

✓

Учреждение образования
«Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины»

Факультет по переподготовке кадров
Кафедра социально-гуманитарных дисциплин

СОГЛАСОВАНО

Заведующий кафедрой
И.А. Мазурок
И.А. Мазурок
30 11 2016 г.

СОГЛАСОВАНО

Директор ИПК и ПК
Ю.В. Кравченко
Ю.В. Кравченко
30 11 2016 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

Логопедия

(название учебной дисциплины)

для специальности (направления специальности) _____ 1-03 03 77 _____
(код и наименование специальности)

«Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» _____

Составитель: Е.П. Боброва

Рассмотрено и утверждено
на заседании научно-методического совета
учреждения образования «Гомельский
государственный университет
имени Франциска Скорины» 21.12 2016 г.,
протокол № 3

ОГЛАВЛЕНИЕ

Пояснительная записка	4
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ.....	6
Содержание лекций и семинарских занятий.....	7
Тема 1	7
Тема 2	10
Тема 3	15
Тема 4	18
Тема 5	24
Тема 6	28
Тема 7	33
Тема 8	40
Тема 9	49
Тема 10	56
Тема 11.....	62
Тема 12.....	77
Тема 13.....	86
Тема 14.....	91
Тема 15.....	105
Тема 16.....	131
Тема 17.....	145
Тема 19.....	153
2. ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	157
Содержание практических занятий	157
Тема 4	157
Тема 7	158
Тема 8	160
Тема 11	161
Тема 14	164
Тема 16	167
Содержание лабораторных занятий	168
Лабораторная работа № 1	168
Лабораторная работа № 2.....	169
Лабораторная работа № 3.....	170
Лабораторная работа № 4.....	171
Лабораторная работа № 5.....	172
Лабораторная работа № 6.....	173
Лабораторная работа № 7.....	174
Лабораторная работа № 8.....	176
3. КОНТРОЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	177
Тест 1.....	177
Тест 2	180
Тест 3	180
Тест 4	182
Материалы текущей аттестации	183

4. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	185
Список литературных источников	185
Основная литература.....	185
Дополнительная литература.....	187
Информационное обеспечение.....	190
Приложения.....	191

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

ЭУМК по учебной дисциплине «Логопедия» разработан на основе Образовательного стандарта Республики Беларусь (2016) переподготовки руководящих работников и специалистов, имеющих высшее образование по специальности: 1-03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» (квалификация: учитель-дефектолог), положения об учебно-методическом комплексе на уровне высшего образования (Постановление Министерства образования Республики Беларусь от 26.07.2011 № 167), Устава учреждения образования «Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины».

Целью создания ЭУМК по учебной дисциплине «Логопедия» является реализация требований образовательной программы дополнительного образования взрослых по переподготовке учителей-дефектологов.

Основные задачи ЭУМК:

- реализация требований к результатам освоения содержания образовательной программы данной специальности, требований к квалификации «учитель-дефектолог»;
- реализация требований к содержанию дисциплины «Логопедия», создание условий освоения слушателями соответствующих видов профессиональной деятельности;
- реализация требований к уровню подготовки учителя-дефектолога и обеспечение формирования профессиональных компетенций по данному направлению.

Особенности структурирования. Согласно вышеуказанным нормативным документам ЭУМК курса «Логопедия» включает следующие блоки: пояснительную записку, теоретический и практический разделы, раздел контроля знаний и вспомогательный раздел.

ЭУМК содержит материалы для теоретического и практического изучения учебной дисциплины в объеме, установленном типовым учебным планом по специальности 1-03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» – 140 часов. Теоретический раздел раскрывает перечень тем лекционных занятий и краткое содержание лекционного материала, соответствующего учебной программе курса.

Практический раздел раскрывает перечень тем и содержание практических и лабораторных занятий, методические рекомендации к проведению практических и лабораторных работ.

Раздел контроля знаний содержит материалы промежуточной и текущей аттестации (экзамена).

Вспомогательный раздел содержит учебную программу по логопедии, составленную в соответствии с образовательным стандартом переподготовки специалистов (2016) и утвержденную, учебным планом переподготовки слушателей по указанной специальности (02.08.2016, № 25-13/194), а также список основной и дополнительной литературы, дополнительный информационно-аналитический материал (приложения к лекционным и практическим занятиям).

Особенности подачи учебного материала и рекомендации по организации работы с ЭУМК. Дисциплина «Логопедия» является одной из важнейших составляющих в системе переподготовки слушателей специальности 1-03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании». Целью изучения данного учебного курса является овладение профессиональными компетенциями учителя-дефектолога по выявлению характера речевых нарушений и коррекции нарушений устной и письменной речи учащихся с ОПФР в условиях интегрированного обучения и воспитания.

Дисциплина «Логопедия» позволяет подготовить слушателей к осуществлению комплексного подхода к преодолению нарушений психофизического развития, препятствующих освоению образовательных программ учащимися с ОПФР.

Слушатель, освоивший данный курс, должен обладать следующими профессиональными компетенциями (в соответствии с Образовательным стандартом, 2016):

- знать основы фонологии;
- уметь использовать знания о формировании фонологического уровня языковой подсистемы функциональной системы языка и речи в коррекционной работе с учащимися с ОПФР;
- знать теоретические основы, понятийно-категориальный аппарат логопедии;
- знать этиологию, патогенез, классификации речевых нарушений;
- уметь проводить психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями речи;
- знать виды нарушений речи, методы их коррекции, уметь применять эти знания на практике;
- уметь осуществлять дифференциальную диагностику речевых нарушений;
- знать особенности логопедической работы с разными категориями детей с ОПФР, уметь применять эти знания на практике;
- знать организацию логопедической помощи в Республике Беларусь;
- знать пути профилактики речевых нарушений у детей;

Учебный курс «Логопедия» базируется на изучении ряда дисциплин учебного плана: «Сенсорные и речевые системы и их нарушения», «Основы неврологии», «Основы психолингвистики», а также находится в тесной взаимосвязи с изучением таких дисциплин как «Специальная психология», «Коррекционная педагогика», «Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития», «Методики обучения и коррекционной работы с учащимися с тяжелыми нарушениями речи».

Итоговой формой контроля является экзамен.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Теоретический раздел ЭУМК по учебной дисциплине «Логопедия» содержит материалы для ее теоретического изучения в объеме, установленном учебным планом, составленным в соответствии с типовым учебным планом переподготовки по специальности: 1-03 03 77 «Интегрированное обучение и воспитание в школьном образовании» (квалификация: учитель-дефектолог) (№ 25-13/194, утвержденным 02.08.2016). Теоретический раздел включает перечень тем лекционных занятий и содержание лекционного материала, соответствующего учебной программе курса.

Таблица 1 – Перечень тем лекционных занятий по дисциплине «Логопедия»:

Темы лекций	Всего часов на дисциплину	Лекционный курс	Самостоятельная работа слушателей
3.13.1. Логопедия как наука. Понятийно-категориальный аппарат логопедии.	4	2	2
3.13.2. Этиология и патогенез нарушений речи	4	2	2
3.13.3. Классификация нарушений речи	4	2	2
3.13.4. Теоретические основы фонологии	8	4	2
3.13.5. Принципы и методы логопедической помощи	4	2	2
3.13.6. Особенности организации и методика логопедического обследования	6	2	2
3.13.7. Логопедическая помощь при дислалии	16	4	4
3.13.8. Логопедическая помощь при дизартрии	14	4	2
3.13.9. Логопедическая помощь при ринолалии	8	2	2
3.13.10. Логопедическая помощь при дисфонии	6	2	2
3.13.11. Логопедическая помощь при нарушениях темпа речи, заикании	10	2	2
3.13.12. Логопедическая помощь при алалии	6	2	2
3.13.13. Логопедическая помощь при афазии	6	2	2
3.13.14. Коррекция нарушений письменной речи	14	4	4
3.13.15. Особенности организации и методики логопедической помощи учащимся с ОПФР	10	6	2
3.13.16. Система логопедической помощи учащимся с общим недоразвитием речи	10	4	2
3.13.17. Организация и методика логопедической помощи при нарушениях произносительной стороны речи	6	2	2
3.13.18. Предупреждение нарушений речи	2	-	2
3.13.19. Организация логопедической помощи в Республике Беларусь	2	2	-
	140	50	40

Краткое содержание лекций и семинарских занятий

Тема 1. Логопедия как наука. Понятийно-категориальный аппарат логопедии

Вопросы:

1. Современные концептуальные подходы к логопедии как науке.
2. Внутрисистемные и межсистемные связи логопедии.
3. Понятийно-терминологический аппарат логопедии

Литература:

Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под редакцией Селиверстова В. И. – М.: Владос, 1997.
Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002-2007
Пятница, Т.В. Логопедия в таблицах и схемах / Т.В. Пятница. – Минск: Аверсэв, 2006. – 128 с.
Специальная педагогика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипов, Л.И. Белякова и др.; под ред. Н.М. Назаровой. – 2-е изд., стеретип. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 400 с.

1. Современные концептуальные подходы к логопедии как науке.

Логопедия — наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Логопедия изучает причины, механизмы, симптоматику, течение, структуру нарушений речевой деятельности, систему коррекционного воздействия.

Объект изучения являются нарушения речи. **Предметом** логопедии как науки является процесс обучения и воспитания лиц с расстройством речевой деятельности. **Субъект** изучения – человек (индивидуум), страдающий нарушением речи – *логопат*.

Логопедия рассматривает нарушения речи с позиций предупреждения и преодоления средствами специально организованного обучения и воспитания, поэтому ее относят к *специальной (коррекционной) педагогике*.

Структуру современной логопедии составляет дошкольная, школьная логопедия и логопедия подростков и взрослых.

Основной **целью** логопедии является разработка научно обоснованной системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушениями речи, а также предупреждения речевых расстройств.

Задачи:

1. Изучение онтогенеза речевой деятельности при различных формах речевых нарушений.
2. Определение распространенности, симптоматики и степени проявлений нарушений речи.
3. Выявление динамики спонтанного и направленного развития детей с нарушением речевой деятельности, а также характера влияния речевых расстройств на формирование их личности, на психическое развитие, на осуществление различных видов деятельности поведения.
4. Изучение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии (при нарушении интеллекта, слуха, зрения и опорно-двигательного аппарата).

5. Выяснение этиологии, механизмов, структуры и симптоматики речевых нарушений.

6. Разработка методов педагогической диагностики речевых расстройств.

7. Систематизация речевых расстройств.

8. Разработка принципов, дифференцированных методов и средств устранения речевых нарушений.

9. Совершенствование методов профилактики нарушений речи.

10. Разработка вопросов организации логопедической помощи.

Актуальные проблемы логопедии: ранняя диагностика и коррекция нарушений речи, а также явлений недоразвития речи; дифференциальная диагностика нерезко выраженных форм и минимальных нарушений речи; трудности комплектования учреждений специального образования; недостаточное научное и учебно-методическое обеспечение логопедической помощи⁴ оказание логопедической помощи лицам с афазией; научно-методическое обеспечение интеграции и инклюзии лиц с нарушениями речи.

