психологические особенности заикающихся. Попытки замаскировать речевые трудности порождают у заикающихся различные неречевые и речевые уловки, которые наблюдаются в общей моторике (движения руками, ногами, корпусом, головой и др.); реже — в речевой моторике (покусывания кончика языка, нижней губы, облизывание губ, причмокивание, беззвучное артикулирование звуков и т. д.) в виде вспомогательных звуков их сочетаний или слов (эмболы): э, и ну, вот, да и т. д.

Различают три степени заикания: легкая — заикаются лишь в возбужденном состоянии и при стремлении быстро высказаться. В этом случае задержки легко преодолеваются, заикающиеся говорят, не стесняясь своего дефекта; средняя — в спокойном состоянии и в привычной обстановке говорят легко и мало заикаются; в эмоциональном состоянии проявляется сильное заикание; тяжелая — заикаются в течение всей речи, постоянно, с сопутствующими движениями.

Выделяются следующие типы течения заикания: постоянный — заикание, возникнув, проявляется относительно по­стоянно в различных формах речи, ситуациях и т. д.; волнообразный — заикание то усиливается, то ослабевает, но до конца не исчезает; рецидивирующий — исчезнув, заикание появляется вновь, т. е. наступает рецидив, возврат заикания после довольно длительных периодов свободной, без запинки речи.

**Роль и место психотерапии в комплексном методе преодоления заикания.**

**Виды психотерапии и особенности применения в разные возрастные периоды.**

Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоровление психики заикающегося — осуществляется через:

1) воспитание полноценной личности,

2) воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду,

3) воздействие на микросоциальную среду.

Оздоравливающее воздействие на заикающегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое. Прямая психотерапия — лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную (по Дюбуа), или разъяснительную (по В. М. Бехтереву), психотерапию; 2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка).

Рациональная психотерапия состоит из индивидуальных и коллективных специальных бесед, которые представляют собой логически обоснованную систему разъяснений, убеждений и обучения заикающегося. Цель ее в том, чтобы объяснить заикающемуся в доступной, образной и убедительной форме сущность заикания, его обратимость, роль самого ребенка в преодолении заикания, критически разобрать особен­ности его поведения. Силой логического убеждения и примером психотерапевт стремится помочь заикающемуся в Перестройке неправильных форм поведения, внушая уверенность в свои силы, в возможность преодоления заикания.

Для маленьких детей рациональная психотерапия выражается в использовании разнообразных игровых приемов красочного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Эти формы психотерапии тесно смыкаются с психопрофилактикой и психогигиеной. Для старших школьников необходимо широкое использование основных приемов рациональной психотерапии.

Внушение (суггестия) — специальный метод психотерапии. Различают внушение со стороны другого лица (гетеросуггестия) и самовнушение (аутосуггестия).

В лечении заикания используются методы внушения в бодрственном состоянии (К. М. Дубровский) и в состоянии гипнотического сна. Эти психотерапевтические методы используются в комплексе с другими медико-педагогическими средствами воздействия на заикающихся подростков и взрослых.

Одним из видов аутосуггестии является метод аутогенной тренировки. Он применяется при лечении различных неврозов. Путем самовнушения по определенной формуле вызывается состояние покоя и мышечного расслабления (релаксация). В дальнейшем проводятся целенаправленные сеансы самовнушения по регуляции тех или иных нарушений функций организма. В этом плане оно оказывается полезным и при заикании. Заикающийся овладевает способностью вызывать расслабление мышц, особенно лица, шеи, плечевого пояса, и регулировать ритм дыхания, что ослабляет интенсивность судорожных спазмов.

В связи с незрелостью психики и недостаточной концентрацией внимания у детей дошкольного возраста гипнотерапия и аутогенная тренировка с ними не применяются.

Многие логопеды, работая с заикающимися детьми, используют игры и упражнения, которые помогают расслабить мышцы рук, предплечья, шеи, ног, лица.

Среди активизирующих методов психотерапии значительное место занимают функциональные - Они представляют собой тренировку нервных и психических процессов, укрепление активности и воли.

Все виды психотерапии заикания направляются на устранение психогенных нарушений (страха речи и ситуаций, чувства ущемленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.) и на перестройку у заикающегося измененного под влиянием дефектной речи социального контакта с окружающими; на формирование умений владеть собой и своей речью, на перестройку своих личностных качеств.

**Комплексный метод преодоления заикания. Особенности его применения при коррекции заикания у дошкольников, школьников, подростков и взрослых. Роль социального окружения в реализации комплексного метода.**

Становлению современного комплексного подхода к преодолению заикания предшествовал поиск различных приемов и средств преодоления дефекта. Многочисленность и недостаточная эффективность методик преодоления заикания объясняются сложностью его структурных проявлений и недостаточным уровнем знаний о его природе.

При изучении существовавших ранее приемов, средств и методов преодоления заикания целесообразно рассматривать их в зависимости от характера рекомендуемых средств воздействия на заикающегося — медицинского или педагогического. В первом случае — это лечебные меры (терапевтические, хирургические, ортопедические, психотерапевтические), во втором — меры педагогические (дидактические) и в третьем — различные сочетания лечебного и педагогического воздействия на заикающихся.

Под современным комплексным подходом понимается лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизиологического состояния заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов. В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят лечебные препараты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопедические занятия, логопедическая ритмика, воспитательные мероприятия. Цель их — устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения, социальная реадаптация и адаптация заикающегося.

Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздействия на заикающихся можно условно разделить на две составные части: лечебно-оздоровительную и коррекционно-цедагогическую. Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья заикающегося; устранение и лечение отклонений и патологичес­ких проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативно нервной системы, нарушений моторики и др.).

К лечебно-оздоровительной работе относятся: создание благоприятной обстановки для лечения, организация режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является: устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организует содружественную медико-педагогическую работу необ­ходимых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся.

Педагогическую часть комплексного подхода составляют коррекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая включает систему логопедических занятий, воспитательные мероприятия, логопедическую ритмику, работу с родителями.

Лог.работа рассматривается как система коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на гармоничное формирование личности и речи ребенка с учетом необходимости преодоления или компенсации его дефекта.

Логопедическое воздействие в настоящее время осуществляется в двух направлениях: прямом и косвенном. *Прямое логопедическое воздействие* реализуется во время групповых и индивидуальных занятий с заикающимися. *Косвенное логопедическое воздействие* представляет собой систему логопедизации всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих. Особое значение в этой системе имеет речевой режим.

Речевой аспект логопедических занятий включает регуляцию и координацию дыхательной, голосовой и артикулятор-ной функций, воспитание правильной речи.

Необходимая последовательность разных форм речи соблюдается при воспитании у заикающихся самостоятельной речи-Вначале воспитывается плавная ритмическая речь в процессе сопряженно-отраженного чтения стихотворного текста. Далее предлагается самостоятельное чтение с включением ло-гопеда в случаях затруднений, чтение через слово или через определенные отрезки текста поочередно с кем-либо в одном и том же ритме; чтение диалога; чтение с остановками условной длительности на знаках препинания; произнесение заученного стихотворения.

Содержание речевого материала логопедических занятий изменяется в зависимости от структуры нарушения, от возраста, контингента заикающихся, течения заикания, отношения заикающегося к своему дефекту и от многих факторов. Учет этих факторов способствует глубокому, дифференцированному изучению заикающегося и созданию различных методик по преодолению заикания в рамках комплексного подхода.

Основные требования к логопедическим занятиям с заикающимися детьми:

1) Логопедические занятия отражают основные задачи коррекционно-педагогического воздействия на речь и личность заикающегося ребенка.

2) Логопедические занятия проводятся в определенной системе, последовательно, поэтапно, с учетом основных дидактических принципов; в зависимости от индивидуальных особенностей каждого ребенка; с опорой на сознательность и активность детей; на занятиях используются пособия, наглядные и технические средства обучения; занятия содействуют прочности воспитываемых навыков правильной речи и поведения.

3) Логопедические занятия согласовываются с требованиями программ воспитания и обучения детей дошкольного или школьного возраста.

4) На занятиях предусматривается необходимость тренировки правильной речи и поведения заикающихся детей в разных условиях: в логопедическом кабинете и вне его, в разных жизненных ситуациях, в присутствии знакомых и т. д.

5) Занятия организуются таким образом, чтобы ребенок говорил на них без заикания и сопутствующих нарушений.

6) Занятия поддерживают у ребенка хорошее настроение, бодрость, уверенность в своих силах.

7) На занятиях с заикающимися постоянно присутствуют образцы правильной речи: самого логопеда, успешно занимающихся детей, магнитофонные записи и т.д.

8) Занятия проводятся на фоне правильного отношения окружающих к заикающемуся ребенку и правильного его воспитания.

Комплектование групп проводится с учетом возраста заикающихся.

У дошкольников основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше — медицинские. У подростков и взрослых — наоборот, основное значение придается медицинским средствам, психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше — педагогическим.

Важным разделом логопедической работы является логопедическая ритмика, которая представляет собой систему музыкально-двигательных, речедвигательных, музыкально-речевых заданий и упражнений, осуществляемых в целях логопедической коррекции.

Задачи социальной адаптации (а в отношении подростков, взрослых, возможно, и реабилитации) заикающихся осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает логопед, проводя консультативно-методическую работу с родителями.

Комплектование групп проводится с учетом возраста заикающихся. Разный возраст вызывает необходимость использования своеобразных методик логопедической работы, изменение интенсивности отдельных ее компонентов.

У дошкольников основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше — медицинские. У подростков и взрослых — наоборот, основное значение придается медицинским средствам, психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше — педагогическим.

**МЕТОДИКИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ДОШКОЛЬНИКАМИ**

**Н. А. Власова** – выделяет ряд разделов:

Группа не более 10чел.

**1. общие воспитательные мероприятия**: носит психотерапевтич хар-р, воспитывает навыки коллективн взаимод и формируется установка на преодол заикания.

**2. перевоспитание речи**: различает 7 видов речи, которые в порядке постепенности необходимо применять на занятиях с детьми-дошкольниками: 1) сопряженная речь, 2) отраженная речь, 3) ответы на вопросы по знакомой картинке, 4) самостоятельное описание знакомых картинок, 5) пересказ прослушанного не­большого рассказа, 6) спонтанная речь (рассказ по незнако­мым картинкам), 7) нормальная речь (беседа, просьбы и т. д.).

Все занятия по перевоспитанию речи заика­ющихся детей распределены по степени нарастающей слож­ности на 3 этапа;

***На первом этапе*** предлагаются упражнения в совме­стной и отраженной речи, в произношении заученных фраз, стихов. Широко используется декламация.

***На втором этапе*** дети упражняются в устном описании картинок по вопросам, в составлении самостоятельного рассказа по серии картинок или на данную тему, в пересказе содержания рассказа или сказки, которую прочитал логопед.

***На третьем*** завершающем этапе детям предоставляется возможность закрепить приобретенные навыки плавной речи в обиходном разговоре с окружающими детьми и взрослыми, во время игры, занятий, бесед и в другие моменты детской жизни.

**3. логопедическая ритмика**

**4.особое место – пению**. Оно способствует регуляции дыхания и выработки плавности речи.

**5. работа с семьей:** нормализация обстановки в семье.

**Методика Левиной, Чевелевой (поэтапная)**

Последовательность речевых упражнений с заикающимися детьми усматривается в постепенном переходе от наглядных облегченных форм речи к отвлеченным, контекстным высказываниям и включает в себя следующие формы: сопровождающую, завершающую, предваряющую

Система последовательного усложнения речи предусматривает также постепенное усложнение объекта деятельности через увеличение числа отдельных элементов работы, на которые распадается весь трудовой процесс при изготовлении поделок

Эта система преодоления заикания у детей включает в себя 5 периодов:

*Пропедевтический.* Основная цель — привить детям навыки организованного поведения, научить слышать немногословную, но логически четкую речь логопеда, ее нормальный ритм, временно ограничить речь самих детей.

*Сопровождающая речь.* В этом периоде допускается собственная речь детей по поводу одновременно совершаемых ими действий. Наибольшую ситуативность речи обеспе­чивает постоянная зрительная опора. При этом она услож­няется в связи с изменением характера вопросов логопеда и соответствующим подбором поделок.

*Завершающая речь* — дети описывают уже выпол­ненную работу или часть ее. Путем регулирования (посте­пенного увеличения) интервалов между деятельностью ребенка и его ответом по поводу сделанного достигается разная слож­ность завершающей речи. При постепенном уменьшении зри­тельной опоры на выполненную работу осуществляется пос­ледовательный переход к контекстной речи.

*Предваряющая речь* — дети рассказывают о том, что они намерены делать. У них развивается умение пользовать­ся речью вне наглядной опоры, планировать свою работу, за­ранее называть и объяснять то действие, которое им еще пред­стоит сделать. Усложняется фразовая речь: дети произносят несколько связанных по смыслу фраз, пользуются фразами сложной конструкции, самостоятельно строят рассказ. В этом периоде их учат логически мыслить, последовательно и грам­матически правильно излагать свою мысль, употреблять сло­ва в их точном значении.

Закрепление навыков самостоятельной речи пре­дусматривает рассказы детей о всем процессе изготовления той или иной поделки, их вопросы и ответы о своей деятель­ности, высказывания по собственному желанию и т. д.

При прохождении программы массового детского сада с заикающимися детьми предлагаются некоторые ее измене­ния, связанные с речевыми возможностями детей: использо­вание в начале учебного года материала предыдущей возрастной группы, перестановку некоторых тем занятий, удлинение сроков изучения более трудных тем и др.

*Коррекционные задачи первого квартала* состоят в обучении навыкам пользования простейшей ситуативной речью на всех занятиях. Значительное место занимает словарная работа: расширение словаря, уточнение значений слов, активизация пассивного словарного запаса. Предполагается особая требовательность к речи самого логопеда: вопросы конкретные, речь состоит из коротких точных фраз в разных вариантах, рассказ сопровождается показом, темп неторопливый.

*Коррекционные задачи второго квартала* заключаются в закреплении навыков пользования ситуативной речью, в постепенном переходе к элементарной контекстной речи в обучении рассказыванию по вопросам логопед, без вопросов. Большое место занимает работа над фразой: простая, распространенная фраза, конструирование фраз, грамматическое оформление, построение сложноподчиненных предложений, переход к составлению рассказа. Изменяется последовательность изучения программного материала. Если в первом квартале на всех занятиях дети знакомятся с одними и теми же предметами, то во втором — предметы не повторяются, хотя и выбираются объекты, близкие по признаку общности темы и назначению.

