**Дизартрия**

Дизартрия характеризуется нарушением произношения вследствие нарушения иннервации речевого аппарата, возникающим в результате поражения нервной системы. При дизартрии ограничена подвижность органов речи (мягкого нёба, языка, губ), из-за чего затруднена артикуляция. Выявление дизартрии требует неврологического обследования, по результатам которого назначаются лечение и логопедическая коррекция.

Причинами возникновения дизартрии являются различные вредоносные факторы, которые могут воздействовать внутриутробно во время беременности (вирусные инфекции, токсикозы, патология плаценты), в момент рождения (затяжные или стремительные роды, вызывающие кровоизлияние в мозг младенца) и в раннем возрасте (инфекционные заболевания мозга и мозговых оболочек: менингит, менингоэнцефалит и др.).

Дизартрия может наблюдаться как в тяжелой, так и в легкой форме. Тяжелая форма чаще всего рассматривается в рамках детского церебрального паралича и является его компонентом. Дети с тяжелой формой дизартрии получают комплексную логопедическую и врачебную помощь в специальных учреждениях: детских садах и школах для детей с тяжелыми нарушениями речи и для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

В детских садах и школах общего типа могут находиться дети с легкими степенями дизартрии (другие названия: стертая форма, дизартрический компонент). Эти формы проявляются в более легкой степени нарушения движений органов артикуляционного аппарата, общей и мелкой моторики, а также в нарушениях произносительной стороны речи - она понятна для окружающих, но нечеткая.

*Дизартрия проявляется в значительном нарушении звукопроизношения и легко распознаётся, поскольку речь смазанная, глухая, часто с носовым оттенком.* Лёгкие нарушения артикуляции выявляются при специальном логопедическом исследовании.

Диагноз дизартрии устанавливается, как правило, невропатологом. При этом учитывается [заключение логопеда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%B2%D0%BE%D0%B5_%D0%B7%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5). Логопед, в свою очередь, исследует не только особенности и характеристики нарушения звукопроизношения, но и все другие стороны речи.

Поскольку дизартрия не является самостоятельным заболеванием и может наблюдаться при многих расстройствах нервной системы, содержание и очерёдность лечебных мероприятий определяются врачом после установления клинического диагноза, с учётом возраста и состояния больного. Во многих случаях требуется комплексное (лечебное и логопедическое) воздействие.

Целью работы [логопеда](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%B4) является достижение понятной окружающим речи.

**Ринолалия**

Ринолалия характеризуется нарушением тембра голоса и звукопроизношения, обусловленным анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Формы ринолалии делятся в зависимости от характера нарушения небно-глоточного смыкания.

Ринолалия:

- открытая функциональная,

- открытая органическая,

- закрытая функциональная,

- закрытая органическая,

- смешанная.

*Функциональная открытая ринолалия* обусловлена разными причинами. Объясняется она недостаточным подъемом мягкого нёба при фонации у детей с вялой артикуляцией.

Одна из функциональных форм — «привычная» открытая ринолалия. Она наблюдается часто после удаления аденоидных разращений или, реже, после постдифтерийного пареза. Возникает в результате длительного ограничения подвижности мягкого нёба. Функциональное обследование при открытой форме не выявляет каких-либо изменений твердого или мягкого нёба. Признаком функциональной открытой ринолалии служит более выраженное нарушение произношения гласных звуков. При согласных же нёбно-глоточное смыкание хорошее. Прогноз при функциональной открытой ринолалии обычно благоприятный. Она исчезает после фониатрических упражнений, а нарушения звукопроизношения устраняются обычными методами, применяемыми при дислалии.

*Открытая органическая ринолалия.*

Органические причины могут быть приобретенными или врожденными.

Приобретенная открытая ринолалия образуется при перфорации твердого и мягкого нёба, при рубцовых изменениях, парезах и параличах мягкого нёба. Причиной могут быть повреждения языкоглоточного и блуждающего нервов, ранения, давление опухоли и др.

Наиболее частой причиной врожденной открытой ринолалии является врожденное расщепление мягкого или твердого нёба, укорочение мягкого нёба. Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и нёба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтов, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов.

В настоящее время принята следующая классификация.

*Врожденные расщелины верхней губы:*

- скрытая расщелина,

- неполная расщелина:

а) без деформации кожно-хрящевого отдела носа;

б) с деформацией кожно-хрящевого отдела носа.

- полная расщелина.

В раннем возрасте применяется хирургическое лечение и в случае необходимости ортодонтическое наблюдение, что создает нормальные условия для развития речи.