Теоретическая направленность – изучение нарушений речи и разработка научно обоснованных методов их профилактики, выявления и преодоления. Практический аспект — профилактика, выявление и устранение речевых нарушений.

Основным **направлением** логопедической помощи является развитие речи, коррекция и профилактика ее нарушений.

В процессе логопедической работы предусматривается развитие сенсорных функций; развитие моторики, особенно речевой моторики; развитие познавательной деятельности, прежде всего мышления, процессов памяти, внимания; формирование личности ребенка с одновременной регуляцией, а также коррекцией социальных отношений; воздействие на социальное окружение.

Организация логопедического процесса позволяет устранить или смягчить как речевые, так и психологические нарушения, способствует воспитанию личности и ее социализации. Логопедическое воздействие направлено, прежде всего, на **коррекцию и компенсацию нарушений** речевой деятельности.

2. Внутрисистемные и межсистемные связи логопедии

Различают внутрисистемные и межсистемные связи логопедии со смежными науками. К внутрисистемным относятся связи с педагогикой, различными отраслями специальной педагогики: судропедагогикой, тифлопедагогикой, олигофренопедагогикой; методиками обучения родному языку, математике; с логопедической ритмикой, общей и специальной психологией. К межсистемным связям относятся связи с медико-биологическими и лингвистическими науками.

Естественнонаучной психофизиологической основой логопедии является учение о закономерностях формирования условно-рефлекторных связей, учение П. К. Анохина о функциональных системах, учение о динамической локализации психических функций (И. М. Сеченов, И. П. Павлов, А. Р. Лурия) и современное нейропсихологическое учение о речевой деятельности.

Логопедия использует знания общей анатомии и физиологии, нейрофизиологии о механизмах речи, мозговой организации речевого процесса, о строении и функционировании анализаторов, принимающих участие в речевой деятельности. Для понимания механизмов речевых нарушений и выявления закономерностей

коррекционного процесса важными являются знания о динамической локализации высших психических функций, о мозговой организации речи.

Логопедия тесно связана с оториноларингологией, невропатологией, психопатологией, клиникой олигофрении, педиатрией. Так, данные патологии органов слуха и речи (например, при нарушениях голоса) дают возможность не только определить этиологию нарушений, но и позволяют правильно сочетать логопедическую работу с медицинским воздействием (медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, оперативным вмешательством и др.)

3. Понятийно-терминологический аппарат логопедии

Проблема модификации терминологического аппарата логопедии. (Модификация – видоизменение, преобразование). Нет единых подходов к использованию терминологии, сущности речевых расстройств, синонимия, трудности квалификации нарушения речи и постановки диагноза (ОНР, стертая форма дизартрии).

Нарушение речи представляет собой расстройство, отклонение от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности. Например, при недоразвитии грамматического строя речи наблюдается более низкий уровень усвоения морфологической системы языка, синтаксической структуры предложения. Нарушение грамматического строя речи характеризуется его аномальным формированием, наличием аграмматизма.

При устранении речевых нарушений используются понятия: «логопедическое воздействие», «коррекция», «компенсация», «развитие», «обучение», «воспитание», «перевоспитание», «коррекционно-восстановительное обучение» и др.

Логопедическое воздействие представляет собой педагогический процесс, направленный на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности, на воспитание и развитие ребенка с речевым нарушением.

Коррекция нарушений речи — это исправление речи или ослабление симптоматики нарушений речи (устранение, преодоление речевых нарушений).

Компенсация представляет собой сложный, многоаспектный процесс перестройки психологических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма. Компенсаторная перестройка включает восстановление или замещение утраченных, или нарушенных функций, а также их изменение. Важнейшую роль в компенсации играет центральная нервная система. Развитие и восстановление несформировавшихся и нарушенных речевых и неречевых функций осуществляются на основе специальной системы логопедического воздействия, в процессе которой формируются компенсации.

Обучение — это двусторонний управляемый процесс, включающий активную познавательную деятельность детей по усвоению знаний, умений и навыков и педагогическое руководство этой деятельностью. Процесс обучения выполняет образовательную, воспитательную и развивающую функцию в их органическом единстве.

Воспитание — это целенаправленное, систематическое, организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств в соответствии с потребностями общества.

В процессе **перевоспитания** осуществляются коррекция и компенсация личностных особенностей лиц с нарушениями речевой деятельности.

При локальных поражениях головного мозга в логопедической работе используется **восстановительное обучение**, которое направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций.

Логопедическое воздействие может быть направлено как на устранение нарушений речи (например, дислексии), на исправление (например, звукопроизношения), так и на преодоление отрицательных симптомов неречевых нарушений (например, психологических особенностей заикающихся).

Физическое и (или) психическое нарушения – отклонения от нормы, ограничивающие социальную деятельность и подтвержденные в порядке, установленном законодательством.

Коррекция физических и (или) психических нарушений – система психолого-педагогических и медико-социальных мер, направленных на исправление или ослабление физических и (или) психических нарушений.

Специальное образование лиц с нарушениями речи (СО) – процесс обучения и воспитания, включающий: специальные условия для получения соответствующего образования, оказание коррекционной помощи, социальную адаптацию, интеграцию в общество.

Образовательные стандарты СО определяют обязательный минимум содержания СО, оптимальный объем учебной нагрузки, сроки обучения в соответствии с типом учреждения образования применительно к разным категориям лиц с особенностями психофизического развития, содержат требования к уровню подготовки выпускников с учетом их социальной адаптированности и к документам об образовании.

Тема 2. Этиология и патогенез нарушений речи

Вопросы:

1. Этиология нарушений развития в свете современных достижений науки.
2. Причины нарушений речи.
3. Патогенез нарушений речи

Литература:

1. Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002-2007
2. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под редакцией Селиверстова В. И. – М.: Владос, 1997.
3. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.

1. Этиология НР в свете современных достижений науки антропологии, медицины, генетики, психологии, нейро- и психолингвистики и др.

ЭТИОЛОГИЯ — (от греч. *aítia* – причина и *logos* – учение) учение о причинах (Этиологический – причинный). – **учение о происхождении и причинах болезней**. Представления о причинах болезней непрерывно изменялись с развитием наук. В 19 веке представление о влиянии злого духа сменяется представлениями о влиянии микроорганизмов на человека, а также расширилось за счет включения в их число новых патогенных факторов внешней и внутренней среды.

В настоящее время в качестве таких факторов выделяют: -физические (травмы, термические воздействия, ионизирующее излучение, атмосферные влия-

ния и др.); -химические (например, кислоты, щелочи, различные яды), -биологические (патогенные микробы, вирусы, различные эндогенные вещества); -социальные. Выяснилось, что только наличием патогенного фактора не всегда определяется возникновение нарушений развития. Важную роль играет состояние организма. В начале 20 в. сформировалось учение о реактивности организма, свидетельствующее о том, что на действие одного и того же фактора окружающей среды разные организмы реагируют неодинаково — одни бурно, другие очень слабо или совсем незаметно. Оказалось, что анатомо-физиологические особенности организма, его конституция, возраст, пол также могут существенно влиять на его развитие. В дальнейшем стала очевидной роль наследственности.

Было установлено, что большое значение для возникновения нарушений речи имеет отрицательное влияние социально обусловленных факторов: неправильное воспитание, психотравмирующие ситуации, подражание речи окружающих, двуязычие, вредные привычки.

Существенное влияние на возникновение нарушений речи оказывают загрязнение окружающей среды, различные профессиональные вредности и др. В качестве патогенных факторов учитывают и специфические местные условия, которые являются объектом изучения географической патологии.

В ряде случаев одно и то же нарушение речи возникает под действием различных по своему характеру неблагоприятных факторов. В этом случае говорят о полиэтиологичности. Например, заикание.

2. Причины нарушений речи

Под причиной нарушений речи понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть. **Подходы:** эволюционно-динамический подход, принцип единства биологического и социального развития речи

В возникновении речевых расстройств большая роль принадлежит **экзогенно-органическим факторам**. Эта группа причин, по классификации М. Е. Хватцева, может быть отнесена к группе органических центральных, при поражении головного мозга, и органических периферических, если под влиянием различных неблагоприятных внутриутробных факторов нарушается морфологическое развитие периферического речевого аппарата.

Под **экзогенно-органическими факторами** понимают различные неблагоприятные воздействия (инфекции, травмы, интоксикации и др.) на центральную нервную систему ребенка и на его организм в целом. В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют внутриутробную патологию, или **пренатальную** (воздействие в период внутриутробного развития); повреждение при родах (**натальная** патология) и воздействие различных вредных факторов после рождения (**постнатальная** патология). Внутриутробная патология часто сочетается с повреждением нервной системы ребенка при родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином «перинатальная патология». Такие поражения нервной системы объединяют различные патологические состояния, обусловленные воздействием на плод вредоносных факторов во внут-

риутробном периоде, во время родов и в первые дни после рождения. Перинатальная патология может быть обусловлена заболеваниями матери во время беременности, инфекциями, интоксикациями, токсикозами беременности, а также многообразной акушерской патологией (узкий таз, затяжные или стремительные роды, преждевременное отхождение вод, обвитие пуповиной, неправильное предлежание плода и др.). Имеют значение также акушерские манипуляции, которые могут повредить нервную систему плода. Ведущее место в перинатальной патологии нервной системы занимают асфиксия и родовая травма.

При локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательный механизм речи, возникают преимущественные нарушения звукопроизносительной ее стороны — дизартрии.

В этиологии речевых нарушений у детей определенную роль может играть иммунологическая **несовместимость крови матери и плода** (по резус-фактору, системе АВО и другим антигенам эритроцитов).

При внутриутробных поражениях мозга отмечаются наиболее тяжелые речевые нарушения, сочетающиеся, как правило, с другими полиморфными дефектами развития (слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта). Они могут наблюдаться при заболевании беременной женщины краснухой, цитомегалией, токсоплазмозом и другими вирусными инфекциями. При этом тяжесть речевых нарушений и других дефектов развития во многом зависит от времени поражения мозга во внутриутробном периоде. Наиболее тяжелые повреждения отмечаются в первом триместре беременности, а также во время всего периода эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев беременности.

У детей с аномалиями и пороками развития мозга часто наблюдаются множественные, так называемые дизэмбриогенетические стигмы в виде асимметрии черепа, аномалии нёба (высокое «готическое» нёбо, уплощенное нёбо, раздвоенная губа), дефекты развития верхней челюсти, аплазия нижней челюсти, микрогнатия, прогнатия и др. Примером речевых расстройств, возникающих под влиянием воздействия неблагоприятных факторов на развивающийся плод, может быть открытая ринолалия, возникающая вследствие врожденной расщелины нёба.

Патологические воздействия на поздних стадиях беременности обычно не вызывают тяжелых пороков развития, а ведут к задержке созревания нервной системы, к нарушению миелинизации ее структур.

