Речь — важнейшая психическая функция, присущая только человеку. Благодаря речевому общению отражение мира в сознании одного человека постоянно пополняется и обогащается тем, что отражается в общественном сознании, связывается с достижениями всей общественно-производственной и культурной деятельности человечества. Таким образом, речь является основой коммуникативной функции, которая осуществляется посредством того или иного языка. Благодаря этому мы воспринимаем прозу Л. Толстого и Э. Хемингуэя, стихи А. Пушкина и В. Шекспира, используем теоретическое наследие Д.Менделеева и А. Эйнштейн. На основе речи и ее смысловой единицы — слова формируются и развиваются такие психические процессы, как восприятие, воображение, память. Огромное значение речь представляет для развития мышления и формирования личности.

 Речь формируется в процессе общего психофизического развития ребенка. К условиям формирования нормальной речи относятся нормальная ЦНС, наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком.

 В тех случаях, когда у ребенка сохранен слух, не нарушен интеллект, но имеются значительные речевые нарушения, которые не могут не сказаться на формировании всей его психики, говорят об особой категории аномальных детей — детях с речевыми нарушениями

 Такие дети быстро истощаются и пресыщаются любым видом деятельности (т.е. быстро устают). Они характеризуются раздражительностью, повышенной возбудимостью, двигательной расторможенностью, не могут спокойно сидеть, теребят что-то в руках, болтают ногами и т.п. Они эмоционально неустойчивы, настроение быстро меняется. Нередко возникают расстройства настроения с проявлением агрессии, навязчивости, беспокойства. Значительно реже у них наблюдаются заторможенность и вялость. Эти дети довольно быстро утомляются, причем это утомление накапливается в течение дня к вечеру, а также к концу недели. Утомление сказывается на общем поведении ребенка, на его самочувствии. Это может проявляться в усилении головных болей, расстройстве сна, вялости либо, напротив, повышенной двигательной активности. Таким детям трудно сохранять усидчивость, работоспособность и произвольное внимание на протяжении всего урока. Их двигательная расторможенность может выражаться в том, что они проявляют двигательное беспокойство, сидя на уроке, встают, ходят по классу, выбегают в коридор во время урока. На перемене дети излишне возбудимы, не реагируют на замечания, а после перемены с трудом сосредотачиваются на уроке.

 Как правило, у таких детей отмечаются неустойчивость внимания и памяти, особенно речевой, низкий уровень понимания словесных инструкций, недостаточность регулирующей функции речи, низкий уровень контроля за собственной деятельностью, нарушение познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность.

Психическое состояние этих детей неустойчиво, в связи с чем их работоспособность резко меняется. В период психосоматического благополучия такие дети могут достигать довольно высоких результатов в учебе.

 Дети с функциональными отклонениями в состоянии ЦНС эмоционально реактивны, легко дают невротические реакции и даже расстройства в ответ на замечание, плохую отметку, неуважительное отношение со стороны учителя и детей. Их поведение может характеризоваться негативизмом, повышенной возбудимостью, агрессией или, напротив, повышенной застенчивостью, нерешительностью, пугливостью. Все это в целом свидетельствует об особом состоянии центральной нервной системы детей, страдающих речевыми расстройствами.

 **Психолого-педагогические особенности детей с тяжелыми нарушениями речи**

 Особенности речевого развития детей с тяжелыми нарушениями речи оказывают влияние на формирование личности ребенка, на формирование всех психических процессов. Дети имеют ряд психолого-педагогических особенностей, затрудняющих их социальную адаптацию и требующих целенаправленной коррекции имеющихся нарушений.

 Особенности речевой деятельности отражаются на формировании у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительной сохранности смысловой памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. У детей низкая мнемическая активность может сочетаться с задержкой в формировании других психических процессов. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития проявляется в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными по возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

 У части детей отмечается соматическая ослабленность и замедленное развитие локомоторных функций; им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы – недостаточная координация движений, снижение скорости и ловкости их выполнения.

Наибольшие трудности возникают при выполнении движений по словесной инструкции. Часто встречается недостаточная координация пальцев кисти руки, недоразвитие мелкой моторики.

 У детей с тяжелыми речевыми расстройствами отмечаются отклонения в эмоционально-волевой сфере. Детям присущи нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация, негативизм, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, обидчивость, трудности в общении с окружающими, в налаживании контактов со своими сверстниками. У детей с тяжелыми нарушениями речи отмечаются трудности формирования саморегуляции и самоконтроля.