*Коррекционные задачи третьего квартала* состоят в закреплении навыков пользования усвоенными ранее формами речи и в овладении самостоятельной контекстной речью. Значительное место отводится работе над составлением рассказов: по наглядной опоре, по вопросам логопеда, самостоятельного рассказа. Увеличивается практика детей контекстной речи. В третьем квартале исчезает необходимость замедленного изучения программы, характерного для первых этапов обучения, и занятия приближаются к уровню массового детского сада.

*Коррекционные задачи четвертого квартала* направлены на закрепление навыков пользования самостоятельной речью различной сложности. Большое место занимает работа над творческими рассказами. Наряду с этим продолжается накопление словаря, совершенствование фразы, начатые на предыдущих этапах обучения. В речи дети опираются на вопросы логопеда, на собственные представления, высказывают суждения, делают выводы. Наглядный материал почти не применяется. Вопросы логопеда относятся к процессу предстоящей работы, задуманной самими детьми. Коррекционное обучение направлено на соблюдение логической последовательности передаваемого сюжета, на умение давать дополнительные разъяснения, уточнения.

Значение дифференцированных психолого-педагогичес­ких методов воспитания и обучения раскрыто в методике **Г. А. Волковой**.

Система комплексной работы с заикающимися детьми лет состоит из следующих разделов: 1) методика игровой деятельности (система игр), 2) логоритмические занятия, 3) воспитательные занятия, 4) воздействие на микросоциальную среду детей.

Система игр, составляющая собственно содержание логопедических занятий, включает следующие виды игр: дидактические, игры с пением, подвижные, с правилами, игры-драматизации на основе стихотворного и прозаического текста, игры в настольный теннис, пальчиковый театр, творческие игрыпо предложению логопеда и по замыслу детей. На занятиях детьми в первую очередь реализуется принцип игровой деятельности.

Условно выделяются следующие этапы:

1.обследование в течении месяца, ограничение речи детей,

2.режим молчания в теч нед,молчат все вокруг, отдельное помещение, выход и т.д, дети играют в безречевые игры, рассказывают им сказки, показывают картинки

3.шепотная речь, лится 2 нед. Продолжается рабоиа по развитию дыхания, реб обучают приемам расслабления. Игры – мозаика, конструкторы.

4.сопряженная речь – 4-5-нед. Хороводные игры

5. отраженная речь – 4-5-нед

6.вопросно-ответная речь, 8-10 нед

7. самостоятельная речь 8-14 нед. пересказы и рассказы.

Параллельно на индивидуальных занятиях проводится работа по коррекц различн компонентов речи. Занятия строятся в едином сюжете. Переводят от игр с готовым сюжетом к ролевым играм, кот планируются самими детьми.

**Рождественская 1960 –** система игр, разработала направления на постановку дых-я, голоса, развитию моторики и нормализации темпа речи.

Рассчитана на работу в поликлинике 5 мес по 3 занятия в нед или 8мес по 2 занятия в нед.

1. подвижные игры – в кот текст и движения выполняют все дети одновременно, м.б. – текст произносит 1реб, остальные-движение, м.б. – игры, в кот есть диалоги между двумя группами детей или между 2-мя детьми.

2. настольные игры: -для произнесения фраз по картинкам (лото, домино), -для привития навыков вопросно-ответной речи. Также предлагалось а)отраженное чтение: -отраженно – коллективное, -отраженное индивидуальное, -вопросы и ответы по прочитанному. –пересказ прочитанного; б)работа по серии картинок: -чтение абзаца текста (отдельная картинка), -пересказ (по каждой картинке). –пересказ всего текста с опорой на серию картин. –рассказ по отдельной картинке (рассматриваем вопросы, ответы, составление рассказа и рассказ)

3. самостоятельные рассказы на тему.

**Миронова –** предполагается параллельная коррекц заикания и ОНР.

Отличие от метод Чевелевой:

1. начало работы с обследования, в процессе обследования дети делятся на 2 гр, 1 гр – судороги в контекстной речи, 2 гр – в ситуативной и в контекстной речи

2. режим молчания: 1гр – 3-4-дня; для 2гр – 10дн-1,5мес

3. в процессе всех занятий логопед использует сначала ситуативную речь и постепенно переводит речь в контекстную, которую развивает и расширяет.

***МЕТОДИКИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА***

Работа со школьниками имеет свои особенности.

1. Меняется тип ведущей деятельности главной является учебная деятельность, хотя элементы игровой деятельности сосуществуют с учебой.

2. Игровая форма занятий заменяется уроком.

3. Если у дошкольников вся работа ведется через семью, воспитателей, то в школьном возрасте логопедическое воздействие осуществляет логопед в содружестве с учителем.

4. В дошкольном возрасте все элементы речи воспитываются на основе подражания логопеду в процессе игровой деятельности, в школьном возрасте большее значение приобретает установка на сознательное преодоление дефекта, на самостоятельные упражнения над речью.

Заикание устраняется в процессе прохождения всех предметов в школе.

5. Наряду с косвенной психотерапией шире используются виды рациональной психотерапии.

6. Речевой материал и виды логопедических занятий сближаются со школьной практикой.

В устранении заикания велика роль учителя школы: он создает в классе атмосферу бережного отношения к заикающемуся, постепенно подводит его к самостоятельным ответам у доски. Учитель поддерживает тесный контакт с логопедом и семьей заикающегося. В моменты подавленного настроения заикающегося он должен ободрить его, переключить его внимание на положительные стороны личности, на интересующую его деятельность. Учитель вовлекает заикающегося в общественную жизнь класса, а затем школы, в кружки.

В логопедических занятиях с заикающимися школьниками в настоящее время используются методические рекомендации, предложенные для работы или с детьми дошкольного возраста (для младших школьников), или с подростками и взрослыми (для старших школьников). Например, **Чевелева** предлагает систему исправления речи у заикающихся школьников I—IV классов в процессе ручной деятельности. Принципиально эта методика мало отличается от предложенной ранее системы логопедических занятий с заикающимися детьми-дошкольниками. Меняется в основном выбор и сложность поделок, которые предлагаются для работы со школьниками. Соответственно учебным четвертям автор выделяет четыре периода последовательных логопедических занятий: 1) сопровождающей речи; 2) завершающей речи; 3) предваряющей речи; 4) закрепления навыков само­стоятельной речи.

Занятия по исправлению речи заикающихся детей в про­цессе ручного труда Н. А. Чевелева считает возможным про­водить на школьных и поликлинических логопедических пунктах, в специальных школах.

Система логопедических занятий с заикающимися школь­никами в условиях логопедического кабинета поликлиники, специализированного стационара или санатория, предложен­ная В. И. Селиверстовым, тоже принципиально не отличается от изложенной выше комплексной методики занятий с дош­кольниками. Изменения в ней связаны лишь с более стар­шим возрастом детей, возросшим уровнем их развития, что требует от логопеда большей опоры на сознательную актив­ность самих детей.

В системе логопедических занятий **А. В. Ястребовой** выде­ляется три периода в обучении учащихся.

В первом периоде заикающиеся школьники уточняют и расширяют свои знания в области языка как путем целенап­равленных наблюдений над звуковой стороной речи, так и впроцессе активных упражнений по упорядочению ее темпа и плавности.

Содержание логопедических занятий первого периода спо­собствует: 1) упорядочению темпа, ритма и плавности речи;

2) расширению и уточнению словарного состава, запаса пред­ставлений и понятий; 3) овладению грамматическим строем речи; 4) развитию и закреплению навыков звукового и мор­фологического анализа слова.

Во втором периоде занятий активизируются полученные учащимися знания в области языка и закрепляется навык плавной, ритмичной и выразительной речи на более сложном речевом материале с целью дальнейшего расширения словарного состава, языковых представлений и понятий.

В третьем, заключительном периоде занятий продолжает­ся работа над звуковой и интонационной стороной речи, реа­лизуется требование осознанного использования учащимися знаний в области фонетико-фонематического, лексико-грамматического и интонационного состава языка и навыка плав­ной, выразительной речи в любой жизненной ситуации.

Таким образом, состояние устной и письменной речи заи­кающихся школьников с элементами общего недоразвития речи обусловливает следующие основные направления лого­педической работы: а) целенаправленное и всестороннее развитие основных взаимодействующих компонентов речи (фонетики, лексики, грамматики) в процессе работы над ее темпом и плавностью; б) тесную взаимосвязь речевого материала логопедических занятий с содержанием программы по русскому языку начальной школы; в) развитие речевой активности детей.

В нашей стране организованы сезонные (летние) логопедические санатории и лагеря санаторного типа для заикающихся детей. Коррекционно-педагогическая и лечебно-оздоровительная работа с заикающимися школьниками проводится в их свободное от учебы в школе время и совмещена с отдыхом. При этом широко используются климатические и природные факторы.

Перед персоналом ЛОУ (летних оздоровительных учреждений) стоят задачи общего оздоровления детей, укрепление их нервной системы, предупреждения и устранения у них легких форм заикания и его рецидивов.

Показанием для направления в сезонные специализированные санатории служит наличие у детей заикания различной степени, вплоть до самой тяжелой, а также заикания в совокупности с другими дефектами речи. В лагеря направляются дети: после проведенного курса лечения заикания; с легкими формами заикания; с другими формами расстройств плавности и темпа речи (брадилалия, тахилалия).

Сезонный санаторий и оздоровительный лагерь для заикающихся детей дополняют друг друга.

**Терентьева** – система тренинговых занятий 8-9лет, направлена на развитие коммуникативной деят-ти.

1.формирование межличностного взаимодействия взросл-реб, реб-реб и обучение произвольному построению высказывания на основе деят-ти. Пример: взрослый дает задание – нарисуйте дом, рыбку. Далее реб спрашивают, что нарисовал и т.д. Реб-реб: работа в парах – обсудить и выразительно рассказать стихотворение.

2.межличностное взаимодействие в группе сверстников предполагает составление плана, деятельности и высказывания. Пример: гр детей подготовить к-л сочинение, т.е.составить вместе рассказ, м.б. определены роли – авторы, артисты, режиссеры и т.д.

3. конкурирующее межличностное взаимодействие и спонтанное взаимодействие с аудиторией. Виды: -между представителями одной группы (кто быстрее, кто больше), -между представителями оппозиционно настоеных групп (2команды, какая команда подберет больше слов), -ведение дискуссии со слушателями по содержанию выступления.

Отрабатываются коммуникативные умения. В процессе сложных коммуникаций необходимо:

1)создать зону ослабления напряжения – за счет уважительного отношения к конкуренту

2)найти совпадающие интересы, оценки, переживания

3)принять мнение собеседника и пытаться повлиять на его мнение

**Обзор методик коррекции заикания у подростков и взрослых.**

В подавляющем большинстве у подростков и взрослы заикание является следствием длительно протекающего процесса, возникшего в детстве. В данные возрастные периоды речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, спаян с личностью, с нарушенной системой отношений личности и поэтому с трудом поддается устранению, часто склонен к рецидивам. При устранении заикания необходимо применять дифференцированные в соответствии с его особенностями методы коррекционного воздействия в рамках существующего комплексного лечебно-педагогического подхода к заиканию. За основу лечебно-педагогического воздействия следует считать следующие положения.

1. Комплексность как взаимопроникновение медицинских и педагогических приемов. Например, психотерапевтическая методика — аутогенная тренировка — включает в себя речевой, логопедический материал, индивидуальные логопедические за­нятия, в свою очередь, проходят с использованием психотера­певтической методики функциональных тренировок и т. д.

2. Сложность клинической картины заикания у подрост­ков и взрослых выдвигает на первый план в комплексном преодолении заикания медицинские мероприятия. Это суще­ственным образом влияет на место, роль и специфику лого­педической работы с заикающимися. Поэтому в настоящее время все чаще эта работа обозначается как логотерапия, логопсихотерапия.

3. Поэтапность, согласно которой все виды нагрузок (лого­педическая, психотерапевтическая, логоритмическая) должны постепенно возрастать от простого к сложному как при под­боре речевого материала, так и в построении системы функ­циональных тренировок. Каждый из этапов с самого начала должен позволять заикающемуся добиваться определенных успехов.

4. Нозологическая дифференцированность и индивидуали­зация лечебных воздействий.

Специализированная помощь заикающимся подросткам и взрослым в нашей стране оказывается в системе здравоохра­нения: в логопедических кабинетах и стационарах психонев­рологических диспансеров и больниц.

Об особенностях логопедической работы с заикающимися подростками и взрослыми писали И. Ю. Абелева, Л. 3. Андро­нова, Л. П. Голубева, А. Я. Евгенова, М. Н. Киселева, А. И. Лубенская, М. И. Мерлис, Ю. Б. Некрасова, Н. Ф. Синицина, М. В. Смирнова, М. Е. Хватцев, А. Г. Шембель, В. М. Шклов­ский и др.

**А. Я. Евгенова и** **М. В. Смирнова:**

*Первый период* (14 занятий) содержит артикуляционные и дыхательные упражнения; счетную и фразовую зарядки; вопросы и ответы; несложное сообщение; короткое стихотворение (наизусть).

*Второй период* (12 занятий) включает речевую зарядку; чтение; изложение прочитанного; рассказ на данную тему; практику разговорной речи; объединенные занятия.

*В третьем периоде* (12 занятий) заикающимся предлагаются небольшие доклады; работа с художественным материалом (стихотворение, художественная проза); драматизации; экскурсии (индивидуальные и групповые); отчеты лечащихся как особая форма речевой работы.

По методике И. Ю. Абелевой, Л. П. Голубевой, А. Я. Евгеновой, Н. Ф. Синициной, М. В. Смирновой рекомендуется начинать занятия с дыхательных, голосовых и артикуляционных упражнений.

Далее предусматривается работа над гласными звукам; словами (с ударным гласным на первом, втором, третьем, четвертом слоге); фразами (начинающимися со слов с начальным гласным, согласным звуком; фразы с одной, двумя, тремя дыхательными паузами). В последовательном усложнении речевых упражнений следует работа над песнями; сти­хотворной речью (сказки в стихах, стихотворения, басни); чте­нием; заучиванием текстов наизусть; пересказыванием прочитанного текста; сообщением на заданную тему; текстом драматических произведений. После всего этого следует прак­тика разговорной речи (диалоги-сценки, телефонные разговоры, речевые игры).

В системе логопсихотерапевтической работы с подростка­ми и взрослыми находят место суггестивные формы психоте­рапии (императивное внушение в бодрствующем состоянии, аутотренинг, самовнушение, гипноз).