Инфекционные и соматические заболевания матери во время беременности могут приводить к нарушениям маточно-плацентарного кровообращения, к расстройствам питания и к кислородному голоданию плода. Если хроническое кислородное голодание плода выражено нерезко, оно может не нарушать, а несколько замедлять темп созревания плода. В результате этого при доношенной беременности ребенок рождается незрелым, с ослабленной нервной системой, процессы миелинизации нервной системы у него замедлены, нарушена дифференциация нервных клеток и их аксонов, затруднено формирование межнейронных связей мозга. Эти факторы также влияют на формирование речевой деятельности.

Нарушения внутриутробного развития плода — эмбриопатии — могут возникать в связи с вирусными заболеваниями, приемом лекарственных препара-

тов, ионизирующей радиацией, вибрацией, алкоголизмом и курением во время беременности. Неблагоприятное влияние алкоголя и никотина на потомство было отмечено уже давно.

Особенно вредное влияние на развитие плода оказывает сочетание ряда неблагоприятных факторов, действующих в период его внутриутробного развития (сочетание алкоголизма и курения с токсикозами беременности, с различными хроническими и острыми вирусными заболеваниями матери и т. д.).

В настоящее время при **легкой мозговой недостаточности** выделяют особый вид психического дизонтогенеза, в основе которого лежит превосходящая возрастная незрелость отдельных высших корковых функций. Она вызывает своеобразное отставание в развитии речи и неравномерность психического развития, определяющие специфические трудности обучения этих детей. При минимальной мозговой дисфункции (ММД) происходит задержка темпа развития функциональных систем мозга, требующих для своего осуществления интегративной деятельности: речь, поведение, внимание, память, пространственно-временные представления и другие высшие психические функции.

Дети с ММД составляют группу риска по возникновению у них речевых расстройств. Своевременное их выявление и ранняя стимуляция психического развития могут в значительной степени улучшить речевые и умственные прогнозы данной категории детей. Основными проявлениями данного синдрома на первом году жизни являются так называемые «малые неврологические признаки»: у грудных детей – это легкие нарушения мышечного тонуса, обычно не мешающие активным движениям, но отличающиеся стойкостью; нерезко выраженные произвольные движения в виде тремора, общих вздрагиваний; задержка сенсомоторного развития (особенно зрительно-моторной координации); отставание в развитии тонких дифференцированных движений пальцев рук, формирования предметно-манипулятивной деятельности; задержка довербального и начального вербального развития. Все эти признаки сочетаются с легкой неврологической симптоматикой.

Особую роль в развитии речевых нарушений играют такие факторы, как семейная отягощенность речевыми нарушениями, леворукость.

Социально-психологические факторы риска связаны главным образом с психической депривацией детей. Особое значение имеет недостаточность эмоционального и речевого общения ребенка со взрослыми. Отрицательное воздействие на речевое развитие также могут оказывать необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития ребенка, неадекватный тип воспитания ребенка, педагогическая запущенность, т. е. отсутствие должного внимания к развитию речи ребенка, дефекты речи окружающих. В результате действия этих причин у ребенка могут наблюдаться нарушения развития различных сторон речи.

Таким образом, основу для изучения этиологии речевых расстройств составляют эволюционно-динамический подход и принцип диалектического единства биологического и социального в развитии речи.

Большую роль в нарушениях речевого развития и в возникновении невротических речевых расстройств играют социальные факторы (функциональные

формы речевых расстройств). Окружающая ребенка социальная среда является не только условием, но и источником развития речи.

Материальным субстратом речевой функции является нервная система. Поэтому при повреждении нервной системы и нарушениях ее созревания под влиянием различных факторов наиболее часто отмечаются различные нарушения речи (органические центральные формы речевых расстройств). Многие виды речевых расстройств возникают под влиянием воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов. Различные соматические заболевания и болезни обмена веществ могут быть как благоприятными условиями для возникновения речевых расстройств, так и в некоторых случаях их непосредственными причинами.

3. Патогенез нарушений речи

Патогенез нарушений речи – это патологический механизм, обуславливающий возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

Патологический механизм нарушений речи состоит в возникновении органических и функциональных нарушений в деятельности центрального и периферического речевого аппарата, приводящих к расстройствам речевой функции.

К органическим нарушениям центрального речевого аппарата относят нарушения строения или структуры органов и тканей головного мозга; к органическим нарушениям периферического речевого аппарата – неправильное строение органов артикуляции, голосообразования и дыхания.

К функциональным нарушениям центрального и периферического речевого аппарата относят нарушения, возникающие при сохранном строении и структуре органов и тканей. При этом может наблюдаться их незрелость, несформированность отдельных функций, межанализаторного взаимодействия, неуравновешенность основных нейродинамических процессов и пр.

По мнению Л.О. Бадаляна, речевые расстройства в детском возрасте в зависимости от причин их возникновения можно разделить на следующие группы:

1. Речевые нарушения, связанные с *органическим поражением центральной нервной системы*. В зависимости от уровня поражения речевой системы они делятся на: (1) афазии - распад всех компонентов речи в результате поражения корковых речевых зон; (2) алалии - системное недоразвитие речи вследствие поражений корковых речевых зон в доречевом периоде; (3) дизартрии - нарушение звукопроизносительной стороны речи в результате нарушения иннервации речевой мускулатуры. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм дизартрий.

2. Речевые нарушения, *связанные с функциональными изменениями центральной нервной системы*: (1) заикание; (2) мутизм и сурдомутизм.

3. Речевые нарушения, связанные с *дефектами строения артикуляционного аппарата* (механические дислалии, ринолалия).

4. Задержки речевого развития различного генеза (при недоношенности, соматической ослабленности, педагогической запущенности).

Тема 3. Классификация нарушений речи

Вопросы:

1. Содержание понятия нарушение речи.
2. Клинико-педагогическая классификация нарушений речи.
3. Психолого-педагогическая классификация нарушений речи.

Литература:

1. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под редакцией Селиверстова В. И. – М.: Владос, 1997.
2. Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002-2007
3. Зайцева, Л.А. Современная классификация и диагностика речевых нарушений: дискуссионные и нерешенные проблемы / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев // Специальная адукация. – 2009. – № 1. – С. 38-41.
4. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.
5. Логопатопсихология: учеб. пособие для студ / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской; [авт.-сост.: Р.И. Лалаева, С.Н. Шаховская]. Москва: ВЛАДОС, 2011. 462 с.

1. Содержание понятия нарушение речи

Важным в логопедии является различие понятий нормы и нарушений речи. Под нормой речи понимают общепринятые варианты употребления языка в процессе речевой деятельности. При нормальной речевой деятельности являются сохранными психофизиологические механизмы речи.

Нарушение речи определяется как отклонение в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде, обусловленное расстройством нормального функционирования психофизиологических механизмов речевой деятельности. Например, при нарушении грамматического строя речи наблюдается его аномальное формирование, наличие аграмматизмов.

Нарушения речи характеризуются следующими особенностями:

1. Они не соответствуют возрасту говорящего;
2. Не являются диалектизмами, безграмотностью речи и выражением незнания языка;
3. Связаны с отклонениями в функционировании психофизиологических механизмов речи;
4. Часто оказывают отрицательное влияние на дальнейшее психическое развитие ребенка;
5. Носят устойчивый характер и самостоятельно не исчезают;
6. Требуют определенного логопедического воздействия в зависимости от их характера.

Такая характеристика позволяет различать речевые нарушения и возрастные особенности речи, временные нарушения у детей и взрослых и особенности речи, обусловленные диалектами и социокультурными факторами.

Для обозначения нарушений речи в различных текстах используются также термины «расстройства речи», «дефекты речи», «недостатки речи», «речевая патология», «речевые отклонения».

Недоразвитие речи предполагает качественно более низкий уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.

В логопедии разграничиваются понятия «**нарушения речевого развития**» и «**задержка речевого развития**». В отличие от нарушения речевого развития, при котором искажается сам процесс речевого онтогенеза, задержка речевого развития

— это замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка.

Понятие **«распад речи»** предполагает утрату имевшихся речевых навыков и коммуникативных умений вследствие локальных или диффузных поражений головного мозга.

Под **структурой речевого дефекта** понимается совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первыми, а также системные последствия. Различная структура речевого дефекта находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов, что во многом определяет специфику целенаправленного логопедического воздействия.

Симптом нарушения речи – это признак (проявление) какого-либо нарушения речевой деятельности.

Симптоматика нарушений речи – это совокупность признаков (проявлений) нарушения речевой деятельности.

Под **механизмом нарушения речи** понимается характер отклонений в функционировании процессов и операций, обуславливающих возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

2. Клинико-педагогическая классификация

Нарушения речи рассматриваются в логопедии в рамках клинико-педагогического и психолого-педагогического подходов, в рамках которых представлены 2 классификации – клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. В данных классификациях одни и те же нарушения речи рассматриваются с разных точек зрения, поэтому они сгруппированы по-разному. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга и отражают определенный подход к речевым нарушениям и выбор средств коррекции. Механизмы и симптоматика речевой патологии рассматриваются с позиций клинико-педагогического подхода.

Клинико-педагогическая классификация нацелена на предельную детализацию видов и форм нарушений речи и основывается на подходе от общего к частному. В ней учитываются межсистемные взаимодействия нарушений речи с обуславливающим их материальным субстратом. Она основывается на совокупности психолого-лингвистических, клинических и этиопатогенетических критериях (хотя в данной классификации ведущая роль отводится психолого-лингвистическим критериям).

При этом выделяются следующие расстройства: дислалия, дисфония (афония), ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия, ОНР, дисграфия и дислексия. Все виды нарушений речи делятся на 2 основные группы: нарушения устной и письменной речи.

Клинико-педагогической классификации схематически может быть представлена в следующем виде.

I Нарушения устной речи

Расстройства фонационного оформления речи:

Афония, дисфония — отсутствие или нарушение голоса.

Брадилалия — патологически замедленный темп речи.

Тахилалия — патологически убыстренный темп речи.

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Дислалия — нарушение произносительной стороны речи при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Ринолалия — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Нарушение структурно-семантического оформления высказывания:

Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга.

Афазия - полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

ОНР – вид речевого нарушения, при котором у детей, обладающих нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, наблюдается нарушение формирования всех составных частей языковой системы: звуковой стороны речи (фонетики) а также смысловой (лексики и грамматики).

II Нарушения письменной речи:

Дислексия (алексия) — частичное (полное) нарушение процессов чтения.

Дисграфия (аграфия) — частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.

Дизорфография – специфическое нарушение орфографического навыка письма у детей с сохранным интеллектом и устной речью; стойкое нарушение способности пишущего применять орфографические правила при написании заданий или своего речевого замысла.

Об аграфии и алексии говорят в случае несформированности (в ходе обучения) процессов письма и чтения. Аграфия и алексия выявляются так же в случаях распада сформированных навыков вследствие поражений коры головного мозга. Причём координация движений и сила руки остаются сохранными. Может быть сохранным списывание.