 Общее недоразвитие речи сочетается с рядом неврологических и психопатологических синдромов. Наиболее часто встречаются:

**гипертензионно-гидроцефалический** - проявляется в нарушениях умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения детей; в быстрой истощаемости и пресыщаемости любым видом деятельности; в повышенной возбудимости, раздражительности, двигательной расторможенности. Дети жалуются на головные боли и головокружение. В некоторых случаях у них может отмечаться приподнято-эйфорический фон настроения с проявлениями дурашливости и благодушия;

**церебрастенический синдром** – проявляется в виде повышенной нервно-психической истощаемости, эмоциональной неустойчивости, в виде нарушений функций активного внимания и памяти. В одних случаях синдром сочетается с проявлениями гипервозбудимости, в других – с преобладанием заторможенности, вялости, пассивности;

**синдром двигательных расстройств** – характеризуется изменением мышечного тонуса, нерезко выраженными нарушениями равновесия и координации движений, недостаточностью дифференцированной моторики пальцев рук, несформированностью общего и орального праксиса. У данной группы детей выявлено наличие характерных нарушений познавательной деятельности.

 **Личностные особенности детей с нарушением речи. Развитие личности**

Личность — это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются устойчивыми свойствами, определяют нравственные поступки, имеющие существенное значение для него самого и окружающих.

 Раннее младенчество (от О до 1 года): при нарушениях доречевого развития у ребенка наблюдается замедленный темп формирования всех психических функций, познавательной сферы, что накладывает значительный отпечаток на развитие личности в целом.

 Позднее младенчество (1—3 года): дети с речевой патологией характеризуются неуверенностью в себе, гипертрофированным чувством стыда. Ребенок ощущает свою неприспособленность, сомневается в своих возможностях. У таких детей имеется сильное желание скрыть от окружающих свой недостаток (особенно это касается детей с заиканием).

 Раннее детство (3—5 лет): у детей с нарушениями речи отмечаются пассивность, низкая речевая активность, вялость, отсутствие инициативы, инфантильное чувство зависти к другим детям, подавленность и уклончивость, отсутствие признаков ролевого поведения.

 Среднее детство (5—11 лет): у детей с речевой патологией возникает чувство тщетности прилагаемых усилий, собственной неполноценности. Слаборазвиты трудовые навыки. Наблюдается избегание сложных заданий, требующих речевой активности, заданий в условиях речевой инструкции, ситуаций соревнования с другими детьми.

 Отрочество (11—20 лет): для подростков с речевой патологией характерны неустойчивость социальных ролей, смещение и смешение временных перспектив: появление мыслей не только о будущем и настоящем, но и о прошлом. Отмечается лабильность в моральных и мировоззренческих установках.

 **Типы личности при речевых нарушениях**

 В дальнейшем, если не проводить логопсихологическую работу, происходят патологические изменения в характере, поведении, личности в целом, формировании установок. В итоге личностные свойства человека с нарушением речи зависят от особенностей его характера, его отношения к своему дефекту. Выделяют несколько типов формирования личности.

 *Социально ориентированный (конфориный*). Данный тип демонстрирует конъюнктурное подчинение любым авторитетам в группе. Такие люди обычно склонны к морализаторетву и консерватизму, а их главное жизненное кредо «быть как все». Это тип приспособленца, который ради своих интересов готов всегда найти оправдание своим поступкам.

 *Доминирующий.* Этот тип людей характеризуется стремлением к лидерству, жаждой похвалы. Он демонстрирует высокую приспособляемость к людям, вместе с тем обнаруживает склонность к интригам. У таких людей слишком высокие притязания к себе и окружающим, они систематически провоцируют конфликты, но при этом активно защищаются. Часто отлынивают от работы.

 *Чувствительный.* Повышенная чувствительность ко всему: к тому, что радует, и к тому, что огорчает или пугает. Такие люди обычно робки и застенчивы при посторонних, не любят больших компаний, азартных, подвижных игр. Они отличаются послушанием и обнаруживают большую привязанность к родителям.

В юношеском возрасте усиливаются трудности адаптации в связи с осознанием своей отличности от других, возникает комплекс неполноценности. Вместе с тем у таких людей чувство долга, обнаруживаются высокие моральные требования к себе и окружающим. Недостаткам в способностях они часто компенсируют выбором сложных видов деятельности и повышенным усердием.

 *Тревожный*. Людям данного типа свойственна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, плохое настроение, усугубляющееся нарушением речи. Они редко вступают в конфликты, играют в основном пассивная роль, в сложных ситуациях ищут поддержки и опоры.

 *Интровертируемый.* Люди с данным типом формирования личности характеризуются низкой контактностью замкнутостью, оторванностью от реальности. Они Любят одиночество, всеми силами избегают конфликтов с Окружающими, протестуют только при попытках бесцеремонного вмешательства в их личную жизнь. Часто представдяют собой эмоционально холодных идеалистов, относительно слабо привязанных к людям. Они имеют на все свою точку зрения, которую, вследствие неуверенности в своих силах, не отстаивают в спорах.

