**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение………………………………………………………3

Классификация нарушения речи……………………………3

Клинико-педагогическая классификация…………………..7

Психолого-педагогическая классификация……………….17

Выводы……………………………………………………….20

Список литературы………………………………………….21

**ВВЕДЕНИЕ**

Научно-обоснованные представления о формах и видах речевых нарушений являются исходными условиями для разработки эффективных методик их преодоления. На протяжении всей истории развития логопедии исследователи стремились к созданию классификации речевых нарушений, охватывающей все их многообразие. Но и в настоящее время проблема классификации остается одной из актуальных не только логопедии, но и других научных дисциплин, изучающих нарушения речевой деятельности: нейрофизиологии, медицины, патопсихологии и нейропсихологии, отраслей специальной психологии и педагогики: олигофренопедагогики, сурдопедагогики, тифлопедагогики. Сложность классификации речевых нарушений обусловлена рядом причин, среди которых ведущее место занимает недостаточная изученность самого механизма речи, а также несовпадение во взглядах исследователей на вопрос о принципах, на основе которых она должна быть построена.

**КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ**

На начальных этапах своего становления логопедия не располагала собственной классификацией и даже не ставила вопроса о необходимости ее разработки, так как находилась под большим влиянием успехов европейской медицины в области изучения речевых расстройств и опиралась на сложившийся в ней к концу XIX началу XX в. классификации. Одной из первых была классификация А. Куссмауля (1877), который подверг критическому анализу сложившиеся ранее представления о видах речевых нарушений, систематизировал их, упорядочил терминологию. Она (ее в дальнейшем стали называть клинической) легла в основание ряда модификаций в работах зарубежных и отечественных исследователей первой четверти XX в. В. Олтушевского, Г. Гутцмана, Э. Фрешельса, С. М. Доброгаева и др.

В этих классификациях было много общего: клинический подход, дополняемый этиопатогенетическими критериями, связь выделенных видов нарушений с теми или иными нозологическими формами заболеваний (при этом нарушения речи часто трактовались как симптом того или другого заболевания), а также язык описания, в котором применялись термины, составленные из латинских и греческих словообразовательных элементов (многие получили международное распространение и сохранились до наших дней). Между классификациями прослеживаются и несовпадения, обусловленные разными принципами группировки нарушений, а также некоторыми расхождениями во взглядах на степень существенности для классификации того или иного критерия. Ни одному автору не удалось последовательно провести классификацию на основе какого-то одного принципа. Следствием этого явилось несовпадение как в самой номенклатуре видов и форм речевых нарушений, так и в содержании терминов: одни и те же явления нередко обозначались разными терминами, а разные явления подводились под один термин. Картина речевых нарушений оказалась представленной в них обеднено, фрагментарно и даже противоречиво; явления, относящиеся к одному типу нарушений, оказывались нередко в разных группах, а разные явления в одной группе. Противоречия между отдельными классификациями, а также внутри одной стали особенно заметны на фоне достижений фундаментальных и прикладных наук XX столетия: физиологии высшей нервной деятельности, психологии, лингвистики, медицины, педагогики. В неврологии многие представления о видах речевых нарушений оказались пересмотренными. Логопедия не осталась в стороне от этой тенденции. М. Е. Хватцев, Ф. A. Pay, а в дальнейшем О. В. Правдина, С. С. Ляпидевский и другие в клиническую классификацию стали вносить коррективы, в результате которых были значительно изменены представления об отдельных видах нарушений, относимых к одной форме. Значительно пополнилась при этом содержательная характеристика речевого расстройства. Это позволило преодолеть фрагментарность описаний начала века. Однако внесенные коррективы не поколебали существа клинической классификации, ее терминологический аппарат не претерпел существенных изменений. Но смысловой объем понятий и соответствующие термины, применяемые как в медицине, так и в логопедии, перестали быть однозначными. Это заметно осложнило междисциплинарные контакты, необходимые для организации совместного комплексного медико-педагогического подхода к преодолению речевых нарушений. Внесенные логопедами коррективы в клиническую классификацию породили расхождения в понимании одних и тех же терминов в рамках этой области знаний.