2. Психолого-педагогическая классификация группирует нарушения от частного к общему и строится на основе лингвистических и психологических критериев (в которых учитываются структурные компоненты речевой системы – звукопроизношение, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной или письменной). Здесь выделяются общие проявления дефекта при разных формах патологического развития речи у детей (уровни сформированности компонентов речевой системы). Нарушения речи в данной классификации делятся на 2 группы:

1) Нарушение средств общения:

ФФНР (фонетико-фонематическое недоразвитие речи) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения

фонем. При частичной компенсации ФФНР переходит в ФНР (фонетическое недоразвитие речи).

ОНР (общее недоразвитие речи) у детей с сохранным интеллектом и слухом – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. Выделяются три уровня ОНР (в зависимости от степени сформированности речевых средств). При компенсации фонетико-фонематической стороны речи и проявлениях недоразвития лексико-грамматического строя речи – ОНР переходит в лексико-грамматическое недоразвитие речи.

2) Нарушение в применении средств общения:

Заикание – нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформированных средствах общения. Возможно сочетание заикание с ОНР.

Проявление речевого негативизма, мутизм и др.

Нарушения письма и чтения в данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи, а рассматриваются в составе ФФНР и ОНР как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков.

Тема 4. Теоретические основы фонологии

Вопросы:

1. Общие вопросы фонетики и фонологии
2. Характеристика звукового уровня речи
3. Классификация звуков речи

Литература:

1. Андрейченко, Л.Н. Русский язык. Фонетика и фонология. Орфоэпия. Графика и орфография. – М., 2003 г.
2. Абрамова, Е.И. Звуки речи, звуки языка. – Брест, 2002
3. Богомазов, Г.М. Современный русский литературный язык: Фонетика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений Г.М. Богомазов. – М: ВЛАДОС, 2001. – 352 с.
4. Бондарко, Л.В. Фонология речевой деятельности. – СПб., 2000.
5. Варпахович, Л.В. Лингвистика в таблицах и схемах. – Минск., 2000.
6. Винарская, Е.Н., Богомаз, Г.М. Возрастная фонетика. – М., 2005.
7. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи. – М., 1961.
8. Жинкин, Н.И. Механизмы речи. – М., 1958.
9. Сенкевич, В.И. Фонетика и фонология русского языка. – Брест, 2004.
10. Старичёнок, В.Д., Алексина Л.И., Вержбицкая Т.Н., Григорьева Т.А. Основы фонологии. – Минск., 1998.
11. Цейтлин, С.Н. Язык и ребёнок. Лингвистика детской речи. – СПб., 2000.

1. Общие вопросы фонетики и фонологии. Язык как знаковая система имеет двустороннюю сущность – план выражения и план содержания. Основные значимые уровни языка – лексика, грамматика «обслуживают» лишь план содержания, то есть имеют дело с идеальной, нематериальной стороной языка. Физическая же сторона языка справедливо не представляет для них интереса. В тоже время знак лишь тогда становится знаком, когда его смысловая сторона может быть как-то облечена в материю, чтобы быть воспринятой органами чувств, чтобы объективироваться. Отсюда необходимость в особом, «строевом» уровне языка, который и осуществлял бы эту задачу. Таким уровнем является **фонетика** (греч. *phonetikos* «звуковой, голосовой», *phone* «звук»). Именно она является своего рода мостиком между миром семантики и миром материи – единственным уровнем, от-

вещающим за «физику» языка. в этом состоит исключительная важность и специфика этого уровня языка. Фонетика: 1. Звуковой строй, звуковая система языка. 2. Раздел языкознания, изучающий звуковые средства — языка.

Аспекты и единицы фонетики. Фонетика имеет три аспекта: 1) акустический — описывающий звуки как физические явления; 2) артикуляционный — характеризующие звуки с т. зр. работы органов чувств; 3) функциональный — звуки с т. зр. их роли в построении и смысловом различии словоформ. Первые два резко противопоставлены третьему как материально-физические явления к системно-лингвистическим. Отсюда разделение фонетики на подуровни: акустико-артикуляционный аспект изучает собственно фонетика, а функциональный — фонология. Фонетическая транскрипция обозначается [], а фонологическая — или / /, или < >.

Основной единицей фонетики есть **звук речи, фон** с набором артикуляционно-акустических характеристик, а основной единицей фонологии есть **звук языка, фонема** — совокупность произносительных вариантов, объединенных общностью позиции и функции в слове. Артикуляционно-акустические характеристики на уровне фонемы приобретают статус различительных признаков (дифференциальных признаков) — не все, а значимые для смысловом различения.

Звук и фонема — линейные единицы, поскольку получены в результате предельного членения звукового потока. Существуют и нелинейные единицы, как бы сопутствующие линейным, сопровождающие их. Это ударение и интонация: они дополнительные — поскольку *не могут выступить* «в чистом виде», сами по себе, а только в сопровождении других единиц. Ударение (выделение одного слога в речевом потоке) — системно значимая единица, поскольку по отношению к нему протекают фонетические процессы (редукция); интонация (закономерное понижение и повышение высоты тона) оформляет границы слова и фразы, а также играет важную роль в коммуникативных задачах (уже на уровне синтаксиса).

Фонология — раздел лингвистики, изучающий структуру звукового строя языка и функционирование звуков в языковой системе. Она изучает звуки речи как средство общения, т.е. функцию или роль звуков, используемых в языке. Основной единицей фонологии является фонема, основным объектом исследования являются **противопоставления (оппозиции) фонем**, образующие в совокупности фонологическую систему языка.

Фонема (греч. *phthema* «звук»). Кратчайшая линейно выделяемая языковая единица, представленная в речи рядом чередующихся звуков, обусловленных фонетическими позициями, и служащая для отождествления и различения слов и морфем. Термин «фонема» использовался еще французскими лингвистами в XIX веке (в 1873 г.) как синоним немецкого *Sprachlaut* «звук языка». Формирование понятия «фонема» в современной лингвистике связывают с именем И.А. Бодуэна де Куртенэ, который в 1868 году высказывал мысль о несовпадении физических и функциональных свойств звуков и делил фонетику на две части (теперь фонетика и фонология). Выдающийся вклад в развитие фонологии внесли также Николай Сергеевич Трубецкой, Роман Осипович Якобсон, Лев Владимирович Щерба, Ноам Хомский и другие.

2. Характеристика звукового уровня речи

Звуки **речи** могут изучаться в трех аспектах: артикуляционном (анатомо-физиологическом), акустическом, фонологическом (социальном, лингвистическом).

Артикуляционно каждый звук речи образуется в результате сложных движений произносительных органов, сближение которых называется фокусом. Источниками звука служат: а) модуляция выдыхаемого воздуха колебаниями голосовых связок — голосовой источник; б) препятствия, создаваемые воздушной струей в речевом аппарате, — полное смыкание артикулирующих органов (смычка) или же их значительное сближение (щель) — шумовые источники. Шумовые источники являются или 1) импульсными (лат. *impulsus* — «удар, толчок»), когда шум возникает при резком прерывании воздушной струи, образовании и последующем прерывании смычки, или 2) турбулентными (лат. *turbo* — «вихрь»), когда шум образуется при наличии сужения в каком-либо месте артикуляционного тракта. Каждый звук речи образуется при участии от одного до нескольких источников. Например, гласные образуются при участии только голосового источника, звонкие взрывные согласные — при участии голосового и импульсного источника (импульс возникает при резком раскрытии смычки). О работе произносительных органов см. артикуляционные органы.

Акустически звуки речи, как и всякие другие звуки, могут быть определены как колебательные движения, передаваемые воздушной средой. Акустические свойства звуков зависят не только от характеристик источника, но и от размера и формы надгортанных полостей, играющих роль резонаторов: в зависимости от того, какое положение занимают язык, губы, мягкое небо, в надгортанных полостях возникают и усиливаются колебания различной частоты и интенсивности. Звуки речи — это сложные акустические образования, возникающие в результате наложения акустических характеристик надгортанных полостей на акустические характеристики источников звука.

Звук имеет следующие акустические характеристики.

1. Высота звука — это частота, количество колебаний в единицу времени. Для измерения частоты звука определяют, сколько колебательных движений производит источник звука в одну секунду. Частота измеряется в герцах (Гц). Человеческое ухо способно воспринимать звуки в диапазоне от 16 до 20000 Гц. Звуки с малой частотой воспринимаются как низкие, с большой частотой — как высокие.

2. Сила, или интенсивность звука определяется амплитудой колебательных движений. Амплитуда (от лат. *amplitude* — «величина») — наибольшее отклонение от нулевого значения величины, колеблющейся по определенному закону. За единицу измерения силы звука принят децибел — дБ. Сила звука с точки зрения восприятия слуховым аппаратом оценивается как громкость, которая определяется не только напряжением волны, но и высотой.

3. Время звучания и длительность звука. Длительность звуков речи измеряют в тысячных долях секунды — миллисекундах (мс). Так, длительность ударного гласного [а] в слове *сад*, произнесенном в нормальном темпе, составляет приблизительно 150 мс, длительность первого гласного в слове *сады* — 100 мс, длительность второго предупредительного [а] в слове *садовод* — около 50 мс.

4. Спектр звука — совокупность тонов формант, образующих определенный звук речи. Звуки возникают в результате простых или сложных колебаний. Образующиеся в результате этих колебаний тоны называются обертонами основного тона. Их основное свойство в том, что частота их всегда в кратное число раз выше частоты основного тона, а интенсивность тем слабее, чем выше частота. Обертон, добавочный тон, более высокий по сравнению с основным тоном, определяет тембр звука речи. Колебательные движения, дающие звуковую волну, обычно бывают сложными, т.е. состоят из основного и нескольких добавочных тонов — парциальных тонов, или обертонов. От количества этих обертонов и их соотношения по высоте и силе с основным тоном и зависит та окраска звука, которая называется тембром. Тембр звука — это окраска звука речи, создаваемая обертонами, их соотношением с основным тоном. С понятием тембра также связывают представление о какой-то специфической окраске звука (разный тембр у одного и того же гласного, произносимого с различной частотой основного тона).

Звук языка. Звук изучается в фонологии как представитель определенной фонемы. Данный аспект называется по-другому социальным, лингвистическим, поскольку благодаря фонемам язык выполняет социальные функции, являясь средством общения, и тем самым объектом лингвистики. Уровень языка, распознающий фонемы — системный, функциональный и называется фонологией. Т.е. существует две разных системы — фонетическая и фонологическая. Это связано с двойственной природой звукового потока: с одной стороны, работа органов (материя), а с другой — «чисто» системные отношения — абстракция (работа сознания). Фонема — сложное явление. Она состоит из ряда признаков, не существующих самостоятельно, вне фонемы, но существующих одновременно в фонеме. Определение признаков, составляющих содержание фонемы, занимает важное место в фонологии.