 *Гармоничный*. Этот тип у людей с речевыми нарушениями встречается редко. Дети, развивающиеся гармонично, адекватно реагируют на свой речевой дефект. Они активны в своей деятельности. Стремятся к общению, особенно со взрослыми. При хороших способностях они обнаруживают недостаточную дисциплинированность. Иногда переоценивают свои способности, бывают слишком самоуверенны, переживают свои ошибки, но стремятся их исправить.

 Сензитивным периодом в становлении характера можно считать возраст от 2—3 до 9—10 лет. Иногда наиболее продуктивно проводить логопсихологическую работу с детьми с речевой патологией, чтобы избежать формирования у них патологических черт личности. Им особенно свойственна зависимость от чужого мнения, поэтому важно вести работу и с родителями. Детям с речевой патологией еще больше, чем остальным, необходима поддержка взрослых, их старания в исправлении недостатков требуют поощрения и посильной помощи родителей или лиц, их заменяющих.

Во многих случаях личностные изменения в первую очередь проявляется в эмоционально-мотивационной и волевой сферах, поскольку именно в них отражаются личностные и психические изменения. Гармония или дисгармония этой сферы определяют всю жизнь ребенка, его психическое развитие, общение, деятельность. Часто образуется порочный круг, когда-то или иное нарушение ВПФ влечет за собой личностные нарушения, а деформация личности приводит к отставанию в развитии когнитивной сферы.

 **Самосознание детей с речевой патологией.**

 Самосознание - чрезвычайно важная способность человека, позволяющая выделить самого себя из окружающего мира, осознать себя и найти свое место в действительности. Эта способность формируется в межличностных отношениях с другими людьми и проявляется в этих отношениях. Самосознание человека, как и его отношение к другим, основано на двух различных началах - субъектном и объектном. Субъектное начало соответствует целостному ощущению себя как источника сознания, собственной активности, своей воли, своих переживаний и пр. Это - некоторый центр, ядро самосознания, в котором человеческое "Я" уникально и не имеет подобия (бесподобно), не подлежит сравнению (несравненно) и обладает абсолютной ценностью (бесценно). Ему соответствует столь же непосредственное и безоценочное восприятие и переживание другого человека как целостной личности, что порождает внутреннюю связь с ним и различные формы сопричастности (сопереживание, сотрудничество и пр.). Объектное начало отражает представления человека обо всем, к чему приложимо местоимение "мое": о моих конкретных качествах, знаниях, умениях, возможностях, предметах, положении в группе, - их оценку и значимость. На основе этих представлений складывается самооценка (как отношение к конкретным качествам) и образ себя (как представление о своих способностях, возможностях, своем месте среди других и пр.). В таких представлениях происходит определение своего "Я", его фиксация. Такое отношение порождает оценку и познание соответствующих качеств другого, их сравнение со своими. При этом другой человек может стать средством самоутверждения или самореализации (реализации своих интересов и потребностей).

Существенно сказывается на развитии самосознания какой-либо дефект психического развития, в частности речевая патология.

 Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся детям (С.С. Ляпидевский, С.И. Павлова, В.И. Селиверстов и др.) и лицам с нарушениями голоса (О.С. Орлова).

Исследователи выделяют три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту:

• безразличное,

• умеренно-сдержанное,

• безнадежно-отчаянное.

А также три варианта волевых усилий в борьбе с ним: их отсутствие, наличие, перерастание их в навязчивые действия и состояния.

В.И. Селиверстов выделяет следующие показатели степеней фиксированности детей на своем дефекте:

1**) нулевая степень фиксированности на своем дефекте**. Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности речи или даже совсем не замечают ее недостатков. Они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости;

2**) умеренная степень фиксированности на своем дефекте**. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, осознание детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, когда каждый шаг, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта;

3**) выраженная степень фиксированности на своем дефекте**. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимость от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

 Исследования А.Г. Рузской, Е.О. Смирновой показали, что психологические причины проблемных форм межличностных отношений (повышенная конфликтность, застенчивость, неуверенность в себе, агрессивность) связаны с особенностями самосознания ребенка. Причиной можно назвать фиксацию на своих предметных качествах или преобладание оценочного, объектного отношения к себе и другим. Такая фиксация порождает постоянную оценку себя, самоутверждение, демонстрацию своих достоинств и пр.