*Врожденные расщелины нёба:*

1. расщелины мягкого нёба, которые бывают скрытые (субмукозные); неполные; полные;

2. расщелина мягкого и твердого нёба: скрытая; неполная; полная;

3. полная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба: односторонняя; двусторонняя;

4. полная расщелина альвеолярного отростка и переднего отдела твердого нёба: односторонняя; двусторонняя.

Логопеду наиболее трудно обнаружить субмукозную (подслизистую), или скрытую, расщелину. Для ее выявления следует обратить внимание на заднюю поверхность твердого нёба, которая при утрированном произнесении звука А с широко открытым ртом слегка втягивается в форме небольшого треугольника. Слизистая оболочка в этой области истончена и имеет более бледную окраску. Нарушения нёба могут сочетаться с расщеплением губы. Продолжительность и объем лечебных мероприятий зависят от тяжести врожденной патологии, так как требуется длительное согласованное лечение у хирурга и ортодонта, расщелины обычно сочетаются с различными зубо-челюстными деформациями.

Хирургическое лечение детей с несращением верхней губы и нёба осуществляется в несколько этапов. Несращение губы в зависимости от формы дефекта и состояния организма ребенка оперируется в сроки от 10 дней до одного года. Операции на небе, как правило, осуществляют до 6 лет. Работа по устранению остаточных дефектов верхней губы, носа и деформации неба проводится в возрасте от 7 до 14 лет. Одного хирургического лечения для полной реабилитации большинства детей с расщелиной губы и нёба недостаточно. Эти больные нуждаются в помощи со стороны ряда специалистов (стоматологов ортодонтов, ортопедов, оториноларингологов, логопедов, невропатологов и др.).

*Органическая закрытая ринолалия* образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произнесения звуков речи. Чаще всего причиной закрытой формы ринолалии являются органические изменения в носовом пространстве или функциональные расстройства нёбно-глоточного смыкания. Органические изменения вызываются болезненными явлениями, в результате которых затрудняется носовое дыхание.

*Функциональная закрытая ринолалия* наблюдается у детей часто, но не всегда правильно распознается. Она возникает при хорошей проходимости носовой полости и ненарушенном носовом дыхании. Однако тембр назальных и гласных звуков при этом может быть нарушен сильнее, чем при органических формах. Мягкое нёбо при фонации и при произношении назальных звуков сильно поднимается и закрывает доступ звуковым волнам к носоглотке. Это явление чаще наблюдается при невротических расстройствах у детей. При органической закрытой ринолалии прежде всего должны быть устранены причины непроходимости носовой полости. Как только наступает правильное носовое дыхание, исчезает и дефект.

Некоторые авторы (М. Зееман, А. Митринович-Моджеевска) выделяют *смешанную ринолалию* — состояние речи, характеризующееся 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. Состояние речи может ухудшиться после аденотомии, т. к. возникает нёбно-глоточная недостаточность и проявляются признаки открытой ринолалии. В связи с этим логопеду следует тщательно обследовать строение и функцию мягкого нёба, установить, какая форма ринолалии (открытая или закрытая) сильнее нарушает тембр речи, совместно с врачом обсудить необходимость устранения носовой непроходимости и предупредить родителей о возможности ухудшения тембра голоса. После операции используются приемы коррекции, разработанные применительно к открытой ринолалии.

Коррекционная работа требует воздействия на всю систему голоса и речеобразования. Патофизиологические исследования, выявляющие особенности дыхания, фонации и артикуляции у данного контингента, расширяют представление о структуре дефекта и позволяют выбирать более обоснованные и целенаправленные методы логопедической работы. Особенно важными являются ранние профилактические и комплексные коррекционные мероприятия, которые могут ослабить развитие дефекта и способствовать скорейшей социальной реабилитации лиц с врожденными аномалиями нёба.

**Алалия**

Алалия характеризуется отсутствием или недоразвитием речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Алалия – одна из тяжелых и стойких форм патологии речевой деятельности. Многие дети с алалией не овладевают языком как знаковой системой и остаются неговорящими или почти неговорящими даже ко времени поступления в школу.

Алалию вызывает комплекс различных причин эндогенного и экзогенного характера. Основное место в этом комплексе принадлежит вредностям, которые действуют в пренатальный и натальный периоды жизни детей и вызывают  у них органические поражения центральной нервной системы. У большинства наиболее значимым вредоносным фактором является асфиксия во время родов, при которой поражаются многие отделы мозга, что затрудняет образование в нем межсистемных связей необходимых для формирования языка. Наблюдающиеся у многих детей с алалией в ранний период жизни частые соматические заболевания и разного рода отрицательные социально-психологические влияния усугубляют действие предшествующих вредоносных факторов биологического характера и в совокупности с ними расстраивают процесс усвоения языка.