Фонема — независимая единица звуковой системы языка. Она может выделяться не только в сопоставлении с другими фонемами, потенциально связанными со значением, но и независимо от значений, только на фоне других фонем. Фонема имеет несколько функций: 1. Перцептивная функция — объект восприятия (именно фонемы, представленные теми или иными конкретными звуками, воспринимает человек с помощью органов чувств (слуха). 2. Различительная: фонема различает звуковые оболочки слов и морфем.

Сильные и слабые позиции фонем. Сильная фонема — это фонема, обладающая максимальной различительной способностью. То есть сильная позиция фонемы — это положения, где фонемы отчетливо выявляют свои свойства: сом, сам. Слабая фонема — это фонема, обладающая меньшей различительной способностью: сома, сама; нога, нага; рок, рог; рот, род. Позиции первого ряда называются сильными, а позиции второго ряда — слабыми. В слабых позициях фонемы нейтрализуются, т.е. теряют часть своих различительных способностей.

Аллофóн (с греч. другой звук) — реализация фонемы, её вариант, обусловленный конкретным фонетическим окружением. В отличие от фонемы, является не абстрактным понятием, а конкретным речевым звуком. Несмотря на широкий диапазон аллофонов одной фонемы, носитель языка всегда в состоянии их распознать. Основной аллофóн — такой аллофон, свойства которого минимально зависят от позиции и фонетического окружения. Основные аллофоны в русском языке:

для гласных — изолированное произнесение; для твёрдых согласных — перед ударным «а»; для мягких согласных — перед ударным [и].

3. Классификация звуков речи

В русском языке 42 звука, 36 согласных и 6 гласных звуков.

В каждом языке обычно около 50 звуков речи. Они делятся на гласные, состоящие из тона, и согласные, образованные шумом (или шум + тон). При произнесении гласных воздух проходит свободно без препятствий, а при артикуляции согласных обязательно имеется какая-то преграда и определенное место образования — фокус. Совокупность гласных в языке носит название вокализм, а совокупность согласных — консонантизм. Как видно из их названия, гласные образуются с помощью голосом, т.е. они всегда сонорные.

Классификация гласных. Гласные классифицируются по следующим основным артикуляционным признакам:

1. Ряд, т.е. в зависимости от того, какая часть языка приподнимается при произношении. При подъеме передней части языка образуются передние гласные [и, э], средней — средние [ы], задней — задние гласные [о, у].

2. Подъем, т.е. в зависимости от того, как высоко приподнята спинка языка, образуя резонаторные полости различного объема. Различаются гласные открытые, или, иначе говоря, широкие [а] и закрытые, то есть узкие [и, у].

3. Лабиализация т.е. в зависимости от того, сопровождается ли артикуляция звуков округлением вытянутых вперед губ или нет. Различаются огубленные (губные, лабиализованные), напр., [ɔ], [ʊ] и неогубленные гласные, напр., [i], [ε].

4. Назализация т.е. в зависимости от того, опущена небная занавеска, позволяя струе воздуха проходить одновременно через рот и нос, или нет. Носовые (назализованные) гласные, напр., [õ], [ã], произносятся с особым «носовым» тембром. Гласные в большинстве языков — неносовые (образуются при поднятой небной занавеске, закрывающей путь струе воздуха через нос), но в некоторых языках (фр., польский, португальский, старославянский) наряду с неносовыми широко используются носовые гласные.

5. Долгота. В ряде языков (анг., нем., лат., древнегреческий, чешский, венгерский, финский) при одинаковой или близкой артикуляции гласные образуют пары, члены которых противопоставляются по длительности произнесения, т.е. различаются, напр., краткие гласные: [a], [i], [ɔ], [ʊ] и долгие гласные: [a:], [i:], [ɔ:], [u:].

В латинском и древнегреческом языках это явление используется в стихосложении: на соотношении долгих и кратких слогов основаны различные стихотворные размеры (гекзаметр, дактиль), которым соответствуют современные стихотворные размеры, в основе которых — динамическое ударение.

6. Дифтонгизация

В рус. яз. дифтонгов нет. Нельзя считать дифтонгами сочетание «гласный + й» в словах «рай», «трамвай», так как при склонении этот квазидифтонг разрывается на два слога, что невозможно для дифтонга: «трамва-ем, ра-ю». Но в рус. яз. встречаются дифтонгоиды. Дифтонгоид — это ударный неоднородный гласный, имеющий в начале или конце призвук другого гласного, артикуляционно-близкого

к основному, ударному. Дифтонгоиды имеются в русском языке: дом произносится «ДуоОоМ».

Классификация согласных

Имеются 4 основных артикуляционных признака согласных.

1. **Соотношение шума и голоса.** По соотношению шума и голоса при их образовании согласные делятся на три группы:

Сонанты, у которых голос преобладает над шумом [м, н, л, р].

Шумные звонкие. Шум преобладает над голосом [б, в, д, з, ж].

Шумные глухие, которые произносятся без голоса [п, ф, т, с, ш].

2. **Способ артикуляции.** Суть этого способа - в характере преодоления преграды.

Смычные согласные образуются путем смычки, образующей преграду воздушной струе. Они подразделяются на три группы: -взрывные. У них смычка завершается взрывом [п, б, т, д, к, г]; -аффрикаты. У них смычка без взрыва переходит в щель [ц, ч]; -смычные носовые, у которых смычка без взрыва [м, н].

Щелевые согласные образуются трением струи воздуха, проходящей через проход, суженный преградой. Их также называют фрикативными (латинское «fricō» - тру) или спирантами (латинское «spirō» - дую): [в, ф, с, ш, х];

Смычно-щелевые, к которым относятся следующие сонанты: боковые [л], у которых сохраняются смычка и щель [бок языка опущен]; дрожащие [р], с попеременным наличием смычки и щели.

Аффриката (от лат. affricō - тру, притираю) — смычно-щелевой согласный звук, разновидность смычных. В отличие от взрывных, у А. фаза смычки заканчивается не взрывом, а плавным переходом к щелевой артикуляции. Фонемы [ц] и [ч] в рус. языке в большинстве позиций реализуются в глухих А. [ц] и [ч']; звук [ц\ - переднеязычный зубной, шумный, твёрдый; [ч\ — переднеязычный передненёбный, шумный, мягкий. На их месте в позиции перед звонким шумным согласным произносятся звонкие А. [дз], [д'ж']: плацдарм — пла[дз]дарм, алчба – ал[д'ж']ба.

3. **Активный орган.** По активному органу согласные делятся на три группы:

1. **Губные** двух видов: губно-губные (билабиальные) [п, б, м]: губно-зубные [в, ф].

2. **Язычные согласные**, которые делятся на переднеязычные, среднеязычные и заднеязычные;

Переднеязычные (по положению кончика языка) делятся на: **дорсальные** (латинское dorsum - спинка): передняя часть спинки языка сближается с верхними зубами и передним небом [с, д, ц, н]; **апикальные** (лат. apex - вершина, кончик), **альвеолярные**: кончик языка сближается с верхними зубами и альвеолами [л, англ. [d]]; **какуминальные** (лат. cacumen - верхушка), или двухфокусные, при артикуляции которых кончик языка загнут кверху [ш, ж, ч] к переднему небу, а задняя спинка поднята к мягкому небу, т.е. имеется два фокуса образования шума.

Хотя у **среднеязычных** согласных средняя часть языка сближается с твердым небом, они воспринимаются как мягкие [й]; это явление называется также *палатализацией*.

К **заднеязычным** согласным относятся:

язычковые (увулярные), например, французское [r];

глоточные (фарингальные) - украинское [г], немецкое [h];

гортанные: как отдельные звуки они имеются в арабском языке.

4. Пассивный орган. По пассивному органу, т.е. месту артикуляции, различаются зубные (дентальные), альвеолярные, палатальные и велярные. При сближении спинки языка с твердым небом, образуются мягкие звуки [й, ль, ть, сь и т.д., т.е. палатальные). Велярные звуки [к, г] образуются сближением языка с мягким небом, что придает согласному твердость.

Интонацией называются все просодические явления в синтаксических единицах – словосочетаниях и словах. Интонация состоит из следующих 5 элементов, два первых из которых - основные компоненты интонации: мелодика речи (движение голоса по высоте тона); ударение; пауза; темп речи; тембр голоса.

Тема 5. Принципы и методы логопедической помощи

Вопросы:

1. Принципы логопедического воздействия.
2. Специфика использования наглядных, практических и словесных методов.
3. Специальные приемы логопедической коррекции

Литература

1. Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002.
2. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.
3. Основы теории и практики логопедии: учебное пособие / под ред. Р.Е. Левина; репр. воспр-е изд. – М.: Альянс, 2013. – 367 с.

1. Принципы логопедического воздействия

Сущность коррекционной направленности учебно-воспитательного (образовательного) процесса находит отражение в системе принципов, обеспечивающих ее реализацию.

Логопедическое воздействие – педагогический процесс, направленный на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности, на воспитание и развитие ребенка с речевыми нарушениями.

Принципы логопедического воздействия: этиопатогенетический (учета этиологии и механизмов речевого нарушения), системности и учета структуры речевого нарушения; комплексности; дифференцированного подхода; поэтапности, каждому из этапов логопедического воздействия присущи свои цели, задачи, методы, приемы коррекции; развития; онтогенетический; учета личностных особенностей; деятельностного подхода; использования обходного пути; формирования речевых навыков в условиях естественного речевого общения.

Профессором Р.Е. Левиной выдвинуты следующие принципы анализа нарушений речи и логопедической помощи.

Принцип развития – с позиции этого принципа определяется механизм нарушения речи. Предполагает сбор и анализ всех клинических данных, общих сведений о ребенке. Это поможет определить клиническую форму речевой патологии. С целью прогнозирования работы, определения сроков оказания помощи, круга специалистов для реализации комплексной помощи.

Принцип системного подхода. Речь представляет собой единую систему, которая включает такие компоненты: фонетику, лексику, грамматику. Они тесно между собой взаимосвязаны и определяют развитие друг друга. По структуре дефекта выделяют следующие варианты: фонетическое недоразвитие речи (ФНР) – страдает только звукопроизношение; фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – на фоне дефектного звукопроизношения недоразвит фонематический слух, общее недоразвитие речи (ОНР) – страдает звукопроизношение, фонематическое восприятие, бедный словарь, речевые аграмматизмы. Для определения речевого дефекта тщательно изучаются все компоненты речи и определяется содержание коррекционной работы.

Принцип связи речи с другими сторонами психического развития. Согласно данному принципу необходимо установить, является ли нарушение речи у ребенка первичным, или это следствие другой патологии. (Л.С.Выготский: «Смотри на первопричину») От этого зависит выбор образовательного маршрута. Например, первопричина интеллектуальная недостаточность, вторично страдает речь; или первично страдает речь, что вызывает проблемы формирования слухового восприятия (речевого слуха), вербальной памяти, словесно-логического мышления, что может привести к вторичной задержке психического развития.