 Так, агрессивные дети отличаются повышенным стремлением к самоутверждению, защите своего "Я", доказательству своей силы и превосходству; другие становятся для них средством самоутверждения и предметом постоянного сравнения с собой. Отличительной особенностью конфликтных дошкольников является напряженная потребность в признании и уважении сверстников, в поддержании и подкреплении положительной самооценки. В основе детской застенчивости лежит фиксированность на себе, постоянное сомнение в ценности своей личности; тревога о своем "Я" и страх перед оценкой других заслоняет содержание совместной деятельности и общения. Имея высокую общую самооценку и считая себя самым лучшим, ребенок сомневается в положительном отношении других, особенно малознакомых. В случае застенчивости это расхождение выражается в неуверенности, уходе в себя, тревожности и страхе перед новыми ситуациями; в случае агрессивности - в демонстративном и постоянном стремлении доказать свои преимущества, утвердить свое "Я". Однако в основе обоих вариантов лежит единое психологическое основание - фиксация на своей самооценке и своем образе. Одни дети пытаются уйти в себя, другие, напротив, любуются собой, демонстрируют свои достоинства.

 При заикании личностные деформации выступают наиболее ярко. Они выступают по типу вторичных реакций:

 I группа - это дети с неустойчивой речью, которые не обращают внимание на заикание, практически не имеют личностной деформации. У них не фиксируется страх речи и сохранены коммуникативные отношения.

 II группа - это дети, у которых до заикания имелся невропатический фон, обусловленный конституционными особенностями. Происходит актуализация данной невропатической предрасположенности, которая и провоцирует заикание. Такие дети становятся капризными, замкнутыми, начинают сторониться окружающих, часто плачут, стараются меньше говорить. У них возникают новые условно-рефлекторные связи, носящие приспособительный характер (сопутствующие движения рук, ног, туловища во время речи).

 III группа - это ослабленные психосоматические дети, которые до заикания отмечались беспокойством, склонностью к аффектам, высокой внушаемостью). При заикании все это нарастает, страх речи часто приводит к мутизму, дальнейшее прогрессирование личностных нарушений.

 Исследованием особенностей личности при афазии занимались Ж. Глозман, В.М. Мясищев, Л.А. Цветкова, В.В. Лебединский. В этих работах показано, что у детей с афазией наряду с нарушением общей и речевой коммуникации возникают отрицательные эмоциональные реакции, замкнутость, угнетенность, страх речи, отрицательные личностные установки. Больные уходят в переживания собственной инвалидности. При афазии изменяется вся иерархия смыслообразующих мотивов. Речевая деятельность у здорового не является ведущей и смыслообразующей, кроме отдельных, специфических ситуаций, она лишь обеспечивает другие виды деятельности. При афазии речевая деятельность становится смыслообразующей, первичной по отношению ко всем другим. Это и положительный и отрицательный эффект. Положительный состоит в что формируется стойкая мотивация к реабилитации, отрицательный эффект состоит в том, что возникает противоречие между операционально-техническими возможностями деятельности и потребностями индивида. Боль - осознает эти противоречия, но самостоятельно не может их разрешить. В результате формируется механизм психологической защиты в виде изменений личности и возникновения речи. Изменение личности состоит в следующем:

 изменяется самооценка, при чем самооценка ниже в большей степени у больных с поражением передних отделов речевой зоны головного мозга, в меньшей степени при поражении задних отделов;

 отмечается недостаточное осознание своих речевых дефектов вследствие нарушения контроля, восприятие собственной речи. Чаще это бывает при поражении правого полушария.

Изменения личности при афазии могут быть первичными, т.е. быть следствием анатомических изменений мозга; и вторичными - как реакция больного на изменение жизненного статуса.

 Широко отмечается при афазии симптом тревожности. По Спилбергу, выделяют два вида тревожности:

-личностная - это устойчивая характеристика, говорящая о предрасположенности человека воспринимать достаточно широкий круг явлений как угрожающий.

-реактивная тревожность - это временное состояние напряженности, беспокойства, нервозности.

Если личностная тревожность выражается при всех формах афазии, то реактивная выше у больных с моторными формами, нежели у больных с поражением височных отделов. Изменяется тревожность на разных стадиях болезни. В острой стадии выше реактивная тревожность, в хронической стадии выше личностная.

При нарушениях чтения и письма: у этих детей наблюдается более высокий уровень беспокойства, множественные нарушения поведения.

 При нарушениях голоса, ринолалии у детей отмечают излишнюю робость, застенчивость, неорганизованность, медлительность.

 **Мотивация общения**

 В связи с нарушением всех компонентов деятельности у таких детей наблюдаются и изменения мотивационного звена общения. Рассмотрим один из важнейших мотивов общения — мотив афиликации. Мотив афаликации актуализируется и удовлетворяется только в общении людей. Он обычно появляется как стремление человека наладить добрые, эмоционально положительные взаимоотношения с окружающими.

 В связи с нарушением речи у детей наблюдается нарушение мотива афиликации, который зачастую заменяется мотивом отвергания, проявляющимся в боязни быть непринятым, отвергнутым значимы ми людьми. Доминирование у человека мотива отвергания формирует стиль его общения с окружающими, что ведет к неуверенности, скованности, неловкости, напряженности.