Существуют различные подходы к классификации алалии. В современной логопедии различают сенсорную и моторную формы алалии, однако М.Е. Хватцев утверждал, что чистых форм алалии нет: у одних преобладают сенсорные нарушения, у других – моторные. Такая связь объясняется целостной работой мозга.

При алалии происходит запаздывание созревания нервных клеток в определенных областях коры головного мозга.

Недоразвитие мозга или его раннее поражение приводит к понижению возбудимости нервных клеток и к изменению подвижности основных нервных процессов, что влечет за собой снижение работоспособности клеток коры головного мозга.

Изучение патофизиологических  механизмов, лежащих в основе алалии, обнаруживает широкую иррадиацию процессов возбуждения и торможения, инертность основных нервных процессов, повышенную функциональную истощаемость клеток коры головного мозга.

Алалия *не просто временная функциональная задержка речевого развития. Весь процесс становления речи при этом речевом нарушении проходит в условиях патологического состояния нервной системы.* Отдельные проявления алалии внешне оказываются сходными с нормальным развитием ребенка на более раннем этапе. Условнорефлекторная деятельность мозга в условиях недоразвития соответствует в какой-то мере деятельности в ранние периоды нормального формирования детской речи. Однако с возрастом расхождения все увеличиваются, так как при нормальном развитии один этап сменяется другим более плавно и быстрее, чем при алалии.

*Алалия представляет собой системное недоразвитие  речи, при котором нарушаются все компоненты речи: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй.* Среди неречевых расстройств при алалии выделяют моторные, сенсорные, психопатологические симптомы.

*Моторная алалия – это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций процесса порождения речевого высказывания при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций.*

Ядром нарушения можно рассматривать *несформированность психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, воспроизводство и адекватное восприятие знаков языка*. У детей не формируются операции программирования,  отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения высказывания.

Всех детей с алалией объединяет патологическое функционирование языкового механизма при порождении речи.

*У большинства детей наблюдается неврологическая симптоматика*, проявляющаяся в нарушении глубокой чувствительности, слабо выраженных гемипарезах преимущественно органов речевого аппарата и дистальных отделов правой руки, оральной и артикуляторной апраксии, общемоторной неловкости (недостаточности координации, точности движений и т.п., особенно в мелкой моторике)*.*

*У всех детей выявляются разнохарактерные и различно сочетающиеся друг с другом психопатологические нарушения.* Обычно они выражены нерезко. У небольшого числа встречаются расстройства зрительного восприятия и представлений.

Часты расстройства процессов зрительной и слуховой (кратковременной и долговременной) памяти; особенно это касается произвольной памяти. У отдельных детей наблюдаются недостатки в конструктивной деятельности.

Знания о некоторых предметах, явлениях, свойствах, отношениях  у многих детей ограничены, хотя дети в целом хорошо ориентированы в окружающей действительности и обычно ведут себя адекватно. При осуществлении операций *невербального образного и понятийного мышления* со знакомыми предметами дети с алалией, как правило, не испытывают затруднений, их действия почти не отличаются от нормы. Правда, для части детей с алалией при этом характерно замедление темпа мыслительного процесса и большее по сравнению с нормой число попыток при выполнении мыслительных операций. У детей отмечается эмоциональная возбудимость, двигательная расторможенность, отвлекаемость, негативизм (чаще речевой). В операциях *вербального мышления* детям нередко бывает трудно строить умозаключения, хотя они в большинстве случаев устанавливают правильные отношения между фактами действительности. Об этом можно судить по результатам выполнения тех же заданий в невербальной форме.

Характерный показатель этого расстройства – *отвлекаемость.* Она обнаруживается во всех или почти во всех психических процессах и не только при оперировании с незнакомым, но и со знакомым материалом. Нередко отвлекаемость возникает даже при условии положительной направленности ребенка на выполнение деятельности, представляющей для него интерес.

Особо нужно сказать о *речевом негативизме*. Он нередко проявляется вне зависимости от степени нарушения языковой системы (уровня речевого развития) и может затруднять диагностику.

*Многие дети испытывают затруднения при прохождении программы детского сада.* У части из них обнаруживаются разного рода затруднения в игре, а также в рисовании, лепке, конструировании и, особенно, в усвоении грамоты.