Согласно данному принципу логопедическая работа включает не только формирование речевых функций, но и памяти, внимания, мыслительных операций и др., эмоционально-личностной сферы и социального развития ребенка. Необходимо учитывать реакцию на дефект, использовать приемы психотерапевтического воздействия (разъяснение, убеждение, внушение).

2. Специфика использования наглядных, практических и словесных методов. По характеру направленности методы логопедической работы подразделяются на: методы «прямого воздействия» (например, воздействие на артикуляторную моторику при устранении дислалии), методы «обходных путей» (например, создание новых функциональных связей в обход нарушенных звеньев речевой функциональной системы при афазии).

По источнику получения знаний: словесные, наглядные, практические.

К **практическим методам** логопедического воздействия относятся упражнения, игры и моделирование.

Упражнение – это многократное повторение ребенком практических и умственных заданных действий. Упражнения подразделяются на подражательно-исполнительские, конструктивные и творческие.

Подражательно-исполнительские выполняются детьми в соответствии с образцом.

В логопедической работе большое место занимают упражнения, направленные на формирование физиологических реакций: дыхательные, голосовые, артикуляторные, ортофонические (координация дыхания, фонации, артикуляции).

Упражнения творческого характера: речевые упражнения, повторения, проговаривания. Игровые упражнения, имитации.

Условия эффективности применения упражнений:

-осознание ребенком цели

-систематичность реализуется в многократном повторении

-постепенное усложнение условий с учетом этапа коррекции возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка;

-осознанное выполнение практических и речевых действий;

-самостоятельное выполнение на заключительном этапе коррекции (хотя на начальных этапах коррекции упражнения могут выполняться с помощью логопеда, с мех. помощью и т. д.);

-дифференцированный анализ и оценка выполнения упражнений

Игровой метод предполагает использование различных компонентов игровой деятельности в сочетании с другими приемами: показом, пояснением, указаниями, вопросами. Одним из основных компонентов метода является воображаемая ситуация в развернутом виде игры: с пением, дидактические, подвижные, творческие, драматизации.

Моделирование — это процесс создания моделей и их использование в целях формирования представлений о структуре объектов, об отношениях и связях между элементами этих объектов.

Эффективность использования зависит от следующих условий:

-модель должна отражать основные свойства объекта и быть по структуре аналогичной ему;

-быть доступной для восприятия ребенком данного возраста;

-должна облегчать процесс овладения навыками, умениями и знаниями.

Знаково-символическое моделирование. Например, при формировании звукового анализа и синтеза используются графические схемы структуры предложения, слогового и звукового состава слова.

Наглядные методы. Иллюстраций и демонстраций. К наглядным методам относятся наблюдения, рассматривание рисунков, картин, макетов, просмотр диафильмов, кинофильмов, прослушивание пластинок, магнитофонных записей, а также показ образца задания, способа действия, расчлененный показ, которые в ряде случаев выступают в качестве самостоятельных методов.

Использование пособий способствует формированию сенсорных предпосылок для развития речевых умений и навыков. Опора на чувственные образы делает усвоение речевых умений и навыков более конкретным, доступным, осознанным, повышает эффективность логопедической работы.

Наблюдение связано с применением картин, рисунков, профилей артикуляции, макетов, а также с показом артикуляции звука, упражнений.

Наглядные средства должны быть хорошо видны всем; подобраны с учетом возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка. Воспроизведение магнитофонных записей, записей на пластинках сопровождаются беседой логопеда, пересказом. Аудио- и видеозаписи речи самих детей используются для анализа, для выявления характера нарушения, для сравнения речи на различных этапах коррекции, для воспитания уверенности в успехе работы. Просмотр видеоматериала позволяет организовать беседу, обсуждение, пересказ увиденного с целью автоматизации звуков, для развития связной речи.

Основными **словесными методами** являются рассказ, беседа, чтение. Особенности использования словесных методов в логопедической работе определяются возрастными особенностями детей, структурой и характером речевого дефекта, целями, задачами, этапом коррекционного воздействия.

Словесные методы в дошкольном возрасте сочетаются с практическими, наглядными. В школьном возрасте возможно использование только словесных методов без подкрепления их наглядными и практическими.

Рассказ — это такая форма обучения, при которой изложение носит описательный характер. Рассказ желательно сопровождать демонстрацией серии сюжетных картин (особенно в дошкольном возрасте). Перед воспроизведением текста можно провести короткую предварительную беседу, которая подготовит детей к его восприятию. После рассказа проводятся беседа, обмен впечатлениями, пересказ, игры-драматизации в зависимости от задач логопедической работы.

В зависимости от дидактических задач организуются предварительные, итоговые, обобщающие беседы. При индуктивной форме беседы сначала воспроизводятся факты, анализируются, сравниваются, а затем обобщаются (от частного к общему). При дедуктивной форме сначала дается обобщение, а затем отыскиваются конкретные факты для его подтверждения.

Условия эффективности применения беседы:

-опираться на достаточный объем представлений, уровень речевых умений и навыков, находиться в зоне ближайшего развития ребенка;

-соответствовать логике мыслительной деятельности ребенка, учитывать особенности его мышления;

-активизировать мыслительную деятельность детей, используя разнообразные приемы, в том числе наводящие вопросы;

-вопросы должны быть ясными, четкими, требующими однозначного ответа;

-характер проведения беседы должен соответствовать целям и задачам коррекционной работы.

В процессе логопедического воздействия используются и разнообразные **словесные приемы**: показ образца, словесная инструкция, пояснение, объяснение, педагогическая оценка.

3. Специальные приемы логопедической коррекции

Логопедическое воздействие осуществляется в следующих формах обучения: фронтальное, подгрупповое, индивидуальное занятие, урок.

Специальные методы. Двигательно-кинестетический и слухо-зрительно-кинестетический методы: установление межанализаторной связи между движением артикуляционных мышц и их ощущением, между восприятием звука на слух и кинестетическим ощущением.

Специальные приемы логопедической коррекции: массаж, артикуляционная гимнастика, пассивная артикуляционная гимнастика, тактильная (тактильно-проприорецептивной) стимуляция (применение механических приспособлений для стимуляции положений органов артикуляции, статических и динамических ощущений, артикуляторных кинестезий), речевой образец, метод фонетической локализации – пассивное формирование артикуляторного образа (при дизартрии), приемы постановки звуков;

Комплексная помощь предполагает привлечение множества специалистов, а также применение различных приемов, направленных на коррекцию не только речи, но и вторичных проявлений: методы и приемы внушения, рациональной психотерапии, приёмы игровой терапии, музыкотерапии, хромотерапии.

Тема 6. Особенности организации и методика логопедического обследования

Вопросы:

1. Принципы диагностики речи.
2. Организация логопедического обследования.
3. Методы и средства логопедического обследования.

Литература:

1. Зайцева Л.А. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями речи / Л.А. Зайцева. – Минск, 1998.
2. Зайцева Л.А. Обследование детей с речевой патологией. – Минск, 1994.
3. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.
4. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под ред. Г.В. Чиркиной. – М., 2003.
5. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002, – 440 с.
6. Приходько, О.Г. Логопедическое обследование детей с нарушениями речи / О.Г. Приходько // Специальное образование. – 2010. – №3. – С. 82-87.
7. Цветкова Л.С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей / Л.С. Цветкова. – М.: Роспедагентство, 1997. – 86 с

1. Принципы диагностики речи

Принципы комплексной диагностики

Под принципами понимаются исходные теоретические положения, которыми педагог руководствуется в своей диагностической и коррекционной деятельности.

Исходной теоретической основой разработки принципов диагностики и организации коррекционной работы стали труды Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина, А.В. Запорожца и других исследователей. Выбор целей, направленности диагностики, коррекции, стратегия ее осуществления определяются рядом принципов. Принцип системного изучения ребенка и системы коррекционных мероприятий является одним из важнейших подходов в методологии отечественной педагогики. Реализация этого принципа обеспечивает устранение причин и источников нарушений, а его успех базируется на результатах диагностического обследования.

1. Комплексный подход (принцип междисциплинарного изучения речевого нарушения), означает требование всестороннего тщательного обследования и оценки особенностей развития ребенка с привлечением всех специалистами, в помощи которых нуждается ребенок: педагог, дефектолог, психолог, врач. Этот подход охватывает не только речевую, интеллектуальную, познавательную деятельность, но и поведение, эмоции, уровень овладения навыками, а также состояние зрения, слуха, двигательной сферы, его неврологический, психический и речевой статусы. Сведения о соматическом состоянии ребенка, о состоянии его нервной системы, органов чувств, о возможной наследственной природе нарушений важны

при диагностике и определении путей коррекционного воздействия. Основной формой сотрудничества логопеда с другими узкими специалистами становится получение от них информации, способствующей уточнению речевого диагноза.

2. Реализация **деятельностного принципа** позволяет определить тактику диагностики, учитывающего активное включение ребенка в диагностический процесс. Важен выбор средств и способов для принятия ребенком цели предлагаемого задания. Задания предлагаются в форме игры, учебно-познавательной деятельности и трудовых поручений, интеллектуально-познавательной форме. Важно продумать интеграцию логопедических заданий в ведущую деятельность ребенка.

3. Принцип **динамического изучения** тесно связан с разработкой положений Л.С. Выготского об основных закономерностях развития нормального и аномального ребенка. Специфические закономерности стали основными ориентирами в дифференциальной диагностике и коррекции речевых нарушений.

Принцип динамического изучения предполагает прежде всего не только применение диагностических методик с учетом возраста обследуемого, но и выявление потенциальных возможностей, «зоны его ближайшего развития». Концепция Л.С. Выготского о «зонах актуального и ближайшего развития» ребенка важна для речевой диагностики. Из концепции вытекает сформулированный Л.С. Выготским принцип «сверху вниз», который ставит в центр внимания «завтрашний день развития», а в качестве основного содержания коррекционной работы считает создание зоны ближайшего развития личности в деятельности ребенка. Коррекция «сверху вниз» носит предвосхищающий, опережающий характер. Ее главная цель активное формирование того, что должно быть достигнуто ребенком в ближайшей перспективе.

4. Принцип **качественного анализа данных**. Качественный анализ речевой деятельности ребенка включает в себя оценку способов действий, характера его ошибок, отношение ребенка к экспериментам, а также к результатам своей деятельности. Качественный анализ полученных результатов при обследовании речи не противопоставляется учету количественных данных. При проведении диагностики необходимо использовать целый набор диагностических методик, каждая из которых должна содержать несколько однотипных заданий. Неизбежно сочетание количественного и качественного подходов к анализу данных, причем качественные различия между аномальным и нормальным ребенком могут быть установлены только при сопоставлении количественных показателей. Количественные и качественные различия выступают в тесной взаимосвязи. Эти показатели определяются на основе перехода количества в качество. Качественная и количественная диагностики основных компонентов обучаемости: восприимчивости к помощи, способности к логическому переносу, активности в решении поставленных задач.