Вместе с тем практика логопедических исследований, анализ результативности конкретных методик, разработанных для преодоления отдельных форм речевых нарушений, выделенных в клинической классификации, вызвали обоснованные сомнения в возможности выработать единую методику коррекционного логопедического воздействия применительно к одной и той же форме речевого нарушения.

Эти сомнения поколебали уверенность в соответствии клинической классификации целям и задачам логопедического воздействия как педагогического процесс и послужили стимулом для дальнейших теоретических поисков.

В ходе последующего становления логопедии и формирования ее теоретической базы, к речевым нарушениям с позиций развития и системных представлений о речевой деятельности все более стала осознаваться неприемлемость прямого переноса в теорию логопедии клинических построений, основанных на симптоматической трактовке речевых нарушений. Опора на принцип развития и углубленный анализ речевых расстройств у детей, проведенный с позиций системного подхода, убедительно показали, что нарушения речи, возникающие в процессе развития, нельзя отождествлять с нарушениями в уже сформировавшейся системе. Квалификация и типология речевых нарушений у детей должны опираться на другие принципы анализа и на более содержательные критерии, чем те, которые положены в основание клинической классификации, в которой нарушения речи у детей и взрослых не были разграничены.

Эти новые принципы анализа речевых нарушений у детей были сформулированы Р. Е. Левиной, работы которой заложили основания нового раздела логопедии - детской логопедии. Детская логопедия превратилась в самостоятельный раздел в педагогической науке с собственным предметом исследования.

В связи с выделением детской логопедии в самостоятельный раздел были внесены и определенные ограничения в трактовку речевых нарушений у детей на основе критерия первичности - вторичности дефекта. Из всего многообразия дефектов речевого развития у разных типов аномальных детей объектом своего исследования она избрала тех, у которых нарушения речи обусловлены несформированностью или разладкой на ранних этапах онтогенеза речевых, психологических и физиологических механизмов при первично сохранных слухе, зрении и интеллекте. В терминах Р. Е. Левиной такие нарушения были отнесены к категории первичного недоразвития речи.

Последующая разработка вопросов классификации речевых нарушений у детей в отечественной логопедии стала осуществляться применительно к первичным нарушениям.

Нарушения речи у детей с различными (другими) аномалиями развития стали изучаться в тесной связи с основным, ведущим дефектом.

Разрабатывая вопросы классификации речевых нарушений у детей, исследователи как бы разделились на два направления: сторонники одного направления сохранили традиционную номенклатуру речевых нарушений, имеющую обращение в общей логопедии, но наполнили ее новым содержанием, сторонники другого направления отказались от традиционной для логопедии номенклатуры речевых нарушений и ввели новую их группировку.

Таким образом, в настоящее время в отечественной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений, одна: клинико-педагогическая, вторая: психолого-педагогическая, или педагогическая (по Р. Е. Левиной).

Названные классификации при различии в типологии и группировке видов речевых нарушений, одни и те же явления рассматривают с разных точек зрения, но они не столько противоречат одна другой, сколько дополняют друг друга, так как ориентированы на решение разных задач единого, но многоаспектного процесса логопедического воздействия.

**КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ.**

Клинико-педагогическая классификация опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, но, в отличие от чисто клинической, выделяемые в ней виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний.

Она ориентирована в основном на коррекцию дефекта речи, на разработку дифференцированного подхода к их преодолению и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений, поэтому основывается на подходе от общего к частному.

В ней учитываются межсистемные взаимодействия речевых нарушений с обусловливающим их материальным субстратом. Она основывается не на одном каком-то критерии, а на совокупности психолого-лингвистических и клинических (в сочетании с этиопатогенетическими) критериев. Такой многоаспектный подход позволяет избежать односторонности представлений о речевом нарушении, так как он направлен на раскрытие нарушения в целом.