В разработанной В. М. Шкловским комплексной системе курс лечения заикания (2,5—3 месяца) включает пять эта­пов: подготовительный (диагностический); перестройки патологических речевых навыков и нарушений отношений лич­ности; закрепления достигнутых результатов; диспансеризации и профилактики; санаторно-курортного лечения.

На подготовительном (диагностическом) этапе (10—15 дней) проводится изучение больного невропатологом, дефектологом и психотерапевтом; изучаются анамнестические и клинические данные, намечаются психотерапевтические и логопедические мероприятия, медикаментозное лечение.

На этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности (от 1 до 1,5 месяцев) про­водятся логопедические занятия по нормализации дыхатель­ной, голосовой функций, выработке речевых эталонов и т. д. Одновременно начинается аутогенная тренировка и рациональ­ная психотерапия. Затем (спустя 15—20 дней) проводится сеанс внушения в бодрствующем состоянии. После сеанса начинается активная логопедическая работа. Достигнутые результаты закрепляются во время сеансов гипнотерапии, самовнушения и рациональной психотерапии.

Навыки слитной речи автоматизируются, заикающиеся обучаются различными приемами, помогающим им справить­ся с возникающими речевыми затруднениями: упражняются в произнесении ряда гласных звуков, затем цифр, отдельных фраз и т. д. В случаях, когда не удается достигнуть полной нормализации речи, вводятся упражнения в сопряженном и отраженном произношении. Логопедическая работа проводится наряду с активной суггестивной психотерапией.

Речевым занятиям в течение дня отводится не менее 3-4 часов.

Психотерапевтическая работа на этапе перестройки патологических речевых навыков и нарушенных отношений личности имеет различные формы. С помощью рациональной психотерапии больному разъясняют причины заикания, необходимость активного отношения к занятиям для успешного лечения заикания.

Гипнотерапия начинается на 3—4-й день после начала активной тренировки речи. Проводится вначале 3 раза в неделю, а затем один раз в 7—10 дней. Во время внушения особое внимание уделяется нормализации эмоционально-волевой сферы и деятельности артикуляционно-голосового и дыхательного аппарата. Гипнотерапия в ряде случаев является хорошей подготовкой к проведению сеанса внушения в бодрствующем состоянии.

Используются беседы на фоне сильного эмоционального напряжения больных, заканчивающиеся императивным внушением; императивное внушение с включением демонстративных моментов. Сеанс заранее назначается на определенный день, который особенно ожидается больными, так как является переломным этапом в их лечении.

В процессе самовнушения заикающиеся стремятся представить себя хорошо говорящими, вызывают у себя представление о том, как они говорят без заикания дома, в учебном заведении на работе и в других ситуациях. Сеанс самовнушения рекомендуется проводить также перед сном.

На этапе закрепления достигнутых результатов (в течение месяца) проводится тренировка речи больного в жизненной обстановке.

В. М. Шкловский подчеркивает необходимость диспансеризации и профилактики как важных разделов работы, без которых не может быть решена проблема лечения заикания. Для заикающихся с глубокими невротическими нарушениями и резко выраженной вегетативной дистонией автор советует проводить санаторно-курортное лечение с использованием климато-бальнеологического воздействия, ЛФК и физиотерапевтических мероприятий.

**Хватцев** – разработал самостоятельную систему над работой над речью заикающихся. Оздоровление НС и самовоспитание. Самостоятельный режим молчания, затем разговор с маленькими детьми, одновременно следить за осанкой, смотреть в глаза собеседнику, говорить в замедленном темпе, можно говорить более высоким или низким голосом (чтобы заново учился говорить). При появлении судороги сделать остановку, вдохнуть, спокойно продолжать в более медленном темпе не прибегать к уловкам. Далее – самостоятельные занятия – упражнения на расслабления с использованием аутотренинга, на регуляцию ритма движений – под музыку отстукивать ритм рукой, ногой, отхлопывать ритм, маршировать, танцевать. Затем ритмизовать речь – отстучать слабый удар, сильный, затем – проговорить, прочитать стихотворение с такой организацией, заменить все слоги в стихотворении слогом ТА и тренироваться в разных формах устной речи (сопряженная, отраженная, вопросно-ответная) + самовнушение и регулярно вести дневник самоконтроля.

**Комплексное обследование заикающегося ребёнка.**

Осуществляется комплексно (логопедом, невропатологом, психологом), с привлечением по необходимости др. специалистов: педиатра, терапевта, психиатра, окулиста, лор и др.

Обслед включ: изучение анамнестических сведений, педагогич, медицинск, психологич документаций и исследование самого заикающегося. Беседа с родителями→особенности общего, моторного и речевого развития, особенности пренатального периода (дородового)→возраст матери, нервно-психическое здоровье, болезни матери, отца, течение беременности, уточняются сведения о речевом развитии реб (первые звуки, гуление, лепет, первые слова, фразы, поведение в момент речев общения с окруж), узнать оречевом окружении (не заикаются, не говорят ли слишком быстро). Уделяется внимание вопросу воспитания реб в семье: отношение взрослых (заласкивания, потакания, неуравновешенности, резкого обращения, физических наказаний, запугивания), помощь в формировании правильной речи (нет ли перегрузок в заучивании сложных текстов) или, наоборот, отсутствие контроля за развитием его правильного произношения.

Когда возникло заикание, появились его первые признаки? Какие причины предполагаемые его вызвали? как развивалось, какие особенности: нет ли сопутствующих двигательных нарушений (судорог, постукивания рукой, ногой, покачивание головой и др.)? как проявляется оно в зависимости от обстановки или окруж людей? Как говорит реб один? С чем связаны периоды ухудшения и улучшения речи? Как реб относится к имеющемуся у него речевому недостатку? Обращались ли родители за помощью?

После уточнения сведений о ребенке, проводится обследование речи заикающегося и внеречевых процессов. Проводится исследование его общительности, моторики, подражательности, импрессивной и экспрессивной речи, игровой, учебной и производственной деят-ти. Различают первичное (в течении первого месяца пребывания реб в доу, логопункте и т.д.) и динамическое изучение в процессе коррекционно-воспитательного воздействия. Для исследования речи детей используются картинки, книжки со стихами, сказками, подбираются игрушки. Конкретные задачи речевого обследов заключаются в том, чтобы определить: -место возникновения и форму речевых судорог, -частоту их проявлений и сохранные речевые возможности заикающегося, -сопутствующие нарушения речи, двигательные нарушения, -отношение заикающегося к своему дефекту, наличие психологических особенностей.

Место возникновения судорог (дыхат, голос, артик, смеш) и их форма (клонич, тонич, смеш) определяются на слух или зрительно. Частота судорог представляет для логопеда особый интерес. Она позволяет судить о сохранных участках речи, от этого будет зависеть насколько правильны будут занятия с реб. Изучение уровня свободной речи начинается с выявления зависимости пароксизмов заикания от разной степени его речевой самостоятельности. В беседе о родит, друзьях, интересах и т.д. выявляют особенности его речевого поведения и речевых судорог. Реб предлагается составить рассказ или описать содержание картинки, пересказать знакомую сказку (логопед читает потом просит пересказать) и т.д. Затем проверяет состояние отраженной и сопряженной речи путем повторения или совместного произнесения простых и сложных фраз. Необходимо проследить появление речевых судорог в зависимости от того, произносит ли реб сложную или простую фразу, отдельные слова или звуки. На материале пересказа текста фиксируется, в каких случаях возникают речевые судороги: только в начале рассказывания, в начале фразы, на отдельных словах или звуках. Выясняется не зависят ли речевые судороги от уровня громкости речи. С это целью предлагается говорить тихо, громко, шепотом. Влияние разной степени ритмизованности на речь заикающегося может быть проверено следующ образом: он рассказывает о том что нарисовано на картинке, передает содержание сказки, которая является ритмизованной прозой, рассказывает стихотворение.

При обследовании логопед обращает внимание на сопутствующие речевые и двигательные нарушения: лишние слова или звуки, произнесение отдельных звуков, слов и даже предложений на вдохе, неправильное произношение звуков речи, недостатки словаря и грамматического строя речи, тики, миоклонусы (непроизвольные движ), различные вспомогательные движения (произвольные движ) и некоторые особенности речевого поведения: скованность и напряженность общих движений или, наоборот, их резкость, хаотичность, несобранность, «разболтанность».

При исследовании игровой деятельности детей выясняется хар-р их игр, взаимоотношения, степень игровой активности, эмоциональное состояние.

Обращается внимание на то, как заикающиеся школьники пользуются различными формами речи в процессе обучения и вне его. Отмечается наличие у них психологических особенностей, в частности болезненной фиксированности на своем речевом дефекте.

О психологич особенностях логопед уточняет из бесед с родит. Сведения о его контактности с окружающ (дома, в школе, со сверстниками, взрослыми), обращает внимание на оценку собственной речи (знает или не знает о деф, какое значение придает), на наличие защитных реакций (обидчивость, стеснительность, маскировка, уклонение от речевого контакта), на речевое поведение при обследовании (ожидает помощи, стремится к активному преодолению недостатка или не понимает, зачем нужны речевые занятия). Изучение заикающегося продолжается и в процессе коррекционного курса.

В логопедическом заключении учитывается:

Форма заикания (тонич, клонич, смеш), вид судорог (дыхат, голосов, артикулят, смеш), степень заикания (лег, сред, тяж), темп речи (замедл, ускорен, скороговорение, наличие тахилалии, сопутствующие заиканию дислалия, стерт форма дизартрии, онр, состояние моторной функции, наличие и выраженность психических симптомов заикания: страх речи, двигательные и речевые уловки, эмбалофразия, изменение стиля речи, наличие волнения в процессе заикания, реакция на волнение. Фиксация внимания на речевом процессе и ее влияние на заикание, влияние сложности на речевой ситуации на заикание, индивидуально-психологические особенности заикающегося, харакер игровой деятельности, отношение к учебной деятельности, круг ситуаций, в которых проявляется заикание (во всех, в большинстве, в некоторых случаях).

**Дидактическая часть комплексного метода преодоления заикания. Сравнительная эффективность преодоления заикания в разные возрастные периоды.**

*Дидактические основы логопедических занятий с заикающимися детьми.*

***Дидактические основы детской логопедии.***

В современной педагогике принято выделять следующие основные дидактические принципы: индивидуализации и коллективности, систематичности и последовательности, сознательной активности, наглядности, прочности и др. Со­вокупность этих принципов и своеобразие их реализации в отношении к заикающимся детям определяют все стороны коррекционного обучения — содержание, методы и органи­зационные формы.

***Индивидуальный подход к заикающимся детям.***

Занятия с коллективом создают условия для активной ра­боты всех детей. Лишь хо­рошо зная возможности каждого ребенка, можно организовать коллективную работу.

Индивидуальный подход в логопедической работе выража­ется прежде всего в тщательном изучении каждого заикаю­щегося перед началом и в процессе логопедической работы, в

выборе средств коррекционно-педагогической работы, в зависимости от его психологических особенностей и речевых возможностей. Возраст заикающихся определяет подбор дидактического материала и форм работы. Психофизические особенности дошкольников, школьников, подростков и взрослых требуют от логопеда в одном случае ориентации на «Программу воспитания и обучения в детском саду» и игровую деятельность; в другом — на школьную программу и учебную деятельность, в третьем — на разные виды трудовой деятельности.

Комплектование логопедических групп проводится с учетом возраста заикающихся. У дошкольников, например, основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше — медицинские. У подростков и взрослых — наоборот, основное значение придается медицинским средствам, психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше — педагогическим.

В реализации принципа индивидуального подхода в логопедической работе с заикающимися имеет большое значение первичное и динамическое (в процессе занятий) изучение ребенка. Для логопеда важны лингвистические, психологические и педагогические наблюдения. Они позволяют выбрать необходимые формы коррекционного воздействия на заикающегося, прогнозировать эффективность логопедической работы с ним.

***Систематичность и последовательность логопедических занятий –*** на речь заикающегося оказывает влияние разная степень ее самостоятельности. В зависимости от степени самостоятельной речи в ней можно выделить несколько постепенно усложняющихся этапов:

*Сопряженная речь –* заикающийся вслед за логопедом и вместе с ним произносит фразы. Даже в случае очень тяжелой степени заикания человек сопряжено говорит свободно. Степень самостоятельности минимальная.

*Отраженная речь –* заикающийся повторяет фразы за логопедом. Это тоже обычно доступная для всех заикающихся форма речи.

*Ответы на вопросы –* сначала простые, затем развернутые. Здесь уже появляются элементы самостоятельной речи. Ответ на вопрос позволяет заикающемуся использовать определенную конструкцию предложения и почти все слова вопроса, добавив лишь 1-2 слова.

*Пересказ –* еще более усложняет речь, т.к.нужно произнести не 1-2 фразы, а значительно больше.

*Спонтанная речь –* самостоятельная речь – самая сложная для заикающегося. Она предполагает естественное и активное речевое общение с окружающими: вопросы, просьбы, обращения, сообщения, обмен мыслями, выражение желаний и пр.

Другим фактором, оказывающим влияние на состояние речи заикающихся, является разная степень ее подготовленности. Заикающемуся легче говорить тогда, когда текст выучен наизусть или необходимый материал заранее отрепетирован. Проявления заикания усиливаются, когда текст незнакомый и говорить нужно экспромтом. Речевые упражнения строятся в следующей последовательности: 1)заученный текст; 2)отрепетированный в слух; 3)мысленно продуманный; 4)незнакомый текст, экспромт.

Следующим фактором явл. разная сложность речевой структуры. Обычно легко произносят отдельные звуки, особенно гласные, реже-слоги, еще реже-слова. Трудности, обычно, у них возникают в начале изложения, в начале смыслового отрезка развернутой фразы (после дыхательной или смысловой паузы) или в начале простой фразы. Нередко остановки, спотыкания появляются на некоторых определенных («трудных») звуках.

Определенное облегчение испытывают, когда сопровождают речь ритмичными движениями.

Плавность и ритмичность речи может воспитываться в такой последовательности: 1)пение; 2)пение с движениями; 3)ритмизованная речь (стихи, затем проза) в сопровождении движений; 4)ритмизованная речь без движений; 5)опора на гласные звуки; 6)разнометричная речь.

В зависимости от обстановки последовательность речевых упражнений может быть след.: тренировка правильной речи в знакомой, привычной обстановке, в малознакомой, в незнакомой, чужой.

С учетом общественного окружения – в одиночестве, с близкими и друзьями, с воспитателями, с малознакомыми людьми, с незнакомыми.