Значительному числу *свойственны быстрая утомляемость и низкий уровень работоспособности.*

*Проявления языковых симптомов у разных детей с алалией колеблетсяся в широких пределах:* от полного отсутствия экспрессивной речи или наличия в ней лишь единичных компонентов языковой системы (отдельных слов, звуков и проч.) до незначительных нарушений в какой-либо одной из подсистем языка (в семантической, синтаксической, морфологической, лексической, фонематической). Последнее обычно характерно только для детей среднего и старшего школьного возраста, «выходящих» или «вышедших» из алалии. В более же ранние возрастные периоды, как правило, бывает расстроена вся языковая система, и у большинства детей отмечается одинаковая степень нарушения всех подсистем языка.

Показательным является, как уже отмечалось, непостоянство симптомов: одна и та же языковая единица, попадая в разные условия, может быть правильной либо неправильной. Например,  в одном случае ребенок правильно называет предмет, скажем ВАЗА, в другом называет его БАНКА, а в третьем не называет вовсе. Что касается состояния основных форм речи, то нарушения экспрессивной речи  обязательны и составляют суть алалии, причем нарушается только вербальная речь, другие же средства звуковой речи сохранны, а именно, мелодика, звукоподражания, «звуковые жесты», псевдослова (т.е. слова, изобретаемые детьми); сохранны также и остальные невербальные средства звуковой коммуникации: крик, смех, писк и т.п.

Остаются ненарушенными импрессивная и кинетическая речь. Непонимание речи, как уже говорилось выше, возникает при отсутствии у ребенка соответствующих знаний. Кинетическая (жестовая) речь наряду с другими невербальными средствами коммуникации очень широко используется многими детьми и в известной мере компенсирует патологию речи вербальной.

Овладение письменной речью большинству детей дается с трудом, и у них часто отмечаются различные формы дислексии и дисграфии.

*Для детей с алалией показательно существенное расхождение между количественным составом пассивного и активного словаря:* как в обыденной жизни, так и в специально созданных экспериментальных условиях дети понимают значения всех или большинства слов, доступных для их возраста, но не могут найти многих слов при их актуализации или допускают своеобразные ошибки.

В основном дети употребляют простые повествовательные и побудительные предложения (чаще нераспространенные). Число синтаксических конструкций так же ограничено. Оно нередко исчерпывается конструкциями «подлежащее» («дети», вместо «Дети пошли в лес за грибами»).

Есть тенденция к отнесению сказуемого в конец предложения («руки моет», «дети на санках с горки катаются»). Прослеживается тенденция и к постпозиции определяющего члена конструкции («кубик большой», «кружок синий»).

Часто необходимые члены синтаксических конструкций пропускаются. Преимущественно это касается сказуемого («мальчик машина», вместо «мальчик катает машину»).

Характерен пропуск союзов и предлогов. Многие предлоги и союзы употребляются неверно («идет дом», вместо «идет за дом»).

Управление, при котором существуют ьолее сложные отношения между главным и зависимым компонентом сочетания, вызывает у детей трудности. (рисовать кисточкой – «рисовать кисточком», поет песенку – «поет песенка»).

На уровне текста отмечается неправильное построение предложений, неверное согласование слов, пропуски и замены слов. Вследствие этих нарушений тексты бывают недостаточно развернутыми,  в них отмечаются пропуски частей сюжета, рвутся логические связи; вне ситуации тексты становятся непонятными или малопонятными слушателям.

Корни слов и окончания исходных форм слов у большинства детей остаются сохранными; эти элементы могут деформироваться только у детей с тяжелой степенью расстройства языковой системы, что преимущественно вызвано фонематическими нарушениями: кубики – «ку», маленький – «ма», сидит – «си».

Приставки и суффиксы чаще подвержены нарушениям. Дети обладают весьма ограниченным их числом, а многие приставки и суффиксы вовсе не употребляются или употребляются неверно: нарисовал – «рисовал». Один из симптомов морфологических нарушений – неверные согласования в роде и числе: «красный бант, красный платье, красный юбка, колесо упала».

В ряде случаев дети неверно употребляют окончания множественного числа.

В системе склонения дети правильно употребляют нулевую, исходную форму и некоторые формы винительного и родительного падежей, хотя и формы последних нередко подвергаются нарушениям. Выражена тенденция к замене окончаний косвенных падежей окончаниями именительного. Вместе с тем  отмечаются взаимозамены окончаний ряда падежей  (поймал жук, жуку; дает петух, петуха).