В данной классификации ведущая, определяющая роль отводится психолого-лингвистическим критериям. На их основе картина речевого нарушения описывается в терминах и понятиях, направляющих внимание логопеда на те явления, которые должны стать объектом логопедического воздействия. С этой целью вводятся критерии, позволяющие выделить основные группы нарушений, внутри: выделить основные формы, а в них основные виды нарушений. Исходя из потребностей логопедического воздействия, выделяют следующие критерии, позволяющие представить, что нарушено в речи, и на основе этого отграничить одно речевое нарушение от другого по признаку отграничения:

**1)** нарушения формы речи (устной или письменной);

**2)** нарушенного вида речевой деятельности: применительно к каждой из форм: для устной - нарушение говорения или слушания, для письменной - письма или чтения;

**3)** нарушенного этапа (звена) порождения или восприятия речи: применительно к продуктивным видам речевой деятельности (говорению и письму). Существенным является разграничение нарушений, связанных с этапами внутреннего и внешнего оформления высказывания. Применительно к рецептивным видам речевой деятельности (слушанию или чтению) существенным является разграничение нарушений, относящихся к сенсорному или рецептивному этапу;

**4)** нарушенных операций, осуществляющих оформление высказывания на том или другом этапе процесса порождения или восприятия речи;

**5)** нарушенных средств оформления высказывания: существенным представляется разграничение языковых и произносительных единиц, так как каждому этапу порождения или восприятия речи присущи свои наборы единиц, по отношению к которым осуществляются операции отбора и комбинирования.

Каждый из выделенных критериев при описании того или другого речевого нарушения может быть представлен более дифференцированно, что позволит в отдельных видах обнаружить подвиды, имеющие значение для логопедического воздействия.

Клиническим (в сочетании с этиопатогенетическими) критериям в данной классификации отводится роль уточняющих, которые не могут быть ведущими для педагогической квалификации речевых нарушений, а для врача они являются средством анализа. Эти критерии ориентированы не столько на само речевое нарушение, сколько на объяснение анатомо-физиологического субстрата его нарушения и причин возникновения. При нарушении одного и того же субстрата, так же как при действии одних и тех же причин, могут наблюдаться различные виды речевых нарушений. А одни и те же расстройства могут возникать в силу различных причин. Эти критерии могут оказать большую помощь при их квалификации. Дополняя картину того или иного нарушения, выделенного на основе психолого-лингвистических критериев, ориентированных на педагогический процесс логопедического воздействия, они позволяют провести дифференциацию сходных по внешним проявлениям дефектов на основе следующих данных: **1)** какими факторами обусловлено нарушение речи (социальными или биологическими);

**2)** на каком фоне оно развивается (органическом или функциональном);

**3)** в каком звене речевой функциональной системы локализуется (центральном или периферическом);

**4)** какова глубина (степень) нарушения центральных или периферических аппаратов речи;

**5)** время его наступления.

Эти данные важны для логопеда, так как они направляют внимание на тот анатомофизиологический механизм (субстрат нарушения), который нуждается в коррекции и вместе с тем позволяет прогнозировать сроки и возможные результаты логопедического воздействия. Эти данные указывают логопеду, в каких случаях логопедическое воздействие является достаточным для преодоления речевого нарушения, а в каких случаях необходима организация комплексного медико-педагогического воздействия.

**ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ, ВЫДЕЛЯЕМЫХ В КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ.**

Все виды нарушений, рассматриваемые в данной классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: устная или письменная.

**Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа:** 1) *фонационного (внешнего)* оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи, и 2) *структурно-семантического (внутреннего)* оформления высказывания, которые в логопедии называют системными или полиморфными нарушениями речи.

**I.** Расстройства фонационного оформления высказывания могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена:

а) голосообразования;

б) темпоритмической организации высказывания;

в) интонационно-мелодической;

г) звукопроизносительной организации.

Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины:

**1. Дисфония (афония)** - отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фоноторные нарушения, вокальные нарушения.

Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

**2. Брадилалия** - патологически замедленный темп речи. Синоним: брадифразия.

Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

**3. Тахилалия** - патологически ускоренный темп речи. Синоним: тахифразия.

Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.

При замедленном темпе речь оказывается тягуче растянутой, вялой, монотонной. При ускоренном темпе - торопливой, стремительной, напористой. Ускорение речи может сопровождаться аграмматизмами. Эти явления иногда выделяют как самостоятельные нарушения, выраженные в терминах баттаризм, парафразия. В случаях, когда патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, запинками, спотыканием, она обозначается термином полтерн. Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием -- нарушение темпа речи. Следствием нарушенного темпа речи является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонациональной выразительности.