Деятельность заикающегося ребенка так же может влиять на качество его речи в зависимости от: ее вида, степени сложности, отношение ее к речи во времени (описание того, что есть, было или будет).

Каждый этап логопедической работы состоит из связанных между собой занятий.

***Принцип сознательности и активности*** в педагогике рассматривается не только в плане познавательной деятельности, но и в плане эмоционально-волевой, т. е. чувственно-практической, деятельности. Обучение предполагает сознательное многократное выполнение сходных действий на различном материале и в разных условиях.

В логопедической работе с заикающимися реализация дидактического принципа сознательности и активности занимает одно и ведущих мест.

Понимание заикающимися цели логопедических занятий — одно из необходимых условий коррекции заикания в случаях, когда заикающиеся осознают свой недостаток, стесняются его, переживают, по-разному маскируют или пытаются преодолеть, чувствуют свою неполноценность, ущемленность.

Цель логопедических занятий логопед должен видеть не только в преодолении самого речевого дефекта, его проявлений, но и связанных с ним особенностей поведения и личности самого заикающегося; в необходимости перестройки его отношения к себе, к дефекту, к оценке окружающих.

***Наглядность и тех.ср-ва обучения.*** На логопедических занятиях с заикающимися используются соответственно их возрасту общепринятые в учебном процессе пособия и технические средства обучения и специфические, направленные непосредственно на коррекцию неправильной речи.

В настоящее время существует ряд логопедических методик по устранению заикания. Их можно рассматривать в зависимости от возраста заикающихся: работа с дошкольниками, школьниками, подростками и взрослыми.

*Эффективность комплексной лечебно-педагогической работы зависит от многих условий, которые следует учитывать при реализации коррекционного курса.*

**1.Учет этиологии заикания**. Например, Н. А. Власова считает, что заикание, возникшее в результате инфекции, психической травмы или вследствие подражания, устраняется более успешно. Объясняется это тем, что инфекции в большинстве случаев вызывают лишь функционально-динамические сдвиги, не дают органических изменений центральной нервной системы. При заикании, возникшем вследствие психотравмы, имеются лишь единичные факты испуга заикающегося ребенка (гудок паровоза, окрик, лай собаки и т. п.). Менее эффективно и успешно устранение заикания в тех случаях, когда оно возникло вследствие запоздалого развития речи, неправильных методов воспитания в семье, вследствие подражания родителям.

**2. Учет возрастного фактора**. У детей дошкольного возраста устранение заикания наиболее эффективно. По данным Н. А. Власовой, 70% детей дошкольного возраста полностьюизбавляются от заикания, 30% — имеют остаточные явления. По данным Е. Ф. Pay, в 60% случаев достигается полный успех, в 19% — значительное улучшение, в 13% — отсутствие успешности, в 8% — рецидивы.

По данным Г. А. Волковой, у заикающихся детей 4—7 лет непосредственно по окончании занятий речь без заикания отмечается в 70,2% случаев, значительное улучшение - - в 26,3% , заметное улучшение — в 3,5% случаев.

По данным В. И. Селиверстова, у заикающихся в возрасте от 6 до 17 лет после пребывания в летнем специализированном санатории речь без заикания отмечена у 39,7% детей, со значительным улучшением — у 47,8%, с незначительным улучшением — у 12,5%.

Лучшие результаты зафиксированы у детей дошкольного и младшего школьного возраста и менее хорошие — у подростков 16—17 лет.

По данным М. Е. Хватцева, 15% школьников полностью освобождаются от заикания, 82% школьников в разной степени улучшают свою речь, 3% не дают положительного результата.

Результаты устранения заикания, по данным В. А. Ковшикова, следующие: полное устранение заикания у 14,7% пациентов, значительное улучшение — у 50,8% , незначительное улучшение — у 28,6%, без улучшения — у 5,9%.

Преодоление заикания с увеличением возраста заикающегося ребенка или стажа заикания является все более сложным и менее эффективным. Это связывается с упрочивающимся со временем навыком неправильной речи и постепенным его обрастанием сопутствующими нарушениями в психомоторной сфере заикающихся. Другими словами, нарастание сложности заикания объясняется появлением с годами (со стажем заикания) все большего числа неблагоприятных его проявлений. При этом лишь один факт мешает утверждать, что увеличение стажа заикания равнозначно увеличению тяжести заикания. А именно то, что заикание у людей после 40—50 лет постепенно идет на убыль: у большинства заикающихся оно приобретает видимость неярко проявляющихся запинок в речи.

Эффективность комплексного медико-педагогического воздействия определяется тем, насколько успешна и длительна реабилитация заикающихся. Наиболее обширные данные по исследованию катамнеза заикающихся собраны Н. А. Власовой. В 1965 г. автор опубликовала результаты катамнестического обследования 600 человек спустя 10, 15 и 25 лет после лечения заикания в дошкольном возрасте в условиях детского логопедического полустационара. Из них 200 человек были обследованы спустя 8—10 лет после выписки из полустационара, 300 человек — спустя 12—15 лет и 100 человек спустя 20—25 лет после лечения. Результаты обследования показали, что 60% не имели рецидивов ни во время обучения в школе, ни после ее окончания; у 20% обследованных наблюдались незначительные рецидивы, которые они самостоятельно легко преодолевали без обращения за специализированной логопедической или медицинской помощью; в период проверки эту группу наблюдаемых можно было приравнять к предыдущей; в повторном лечении главным образом в возрасте 10—12 лет нуждались лишь 15% обследованных, но ко времени наблюдения у них отмечены незначительные симптомы заикания, не мешающие их социальной адаптации. У 5% заикающихся улучшение после лечения было очень нестойким, и заикание у них фактически не ослабевало.

По наблюдениям С. С. Ляпидевского и В. И. Селиверстова, в случаях рецидива заикания сложность его проявлений не доходит до исходного состояния, с которой начата коррекци-онная работа. Речь заикающегося ребенка после рецидива обычно лучше той, с которой он начинал логопедические занятия (меньше частота, сила судорог, слабее выражены психологические отклонения и сопутствующие нарушения).

**3.Учет сроков логопедической работы.** Большинство исследователей считает эффективной коррекционную работу с заикающимися в преддошкольном и дошкольном возрасте при условии комплексного воздействия на их речь, личность и моторику.

Интересные результаты получены В. Г. Казаковым на основе сравнительного изучения психопатологии и динамики заикания в зависимости от сроков начала лечения. Автор обнаруживает у большинства заикающихся со средним и тяжелым заиканием наличие остаточных явлений раннего органического поражения центральной нервной системы.

Казаков обращает внимание на большую податливость заикания логопедическому воздействию у лиц, прошедших лечение в дошкольном возрасте, отсутствие у них резкого обострения в пубертатном возрасте, меньшую склонность к невротическому реагированию и болезненной фиксации на своих речевых затруднениях и переживаниях.

**4.Полнота использования лечебно-педагогических мероприятий по устранению заикания.** Логопедические занятия — только составная часть комплексного лечебно-педагогического воздействия на заикающегося. Направленное на активное лечение (медикаментозное, физиотерапия, психотерапия и др.) и нормализация микросоциального окружения, положительно влияют на успешность логопедических занятий. При этом имеет значение адекватность и дифференцированность выбранной методики логопедической работы с заикающимися разного возраста и в разных условиях.

**5.Учет природы заикания**: при органической основе заикания результат значительно хуже, чем при функциональной.

**6.Учет симптоматики заикания.** С преобладанием физических или психических проявлений заикания связано с превалированием той или иной стороны комплексного подхода к его преодолению.

На эффективность преодоления заикания, например, влияет разная степень его тяжести, в основе которой лежит разная степень болезненной фиксации заикающегося на своем дефекте. Результаты логопедической работы лучше в случаях легкой степени заикания (нулевая степень болезненной фиксации) и хуже — при тяжелой степени заикания (выраженная степень болезненной фиксации).

**7.Учет длительности комплексной работы** по устранению заикания с последующей (не менее года) диспансеризацией.

**8.Значение личности логопеда**.

**9.Учет микросоциального окружения**: связь логопеда с семьей, с врачом, со школьным или производственным коллективом заикающегося, со специалистами.

**10.Учет отношения заикающегося к занятиям.** Эффективность логопедических занятий выше в случаях серьезного, упорного, настойчивого стремления заикающегося исправить свою неправильную речь.

**11.Необходимость воспитания и перевоспитания речи и личности заикающегося в коллективе**. Данный фактор обусловлен социальной функцией речи. Именно в коллективе создаются условия для естественного развития и перевоспитания коммуникативной функции речи.

**12.Учет вида деятельности**: предметной, игровой, учебной, трудовой, осуществляемых по поводу и в связи с речевой деятельностью.

**13.Учет недостатков звукопроизношения**, элементов общего недоразвития речи, влияющих на эффективность устранения заикания преимущественно у дошкольников.

**14.Учет полноты обследования заикающегося**, как первичного, так и динамического, проводимого в процессе медико-психолого-педагогической работы и правильности логопедического заключения.

**15.Использование специфических технических средств** (эхо-аппарат, аппарат В. А. Раздольского, магнитофонные занятия и т. п.) в соответствии с возрастом заикающегося и его желанием.

**16.Учет типа специализированного учреждения**: в стационаре, в речевых детских садах эффективность устранения заикания выше, чем в амбулаторных условиях.

**Характеристика ФФН речи у детей. Обучение и воспитание детей с ФФН.**

**Фонетико-фонематическое недоразвитие** — нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

К этой категории относятся дети с нормальным слухом и интеллектом. Было установлено, что у детей с сочетанием нарушения произношения и восприятия фонем отмечается незаконченность процессов формирования артикулирования и восприятия звуков, отличающихся тонкими акустико-артикуляционными признаками.

Состояние фонематического развития детей влияет на овладение звуковым анализом.

Вторичное недоразвитие фонематического восприятия наблюдается при нарушениях речевых кинестезий, имеющих место при анатомических и двигательных дефектах органов речи. В этих случаях нарушается нормальное слухопроизносительное взаимодействие. Имеет значение и низкая познавательная активность ребенка в период формирования речи, и ослабленное произвольное внимание.

При первичном нарушении фонематического восприятия предпосылки к овладению звуковым анализом и уровень сформированности действия звукового анализа ниже, чем при вторичном.

Несформированность произношения звуков выражается вариативно. Так, звонкие заменяются глухими. Некоторые дети всю группу свистящих и шипящих звуков, т. е. звуков фрикативных, заменяют более простыми по артикуляции взрывными звуками*.*

В других случаях процесс дифференциации звуков еще не произошел и вместо артикуляционно близких звуков ребенок произносит средний, неотчетливый звук, например: мягкий звук *ш'* вместо *ш,* вместо *с* — *с',* вместо *ч* — *т'* и т. п.

При обследовании речи ребенка необходимо самым тщательным образом установить, какие звуки нарушены в произношении и как именно.

Наиболее распространенной формой нарушения является искаженное произнесение звуков, при котором сохраняется некоторая сходность звучания с нормативным звуком. Обычно при этом восприятие на слух и дифференциация с близкими звуками не страдает.

Такая форма нарушения, как отсутствие звука или замена близким по артикуляции, создает условия для смешения соответствующих фонем и осложнений при овладении грамотой.

При смешении близких звуков у ребенка формируется артикуляция, но процесс фонемообразования еще не закончен. В таких случаях затрудняется различение близких звуков из нескольких фонетических групп, происходит смешение соответствующих букв.

Недостатки звукопроизношения могут быть сведены к следующим характерным проявлениям:

а) замена звуков более простыми по артикуляции, например: звук С иШ заменяются звуком Ф

б) наличие диффузной артикуляции звуков, заменяющей целую группу звуков;

в) нестабильное использование звуков в различных формах речи;

г) искаженное произношение одного или нескольких звуков.

При наличии большого количества дефектных звуков, как правило, нарушается произношение многосложных слов со стечением согласных (качиха вместо ткачиха).Подобные отклонения в собственной речи детей также указывают на недостаточную сформированность фонематического восприятия.

Низкий уровень собственно фонематического восприятия с наибольшей отчетливостью выражается в следующем:

а) нечеткое различение на слух фонем в собственной и чужой речи (в первую очередь глухих — звонких, свистящих — шипящих, твердых — мягких, шипящих — свистящих — аффрикат и т. п.);

б) неподготовленность к элементарным формам звукового анализа и синтеза;

в) затруднение при анализе звукового состава речи.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием нередко имеется определенная зависимость между уровнем фонематического восприятия и количеством дефектных звуков, т. е. чем большее количество звуков не сформировано тем ниже фонематическое восприятие. Однако не всегда имеется точное соответствие между произношением и восприятием звуков.

Так, например, ребенок может искаженно произносить 2— 4 звука, а на слух не различать большее число, причем из разных групп. Относительное благополучие звукопроизношения может маскировать глубокое недоразвитие фонематических процессов. В таких случаях только применение специализированных заданий вскрывает сложную патологию.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием наблюдается общая смазанность речи, «сжатая» артикуляция, недостаточная выразительность и четкость речи. Это в основном дети с ринолалией, дизартрией и дислалией — акустико-фонематической и артикуляторно-фонематической формы.

Для них характерна неустойчивость внимания, отвлекаемость. Они хуже, чем нормально говорящие дети, запоминают речевой материал, с большим количеством ошибок выполняют задания, связанные с активной речевой деятельностью. Раннее выявление детей с фонетико-фонематическим недоразви­тием является необходимым условием для успешной коррек­ции недостатков в дошкольном возрасте и предупреждения нарушений письма.

**Коррекция ФФНР у детей дошкольного возраста**

Дети, поступающие в группы с фонетико-фонематическим недоразвитием, должны усвоить объем основных знаний, умений и навыков, который необходим для успешного обучения в общеобразовательной школе.

Логопедическая работа включает формирование произносительных навыков, развитие фонематического восприятия и навыков звукового анализа и синтеза.

На материале правильного произношения звуков осуществляется: - развитие внимания к морфологическому составу слов и изменению слов и их сочетаний в предложении; - воспитание у детей умения правильно составлять простые распространенные и сложные предложения, употреблять разные конструкции предложений в связной речи; - развитие связной речи, работа над рассказом, пересказом с постановкой какой-либо коррекционной задачи;- развитие словаря детей путем привлечения внимания к способам словообразования, к эмоционально-оценочному значению слов; - развитие произвольного внимания и памяти.