Много аграмматических ошибок допускается и в глагольных формах. Вместо формы определенного лица и числа иногда употребляется неопределенная форма (мама и папа пить чай, мальчики кидать мяч).

Словообразованием дети с алалией владеют в очень ограниченных рамках и в процессе его, как правило, возникает много ошибок: деревянный – из дерева, теленок – маленький му.

Рассмотренные лексические, синтаксические и морфологические нарушения у детей с алалией не связаны с патологией мышления или других психических процессов, а являются результатом неовладения детьми структурно-функциональной стороной языка, системой правил оперирования с языковыми единицами.

У многих детей проявляется легкая степень («стертая форма») дизартрии. Какой-либо специфики у детей с алалией она не представляет.

У небольшого числа детей отмечаются особенности просодии, обусловленные языковыми нарушениями. Вследствие затруднений при поиске языковых единиц и правил их функционирования возникают остановки, замедление темпа речи, протягивание звуков.

На разных этапах развития алалии у большого числа детей возникает заикание. Чаще это случается на этапе овладения фразовой речью. У некоторых детей отмечается спотыкание или своеобразные проявления, напоминающие спотыкание.

Алалия – не статичное, а динамичное расстройство, которое в ходе своего развития претерпевает ряд существенных изменений. У всех детей в той или иной степени происходит спонтанное усвоение языка, несмотря на значительную задержку в сроках его усвоения и патологическое развитие. В процессе же специального обучения детей в дошкольных и школьных учреждениях язык обогащается и постепенно *приближается*к норме.

**Афазия**

Афазия характеризуется полной или частичной утратой речи, обусловленной локальными поражениями головного мозга.

Причинами возникновения афазий являются нарушения мозгового кровообращения, ишемии, черепно-мозговые травмы, опухоли, инсульты, тромбоэмболии, инфекционные заболевания головного мозга. В результате поражения коры головного мозга (различных его участков)  *происходит распад уже имеющейся речи. Поэтому афазией является нарушение речи, возникшее после 3-х летнего возраста.*

*Эфферентная моторная афазия* возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (двигательный речевой центр ([центр Брока](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A6%D0%B5%D0%BD%D1%82%D1%80_%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BA%D0%B0))). Она вызывает распад грамматики высказывания и трудность переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов, приводящих к звуковым, слоговым и лексическим перестановкам и повторам – это следствие невозможности своевременного переключения с одного артикуляционного уклада на другой. Данная форма афазии сопровождается, как правило, кинетической апраксией – трудностью усвоения и воспроизведения двигательной программы.

*Динамическая афазия* возникает при поражении заднелобных отделов левого полушария – блока активации, регуляции и планирования речевой деятельности. Проявляется в трудности, а иногда и невозможности активного развертывания высказывания. При данной форме правильно произносятся отдельные звуки, слова, короткие предложения – но нарушено полноценное высказывание, т.е. коммуникативная функция речи. Нарушается как производство, так и понимание речевого высказывания.

*Афферентная моторная афазия* возникает при поражении вторичных зон постцентральных и нижнетеменных отделов коры головного мозга, расположенных сзади от центральной (Роландовой) борозды. Для таких больных характерно нарушение выбора звука. Механизмом является нарушение кинестетический ощущений. Ведущий дефект — невозможность найти точные артикуляционные позы и уклады для произнесения слова. Существует два варианта афферентной моторной афазии. При первом варианте выраженная апраксия артикуляционного аппарата может привести к полному отсутствию спонтанной речи. Второй вариант («проводниковая афазия») отличается значительной сохранностью ситуативной клишеобразной речи при грубом распаде повторения, называния и других произвольных видов речи.

*Акустико-гностическая сенсорная афазия* возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария. В её основе лежит нарушение фонематического слуха, различение звукового состава слов. При акустико-гностической афазии наблюдается утрата способности понимания звуковой стороны речи.

*Сенсорная афазия* характеризуется полной или частичной утратой понимания обращенной речи при сохранности слуха. Больной слышит речь, но не понимает смысла слов. Он воспринимает звуки речи как нечленораздельные шумы, не дифференцирует на слух сходные по звучанию фонемы. В тяжелых случаях понимание речи отсутствует полностью. При сенсорной афазии часто наблюдается недостаточность и моторной речи в виде нарушений структуры слов, их повторений, наличия парафазий. Характерна повышенная речевая активность с отчуждением смысла слов и нарушением контроля над собственной речью, бессмысленный словесный поток — логорея. При сенсорной афазии обычно страдает чтение и письмо (пропуски, перестановка слов и слогов, грубые искажения смысла слов). При распространении очага поражения на теменную область левого полушария (у правшей) сенсорная афазия сопровождается синдромом акалькулии — нарушением способности счета.