**4. Заикание** - нарушение темно-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синонимы: логоневроз, lalonevros, balbuties.

Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развитие ребенка.

**5. Дислалия** - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: косноязычие (устаревшее), дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.

Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Дефект может быть обусловлен тем, что у ребенка не полностью сформировалась артикуляторная база (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков) или неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения произношения рассматриваются либо как следствие несформированности операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия), либо как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования), либо как нарушение условий реализации звуков.

При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии -функциональный.

Нарушение возникает обычно в процессе развития речи ребенка; в случаях травматического повреждения периферического аппарата - в любом возрасте.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

**6. Ринолалия** - нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия.

Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным вследствие того, что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа и в ней получает резонанс. При ринолалии наблюдается искаженное произнесении всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте часто встречаются и просодические нарушения, речь при ринолалии мало разборчива (невнятная), монотонная. В отечественной логопедии к ринолалии принято относить дефекты, обусловленные врожденными расщелинами нёба, т. е. грубыми анатомическими нарушениями артикуляторного аппарата. В ряде зарубежных работ такие нарушения обозначаются термином «палатолалия» (от лат. palatum- нёбо). Все остальные случаи назализованного произношения звуков, обусловленные функциональными или органическими нарушениями различной локализации, в этих работах называют ринолалией. В отечественных работах явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к ринофонии. До недавнего времени ринолалию определяли как одну из форм механической дислалии. Учитывая специфику нарушения, необходимо ринолалию выделить в самостоятельное речевое нарушение.

**7. Дизартрия** - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата.

Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является анартрия, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи. В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

Дизартрия является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам. По локализации поражения ЦНС выделяют различные формы дизартрии. По тяжести нарушения различают степень проявления дизартрии.

Чаще всего дизартрия возникает вследствие рано приобретенного церебрального паралича, но может возникнуть на любом этапе развития ребенка вследствие нейроинфекции и других мозговых заболеваний.

**II. *Нарушения структурно*** - семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: алалией и афазией.

**1. Алалия** - отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота (устаревшее).

Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается не сформированной речевая деятельность ребенка. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не формируется, страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов. Встречается несколько вариантов алалии в зависимости от того, какие речевые механизмы не сформированы и какой из их этапов (уровней) преимущественно страдает.

**2. Афазия** - полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Синонимы: распад, утрата речи.

У ребенка теряется речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекции или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до трех лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, то говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя афазия.

Нарушения письменной речи. Подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен. При нарушении продуктивного вида отмечаются расстройства письма, при нарушении рецептивной письменной деятельности - расстройства чтения.

**1. Дислексия** - частичное специфическое нарушение процесса чтения.

Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

**2. Дисграфия** - частичное специфическое нарушение процесса письма.

Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об алексии и аграфии.

Нарушения письма и чтения у детей вызываются затруднениями в овладении умениями и навыками, необходимыми для полноценного осуществления этих процессов. По данным исследователей, эти затруднения обусловливаются дефектами устной речи (за исключением оптических форм), несформированностью операций звукового анализа, нестойкостью произвольного внимания.

Нарушения письма и чтения у детей необходимо отличать от утраты умений и навыков письма и чтения, т. е. дислексии (алексии) и дисграфий (аграфий), возникающих при афазиях.

Таким образом, в логопедии выделяются *11 форм* речевых нарушений*,* девять из них составляют нарушения устной речи на разных этапах ее порождения и реализации и 2 формы составляют нарушения письменной речи, выделяемые в зависимости от нарушенного процесса. Нарушения устной речи: дисфония (афония), тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), алалия, афазия. Нарушения письменной речи: дислексия (алексия) и дисграфия (аграфия).