В первую очередь у детей должна быть уточнена артикуляционная основа для дальнейшего развития фонематического восприятия и звукового анализа. С этой целью используются сохранные звуки, при произношении которых дети чаще всего не испытывают артикуляционных затруднений. Нередко многие звуки произносятся детьми в речевом потоке недостаточно отчетливо, с вялой артикуляцией, смешиваются между собой (к — *х, в* — *б, ф* —*в,п* — б и т. д.) или являются заместителями каких-либо еще не появившихся в речи звуков *(т* — свистящие и шипящие, *л'* — *р* и т. п.).

Ко второй группе относятся звуки, которые у большинства детей еще не сформировались, а при произношении некоторых закрепилась неправильная, искаженная артикуляция. Это звуки *р, р', п,* свистящие и шипящие звуки. Сюда же можно отнести звук *т',* близкий по артикуляции к звукам ч и *ц.*

Фронтальные занятия по уточнению артикуляции, по развитию фонематического восприятия и по подготовке детей к анализу и синтезу звукового состава слова обязательно проводятся на звуках, правильно произносимых всеми детьми. Затем в определенной последовательности включаются поставленные к этому времени звуки.

Дифференциации звуков на всех этапах обучения уделяется большое внимание. Каждый звук, после того как достигнуто его правильное произношение, сравнивается на слух со всеми артикуляционно или акустически близкими звуками (1-й этап дифференциации). Позднее, после усвоения артикуляции второго из пары взаимозаменяющихся в речи звуков, дифференциация производится не только на слух, но и в произношении (2-й этап дифференциации).

Такая последовательность работы позволяет очень рано включать упражнения в различении звуков, что способствует спонтанному появлению в речи детей новых звуков и значительно облегчает 2-й этап работы над дифференциацией.

Большое внимание уделяется гласным звукам. Правильное произношение гласных играет большую роль при анализе звукового состава слова.

На основании уточненных произносительных навыков осуществляются наиболее простые формы фонематического восприятия, т. е. умение услышать заданный звук (в ряду других звуков); определить наличие данного звука в слове.

Постановка звуков осуществляется при максимальном использовании всех анализаторов.

Внимание детей обращается на основные элементы артикуляции звуков в период первоначальной постановки. Учитывается следующее:

•для первоначальной постановки отбираются звуки, принадлежащие к различным фонетическим группам;

•звуки, смешиваемые в речи детей, поэтапно отрабатываются отсроченно во времени;

•окончательное закрепление изученных звуков достигается в процессе дифференциации всех близких звуков.

Материал для закрепления правильного произношения звуков подбирается таким образом, чтобы он одновременно способствовал расширению и уточнению словаря, грамматически правильной речи, умению правильно строить предложения и связную речь.

Умение выделять звуки из состава слова играет большую роль при восполнении пробелов фонематического развития.

В определенной последовательности проводятся упражнения, подготавливающие детей к обучению грамоте — вначале это выделение из слов отдельных звуков, затем анализ и синтез простейших односложных слов. И лишь позднее дети овладевают навыком звукослогового анализа и синтеза двух-трехсложных слов. Навыки речезвукового анализа и синтеза совершенствуются в процессе дальнейшего изучения звуков и обучения грамоте.

Работа начинается с уточнения артикуляции звуков *у, а, и.* Эти же звуки используются для наиболее легкой формы анализа — выделения первого гласного звука из начала слов. Детям дается первое представление о том, что звуки могут быть расположены в определенной последовательности. Четко артикулируя, они произносят указанные звуки, например, *а, у* или *и, у, а,* а затем определяют количество их и последовательность.

Далее осуществляется анализ и синтез обратного слога типа *an, ym, ок.* Дети учатся выделять последний согласный из конца слова *(кот, мак).*

Затем они приступают к выделению начальных согласных и ударных гласных из положения после согласных *(дом, танк).*

После указанных упражнений дети легко овладевают анализом и синтезом прямого слога типа *са.*

Далее основной единицей изучения становится не отдельный звук в составе слова, а целое слово. Дети учатся делить слова на слоги. В качестве зрительной опоры используется схема, в которой длинной чертой или полоской бумаги обозначаются слова, короткими — слоги. Составляются из полосок (или записываются) схемы односложных, двусложных и трехсложных слов. Проводятся разнообразные упражнения для закрепления навыка деления слов на слоги.

Затем дети овладевают полным звукослоговым анализом односложных трехзвуковых (типа *мак)* и двухсложных (типа *зубы)* слов, составляют соответствующие схемы, в которых обозначаются не только слова и слоги, но и звуки. Постепенно осуществляется переход к полному анализу и синтезу слов без помощи схемы.

Дальнейшее усложнение материала предусматривает анализ слов со стечением согласных в составе слога *(стол, шкаф);* двухсложных с одним закрытым слогом *(кошка, гамак, клубок),* некоторых трехсложных *(канава),* произношение которых не расходится с написанием. Вводятся упражнения в преобразовании слов путем замены отдельных звуков *(лук* — *сук, мак* — *рак).*

За это же время практически усваиваются термины: слог, предложение, согласные звуки, звонкие, глухие, твердые, мягкие звуки.

Наряду с закреплением всех полученных навыков, ребенка необходимо познакомить с буквами, объединением букв в слоги и слова, умением охватить зрением одновременно две буквы, уяснением значения прочитанного.

Основным приемом при овладении чтением слова является чтение по следам анализа. При этом слог или слово после предварительного анализа складывается из букв разрезной азбуки, а затем, непосредственно за расположением слов на слоги и звуки, следует обратный процесс — соединение звуков в слоги и чтение слов по слогам. С самых первых упражнений в чтении надо стремиться к тому, чтобы ребенок читал слово по слогам. Постепенно у детей воспитывается навык одновременного восприятия двух, а позднее трех букв.

Необходимо следить за тем, чтобы дети понимали каждое прочитанное слово, а позднее — предложение. Для чтения используются буквы разрезной азбуки, слоговые таблицы, слоги и слова.

Обучение чтению тесно связано с обучением письму. Дети печатают или складывают после устного анализа, а позднее самостоятельно, слова, затем их читают. К концу обучения дети должны овладеть сознательным послоговым чтением, уметь читать не только слова, но и простые предложения и тексты.

К моменту поступления в школу дети, прошедшие курс специального обучения, подготавливаются к усвоению программы общеобразовательной школы.

**Коррекция ФФНР у детей школьного возраста**

Характер ошибок, связанных с неправильным произношением и нарушением фонематического восприятия, у учащихся разнообразен: замены, пропуски согласных и гласных, пропуски слогов и частей слова, перестановки, добавления, раздельное написание частей слова.

Прямое соответствие между нарушениями произношения, письма и чтения обнаруживается не всегда. В ряде случаев одна и та же степень нарушения произношения сочетается с различной тяжестью нарушения чтения и письма, и наоборот.

В других случаях при сравнительно незначительных сглаженных нарушениях произношения на первый план выступают недостатки письма и чтения. У отдельных детей, наоборот, отмечаются при наличии многих фонетических дефектов незначительные недостатки письма и чтения. Такая вариативность соотношений обусловливается разными причинами:

а)этиологией нарушения процессов произношения, чтения, письма;

б)компенсаторными возможностями учащихся;

в)индивидуальными личностными качествами;

г)конкретными условиями предшествующего обучения и воспитания.

Система коррекционного обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием в условиях школьного логопедического пункта предусматривает единство основных направлений в работе: постановку отсутствующих и неправильно произносимых звуков, введение поставленных звуков в речь и развитие навыков анализа и синтеза звукового состава слов (Н. А. Никашина, А. В. Ястребова).

Большое внимание уделяется сознательному закреплению артикуляции звука, что имеет большое значение в развитии аналитико-синтетической деятельности учащихся. Поставленные звуки вводятся в самостоятельную речь. Необходимо сначала научить детей произносить, и различать каждый звук в пределах одной фонетической группы. Упражнения подбираются так, чтобы последовательно отрабатывался каждый смешиваемый звук.

Работа ведется над несколькими звуками из разных групп (например, *ш, р).* Упражнения в правильном произношении и различении звуков сочетаются с обучением выделению звуков в словах, определении их последовательности.

Проводится направленная работа по выработке у детей прочных связей между звуками и буквами. Систематическое использование серии упражнений для выработки умений соотносить определенную артикуляцию с соответствующим звучанием и затем акустико-артикуляционный образ звука с буквой предупреждает ошибки на замены сходных букв на письме.

Рациональной и эффективной формой оказания помощи этим детям является включение элементов логопедической работы в учебный процесс.

**ОНР у детей, его симптоматика и этиопатогенез. Характеристика разных уровней речевого недоразвития при ОНР. Обучение и воспитание детей с ОНР.**

**ОНР у детей –**  ОНР – это сложные речевые расстройства, при котор у детей нарушено формирование всех компонентов речев системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте. **Этиопатогенез –** ОНР может может наблюдаться при сложных формах детской речевой патологии: алалии, афазии, ринолалии, дизартрии. В анамнезе отмечаются наличие негрубой родовой травмы, длительные соматические заб-я в раннем детстве. Неблагоприятное воздействие речевой среды, просчеты воспитания, дефицит общения. Неполноценная речевая деятельность накладывает отпечаток на формирование у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сферы. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения, у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания, они забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий. Наряду с общей соматической ослабленностью им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, кот хар-ся плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

**Симптомы** - Ведущий симптом – более позднее начало речи, первые слова к 3 – 4 иногда к 5 годам. Речь агграмматична и недост фонетич оформлена.Речевая активность недостаточная, к своему дефекту критичны.

**По Левиной Р.Е. 1уровень -** Отсутствие общеупотребительной речи. Характеризуется полным или почти полным неумением пользоваться обычными речевыми средствами общения. Дети этого уровня общаются при помощи лепетных звуков и жестов. Они не различают форм единственного и множественного числа, мужского и женского рода, глагола прошедшего времени и т.д. В характеристике звуковой стороны речи следует выделить непостоянный характер звукового оформления одних и тех же слов. Произношение отдельных звуков не имеет четкой, постоянной артикуляции. Характерна также ограниченная способность воспроизведения слоговых элементов слова. В самостоятельной речи преобладают одно- и двухсложные образования, в отраженной речи – сокращение повторяемого слова до одного – двух слогов. Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует. Названия действий заменяются названиями предметов (открывать – «*дверь*»), и наоборот – названия предметов заменяются названиями действий (кровать – «*спать*»). Характерна многозначность употребляемых слов. Небольшой запас слов отражает непосредственно воспринимаемые предметы и явления. Дети не используют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. В их речи преобладают корневые слова, лишенные флексий. «Фраза» состоит из лепетных элементов. Каждое используемое лепетное слово имеет многообразную соотнесенность и вне конкретной ситуации понятно быть не может. Пассивный словарь шире активного, хотя тоже очень ограниченный. Отсутствует или имеется лишь в зачаточном состоянии понимание значений грамматических изменений слова, но только при наличии ситуационно ориентирующих признаков. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение.

**Второй уровень.** Начатки общеупотребительной речи. На этом уровне общение осуществляется не только с помощью жестов, но и при помощи ограниченного запаса общеупотребительных слов, хотя и весьма искаженных. Такая речь также глубоко недоразвита, однако дети на данном этапе обладают довольно большим запасом общеупотребительных слов. Несмотря на тяжелый аграмматизм у них присутствуют слова, обозначающие предметы, действия, а также качества предметов и действий; здесь есть и слова, обозначающие личные местоимения, изредка можно наблюдать употребление предлогов и союзов. Однако при затруднениях дети часто прибегают к помощи жестов и заменяют одни слова другими. На этом уровне намечается различение некоторых грамматических форм, но это различение характеризуется большой неустойчивостью. Начинают приобретать значение некоторые грамматические изменения, например, форм единственного и множественного числа некоторых существительных (тех, которые имеют ударные окончания). На этой стадии дети начинают также различать формы единственного и множественного числа глагола, формы мужского и женского рода глагола. Дети способны правильно воспроизвести ритмический контур двух- и трехсложных слов, а также небольших предложений. Дети не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова близкими по смыслу.

Отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций:

•смешение падежных форм («едет машину» вместо *на машине*);

*•*нередко употребление существительных в именительном падеже, а глаголов в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени;

•в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам («два каси» — *два карандаша,* «де тун» — *два стула*);

•отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Много трудностей испытывают дети при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, а существительное при этом употребляется в исходной форме («книга идит то» — *книга лежит на столе*); возможна и замена предлога («гиб лятет на далевим» — *гриб растет под деревом*). Союзы и частицы употребляются редко.

Понимание обращенной речи на втором уровне значительно развивается, за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от первого уровня), дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смыслоразличительное значение.

Фонетическая сторона речи характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих («пат книга» — *пять книг;* «папутька» — *бабушка;* «лупа» — *рука*). Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении иих употреблением в спонтанной речи.

Типичными остаются и затруднения в усвоении звуко-слоговой структуры. Нередко при правильном воспроизведении контура слов нарушается звуконаполняемость: перестановка сло­гов, звуков, замена и уподобление слогов («морашки» — *ромашки,* «кукика» — *клубника*). Многосложные слова редуцируются.

У детей выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

**Третий уровень.** Развернутая речь с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. У детей отмечается довольно обширный словарный запас, наличие правильно построенных предложений, меньшее разнообразие фонетических дефектов делают устную речь этих детей более полноценной, позволяющей значительно более широко осуществлять общение с окружающими. У таких детей уже нет заметных, грубо выраженных лексико-грамматических и фонетических затруднений. Однако в целом такую речь еще нельзя признать полностью сформированной. Об этом свидетельствуют довольно частые примеры неточного употребления слов (положила похлебку вместо *«налила похлебку»*, длинный кувшин вместо *«высокий кувшин»* и т.д.), аграмматичное построение многих фраз: опускание предлогов, неправильное согласование в роде, числе (*мухи* *кусал*, *лиса* *облизывал* и т.д.). Так ограниченность словарного запаса хорошо обнаруживается, если предложить детям называть предметы, выходящие за пределы привычного обихода. При этом выявляется, что многих предметов дети не называют вовсе, например: подоконник, этажерку, конуру, решето, тигра, слона и т.д. Ряд предметов обозначается неправильно или при помощи перифраза, например: весло – грабли, клюв – рот, грива – гребешок, волосы, телега – сани, пряник – баранка и т.д. На уровне «развернутой речи» дети обладают сравнительно большим запасом глаголов, но менее распространенные действия в ситуации обусловленной речи называют ошибочно, например: *кует – выпиливает подкову, вяжет – шьет, доит – моет* и т.д. Замены слов происходят как по смысловому, так и по звуковому признаку. В свободной речи детей преобладают простые нераспространенные предложения. Довольно часто можно встретить примеры аграмматизма: неправильные согласования в роде, неправильное употребление глагола, неправильное употребление падежных окончаний, неправильное употребление предлогов. Понимание речи на этом уровне значительно полнее и точнее. Дети уже понимают значения предлогов, почти всех падежных окончаний, число существительного и прилагательного, появляется различение прилагательного мужского и среднего рода, появляются начатки различия рода глагола. Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном это свистящие, шипящие, аффрикаты и соноры), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы. Например, мягкий звук ***с***,сам еще недостаточно четко произносимый, заменяет звук ***с*** («сяпоги»), ***ш*** («сюба» вместо *шуба*),***ц*** («сяпля» вместо *цапля*), ***ч*** («сяйник» вместо *чайник*), ***щ*** («сетка» вместо *щетка*); замены групп звуков более простыми по артикуляции. Отмечаются нестойкие замены, когда звук в разных словах произносится по-разному; смешения звуков, когда изолированно ребенок произносит определенные звуки верно, а в словах и предложениях их взаимозаменяет. На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В активном словаре преобладают существительные и глаголы. Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения.