*Акустико-мнестическая афазия*  возникает при поражении средних и задних отделов височной области.  В основе нарушения лежит снижение слухоречевой памяти, которое вызвано повышенной тормозимостью слуховых следов. При восприятии каждого нового слова и его осознании больной утрачивает предыдущее слово. Это нарушение проявляется также при повторении серий слогов и слов. Снижение объема слухоречевой памяти приводит к трудностям понимания длинных многосложных высказываний, состоящих из 5-7 слов. В отличие от других форм афазии нарушение слухоречевой памяти является основным дефектом при акустико-мнестической афазии при сохранном фонематическом слухе и сохранной артикуляторной стороне речи. Вторым вариантом является *оптико-мнестическая афазия*, при которой нарушается зрительная память, ослабляются и обедняются зрительные представления о предмете, с трудом соотносятся воспринятые на слух слова с их зрительными представлениями.

*Семантическая афазия* возникает при поражении теменно-затылочной области доминантного полушария. В основе семантической афазии лежат дефекты симультанного анализа и синтеза речи, одновременного схватывания информации. Ведущим дефектом для этой формы является нарушение понимания сложных логико-грамматических структур, особенно выражающих пространственные отношения (спереди, сзади, слева, справа и т.д.). Эти нарушения сочетаются с забыванием слов, однако подсказка первого звука или слога помогает воспроизведению всего слова. При семантической афазии наблюдаются специфические амнестические трудности при поисках нужного слова или произвольном назывании предмета, когда больные вместо названия предмета дают описание функций  и качеств этого предмета синтагматическими средствами, т.е. заменяют одно слово не другим словом, а целой фразой – «Это то, чем пишут».

*Амнестическая афазия (****словесная амнезия, или «потеря памяти слов»)* п**роявляется нарушением способности называть предметы при сохранности способности их охарактеризовать. При подсказывании начального слога или звука больной вспоминает нужное слово. Подобные нарушения наблюдаются и в письменной речи. При амнестической афазии грамматическая структура фраз и понимание устной и письменной речи остаются сохранными. Амнестическая афазия возникает при поражении нижних и задних отделов теменной и височной областей коры левого полушария головного мозга (у правшей).

***Тотальная афазия* — полная потеря способности говорить и понимать обращенную речь.** Возникает при обширных повреждениях доминантного полушария головного мозга с поражением моторных и сенсорных корковых зон речи.

Динамика восстановления нарушенных речевых функций зависит от места  и очага поражения, от формы афазии, сроков начала восстановительного обучения.

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 психических функций достигается при длительных логопедических занятиях.

**Заикание**

Заикание характеризуется нарушением темпа, ритма, плавности речи, вызываемым судорогами в различных частях речевого аппарата.

При заикании ребенка наблюдаются вынужденные остановки или повторения отдельных звуков и слогов. Заикание чаще всего возникает у детей в возрасте от двух до пяти лет. Чтобы вовремя помочь ребенку, очень важно не пропустить первые признаки заикания:

ребенок вдруг внезапно замолкает, отказывается говорить (Это может длиться от двух часов до суток, после чего ребенок вновь начинает говорить, но уже, заикаясь.Если успеть обратиться к специалисту до момента возникновения заикания, его можно предотвратить.);

- употребление перед отдельными словами лишних звуков (а, и);

- повторение первых слогов или целых слов в начале фразы;

- вынужденные остановки в середине слова, фразы;

- затруднения перед началом речи.

*Причиной появления заикания является ослабленность центральной нервной системы.* Поводы к возникновению заикания могут быть различными. Иногда оно появляется после ряда инфекционных заболеваний, когда организм ослаблен. Часто заикание возникает после испуга или при длительной психической невротизации - постоянном несправедливом, грубом отношении к ребенку окружающих его людей. К заиканию может привести внезапное изменение в худшую сторону жизненных условий (обстановки в семье, режима). Нередки случаи заикания у детей с рано развившейся речью, родители которых читают им слишком много стихов, сказок, обращаются с постоянными просьбами: «расскажи», «повтори», часто заставляют говорить напоказ.

Иногда у детей, поздно начавших говорить (в возрасте около трех лет), одновременно с бурным развитием речи возникает и заикание. Следует иметь в виду, что заикание также может появляться у детей с замедленно формирующейся моторной сферой. Такие дети неловки, плохо себя обслуживают, вяло жуют, у них недостаточно развита мелкая моторика рук.