Для разработки основ диагностики, в том числе и речевой, особо важное значение имеют два положения, сформулированные Л.С. Выготским. Одно из них состоит в том, что основные закономерности развития нормального ребенка сохраняют свою силу и при аномальном развитии, являются общими для обоих случаев. Вместе с тем Л.С. Выготский отметил и наличие специфических закономерностей аномального развития, что затрудняло взаимодействие ребенка с окружающими.

5. Принцип **системного подхода** предполагает учет сложной структуры дефекта, а также взаимосвязей между всеми компонентами речевой системы при ее изучении. Получил глубокое развитие в исследованиях Л.С. Выготского, его учеников и последователей. Он является одним из основных в методологии.

Принципы **организации** диагностического и коррекционного процесса условно можно разделить на:

- ✓ *психофизиологические,*
- ✓ *психологические*
- ✓ *педагогические.*

К **психофизиологическим принципам** относятся:

- **квалификации дефекта;**
- **опоры при обучении на сохранные анализаторы**, который опирается на учение о функциональных системах, их пластичность;
- **опоры на сохранные психические функции**, взаимодействующие с пострадавшей;
- **опоры на разные уровни организации психических функций;**
- **контроля**, так как только поток обратной сигнализации обеспечивает своевременную коррекцию допускаемых в речи ошибок.

Психологические принципы включают:

- **опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности** человека;
- **опоры на предметную деятельность;**
- **организации деятельности с опорой на программное обучение;**
- **учета личности ребенка, его индивидуальности**, что должно лежать в основе всего коррекционно-образовательного процесса.

К **педагогическим принципам** относятся:

- от простого к сложному;
- учета объема и степени **разнообразия материала** — вербального и наглядно-иллюстративного (объем должен быть «комфортным», не загружать внимания, лучше работать на малом объеме и при малом разнообразии материала);
- учета **сложности вербального** материала (фонетической, лексической, доступности, частотности);
- учета **эмоциональной стороны** материала (вербальный и невербальный материал должен создавать благоприятный фон, стимулировать положительные эмоции).

При обследовании принимаются во внимание следующие показатели: эмоциональная реакция ребенка на само обследование. Возможна некоторая доля скованности, волнение, являющиеся нормальной реакцией ребенка на новую обстановку; адекватное восприятие и понимание методики и цели задания. Насколько внимательно выслушивает ребенок инструкцию, старается ли понять до конца, прежде чем приступить к выполнению задания; характер его деятельности при обследовании и выполнении задания; эмоциональная реакция на результаты исследования, правильное понимание ситуации.

Перечисленные принципы педагогической диагностики и коррекции речевых нарушений являются научной основой способствуют выбору наиболее оптимальных диагностических коррекционно-образовательных путей.

2. Организация логопедического обследования

В практике логопедии разработаны различные методики по диагностике речи. Все диагностические и коррекционные методики обычно предполагают системное воздействие, состоящее из нескольких этапов (блоков). Для каждого из них присущи свои задачи, цели, свои приемы, своя стратегия и тактика.

Перед непосредственным обследованием речи ребенка (диагностическим этапом) проводится ориентировочный этап. Задачи: сбор анамнестических данных путем изучения медицинской и педагогической документации, опроса родителей или педагогов; выяснение запроса родителей по устранению характера дефекта; выявление индивидуальных особенностей ребенка путем наблюдения, беседы с ним, изучения его практических работ (рисунков, школ тетрадей и т. д.).

В ходе изучения такой документации можно составить представление о проблемах, которые испытывает ребенок в процессе обучения, его индивидуальные типологические особенности. При обсуждении возможных причин появления дефекта речи важно выявить стиль отношений в семье, в дошкольном или учебном учреждении.

Проведение ориентировочного этапа позволяет по возможности выяснить причину возникновения речевого дефекта поставить перед собой задачу о применении всех необходимых диагностических методик по более полному раскрытию нарушения речи у ребенка, наметить предварительный план по коррекции выявленного нарушения.

Диагностический этап, собственно, включает в себя процедуру обследования речи ребенка.

Процедура *изучения уровня речевого развития* включает в себя следующие блоки: обследование устной речи (импрессивной и экспрессивной) и письменной речи.

Обследование устной экспрессивной речи: 1. изучение произносительной стороны речи (строения и функционирования артикуляционного аппарата; проверка фонематического слуха; состояние звукопроизношения; 2. Изучение связной речи (беседа, составление рассказа, пересказ). 3) обследование лексической и грамматической сторон речи.

Обследование импрессивной стороны речи проводится с целью 1) определения степени понимания обращенной речи, 2) выявления объема пассивного словаря ребенка (особенно неговорящего), 3) выявления способности к дифференциации единиц речи и языка, близких по звучанию, смыслу, морфемному составу и пр.

Обследование письменной речи: выявление специфических ошибок письма и чтения.

Необходимо провести общий анализ структуры речи с точки зрения соотношения фонетических, фонематических и лексико-грамматических нарушений, а также сохранных сторон речи. При этом обследовании учитель-логопед должен выяснить следующие моменты: какие языковые средства сформированы у ребенка к моменту обследования; какие языковые средства не сформированы у ребенка к

моменту обследования; характер несформированности языковых средств; в каких видах речевой деятельности проявляются недостатки (говорении, аудировании, чтении, письме); какие факторы влияют на проявление речевого дефекта.

Общая диагностика проводится по показателям развития речи, сенсорики, двигательной активности (мелкой и грубой моторики), навыков самообслуживания, навыков общения, естественной мимики, наличия улыбки, пантомимики (позы, жесты и т. п.), наличие зрительного контакта, темпа работы, отвлекаемости. Кроме того, оценивается общий интеллектуальный уровень, особенности протекания психических процессов, аналитико-синтетической деятельности.

3. Методы и средства логопедического обследования

Методы диагностики речевых нарушений логопедии как науки можно условно разделить на несколько групп.

1 группа — организационные методы: сравнительный, лонгитюдинальный (изучение в динамике), комплексный.

2 группу составляют эмпирические методы: наблюдение, экспериментальные (лабораторный, естественный, формирующий или психолого-педагогический эксперимент), психодиагностические (тесты, стандартизированные и проективные, анкеты, беседы, интервью), праксиметрические (анализа деятельности, в том числе и речевой деятельности), биографические (сбор и анализ анамнестических данных).

К **3 группе** относятся количественный (математико-статистический) и качественный анализ полученных данных, используется машинная обработка данных с применением ЭВМ.

4 группа – интерпретационные методы, способы теоретического исследования связей между изучаемыми явлениями (связь между частями и целым, между отдельными параметрами и явлением в целом, между функциями и личностью и др.).

О.Г. Приходько. В ходе логопедического обследования детей с речедвигательными нарушениями используют следующие **методы**: • изучение медицинской и биографической документации (сбор и анализ анамнестических данных); • наблюдение за ребенком (в обычной и специально организованной ситуации); • беседа с родителями и ребенком; • визуальный и тактильный контроль (ощупывание) в покое и в процессе речи; • индивидуальный эксперимент; • использование компьютерных игр при обследовании звукопроизношения, дыхательной и голосовой функций.

Широко используются технические средства, обеспечивающие объективность исследования: интонографы, спектрографы, назометры, видеоречь, фонографы, спирометры и другая аппаратура, а также рентгенокинофотография, глоттография, кинематография, электромиография, позволяющие изучать в динамике целостную речевую деятельность и ее отдельные компоненты.

Для диагностического исследования применяются следующие дидактические **материалы**: таблицы для одновременного подсчета фигур 2 видов; субтест «недостающие предметы» (из методики Векслера), таблицы с изображением контура знакомых предметов; доски Сегена разной сложности; кубики Кооса; таблицы

с изображением предметов, которые нужно дорисовать; пособия типа лото: «Ботаническое», «Зоологическое», «Лото на четырех языках», «Лото малышам» и т. д., настольные игры: «Бывает или не бывает», «Кому что нужно для работы», «Наши мамы, наши папы», «Что забыл нарисовать художник», «Угадай, что изменилось» и др.; наборы разрезных картинок (2–4 части); картинки для определения правой, левой стороны, низа, верха и т. д.; бланки с заданием на выделение существенных признаков; пословицы и поговорки; сюжетные картинки; таблицы с заданием на сравнение пар слов; картинки с нелепыми сюжетами; таблицы с загадками; набор противоположных по значению слов; таблицы с изображением знакомых предметов (цифры, геометрические фигуры, слова); картинки для опосредованного запоминания слов с изображением предметов; пиктограммы (методика Лурии); бланки для воспроизведения; набор сюжетных картин, подлежащих оценке; незаконченные предложения; звучащие или озвученные игрушки (барабан, бубен).

Тема 7. Логопедическая помощь при дислалии

Вопросы:

1. Понятие дислалии. Виды дислалии: по этиологическому признаку (физиологическая, механическая и функциональная), по степени проявления нарушения звукопроизношения: простые и сложные. Причины.
2. Методика выявления нарушений звукопроизношения.
3. Методика преодоления дислалии. Специфика преодоления механической дислалии.

Литература

1. Зайцева, Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб.-метод. Пособие / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. – Минск: БГПУ им. М. Танка, 2001.
2. Логопедия: Учеб. / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – С.
3. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. Т. I / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.
4. Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия.
5. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2002. – 200 с.

1. Понятие дислалии. Дислалия – стойкое нарушение произношения одного или несколько звуков при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

В период формирования речь каждого ребенка в фонетическом отношении в большей или меньшей степени страдает недостатками. Выделяют следующие **формы нарушений (недостатков) звукопроизношения**: искажения (ненормативное произнесение), замены одних звуков другими; смешения звуков (непостоянная замена), пропуски (отсутствие). О. В. Правдина выделяет **три уровня** нарушенного произношения: 1) неумение правильно произносить звук или группу звуков; 2) неправильное произношение их в речи при правильном произношении изолированно или в легких словах; 3) недостаточное дифференцирование (смешение) двух близких по звучанию или по артикуляции звуков при умении правильно произносить оба звука.

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 (свистящие и соноры).

Недостатки характеризуют **физиологическую** дислалию и носят временный характер, легко преодолеваются. Нарушения проявляются в дефекте воспроизведения звуков речи и являются признаками органической (механической) или функциональной дислалии. В логопедии данные формы дислалии выделяют в зависимости от локализации нарушения и причин, обуславливающих дефект звукопроизношения.

К **функциональной дислалии** относятся дефекты воспроизведения звуков речи (фонем) при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата. Причину возникновения функциональной дислалии не всегда возможно определить, но нередко она бывает следствием того, что окружающие своевременно не фиксируют внимания на недостатках произношения ребенка, имитируют его неправильную речь, не помогая ему преодолеть трудность произношения того или иного звука; общая физическая ослабленность ребенка вследствие соматических заболеваний; задержка психического развития (минимальные мозговые дисфункции); избирательное нарушение фонематического слуха; подражание неправильной речи окружающих.