 Речевая деятельность нужна для общения. У детей с речевой патологией количество целей общения значительно уменьшается в силу имеющегося дефекта, преобладает Ситуативное общение в пределах бытовой тематики. Низкий уровень языковой способности определяет и низкий уровень коммуникации, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной (коррекционной) коммуникации, поскольку именно коммуникативная способность является одним из условий обучения в целом. Поэтому важно расширять коммуникативные способности ребенка с целью формирования и развития у него смысловой системы и связи личности с миром.

 Становление речевой деятельности как первичной по отношению ко всем другим видам деятельности очевидно. Поскольку речь тесно связана со всеми ВПФ, она соответственно влияет на ход формирования и развития всех видов деятельности ребенка. Ввиду изменений личности ребенка с речевой патологией измененными оказываются деятельности.

 **Моторика и соматическое состояние**

 Дети плохо переносят жару, духоту, поездку в транспорте, жалуются на головные боли, головокружение, тошноту. У дошкольников отмечаются расстройства сна, питания, вялость.

У заикающихся дошкольников наблюдается неполноценность нервно-психической сферы. Невротическая отягощенность выражается в боязни быть одному в помещении, капризах, энурезе, истерических реакциях.

 У них наблюдаются различные двигательные нарушения: функции равновесия, координаций движений, недифференцированность пальцев рук, артикуляционных движений. Двигательная недостаточность выражается в неуверенности в воспроизведении точно дозированных движений, снижении скорости и ловкости их выполнения. Наибольшие трудности представляет для детей выполнение движений по словесной инструкции и особенно серии двигательных актов. Дети отстают от нормально развивающихся сверстников в точном воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Типичным является недостаточный контроль при выполнении заданий. Наблюдается двигательная расторможенность. Они не могут спокойно сидеть. Постоянно теребят что-то в руках, болтают ногами. У заикающихся дошкольников в 60% случаев наблюдаются следующие двигательные расстройства: повышенное моторное напряжение, скованность, нарушение плавности движений, хаотичность движений, двигательное беспокойство, высокий тонус мышц.У дошкольников несформированы умения владения карандашом, наблюдается низкий уровень развития психомоторных навыков.

 **Восприятие**

 Для лиц с расстройствами речи характерны агнозии различной модальности. Предметная агнозия может выражаться в нарушении целостного восприятия предмета, отсутствии узнавания реальных объектов, трудностях опознания контурных изображений в зашумленных условиях, при наложении их друг на друга. Симультанная агнозия проявляется в невозможности одновременного восприятия нескольких зрительных объектов, охвата ситуации в комплексе. В этом случае дети испытывают трудности при чтении, списывании, самостоятельном рисовании, в восприятии букв, цифр. Лицевая агнозия приводит к тому, что дети не могут узнать себя в зеркале, запомнить лица на фотографии. Тактильные расстройства проявляются в трудности оценки расположения частей собственного тела. Кинестетическая апраксия может проявляться как самостоятельное расстройство движений, при котором дети теряют тонкую дифференцированность в отношении предмета, либо при воспроизведении по заданному образцу позы пальцев руки. Наблюдаются трудности дифференцирования при произнесении и восприятия обращенной речи отдельных звуков, близких по артикуляции (д - н, м – б), произнесение слов, требующих тонких дифференцировок в артикуляторной моторике («тпру», «кораблекрушение», «сыворотка из-под простокваши»).

 При афазиях наблюдаются нарушения ориентировки в пространстве, дефекты пространственной ориентации движений, нарушения логических операций, нарушение фонематического слуха, обеспечивающего дифференцированный анализ смыслоразличительных звуков речи. Степень нарушения различения звуков может быть различной (минимальной, средней, максимальной). Нарушения отмечаются как в импрессивной так и экспрессивной речи. Детям тяжело произвести акустический анализ ритмических структур: восприятие, удержание в памяти и воспроизведение по образцу ритмов.

 Ребенок с сенсорной алалией не сразу воспринимает звук, обращенную к нему речь. У него замедленно слуховое восприятие. Колебания слухового восприятия отмечаются на всех этапах развития.

 Дети с брадилалией замедленно воспринимают информацию. Поэтому им необходимо несколько повторений.

 При тахилалии снижена способность к слуховому восприятию информации.

 **Память**

 У воспитанников снижена вербальная память, продуктивность запоминания. Дошкольники забывают сложные инструкции, заменяют элементы задания, путают последовательность заданий. Отмечается низкая активность припоминания, которая сочетается с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности.

 Кратковременная слуховая память соответствует нормальному развитию. Наблюдается нарушение оперативной памяти. Моторная память у дошкольников с нарушением речи развита лучше, чем зрительная и слуховая. Смысловая память преобладает над механической. Процесс опосредованного смыслового запоминания у детей с нарушениями речи сформирован хуже, чем у нормально развивающихся сверстников. Для запоминания воспитанникам с нарушениями речи необходимо большее число повторений, чем здоровым дошкольникам. Детям трудно длительное время удерживать в памяти слуховую информацию и воспроизводить ее. Им необходима помощь педагога в виде подсказок. Воспроизведение отличается частыми перестановками и пропусками слов.