Ввиду того, что у заикающихся детей и детей группы риска ослаблена нервная система, для них требуются индивидуальный подход, спокойная обстановка в семье, правильный общий и речевой режим.

Нельзя читать детям много книг, не соответствующих их возрасту. Вредно чтение на ночь страшных сказок, так как это может вызвать у ребенка чувство постоянного страха: он боится увидеть Бабу Ягу, лешего, черта и т.п.

Не следует разрешать часто и долго смотреть телевизионные передачи. Это утомляет и перевозбуждает ребенка. Особенно отрицательно действуют передачи, не соответствующие его возрасту и просмотренные перед сном.

Нельзя чрезмерно баловать детей, исполнять любые их прихоти, так как в этом случае психической травмой для ребенка может послужить даже незначительное противоречие ему, например, отказ в чем-то желаемом. Требования, предъявляемые к ребенку, должны соответствовать его возрасту, быть всегда одинаковыми, постоянными со стороны всех окружающих как в семье, так и в детском саду, в школе.

Не следует перегружать ребенка большим количеством впечатлений (кино, чтение, просмотр телепередач и т.п.) в период выздоровления после перенесенного заболевания. Несоблюдение режима и требований правильного воспитания в это время может легко привести к возникновению заикания.

Нельзя запугивать ребенка, наказывать, оставляя одного в помещении, особенно плохо освещенном. В виде наказания можно заставить его спокойно посидеть на стуле, лишить участия в любимой игре и т.п.

Педагогам необходимо помнить следующее. В случае поступления заикающегося ребенка в детский сад или школу нужно установить связь с родителями, выявить причины заикания и постараться их устранить, проявить к такому ребенку максимум внимания, чуткости, наладить с ним контакт, не фиксировать внимание ребенка на его недостатке и следить, чтобы его не дразнили другие дети.

Говорить с таким ребенком надо четко, плавно (не отрывая одно слово от другого), не торопясь, но ни в коем случае не по слогам и не нараспев.

Нужно быть всегда одинаково ровным и требовательным к ребенку. Следует сблизить такого ребенка с наиболее уравновешенными, хорошо говорящими детьми, чтобы, подражая им, он учился говорить выразительно и плавно. Нельзя вовлекать заикающихся детей в игры, которые возбуждают и требуют от участников индивидуальных речевых выступлений. Вместе с тем, им полезно участвовать в хороводных и других играх, требующих хоровых ответов.

На празднике надо предоставить ребенку возможность спеть песню вместе с другими детьми, чтобы не лишать радости выступить, не подчеркивать его недостаток, а, наоборот, вселять уверенность в своих силах.

Для заикающегося ребенка очень важны занятия музыкой и танцами, которые способствуют развитию правильного речевого дыхания, чувства темпа, ритма. Полезны дополнительные занятия по пению.

Заикающийся ребенок все время должен находиться под наблюдением логопеда и психоневролога.

**Дислалия**

Дислалия характеризуется нарушением звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.  Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в ее звуковом  оформлении при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в дефектах воспроизведения звуков речи: искаженном (ненормативном) их произнесении, заменах одних звуков другими, смешении звуков и их пропусках.

*Функциональная дислалия* – нарушение звукопроизношения, когда не наблюдается органических нарушений, периферически или центрально обусловленных. Возникает в детском возрасте в процессе усвоения системы произношения. При данной форме может нарушаться воспроизведение одного или нескольких звуков.

*Механическая дислалия*  наблюдается при отклонениях в строении периферического речевого аппарата (зубов, челюстей, языка, нёба). Возникает в любом возрасте вследствие повреждения периферического речевого аппарата, при данной форме обычно страдает группа звуков.

В ряде случаев встречаются комбинированные функциональные и механические дефекты.

При функциональной дислалии  несформированными оказываются специфические речевые умения произвольно принимать позиции артикуляторных органов, необходимые для произношения звуков. Это может быть связано с тем, что у ребенка не образовались акустические или артикуляторные образцы отдельных звуков. В этих случаях оказывается не усвоенным какой-то один из признаков данного звука. Фонемы не различаются по своему звучанию, что приводит к замене звуков. Артикуляторная база оказывается неполной, т.к не все необходимые для речи слуходвигательные образования (звуки) сформировались. В зависимости от того, какие из признаков звуков – акустические или артикуляционные – оказались несформированными, звуковые замены могут быть различными.