**4 уровень по Филичевой -** Дети, отнесенные к четвертому уровню, производят довольно благополучное впечатление: у них нет грубого звукопроизношения, а имеет место недостаточно четкая дифференциация звуков (*р-рь-л-ль-иот, ш-ч-щ, ть-ц-с-сь* и др.). Своеобразие нарушения слоговой структуры у этих детей заключается в том, что, понимая значения слова, они не могут удержать в памяти его фонематический образ, а потому возникает искажение звуконаполняемости в разных вариантах:

1. персеверации: *бибиблиотекарь –* библиотекарь;
2. перестановки звуков и слогов: *потрной –* портной;
3. сокращение согласных при стечении: *качиха кет кань –* ткачиха ткет ткань;
4. замены слогов: *кабуетка –* табуретка;
5. в редких случаях – опускание слогов: *трехтажный –* трехэтажный.

Недостаточная внятность, выразительность, несколько вялая артикуляция и нечеткая дикция создают впечатление общей смазанности речи. Несформированность звукослоговой структуры, смешение звуков свидетельствуют о низком уровне дифференцированного восприятия фонем.

Наряду с недостатками фонетико-фонематического характера у детей этой группы обнаружены отдельные нарушения смысловой стороны языка. Например, несмотря на разнообразный предметный словарь, в нем отсутствуют слова, обозначающие некоторых животных, птиц (*филин, кенгуру*), растений (*кактус,* *вьюн*), профессий людей (*экскурсовод, пианист*), частей тела (*пятка, ноздри*). Отвечая на вопросы, дети смешивают родовые и видовые понятия: *деревья –* *березки, елки, лес.*

Значительные трудности у детей этого уровня вызывает образование слов с помощью увеличительных суффиксов: дети или повторяют названное логопедом слово (*домище – большой дом*), или называют произвольную форму (*домуща* вместо *домище*).

Стойкими остаются ошибки при употреблении:

1. уменьшительно-ласкательных существительных (*гнездко – гнездышко*);
2. существительных с суффиксами единичности (*чайка – чаинка*).

У детей отмечаются стойкие трудности в образовании малознакомых сложных слов (*ледка* вместо *ледокол*, *пчельник* вместо *пчеловод*).

Недостаточный уровень сформированности лексических средств языка особенно ярко проступает в понимании и употреблении детьми фраз, пословиц с переносным значением. Например, *румяный как яблоко* трактуется ребенком *как много съел яблок.*

В грамматическом оформлении речи данной категории детей отмечаются ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа (*дети увидели медведев, воронов*).

Отличительной особенностью детей четвертого уровня является своеобразие из связной речи, в процессе которой допускаются следующие ошибки:

1. в беседе, при составлении рассказа по заданной теме, картине, серии сюжетных картинок констатируются нарушения логической последовательности, застревание на второстепенных деталях, пропуски главных событий, повтор отдельных эпизодов;
2. рассказывая о событиях из своей жизни, составляя рассказ на свободную тему с элементами творчества, дети пользуются в основном простыми малоинформативными предложениями;

дети испытывают трудности при планировании своих высказываний и отборе соответствующих языковых средств.

**Методика коррекционной работы при ОНР**

Основы коррекционного обучения разработаны в психоло­го-педагогических исследованиях ряда авторов (Р. Е. Левина, Б. М. Гриншпун, Л. Ф. Спирова, Н. А. Никашина, Г. В. Чиркина, Н. С. Жукова, Т. Б. Филичева, А. В. Ястребова и др.).

Формирование речи основывается на следующих положе­ниях:

• распознавание ранних признаков ОНР и его влияние на общее психическое развитие;

• своевременное предупреждение потенциально возмож­ных отклонений на основе анализа структуры речевой недо­статочности, соотношения дефектных и сохранных звеньев речевой деятельности;

• учет социально обусловленных последствий дефицита речевого общения;

• учет закономерностей развития детской речи в норме;

• взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка;

• дифференцированный подход в логопедической работе с детьми, имеющими ОНР различного происхождения;

• единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности;

• одновременное коррекционно-воспитательное воздей­ствие на сенсорную, интеллектуальную и афферентно-волевую сферу.

Дети с ОНР не могут спонтанно стать на онтогенетичес­кий путь развития речи, свойственный нормальным детям (Л. Ф. Спирова, 1980). Коррекция речи для них длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Эта задача реализуется различно в зависимости от возрас­та детей, условий их обучения и воспитания, уровня развития речи.

**Обучение детей первого уровня речевого развития** пре­дусматривает; развитие понимания речи; развитие самостоя­тельной речи на основе подражательной деятельности; фор­мирование двусоставного простого предложения на основе усвоения элементарных словообразований.

Логопедические занятия с безречевыми детьми проводятся небольшими подгруппами (2—3 человека) в форме игро­вых ситуаций, что помогает постепенно формировать мотивационную основу речи. При этом используются персонажи кукольного театра, заводные игрушки, теневой театр, фланелеграф и т. д.

***Работа по расширению понимания речи*** базируется на раз­витии у детей представлений о предметах и явлениях окружа­ющей действительности, понимания конкретных слов и выра­жений, отражающих знакомые детям ситуации и явления.

С первых моментов логопедической работы детей ориентируют на понимание словосочетаний, подкрепленных наглядным действием. Логопед говорит короткими фразами из 2—4 слов, употребляя одни и те же слова в разных грам­матических формах, повторяя отдельные словосочетания.

Дети усваивают в импрессивной речи названия предметов, действий, совершаемых самим ребенком, постепенно приучаются различать признаки предметов. Материалом для прове­дения таких занятий являются игрушки, одежда, посуда, про­дукты питания и т. д.

Одновременно дети обучаются пониманию некоторых грам­матических значений. Особое внимание обращается на умение различать грамматические формы единственного и множествен­ного числа существительных и глаголов; обращения-повеле­ния к одному или нескольким лицам *(сядь'— сядьте);* гла­голы, близкие по звучанию *(везут — несут; купается — катается);* действия, близкие по сходству ситуации *(шьет, вяжет, вышивает, лежит, спит),* а также противоположные по значению *(надень — сними, включи — выключи)* и т. д. Формирование пассивной речи способствует преодолению кон­кретности и недифференцированности словесных понятий. Точное понимание речевых инструкций контролируется от­ветным действием ребенка. Важно правильно организовать предметную ситуацию, подобрать соответствующий дидакти­чески и игровой материал. При этом необходимо использо­вать музыкальные занятия, изобразительную деятельность, экскурсии, прогулки и т. д. Упражнения проводятся при хо­рошем эмоциональном контакте с ребенком, устойчивости его произвольного внимания.

***Развитие самостоятельной речи*** является необходимым условием для формирования активного лексического запа­са у детей. Логопед называет те слова, словосочетания и фразы, которые хотел бы включить в экспрессивную речь ребенка.

Создается ситуация, которая вызывает коммуникативно-познавательную потребность в речи. Появившиеся звуковые комплексы или лепетные слова в игровой форме нужно нео­днократно повторить в разной тональности, темпе, с разной интонацией.

Перед ребенком не ставится задача правильного фонети­ческого оформления. На этом этапе детей учат называть: близких людей *(мама, папа, баба);* простые имена *(Тата, Нота, Коля, Оля);* выражать просьбы *(иди, на, да)* в сопровождении жеста и т. д.

После того как у детей появилась возможность подражать слову взрослого, добиваются воспроизведения ударного слога, а затем ритмико-интонационного рисунка одно-двух-трех-сложных слов *(мак, киса, машина).* Детей учат приращивать одинаковые слоги из доступных звуков в конце слова *(ру-ка, нож-ка, пап-ка).*

Лепетные слова необходимо использовать в простых пред­ложениях, содержащих обращение и повеление *(мама, дай),* указательные слова и именительный падеж существительно­го *(тут киса);* повеление и прямое дополнение *(дай мяч).*

При обучении детей употреблению формы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа первоначально можно ограничиться воспроизведением лишь ударного слога, а затем — двух слогов и более.

Детей учат грамматически правильно строить предложе­ния типа: именительный падеж существительного + согласо­ванный глагол 3-го лица настоящего времени. Рекомендует­ся предварительно повторить глаголы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа, а затем к основе глагола «наращивать» звук *т (сиди — сидит).*

Логопед вовлекает детей в речевое общение и приучает к пользованию такой элементарной формой устной речи» как краткий ответ на вопрос. Это является переходной ступенью к овладению простым диалогом.

Работа по формированию звуковой стороны речи в этот период заключается прежде всего в развитии восприятия речи. Рекомендуются различные специальные упражнения:

• выделение заданного слова в ряду других слов. Логопед называет: *машина, собака, кошка,* а ребенок должен поднять флажок, если услышит слово *собака;*

*•* различение слов, близких по звучанию, но разных по смыслу *(уточка — удочка);* различение сходных по звуковому составу предложений (показать картинку: кто купается, а кто катается.

Для расширения объема слуховой памяти и удержания последовательности слов детям предлагается ряд занятий на выполнение двух-трехступенчатых инструкций, запоминание ряда из 3—4 картинок и т. д.

Формирование звукопроизношения на данном этапе не является самостоятельной задачей. Однако отдельные артикуляционные упражнения, уточнение правильного произношения имеющихся у детей звуков позволяет создавать благоприятные условия для вызывания отсутствующих. Формирование произношения тесно связано также с усвоением слов разной слоговой структуры. Детей обучают неосознанному членению слов на слоги, послоговому проговариванию слова. Воспроизведение слова сопровождается отхлопыванием с соблюдением соответствующего ритма. Проговариваются прямые одинаковые слоги *(да-да, да-да),* слоги с разными согласными звуками *(ма-па, па-ма),* закрытые в обратные слоги *(пап-ап)*

В процессе проведения занятий с детьми первого уровня последовательно формируется активное отношение ребенка к языковой действительности

Стержневым моментом на этом этапе обучения является специально организованная эмоциональная игра с определен­ной учебно-речевой задачей.

Мотивы, цель и ситуация игры конкретизируются в зави­симости от направленности на овладение словарным запа­сом, начатками грамматических значений.

В результате многоаспектного воздействия на речевую деятельность дети переходят на новую ступень развития. Они начинают использовать начатки разговорной речи в раз­личных ситуациях в связи с разными видами деятельнос­ти. Заметно повышается их познавательная и речевая ак­тивность.

**Обучение детей второго уровня** осуществляется преиму­щественно в дошкольных группах для детей с ОНР (с 4-лет­него возраста), в подготовительном классе школы для детей с тяжелыми нарушениями речи I отделения (с 6—7-летнего возраста). Коррекция речевого дефекта с одновременным ме­дикаментозным воздействием при показаниях может периодически проводиться на базе речевых стационаров, психонев­рологических санаториев (с 4—7 лет — дошкольное отделение, от 7—13 лет — школьное отделение)

Основные задачи обучения включают:

• интенсивную работу по развитию понимания речи, на­правленную на различение форм слова;

• развитие элементарных форм устной речи на базе уточ­нения и расширения словарного запаса, практического усвое­ния простых грамматических категорий;

• овладение правильным произношением и различением звуков, формирование ритмико-слоговой структуры слова.

Материалом для обогащения речи детей служит окружающая действительность, изучение которой происходит на основе тематического цикла. Уточняются и накапливаются конкретные понятия, формируется предметная соотнесенность слова, выделение и называние действий, признаков и называние действий, признаков, качеств и т. д.

В целях дальнейшего развития понимания речи детей учат различать значение приставок в страдательных причастиях; по окончанию глагола прошедшего времени определять лицо, к которому принадлежит совершаемое действие; определять взаимоотношения действующих лиц по синтаксической конструкции (например, предъявляются парные картинки, на од­ной из которых изображена «нестандартная» ситуация: «заяц убегает от девочки», «девочка убегает от зайца»); понимать пространственные отношения предметов, выраженных предлогами; объединять предметы по их общему назначению *(отбери все, что тебе нужно для шитья);* различать падежные окончания *(покажи книжку карандашом, карандаш — ручкой),* существительные в уменьшительно-ласкательной форме *(себе возьми гриб, дай мне грибок).*

Вводятся вопросы, требующие понимания изменения форм слов и их связей в предложении.

Развитие элементарных форм устной речи на данном этапе предусматривает практическое употребление предложений из нескольких слов.

Обязательным условием успешного обучения детей на данном этапе является понимание ими значения каждого члена предложения.

Детей учат отвечать на вопросы, составлять предложения по моделям.

Их учат слушать и сопоставлять существительные винительного, творительного (с ударными окончаниями), да­тельного падежей с именительным. Предложения с данными формами слов четко произносит сначала логопед, а затем неоднократно повторяет ребенок. В это время в речь детей вводятся простые определения, обозначающие признаки пред­метов по величине, цвету, вкусу и т. д.

Организуются вопросно-ответные беседы по поводу знакомых ситуаций и предметов.

Практическое усвоение грамматических форм подготавливается развитием слухового восприятия, пассивного и ак­тивного словаря, звукопроизношения.

Как только дети научатся отвечать на вопросы, составлять предложения по демонстрации действий к картинкам, можно приступить к воспитанию умения объединять предложения в маленький рассказ. Широко используется заучивание коротких стихов

Овладение правильным произношением включает использование разнообразных упражнений по развитию артикуляции, вызыванию звуков, различению на слух поставленных фонем.