 Отмечаются особенности в развитии памяти у заикающихся детей. Дошкольники не могут повторить 10 односложных слов в произвольном порядке даже после большого количества предъявлений. Они склонны предъявлять к себе дополнительные требования, воспроизводить слова в том порядке, в котором были предъявлены взрослым, что характерно для больных неврозами. После успешного воспроизведения всех 10 слов, продуктивность повторного выполнения задания снижается (дети воспроизводят 9-8 слов). Наблюдается четкая зависимость скорости запоминания от качества внимания: чем лучше внимание, тем меньшее количество предъявлений требуется ребенку для воспроизведения слов. Для заикающихся характерна некоторая диффузная недостаточность краткосрочной памяти, проявляющейся как качественно, так и количественно. Особенности памяти заикающихся связаны с вниманием и мышлением. Они сближаются по своим предъявлениям с организацией памяти больных неврозами и могут быть обусловлены личностными характеристиками(повышенной тревожностью, сверхтщательностью,склонностью усложнять задания и т.д.). Наблюдается хорошая организация долговременной памяти.

 Нарушения слухоречевой и зрительной памяти наблюдаются при афазии. Объем воспроизводимого материала сужен. Степень выраженности расстройств слухоречевой памяти зависит от характера запоминаемого материала. Вербальный материал, объединенный внутренними смысловыми связями, запоминается легче, чем серии слов, не связанных между собой. Большую роль играет фактор объема: отдельные фразы воспроизводятся лучше, чем рассказы. При рисовании по памяти дети допускают следующие ошибки: пропускают фигуры, допускают их деформацию, наблюдается зеркальность изображения.

 При брадилалии характерно расстройство памяти. При тахилалии наблюдается недостаточный объем зрительно-слуховой и моторной памяти. Дети плохо улавливают и запоминают то, что говорят окружающие.

 **Внимание**

 Исследователи отмечают, что у детей с нарушением речи снижены различные стороны внимания: концентрация, переключение, распределение, объем и устойчивость. Дети с трудом сосредотачиваются на задании, не могут сохранять произвольное внимание на протяжении всего занятия. У них отмечается неустойчивость внимания, повышенная отвлекаемость, ограниченные возможности в его распределении. Из-за своей невнимательности дети допускают большое количество ошибок при выполнении задания.

 Объем внимания у детей с дизартрией находится на более низком уровне по сравнению с нормально развивающимися воспитанниками.

 У больных страдающих афазией наблюдается расстройство внимания, замедление темпа выполнения заданий, большое количество допущенных ошибок, снижение работоспособности. Недостаточность устойчивости, концентрации, объема и переключаемости внимания говорит об инертности основных нервных процессов.

 У детей с сенсорной алалией отмечаются трудности включения, переключения и распределения внимания. Они отвлекаются внешними раздражителями и без них. Отмечаются трудности включения и концентрирования внимания, неустойчивость и слабое распределение, повышенная отвлекаемость, истощаемость, порывистость внимания.

 При брадилалии дети с трудом сосредотачиваются на предмете, не могут сразу переключиться с одного вида деятельности на другой.

 При тахилалии внимание неустойчиво, наблюдается непроизвольная переключаемость с объекта на объект.

 У заикающихся дошкольников снижено развитие всех основных свойств внимания – избирательности, объема, устойчивости и переключения. Наблюдается связь между степенью нарушения внимания и тяжестью речевого расстройства. В большинстве случаев страдает произвольность внимания. Избирательность внимания проявляется в бдительности, настороженности, повышенном и обостренном внимании к собеседнику, попытках увидеть в его мимике, жестах, интонации знаки неблагоприятного к ним отношения. Им необходимо больше времени для выполнения задания, чем нормально развивающимся сверстникам. У них отмечается снижение объема и устойчивости внимания. В наибольшей степени нарушено внимание, связанное с восприятием речевого материала.

 **Мышление**

 У дошкольников данной категории отмечается сохранность познавательного интереса, развитость предметно-практической и трудовой деятельности. Вместе с тем имеется своеобразие отдельных сторон мышления (несформированность некоторых понятий, замедленность мыслительных процессов, снижение самоорганизации и др.).

 Наблюдается низкий уровень понимания словесной инструкции. Словесно-логическое мышление ниже возрастной нормы. Они испытывают затруднения в классификации предметов, обобщении явлений, признаков. Суждения бедны, умозаключения отрывочны, логически не связаны друг с другом. Из-за быстрой утомляемости дошкольники плохо воспринимают учебный материал. Дети обнаруживают бедный круг знаний об окружающем мире, они не знают названий животных и их детенышей, частей тела, предметов мебели, свойств материалов.