В других случаях у ребенка оказываются сформированными все артикуляторные позиции, но нет умения различать некоторые позиции, т.е. правильно осуществлять выбор звуков. Вследствие этого фонемы смешиваются, одно и то же слово принимает разный звуковой облик. Это явление носит название *смешения или взаимозамены звуков* (фонем).

Часто наблюдаются случаи ненормированного воспроизведения  звуков в силу неправильно сформированных отдельных артикуляторных позиций. Звук произносится как несвойственный фонетической системе родного языка по своему акустическому эффекту. Это явление называется *искажением звуков*.

Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита:

О.В.Правдина выделяет *3 уровня нарушенного произношения:*

- неумение правильно произносить звук или группу звуков;

- неправильное произношение их в речи при правильном произношении изолированно или в легких словах;

- смешение двух близких по звучанию или артикуляции звуков при умении правильно произносить оба звука.

Эти данные свидетельствуют о том, что ребенок с нарушенным произношением проходит те же этапы овладения звуком, что и нормальный, но на каком-то из этапов он может задержаться или остановиться.

*При механической дислалии* наиболее часто встречаются дефекты произношения, обусловленные:

1) аномалиями зубочелюстной системы: диастемы между передними зубами;

2) отсутствием резцов или их аномалиями;

3) неправильным положением верхних или нижних резцов или соотношением между верхней и нижней челюстью (дефекты прикуса).

Эти аномалии могут быть из-за дефектов развития или быть приобретенными вследствие травмы, зубных заболеваний или возрастных изменений. В ряде случаев они обусловлены аномальным строением твердого неба (высокий свод).

В таких случаях наиболее часто наблюдаются дефекты свистящих и шипящих звуков, губно-зубных, переднеязычных, взрывных, реже Р и Рь. Довольно часто нарушается произношение и гласных звуков, которые становятся малоразборчивыми из-за избыточной зашумленности согласных и недостаточной акустической противопоставленности гласных.

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

При таких аномалиях страдает произношение шипящих и вибрантов, наблюдается также боковой сигматизм. В ряде случаев  страдает внятность речи.

Значительно реже встречаются нарушения произношения, обусловленные губными аномалиями, т.к. врожденные дефекты  (различные деформации) преодолеваются хирургическим путем в раннем возрасте.

При этом в основном нарушается произношение губных звуков вследствие неполного смыкания губ, а также губно-зубных звуков. Иногда наблюдаются дефекты произношения лабиализованных гласных (О, У).

Однако не всегда аномалии органов артикуляции приводят к дефектам произношения. Это свидетельствует о компенсаторных возможностях человека: один и тот же акустический эффект можно получить разными путями.

Механическая дислалия может комбинироваться с функциональной фонематической.

Во всех случаях механических дислалий необходима консультация (а в ряде случаев и лечение) хирурга и ортодонта.

*В зависимости от того, какое количество звуков дефектно произносится, дислалии подразделяются на простые и сложные.* К простым (мономорфным) относят нарушения, при которых дефектно произносится один звук или однородные по артикуляции звуки, к сложным (полиморфным) относят нарушения, при которых дефектно произносятся звуки разных групп (например, свистящие и соноры).

*Возрастная (физиологическая) дислалия.*

В 3 года должны быть правильными губно-губные (П, Пь, М, Мь, Б, Бь), губно-зубные (В, Вь, Ф, Фь), заднеязычные (К, Кь, Г, Гь, Х, Хь), переднеязычные (Т, Ть, Д, Дь, Н, Нь) и, разумеется, гласные.

К 4 годам  появляются свистящие (С, Сь, З, Зь, Ц).

К 5 годам – шипящие (Ш, Щ, Ж, Ч).

К 6 годам – соноры (Р, Рь, Л, Ль, Й).

До этого времени отсутствие звуков считается физиологическим состоянием и называется «возрастная дислалия», что означает, что ребенок развивается правильно, и эти недостатки должны пройти самостоятельно. Но это относится только к отсутствию звуков или к замене сложных звуков более простыми. В случае искажения звуков (горловое, боковое, межзубное, любое другое) в любом возрасте необходима помощь логопеда.

При составлении статьи использованы источники:

1. Беккер К.-П., Совак М. Логопедия: Пер. с нем. — М.: Медицина, 1981. — 288 с.
2. <https://sites.google.com/site/logopedonlain/home/dislalia>
3. <http://www.logoped.ru/nar04.htm>
4. <https://sites.google.com/site/logopedonlain/home/afazia>
5. <https://sites.google.com/site/logopedonlain/home/alalia>
6. <https://sites.google.com/site/logopedonlain/home/rinolalia>