**Дети третьего уровня речевого развития** в настоящее время составляют основной контингент специальных дошкольных и школьных учреждений. В возрасте 5 лет они зачисляются для воспитания и обучения в старшую группу детского сада, с 6—7 лет поступают в подготовительный или I класс школы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Дети, которые могут быть условно отнесены к верхней границе третьего уровня, при условии достаточной школьной подготовки обучаются в общеобразовательной школе с обязательным посещением логопедических занятий на школьном логопедическом пункте.

Основными задачами коррекпионного обучения данной категории детей являются:

• практическое усвоение лексических и грамматических средств языка;

• формирование полноценной звуковой стороны речи (вос­питание артикуляционных навыков, правильного звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия;

• подготовка к грамоте; овладение элементами грамоты;

• дальнейшее развитие связной речи.

Формирование речевой практики как основы усвоения эле­ментарных закономерностей языка осуществляется на базе развивающегося фонематического восприятия, правильного произношения звуков и правильного восприятия структуры слова; практического умения различать, выделять и обобщать значимые части слова; на основе наблюдений над связью слов в предложении.

Одновременно дети подготавливаются к успешному усвоению учебных предметов.

Основная работа по коррекции речевого недоразвития осуществляется логопедом на занятиях. Логопедические заня­тия подразделяются на два типа: занятия по формированию лексико-грамматических средств языка и развитию связной речи. Они включают в себя: формирование словарного запаса; грамматической правильности речи и развитие связной речи.

На занятиях по формированию звуковой стороны речи наи­более эффективной формой является проведение фронтально­го логопедических занятий с подгруппами по 6—7 человек.

Распределение детей на подгруппы проводится логопедом с учетом выраженности речевого дефекта.

Поскольку проявление речевого недоразвития у детей отличается большой вариативностью, предусматривается инди­видуальная работа по преодолению стойких речевых недостатков, препятствующих успешному усвоению материала на фронтальных занятиях. Систематически проводятся индивидуальные занятия с одним ребенком или с 2—4 детьми, име­ющими однородные формы речевой патологии.

Продолжается работа по развитию понимания речи. Детей учат вслушиваться в обращенную речь, выделять названия предметов, действий, признаков, понимать обобщенное значе­ние слова, выбирать из двух слов наиболее подходящее к дан­ной ситуации *(ломает — рвет, мажет — клеит, прыгает — скачет).* В это время их учат понимать текст с усложненной, конфликтной ситуацией.

Особое внимание обращается на точное понимание смысла предложений, включающих слова, сходные по своему звуково­му составу, но разные по значению. В этих предложениях упот­ребляются личные и возвратные глаголы *(покажи, где маль­чик катается на санках, где мальчика катают на санках),* существительные в косвенных падежах *(покажи, где малыш надевает шубу, где малышу надевают шубу),* притяжательные прилагательные *(дай Коле карандаш — дай Колин карандаш).*

На основе уточненного пассивного речевого запаса органи­зуется устная речевая практика, в которой последовательно закрепляют лексические и грамматические знания.

В процессе усвоения предметного словаря продолжается знакомство детей с различными способами словообразования.

Постепенно, на основе предметно-графических схем про­исходит знакомство с универсальными способами образова­ния слов: суффиксальным *—* для имен существительных и прилагательных, префиксальным — для глаголов. У детей развиваются навыки складывания нового слова из 2-х частей, одна из которых равна корню, а другая — аффиксу: *гриб + ник, сапож + ник, при* + *шел, при + нес, при + плыл.*

Привлекая внимание к общности корневой части среди цепочки родственных слов *(лес, лесной, лесник),* логопед, фор­мирует у детей интуитивное представление о системе слово­образовательных связей языка. (Т. В.Туманова. 1997.).

Одновременно детей учат понимать обобщенное значение слова. Только после этого предлагается самостоятельно обра­зовать относительные прилагательные от существительных со значениями соответственности с продуктами питания *(мо­лочный, шоколадный),* растениями *(дубовый, сосновый).* Детей учат вслушиваться в окончания прилагательных, отвечать на вопросы типа: «Про какой предмет можно сказать деревян­ный,-ая,-ое?».

Одновременно у детей воспитывается умение образовывать прилагательные от наречий, от существительных, а также раз­ные их степени.

Развивая умение правильно передавать в речи оттенки слов, дети учатся образовывать уменьшительные названия качеств предметов.

Учитывая, что детям с ОНР свойственны трудности в узнавании сходства и различия слов, близких по звучанию и зна­чению, особое внимание уделяется этому различению. Сначала нужно внимательно вслушаться в эти слова. Например, показывая щепотку чая, спрашивают: «Что это?» — **Чай.** При этом поясняется что его заваривают в **чайнике,** а посуда, из которой пьют чай, называется **чайной.** Интонационно выде­ляется значимая часть слова. На следующих занятиях раз­личаются родственные слова при показе других предметов *(соль — солонка, сахар — сахарница).*

Особое внимание уделяется образованию признака от названия предмета, действия или состояния *(мыло — мыльный — мылить — мыльница).*

Важно, чтобы у детей происходило не формальное накопление родственных слов, а подготавливалось сознательноеихиспользование в самостоятельной речи.

Необходимым условием уточнения и расширения словаря детей является практическое усвоение наиболее распрост­раненных случаев многозначности слов.

Целесообразно начать с существительных, у которых пере­нос основан на конкретных, наглядных признаках (шляпка девочки, шляпка гвоздя, шляпка гриба).

При показе предметов внимание детей обращается на то общее, что их объединяет. После ряда подобных упражнений дети самостоятельно подбирают многозначные слова (например: *ножка ребенка — ножка стола, стула, кресла, дивана, гриба* и т. п.) и составляют с ними предложения.

На логопедических занятиях проводятся упражнения по вычленению разного значения в многозначных глаголах. Де­тям предлагают подбирать разные существительные к глаго­лам *(летит птица, муха, самолет, шарик; идет человек, слон, поезд, дождь; плывет рыба, утка, человек, облако).*

Из слов с переносным значением наиболее доступны по­ниманию часто употребительные, образные выражения, в ко­торых это значение противопоставляется основному, Так, на­пример, обратив внимание на раскрасневшееся лицо одного из детей, можно сказать: «У Вовы лицо румяное, как ябло­ко». Также привлекается внимание детей к словосочетания­ми типа: *сердитый человек — сердитый ветер, мороз; трус­ливый, как заяц, хитрый как лиса.*

Лучшему пониманию переносного смысла значения слов помогает слушание специально подобранных стихов и прозаических отрывков.

Подготовительным этапом ознакомления детей со словами-антонимами является проверка и уточнение известных детям слов — названий признаков предметов и действий. Подбираются пары предметов с ярко выраженными призна­ками и сравниваются по вкусу, цвету, размеру и т. д. Интона­ционно подчеркиваетсяих качественная противоположность *(острый — тупой карандаш).*

Одновременно с обогащением словарного запаса происходит грамматическое его оформление. Специально созданные ситуации, использование режимных моментов помогают в практическом плане усваивать значения предметов, различать окончания падежных форм, правильно согласовывать прилагательные и числительные с существительными. Вся работа по формированию грамматически правильной речи обязательно опирается на реальные представления ребенка и постоянно совершенствующееся слуховое восприятие. Новая грамматическая форма закрепляется в упражнениях по словоизменению и словообразованию, по составлению словосочетаний и предложений.

Усвоение лексических значений и грамматических способов выражения различных отношений дает возможность более широкого использования самостоятельных высказываний детей. С этой целью проводятся специальные занятия по формированию разговорной и описательной речи. Основой для организации речевой практики детей служат практические действия с предметами, участие в различных видах деятельности, активные наблюдения за жизненными явлениями.

Сначала логопед предъявляет образец правильного построения сложного предложения, далее дети повторяют его, а затем и самостоятельно составляют аналогичные конструкции *(Дети надели плащи, потому что потел дождь).*

Необходимо приучить детей повседневно использовать приобретенные речевые умения и навыки в самостоятельных связных высказываниях. С этой целью используется ряд специальных заданий на привлечение их внимания к составу предложения и связи слов в предложении.

Обучение рассказыванию занимает большое место в общей системе логопедических занятий. В это время уделяется внимание закреплению навыка свободного пользования в речи поставленными звуками, а также их дифференциации, как и на слух, так и в произношении. На протяжении всего коррекционного обучения эта работа сочетается с развитием четко­сти речи и устранением затруднений в воспроизведении слов, сложных по слоговому составу и звуконаполняемости. Включаются специальные упражнения, направленные на развитие выразительности речи. Продолжается работа по обучению детей грамоте.

**Обследование детей с недоразвитием фонетико-фонематической системы речи.**

Необходимо для отбора детей в группы для коррекции нарушений. По психолого-педагогической классификации это *1 группа-нарушение средств общения(внутреннее оформление ФФН, ОНР*, *ЛГ, ФНР)*; 1 – ФФНР – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

**Обследование проводят:**

1.Анкетные данные: ФИО, дата рождения, дата обследование, возраст, домашний адрес, тел, из какого детского образовательного учреждения прибыл, дата поступления в логопедическую группу, диагноз районной (городской) медико-психолого-педагогической комиссии.

2.Сведения о родителях: мать, отец: ФИО, профессия, образование, место работы. Жалобы родителей (особенности поведения реб, необычные, с точки зрения родителей, поступки, нарушения речи, в общении, трудности в обучении: в д\с или в школе, влияние нарушений звукопроизношения на усвоение программы в д\с или на успешность обучения в школе, трудности контакта со сверстниками и взрослыми: знакомыми и незнакомыми). Наследственные заб-я (наличие нарушений речи, нервно-психических, хронических болезней у родит.и родственников).

3.Общий анамнез: от какой беременности реб. Хаар-р беременности: токсикоз, хронические и инфекционные заб-я. Роды: стремительные, затяжные, обезвоженные. Особенности раннего развития: держит голову, сидит, к 1 году зубов. Перенесенные заб-я: до 1г, от1 и до 3-х лет. Соматические заб-я.

4.Данные о развитии речи: Характер звукового лепета (в норме 4-5мес), хар-р слогового лепета (в норме у реб в 8-9мес), время появления слов (в норме к году), время появления фразовой речи (в норме в период от 1г 10мес до 2лет, во фразе появляется глагол; с 1г8мес возникает описательная речь, реб рассказывает о прошлых событиях, к 1г 11мес речь детей особенно активна в играх, в 2года реб умеет ответить на поставленный вопрос, говорит фразами из двух и более слов), какие звуки долго произносил неправильно, прежде всего артикуляторно сложные (С,З,Ц,Ш,Ж,Ч,Щ,Л,Р), особенности понимания речи окружающих (не сразу реагирует на вопросы и реплики, требуется повторение просьбы, дополнительные разъяснения речевого задания, правил игры и т.д.).

5.Логопедическое обследование: *состояние звукопроизношения –* определение хар-ра нарушения согласных звуков: отсутствие, замена на другие звуки, дефектная артикуляция в различных условиях произношения:

-изолированно – по подражанию логопеда;

-в открытых, закрытых слогах, со стечением;

-в словах: односложных, двусложных, трехсложных простой слоговой структуры, состоящих из открытых слогов; то же самое в сложных словах: с закрытыми слогами и со стечением согласных;

-во фразах, насыщенных проверяемым звуком;

-в связной речи – потешках, стихотворениях, в текстах.

6.Особенности динамической стороны речи – необходимо отметить следующее: -темп: нормальный, ускоренный, замедленный; -ритм: нормальный, аритмия, правильность употребления пауз в потоке речи; -интонация (употребление основных видов интонации): повествовательная, вопросительная, побудительная. Для этого следует предложить ребенку прочитать стихотворение или повторить за логопедом фразы, сказанные с разной интонацией.

7.Анатомическое строение артикуляторного аппарата - отмечается наличие и хар-р отклонений в строении: -губ: толстые, тонкие, укороченная в\губа, неполное смыкание губ; -челюстей: прогения, прогнатия; -прикуса: открытый передний, открытый боковой; -зубов: мелкие, излишне крупные пердние зубы, отсутствие, сверхкомплектность, вне челюстной дуги и др., -языка: излишне толстый, не умещающийся во рту, излишне узкий, укороченная подъязычная связка; -неба (твердого, мягкого): излишне низкое твердое небо, уплощенное, готическое, куполообразное, укороченное м\небо, раздвоение маленького язычка.

Отклонение в строении артикуляторного аппарата выявляется визуально.

8.Состояние общей моторики - какая переключаемость, координация и точность. На основании выполненных заданий отмечаются: нарушения переключаемости движений – несвоевременная, задержанная, появление сопутствующих движений, нарушения координации – движения выполнены не одновременно, неточно. Можно указать наличие общей заторможенности движений или двигательного беспокойства.

9.Состояние пальчиковой моторики – для выявления состояния пальчиковой моторики логопед предлагает следующие задания: -положить обе ладони на стол и раздвинуть пальцы, сдвинуть их вместе. Повторить 5-6раз. –поочередно поднимать от стола большие пальцы обеих рук, указательные и т.д. Повторить 5-6раз.

10.Состояние мимической моторики – следующие задания: -поднять брови вверх- опустить; нахмурить брови- покой; закрыть глаза-открыть; прищуриться; надуть щеки-покой; отразить на лице мимические позы: радость, печаль, подозрительность, удивление, гнев; -по словесной инструкции логопеда показать, как человек ест кислый лимон, сладкую конфету, горький лук, соленый огурец.

По окончании выполнения заданий отмечается: мимика сохранна, амимичность, недостаточная подвижность отдельных мимических мышц (лба, глаз, щек).

11.Состояние орального праксиса – кинестетическая основа речи: способность выполнения отдельных артикуляторных движений Предлагаются задания: для губ – вытянуть вперед-покой, оскал-покой, круговое движение губ хоботком, поднять вверх в\губу, опустить вниз н\губу. Для языка – показать широкий язык, узкий язык, локательные движения языком, пощелкать языком присасывая его к твердому небу так, чтобы натягивалась подъязычная связка. Для н\челюсти – рот широко открыть-закрыть.

Кинетическая основа речи: способность выполнения серии артикуляционных движений. Задания: для губ: вытянуть губы вперед, улыбнуться, покой; поднять в\губу-опустить вниз н\губу-опустить вниз в\губу, поднять вверх нижнюю губу. Для языка: открыть рот-показать широкий язык-поднять его на в\губу-опустить на н\губу-убрать в рот-закрыть рот; открыть рот-показать узкий язык-коснуться узким языком правого, левого углов рта-убрать язык в рот-закрыть рот; открыть рот-показать попеременно широкий- узкий язык. и т.д. Для н\челюсти: осторожно подвигать н\челюстью вправо-влево. Для м\неба: открыть рот-положить язык на н\губу-покашлять с открытым ртом и с языком на губе. Визуально мышцы м\неба сокращаются и приподнимают его.