В приведенную классификацию включены лишь те формы речевых нарушений, которые выделены в логопедической литературе и применительно к которым разработаны методики. Внутри каждой из форм речевых нарушений существуют виды и подвиды, которые отражены в последующих главах. В этой связи следует указать, что в ряде случаев виды нарушений, относящиеся к одной форме, представляют собой не вариант, а отдельное нарушение. Например, в дислексию включены, с одной стороны, артикуляторно-фонетические нарушения, т. е. дефекты собственно звуковой реализации речи, относящиеся к уровню речевой нормы, а с другой - фонематические нарушения, обусловленные несформированностью операций, осуществляющих отбор звуков, и относящиеся к уровню структурного (языкового) оформления высказывания.

Отмеченная непоследовательность классификации стала особенно заметной в современный период развития науки в связи с возросшими знаниями о речевых (психологических и физиологических) механизмах и новыми исследованиями в логопедии. Каждый новый этап в развитии науки и новые знания требуют внесения коррективное в прежние представления, поэтому дальнейшая разработка вопросов классификации речевых нарушений остается актуальной задачей логопедии.

**ПСИХОЛГО – ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ.**

Психолого-педагогическая или педагогическая классификация речевых нарушений была разработана Р.Е.Левиной в 50-60-х годах 20 века, когда возникла необходимость в организации групповых форм логопедической работы. Принципы, положенные в ее основу, удобны при комплектовании речевых групп в детских садах, отборе детей в специальные учреждения. В этой классификации основное внимание уделяется общим проявлениям речевого дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, что существенно для разработки методов логопедического воздействия при работе с группой детей.

Она возникла в результате критического анализа клинической классификации с точки зрения применимости ее в педагогическом процессе, каким является логопедическое воздействие. Такой анализ оказался необходимым в связи с ориентацией логопедии на обучение и воспитание детей с нарушениями развития речи.

Внимание исследователей было направлено на разработку методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей (учебной группой, классом). Для этого необходимо было найти общие проявления дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, особенно те, которые актуальны для коррекционного обучения. Такой подход потребовал другого принципа группировки нарушений: не от общего к частному, а от частного к общему. Это позволило строить ее на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).

**Нарушения речи в данной классификации подразделяются на две группы.**

*Первая группа* - нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи).

***1. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи*** - нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

***2. Общее недоразвитие речи*** - различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

В качестве общих признаков отмечаются: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизм, дефекты произношения, дефекты фонемообразования.

Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени сформированности речевых средств у ребенка общее недоразвитие подразделяется на три уровня.

*Вторая группа* - нарушения в применении средств общения, куда относится заикание, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. В классификации отражается последовательная опора на принцип системного подхода, на основе которого учитывается два соотношения: соотношение нарушений в системе речевой деятельности и соотношение нарушений как одного из психических процессов с другими сторонами психики ребенка, развитие которых тесно связано с речью.

**ВЫВОДЫ**

Приведенные классификации отражают современное состояние теории логопедии. Между ними нет противоречий - они дополняют друг друга. Оба варианта используются в данном учебнике в качестве его структурной основы.

Приведенные классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному недоразвитию речи у детей, т. е. к тем случаям, когда нарушения наблюдаются при сохранном слухе и интеллекте. Однако эта категория детей не однородна по своему составу, так как к ней относятся и дети с задержкой психического развития, с нарушениями зрения и опорно-двигательного аппарата. Важно решить вопрос о том, применимы ли разработанные в логопедии классификации к нарушениям речи у названных категорий детей или необходимы новые поиски.

Наиболее приемлемой для указанных случаев является клинико-педагогическая классификация, поскольку она строится на признаках, максимально-дифференцирующих виды речевых нарушений, позволяющих логопеду квалифицировать дефект речи при разных формах аномального развития и осуществить логопедическое воздействие с опорой на принцип индивидуального подхода. В свою очередь, те признаки, которые положены в основание психолого-педагогической систематизации, помогут в организации групповых форм логопедической работы при разных формах аномалий, но при общности проявлений речевого дефекта.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. Белякова Л.И., Филатова Ю.О. «Классификация речевых нарушений в отечественной и зарубежной традиции»// Дефектология №5, 2007 г.

2. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. -- М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. -- 680 с.

3. Лалаева Р. И. Логопедия: Учебное пособие. - М., 1995.

4. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению/ М. Ф. Фомичева, Т. В. Волосовец, Е. Н. Кутепова, М.:«Академия», 2002 г.