 В наибольшей степени мышление страдает при системных нарушениях речи – алалии, препятствующей его развитию и афазии, затрудняющей его проявление. Р.А. Белова-Давид отмечает, что для детей с моторной алалией доступны простейшие пространственные представления в плане непосредственного соотнесения (вперед, вниз, вверх, назад), форма предметов (круг, квадрат, треугольник), их величина (большой, маленький), количество (один - много, представление о числе в пределах 3-5), основные цвета. Исследователь отмечает, что наглядно-действенное мышление находится в удовлетворительном состоянии, наглядно-образное мышление заметно отстает, а словесно-логическое мышление доступно наиболее продвинутым воспитанникам. Несформированность наглядно-образного мышления связана с тяжестью речевого дефекта. У дошкольников сохранна способность манипулирования с предметами. Они правильно устанавливают пространственные отношения между предметами, но с трудом словесно выражают их, либо используют неверные языковые средства. При осуществлении операций невербального образного и понятийного мышления со знакомыми предметами дети с алалией не испытывают затруднений. Для части детей характерно замедление мыслительного процесса и большее число попыток при выполнении мыслительных операций по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Отрицательно влияют на выполнение заданий эмоциональная возбудимость детей и двигательная расторможенность, отвлекаемость, негативизм, проявляемый в отношении речи. Дошкольники затрудняются при выполнении сложных заданий. На это влияет несформированность способности к самоорганизации, тщательному анализу компонентов проблемной ситуации, отсутствие устойчивого внимания. У воспитанников наблюдается нарушение функционально-операционной стороны мышления (анализа, синтеза, обобщения, сравнения, классификации и др.), замедленность и ригидность (тугоподвижность) мыслительных процессов.

 При алалии своеобразно формируется речевое мышление. Оно характеризуется бедностью логических операций, снижением способности к символизации, обобщению, абстракции. Снижение уровня обобщений проявляется в игровых действиях, несформированности ролевого поведения, навыков совместной игры (особенно сюжетно-ролевой). Для продолжения действий дети требуют стимуляции, побудительной инструкции.

 Дошкольники с моторной алалией способны к установлению причинно-следственных связей, умозаключениям, абстракции и обобщениям. Они овладевают приемами логического мышления и способны к переносу полученных знаний. От здоровых детей их отличает более низкий уровень обобщения, недостаточная гибкость и динамичность мышления, замедленный темп усвоения закономерностей, недостаточная осознанность, доказательность мышления. Основной причиной такого положения является глубокая языковая неполноценность. При этом необходимо учитывать и роль органического поражения мозга

 Таким образом, при моторной алалии малая речевая активность ограничивает запас общих понятий. Неполноценность речи тормозит полноценное развитие познавательной деятельности, но не приводит к умственной отсталости.

 У детей с сенсорной алалией также имеется вторичное снижение интеллекта, задержка умственного развития.

 Наличие афазии сопровождается различными расстройствами познавательной сферы. Дошкольники испытывают затруднения при обосновании своего решения. У них наблюдается ухудшение показателей конструктивного мышления, снижение формирования понятий. При всех синдромах афазии снижен темп мыслительных процессов и имеются нарушения отдельных мыслительных операций. Это проявляется в дефектах анализа, синтеза, расстройствах оперирования понятиями, трудностях установления логических связей и отношений в наглядных и воображаемых ситуациях. Тяжесть нарушения мышления связана с выраженностью системных речевых нарушений при всех формах афазии. Это проявляется в трудностях оживления соответствующих слову образных ассоциаций, в нарушениях способности детального анализа реальных и представляемых предметов и ситуаций. Нарушаются операции сравнения, установления пространственных и логических связей любых сопоставляемых объектов. Особые трудности представляет абстрагирование от конкретных образов и обобщение на основе понятийных признаков.

При дислалии не наблюдаются отклонения психического развития. В единичных случаях в мышлении проявляются признаки астении.

 При дизартриях имеет место определенное соответствие характера и степени нарушения мышления и степени выраженности речевого дефекта. При легких формах дизартрии наблюдается некоторое ослабление мыслительной деятельности, а при тяжелых – ЗПР или олигофрения. Для многих детей характерно замедленное формирование пространственно-временных представлений, фонематического анализа, конструктивного праксиса в результате дефицита функций кинестетического анализатора, что вызывает снижение запаса знаний об окружающем мире.

 Для детей с ринолалией интеллектуальная деятельность не нарушена, высшие психические функции сохранны.

 Для детей с брадилалией характерна определенная замедленность мышления. Инструкция воспринимается не сразу, а после нескольких повторений. У них наблюдается склонность к стереотипиям, персеверациям, нарушения ориентировки.