По окончании выполнения заданий следует отметить: объем движений (полный, неполный, нарушен), точность выполнения (сохранна, нарушена), тонус (сохранен, нарушен), темп движений (Нормальный, замедленный, ускоренный), синкенезии (есть, нет).

12.Состояние слуховой, дыхательной и голосовой функции – выписать из медицинской карты данные о состоянии биологического слуха или направить реб на консультацию к врачу-оториноларингологу.

Состояние восприятия речи проверить в процессе беседы с ребенком и при выполнении поручений типа «возьми куклу», «собери пирамидку». При обследовании состояния дыхательной и голосовой функции следует отметить: тип дыхания (грудное, диафрагмальное, брюшное, смешанное); объем, продолжительность речевого выдоха: для детей 5лет на 2-3 слова, для детей 6-7лет на 3-5 слов на выдохе.

13.Состояние фонематического анализа, синтеза и фонематическихз представлений

***Простой фонематический анализ***

*Выделение звука на фоне слова.* Инструкция: слышишь ли ты звук М в слове ДОМ? и т.д.

*Выделение начального ударного гласного звука.* Инструкция: какой звук ты слышишь а слове АНЯ? ОЛЯ? УТРО? Какой звук ты слышишь в слове МАК? РОТ? Какой звук ты слышишь в слове САД? ЗАЙКА? ШУБА? ЖУК? ЩУКА? ОТЕЦ? МЯЧ? Звук, необходимый для выделения произносится интонировано (выделяется голосом).

*Дифференциация звуков по противопоставлениям.* ВЕНЯ-ФЕНЯ, МЫШКИ-МИШКИ, САЙКА-ЗАЙКА, ШАЛЬ-ЖАЛЬ, ЛУК-ЛЮК и т.д.

***Сложный фонематический анализ***

*Определение места звука в слове* (в начале, конце, середине). Инструкция: где находится звук С в слове САД? в слове ФОКУС? в слове ЛИСА?

Затем более точно: на каком месте стоит звук С в слове САНИ? в слове ОСА? в слове НОС?

*Определение последовательности звука в слове.* Инструкция: какой звук ты слышишь в начале слова ССССАНИ? ответ реб: звук С. Какой звук ты слышишь после звука С? СААААНИ – звук А. Какой звук ты слышишь после звука А? САНННННИ? – Н. После Н? САНИИИИИ? – И.

Логопед интонировано произносит тот звук, который реб должен определить.

*Определение количества звуков в слове.* Инструкция: сколько звуков в слове МАК? в слове МУКА? и т.д.

Эти слова состоят из звуков, сохранных в произношении детей. Они формируются в раннем онтогенезе на основе безусловно рефлекторных реакций сосания, глотания, жевания. Затем реб предлагается определить кол-во звуков в словах, кот он произносит неправильно, например: СОК, КОСА, НОСОК, ШУМ, МЫШИ, РАК, КОРА. Принцип отбора слов заключается в том, что если в слове имеется звук, сложый по артикуляционным и акустическим признакам (звуки С, Ш, Р), то остальные звуки слова д.б.простыми.

***Фонематический синтез*** – Логопед предлагает реб составить слова из звуков, данных в нормальной последовательности: С-А-Д; Д-О-М и т.д.

Далее логопед предлагает реб составить слова из звуков, данных в нарушенной последовательности: М-О-С; О-Л-Б и т.д.

***Фонематические представления –*** Реб предлагается подобрать слово на заданный звук. Инструкция: Назови слово со звуком С, З, Ц, Ш,Ж,Ч,Л,Р.

Из предложенных логопедом разных картинок ребенку предлагается отобрать те, в названии которых имеется данный звук. Например на звук С: самолет, стакан, сыр, сумка, сосна.

14.Особенности словарного запаса

*Исследование номинативного словаря*. Логопед выясняет знание реб слов из следующих групп: игрушки, одежда, обувь, посуда, мебель, овощи, фрукты, предметы дом.обихода, дом.животные, дикие звери, растения, школьные принадлежности, транспорт, картины природы.

Далее реб предлагается назвать предмет по его описанию. Инструкция: как называется предмет, в котором варят суп? как называется предмет которым копают землю?

Затем устанавливается знание обобщающих слов по указанным выше группам, способности подбора синонимов к группе слов: осторожность, боец, радость, печаль, врач, ненависть. Подбор родственных однокоренных слов к: земля, лес, вода, след, радость.

*Исследование атрибутивного словаря.* Реб предлагается подобрать определения к словам: туча, лес, небо, дорога, мама, книга, дом.

Употребление относительных прилагательных. Инструкция: стол какой? а стакан? Слова для предъявления: вата, замок, ранец, шуба, ваза, снег, ремень, море, мед, лист.

Подбор антонимов. Слова: мокрый, мягкий, острый, тонкий, прилежный, ловкий, робкий, мутный, спокойный.

*Исследование предикативного словаря.* Реб называет действия по предъявленному предмету: щука-плавает, змея-…, ласточка-…., кузнечик-… Реб называет изображенные предметы с характерными для них действиями. Реб называет слова, обозначающие крики животных и птиц. Используются предметные картинки.

15.Исследование грамматического строя речи.

*Исследование способности словоизменения.* Изменение по падежам. Инструкция: у меня есть кукла, у меня нет…….., я пою песенку……(кукле), я купаю….(куклу), я люблю играть с….(куклой), я мечтаю о красивой….(кукле).

Преобразование имен существительных в именительном падеже ед.числа во мн.число: стол-столы, рука-…,лист-…., окно-…..

Образование имен сущ.родительного падежа ед.и мн.числа: дом-дома-домов, дерево…, яблоко, стол и т.д.

Согласование прилагательных с сущ.ед.числа в роде. Используются предметные картинки. Образец: шар-красный, чашка-красная, платье-красное, затем шарф, шапка, пальто.

*Исследование способности словообразования.* Образование сущ.с уменьшительно-ласкательными суфф. Предлагаются картинки с изображениями предметов разной величины: стул-(стульчик), кровать-(кроватка), кукла-(куколка) и т.д.

Образование прилагательных от сущ. (подготовительная группа). Слова для предъявления: дерево-деревянный, резина-..,стекло, хрусталь, кожа, железо, шелк, бумага, кружево.

Образование глаголов движения с помощью приставок (подготов.гр.). Слова для предъявления: ходить-выходить-входить-заходить-переходить-обходить-уходить-отходить-проходить-сходить; бежать, летать, плыть, ехать.

Далее логопед выясняет, проводилось ли устранение дефектов произношения (где, сколько, результаты), и пишет уточненный диагноз или логопедическое заключение.

**Закономерности развития ФФ системы речи в нормальном онтогенезе.**

В.К. Орфинская, Р.Е.Левина и другие учёные указывали на то, что фонематическая система выполняет ряд функций, необходимых как для восприятия, так и для воспроизведения устной, а также письменной речи.

К функциям фонематической системы относятся:

- слухопроизносительная дифференциация фонем;

- фонематический анализ и синтез;

- смыслоразличение.

В.К. Орфинская относила к простым формам фонематического анализа способность выделять звук на фоне слова, то есть определять наличие заданного звука в слове, и способность выделять звук из слова, то есть распознавать фонематический состав слова. Сложными формами фонематического анализа являются количественный – определение количества фонем в слове; последовательный, или порядковый, определение последовательности фонем в слове и позиционный анализ – определение места фонемы в слове.

По данным В.К. Орфинской, в начальной и конечной позиции гласные выделяются легче, чем согласные. Среди гласных легче выделяются ударные, чем безударные. Щелевые согласные выделяются легче, чем смычные. Щелевые согласные легче выделяются в начальной позиции, а смычные – в конечной. Твердые согласные легче выделяются, чем мягкие. Наибольшую сложность представляет выделение безударных гласных среди согласных, так как в такой позиции редуцированный гласный воспринимается как призвук предыдущего согласного.

Фонематический синтез направлен на воссоздание слова из разрозненных фонем. Он предполагает, прежде всего, способность к слогообразованию – по сути, переводу фонем в аллофоны.

Результатом сопоставления фонематического состава слов и их лексического значения становится формирование смыслоразличительной функции фонем. Эта функция неотделима от фонематических представлений, то есть представлений о фонемном составе тех или иных слов.

Развитие способности слухового анализа звуков речи базируется, прежде всего, на общей способности слухового восприятия.

Уже в первые месяцы жизни у ребенка отмечаются безусловнорефлекторные реакции на сильные звуковые раздражители.

По данным А.Н. Гвоздева, реакция на окружающие звуки наблюдаются у слышащего ребёнка сразу после рождения. Они выражаются во вздрагивании, мигании, изменении дыхания и пульса.

На второй неделе жизни ребёнок, услышав звук человеческого голоса, перестаёт сосать грудь матери, прекращает плакать, когда с ним начинают говорить. К концу первого месяца жизни младенца можно успокоить колыбельной песней. К концу третьего месяца жизни он поворачивает голову в сторону говорящего и следит за ним глазами.

А.Н. Гвоздев отмечал, что к концу первого месяца жизни на базе сосательного рефлекса появляются намеки на губные звуки в слогоподобном комплексе, и вокализации начинают отражать не только дискомфорт. В состоянии удовлетворения возникают звуковые реакции, связанные с изменением дыхания при выраженной радости. В предречевом развитии наступает стадия гуканья.

К концу второго-третьего месяца издаваемые ребёнком звуковые комплексы уже заметно расчленены.

На третьем-четвертом месяце жизни звуковой состав комплексов обогащается. Ребёнок переходит к стадии гуления.

На пятом-шестом месяце ребёнок переходит к стадии лепета. В лепете достаточно чётко различимы слогоподобные звукосочетания.

По мнению В.И. Бельтюкова, в развитии лепета выделяется 3 этапа:

- на первом этапе звукосочетания проявляются независимо от слуха ребёнка;

- на втором этапе появляются аутоэхолалии, то есть попытки самоподражания;

- на третьем этапе появляются эхолалии, то есть попытки подражания окружающим.

Гуканье, гуление, лепет не являются попытками говорить, но демонстрируют подготовку речедвигательного аппарата к экспрессивной речи.

В своих научных работах Н.Х. Швачкин указывал на то, что ребёнок в возрасте 4 – 6 месяцев путём подражания произносит отдельные фонемы, слоги, перенимает тон, темп, ритм, мелодику и интонацию речи окружающих.

Интонация играет ведущую семантическую роль в понимании и выражении ребёнка на раннем этапе его речевого развития.

Наблюдения и эксперимент учёного показывают, что в восприятии ребёнка в конце первого года жизни вслед за интонацией и ритмом семантическую значимость начинает получать и звуковой рисунок слова. В комплексе интонация, ритм и общий звуковой рисунок слова непосредственно выражают мысли и чувства ребёнка. Они являются непосредственными носителями содержания речи [35].

По мнению Н.Х. Швачкина, способность воспринимать звуковой состав слова и есть то, что называют фонематическим слухом. Достаточная степень развития фонематического слуха является необходимой предпосылкой начала продуцирования речи.

Учёный условно разделил развитие детской речи на два периода: первый – дофонемный, просодическая речь; речь второго периода – определил как фонемную. Так, под воздействием изменения семантики происходит переход к фонематическому восприятию речи, связанный с коренной перестройкой и артикуляции, и речевого слуха ребёнка.

 Способность к эхолалии появляется на седьмом-девятом месяцах жизни, и это отражает развитие имитационных механизмов, необходимых для овладения произношением.

Н.Х. Швачкин опубликовал в 1948 году результаты своих экспериментов, направленных на изучение развития фонематического восприятия в раннем возрасте. Он определил, что ребёнок овладевает способностью классифицировать звуки русского языка в возрасте от 11 месяцев до 1 года 10 месяцев. За это время он проходит две стадии – различения гласных и различения согласных.

Стадия различения гласных продолжается 1 месяц и разграничивается на 3 этапа: отграничение [А] от других гласных; разграничение гласных переднего ряда [И], [Э] и заднего ряда [О], [У]; разграничение гласных переднего и заднего ряда между собой [И] – [Э], [О] – [У].

 Стадия различения согласных длится 11 месяцев, она включает 5 ступеней. На предварительной ступени, которая охватывает второй месяц развития фонематической системы, ребёнок начинает определять согласный в начальной позиции. Далее, на третьем месяце фонематического развития, следует ступень различения сонорных согласных и смычных шумных. Четвертый месяц знаменуется освоением следующей ступени – различением твердых и мягких согласных.

Ступень различения сонорных согласных приходится на пятый и шестой месяцы. На пятом месяце способность различения соноров проходит три этапа развития. Сначала ребёнок начинает отличать носовые согласные от других сонорных, затем – носовые между собой, а после этого различать [Р] и [Л]. На шестом месяце развивается способность разграничивать сонорные и щелевые шумные.

Ступень различения шумных согласных охватывает полгода. На седьмом месяце фонематического развития формируется способность противопоставления губных и язычных согласных, на восьмом месяце – смычных и щелевых, на девятом месяце – переднеязычных и заднеязычных, на десятом месяце – глухих и звонких, на одиннадцатом месяце – свистящих и шипящих и, наконец, на двенадцатом месяце – соноров [Р], [Л] и [Й].

К двум годам ребёнок оказывается в состоянии классифицировать все звуки воспринимаемой речи, понимать и реагировать на слова, отличающиеся всего одной фонемой. Так формируется фонематический слух – способность воспринимать звуки человеческой речи.

От трёх до семи лет у ребёнка всё более развивается навык слухового контроля за своим произношением, умение исправлять его.

К четырём годам в норме ребёнок дифференцирует все звуки, то есть у него сформировано фонематическое восприятие. К этому же времени у ребёнка заканчивается формирование правильного звукопроизношения.

Фонематическая система это сложное психическое образование, обеспечивающее синхронный анализ потока звуков речи, направленный на распознавание смыслоразличительных его элементов и является основным инструментом понимания слышимой речи. Предпосылки к развитию фонематической системы у ребёнка формируются уже к концу первого года жизни. Фонематическое восприятие начинает развиваться очень рано, практически с самого рождения ребенка; в процессе своего формирования проходит несколько этапов; к младшему дошкольному возрасту, оно становится достаточно развитым для формирования правильного произношения, но свое развитие не прекращает, а в старшем дошкольном возрасте переходит на более высокий уровень развития – способность к звуковому анализу структуры слова, что имеет большое значение для овладения навыками чтения и письма.