 Для мышления детей с тахилалией характерна его разбросанность, нелогичность.

 У заикающихся существенных изменений интеллекта не обнаружено. Ученые высказывают мнение об ускоренном характере мышления, в результате чего, происходит своеобразное рассогласование их артикуляторных возможностей и темпа мышления, общая недостаточность их психофизического развития. Дошкольники склонны к излишней детализации при выполнении рисунков, изображению конкретных образов. У них отмечаются сохранность логического мышления, способности структурировать воспринимаемый материал. Вместе с тем в мыслительном процессе заикающихся отчетливо прослеживается значительная эмоциональная окрашенность, склонность к сомнениям и перебору вариантов выполнения задания.

 **Речь**

 У заикающихся дошкольников в раннем возрасте отмечается речевая задержка, расстройство динамической стороны речи, нарушения звукопроизношения. Заикание влияет на общительность детей. Встречаются дети с аутистическим поведением, неустойчивой формой общения. Дети с неустойчивой формой общения вначале охотно вступают в контакт, проявляют интерес к заданию и деятельности, но затем обнаруживают пассивность, безразличие, невнимание к просьбам взрослого выполнить то или иное задание. Требуют стимуляции деятельности. У дошкольников с негативным отношением к собеседнику общение носит избирательный характер.

 У детей с алалией наблюдается несформированность навыков общения, проблемы в речевом развитии, нарушения речевой и неречевой деятельности. Отмечается непропорциональность формирования отдельных ее компонентов, сохранении одних и тех же ошибок. Уровни нарушения речи не связаны с возрастом ребенка и интеллектом. У детей отмечается несформированность обобщающей, планирующей и регулирующей функций речи.

 Для тахилалии характерно течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Наблюдается сочетание патологически ускоренного темпа с нарушениями речи лексико-грамматического и фонетического характера.

 Для детей с ОНР характерны: бедный словарный запас, упрощение фраз, нарушения грамматического строя.

 **Воображение**

 Творческие способности детей с ОНР имеют низкую продуктивность. Дошкольники часто прибегают к копированию образцов и предметов ближайшего окружения, повторяют собственные рисунки или отклоняются от задания. Для них свойственны использование штампов, инертность, длительные перерывы в работе, утомляемость. Такие параметры воображения как беглость, гибкость, оригинальность являются более бедными по сравнению с нормально развивающимися сверстниками. Наблюдается ограниченность в выборе тем для рисования. К особенностям воображения воспитанников с нарушением речи относятся:

- снижение мотивации в деятельности;

-снижение познавательных интересов;

-бедность запаса общих сведений об окружающей действительности;

- отсутствие целенаправленности в деятельности;

- несформированность операционных компонентов;

-сложность в создании воображаемой ситуации;

-недостаточная точность предметных образов- представлений;

-непрочность связей между зрительной и вербальной сферами;

-недостаточная сформированность произвольной регуляции образной сферы.

 **Эмоционально-волевая сфера**

 Дошкольники характеризуются повышенной возбудимостью, раздражительностью, неустойчивостью эмоций, быстрой сменой настроения. Расстройства настроения сочетаются с проявлениями агрессии, навязчивости, беспокойства. Дети быстро истощаются, утомляются, пресыщаются любым видом деятельности. Утомление сказывается на поведении, работоспособности, самочувствии. Им трудно сохранять усидчивость на протяжении занятия. Дети могут не реагировать на замечания. Контроль над собственной деятельностью является низким. Среди воспитанников встречаются дети с навязчивым чувством страха, повышенной впечатлительностью, склонные к проявлению негативизма, обидчивости. Они могут легко давать невротические реакции. Встречаются дети с повышенной застенчивостью, нерешительностью. Дошкольники с негативным отношением к собеседнику замкнуты, стеснительны. Вовлечение их в коллективную деятельность встречает сопротивление.

Дошкольники с алалией длительное время не включаются в проблемную ситуацию, быстро приступают к ее выполнению. Проблемную ситуацию оценивают поверхностно, не вникают в ее суть. Это связано с психофизической расторможенностью или заторможенностью, отсутствием устойчивого интереса к заданиям. При отсутствии интереса к заданию отказываются от его выполнения.

Выполнив задание, заикающиеся дети недовольны качеством своих рисунков. Основной мотив поведения – повышенная неуверенность в себе, в своих способностях.

 Речь играет исключительно важную роль в формировании высших психических функций у ребенка и отклонение в ее развитии, либо ее нарушение, как правило, являются признаками серьезных изменений состояния ЦНС. Выполняя функцию общения ребенка со взрослыми, она является базой для развития мышления, обеспечивает возможность планирования и регуляции поведения ребенка, организации всей его психической жизни, влияет на развитие личности в целом.