Механическая дислалия появляется вследствие неправильного строения периферического аппарата: челюстей (прогнатия или прогения), зубов (неправильная расстановка, открытый прикус), неба (парез мягкого неба), дефекты языка (короткая подъязычная уздечка).

При функциональных дислалиях может нарушаться воспроизведение одного или нескольких звуков, при механических обычно страдает группа звуков. В ряде случаев встречаются комбинированные функциональные и механические дефекты.

В отечественной и зарубежной литературе принято деление дислалии на две формы в зависимости от того, какие психофизиологические механизмы, участвующие в осуществлении речевых процессов нарушены. Выделяют сенсорную и моторную. Такое деление дислалии направляет внимание на механизм, коррекция которого должна быть осуществлена. Важным является выделение таких признаков нарушения, которые существенны для самого логопедического воздействия, т.е. учет того, каким является дефект: фонематическим или фонетическим. В связи с такими критериями выделяются три основные формы дислалии: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая и артикуляторно-фонетическая.

В основе акустико-фонематической дислалии лежит недостаточная несформированность фонематического слуха. При этой форме дислалии имеется несформированность операций опознавания, узнавания, смежных акустических признаков звуков и принятие решения о фонеме. При данной форме дислалии у ребенка нет нарушений слуха. Дефект сводится к тому, что у него избирательно не формируется функция слухового различения некоторых фонем.

К форме артикуляторно-фонематической дислалии относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам в моторном звене производства речи. Ребенок справляется с заданиями

на имитацию сложных неречевых звуков, замен и смешения при этой форме дислалии осуществляются на основе артикуляторной близости звуков. Эти явления могут наблюдаться среди звуков одинаковых по способу образования, между аффрикатами, сонорами.

Дефекты произношения при артикуляторной фонетической форме дислалии обусловлены неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями. Звуки произносятся ненормированно, искаженно для фонетической системы данного языка, фонемы реализуются в неправильных вариантах (аллофонах). Основную группу звуков, в которой наблюдается искаженное звукопроизношение, составляют переднеязычные не взрывные согласные. Реже наблюдается дефектное произнесение заднеязычных взрывных согласных.

В современной логопедии для обозначения искаженного произношения звуков речи используются разные термины, они образованы от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса **-изм**: ротацизм – дефект произношения [р, р']; ламбдацизм – [л, л']; сигматизм – свистящих и шипящих звуков; йотацизм – йот; каппацизм – [к, к']; гаммацизм – [г, г']; хитизм – [х, х']. Когда отмечается замена звука на другой, то в этом случае к названию дефекта прибавляется приставка *пара-*: параротацизм, парасигматизм и др.

2. Методика выявления нарушений звукопроизношения

Обследование должно быть индивидуализированным и выборочным, в зависимости от характера и тяжести нарушения. Обследование начинается с изучения анамнеза. Схема логопедического обследования включает следующие сведения:

-строение артикуляторного аппарата. Наличие и характер аномалий в анатомическом строении губ, прикуса, челюсти, неба, языка;

-моторика артикуляторного аппарата. Обследование возможности выполнения губами, языком, челюстями основных движений характерных для них при произношении звуков. При обследовании моторики артикуляторного аппарата обратить внимание на точность и объем движений, способность удерживать органы артикуляции в заданной позе, на тонус. Движения должны выполняться ребенком по подражанию и по словесной инструкции;

-звукопроизношение. Обратить внимание на характер нарушения согласных и гласных звуков (замена, искажение, отсутствие) в различных условиях: при изолированном произношении, в слогах открытых, закрытых, при стечении согласных, в начале, середине, конце слова, во фразах, в стихах, сказках, в спонтанной речи;

-слуховая функция: состояние физического слуха, состояние фонематического слуха, анализа и синтеза;

-общая моторика и мелкая моторика рук;

-дыхательная и голосовая функция;

-просодическая сторона речи (темп, плавность, выразительность, употребление основных видов интонации);

-словарный запас и грамматический строй речи.

-Психическое состояние. Обратить внимание на особенность познавательной деятельности (внимание, память, мышление и др.) и эмоционально-волевой сферы;

Заключение состояния речи. Необходимо указать форму дислалии: механическую или функциональную; вид дислалии: акустико-фонематическая, артикуляторно-фонематическая, артикуляторно-фонетическая; разновидность нарушения звукопроизношения: сигматизм, ротацизм и т. д.

Ориентировочный этап позволяет выявить этиологию нарушений звукопроизношения. Диагностический этап направлен на 1) выявление признаков НЗПР; 2) выявление причин и механизмов нарушения звукопроизношения.

План обследования звукопроизношения. 1. Выявление группы нарушенных звуков, степени проявления нарушения звукопроизношения: простое или сложное нарушение. 2. Определение формы нарушений каждой группы звуков и разновидность. 3. Определение уровня неправильного произношения звука. 4. Проверка строения органов артикуляционного аппарата. 5. Проверка подвижности артикуляционного аппарата. 6. Выявление уровня сформированности фонематического восприятия. 7. Оформление результатов проверки (Приложение).

Проверка подвижности органов артикуляционного аппарата по следующим критериям: четкость, плавность, дифференцированность, точность, равномерность, устойчивость, переключаемость.

3. Методика преодоления дислалии. Специфика коррекции механической дислалии

Правильное звукопроизношение формируется у ребенка в основном к 5-6 годам. В этой связи воспитание правильного произношения всех звуков родного языка должно осуществляться в дошкольном возрасте. А так как звук является смысловой единицей лишь в слове, то вся работа по воспитанию правильного произношения неразрывно связана с работой по развитию речи детей.

Логопедическая работа по устранению дислалии проводится на основе артикуляционных навыков через использование компенсаторных возможностей организма (зрительных и слуховых, тактильных и кинестетических ощущений). При этом нужно учитывать *следующие положения*.

1. Умение опознавать и различать звуки речи как осознанные. Это требует от ребенка перестройки отношения к собственной речи, направленности его внимания на внешнюю, звуковую сторону, которая ранее им не осознавалась. Ребенка нужно специально обучать операциям осознанного звукового анализа, не полагаясь на то, что он спонтанно ими овладеет.

2. Исходными единицами речи должны быть слова, так как звуки — фонемы существуют лишь в составе слова, из которого путем специальной операции они выделяются при анализе. Лишь после того ими можно оперировать как самостоятельными единицами и проводить наблюдение за ними в составе слоговых цепочек и в изолированном произнесении.

3. Операции звукового анализа, на основе которых формируются умения и навыки осознанного опознания и дифференцирования фонем, проводятся в начале работы на материале с правильно произносимыми ребенком звуками. После того как ребенок научится узнавать тот или другой звук в слове, определять его место среди других звуков, отличать один от другого, можно перейти к другим видам операций, опираясь на умения, сложившиеся в процессе работы над правильно произносимыми звуками.

4. Работу по формированию восприятия неправильно произносимых звуков нужно проводить так, чтобы собственное неправильное произношение ребенка не мешало ему. Для этого в момент осуществления операций звукового анализа нужно исключить собственное проговаривание, перенеся всю нагрузку на слуховое восприятие материала. Проговаривания ребенка желательно подключать на последующих занятиях, когда возникает необходимость сравнения его собственного произношения с нормированным.

Этапы коррекционной работы: подготовительный этап; этап формирования произносительных умений и навыков; этап формирования коммуникативных умений и навыков.

1. Подготовительный этап: цель – подготовка речеслухового и речедвигательного анализатора к восприятию и воспроизведению звука.

Задачи. На первом, подготовительном этапе решаются следующие задачи:

- 1) развитие умения опознавать и различать фонемы;
- 2) формирование артикуляторных (речедвигательных) умений и навыков,
- 3) формирование навыков речевого дыхания;
- 4) отработка опорных звуков для их использования в ходе дальнейшей постановки звуков;

5) формирование положительного эмоционального фона в отношении ребенка к логопедическим занятиям. От логопеда требуется особая тактичность, доброжелательность, общение с ребенком должно осуществляться без официальности и излишней строгости.

6) формирования произвольных форм деятельности и осознанного отношения к занятиям. Ребенок должен научиться выполнять инструкции логопеда, активно включаться в общение.

7) развитие произвольного внимания, памяти, мнестических операций, операций сравнения и обобщения.

При логопедическом обследовании часто обнаруживаются нарушения в строении и подвижности органов артикуляторного аппарата. В этих случаях параллельно с работой по развитию фонематического восприятия проводится **артикуляционная гимнастика** (подготовительные упражнения). Целью такой гимнастики является выработка полноценных движений артикуляционных органов, необходимых для правильного произношения звуков. Кроме того, с ее помощью происходит объединение простых движений в сложные, в артикуляционные уклады различных фонем.

Артикуляционные упражнения делятся на несколько видов:

1. По степени активности органов речи: статические и динамические;
2. По участию различных органов артикуляции (упражнения для губ и для языка, челюстей, лицевых мышц (щек));
3. По целевому использованию упражнений (общеразвивающие, для коррекции свистящих, шипящих и т.д.).

Как правило, выбор упражнений зависит от разновидности нарушений звукопроизношения. К проведению артикуляционных упражнений предъявляются определенные *требования*:

выработать умения принимать требуемую позу, удерживать ее, плавно переключаться с одной позы на другую;

включение статических и динамических упражнений направлено на развитие артикуляционной моторики;

необходимы упражнения на сочетание движений языка и губ, т. к. при произношении звуков эти органы включаются в совместные действия, этим самым они приспособляются друг к другу (это явление носит название (коартикуляции);

для того, чтобы ребенок не переутомлялся, занятия должны быть кратковременными, но многократными;

переход к отработке движений, обязательных для других звуков осуществляется по мере овладения движением, необходимым для реализации звука.

2. Этап формирования первичных произносительных умений и навыков

Направления работы:

Постановка звука. Цель: добиться правильного звучания изолированного звука – объединение отработанных на подготовительном этапе движений и положений органов артикуляционного аппарата и создание артикуляционной базы звуков, добавление воздушной струи и голоса, отработка произношения изолированного звука.

Вторым этапом работы является целенаправленное формирование произносительных навыков, которое начинается с постановки звука. При постановке правильного произношения звуков пользуются **тремя** основными **способами**.

Первый – основан на подражании. Пользуясь слухом, зрением, тактильно-вибрационным и мышечным ощущениями, ребёнок воспринимает артикуляцию фонемы и ее звучание и сознательно пытается воспроизвести требуемые достижения речевых органов. При этом непосредственное слуховое восприятие звучания, восприятие видимых речевых движений, в том числе собственных (с помощью зеркала), ощущение резкой струи выдыхаемого воздуха, вибрация гортани могут быть выявлением работы речевых органов с помощью различных приспособлений. Диапазон таких приспособлений достаточно широк: от простой полоски бумаги, отклоняющейся под действием струи выдыхаемого воздуха, до различных электроакустических приборов, преобразующих звук или вибрацию частей речевого аппарата в зрительные сигналы. Подражание, опирающееся на те или иные раздражители первосигнального характера, адресованные различным анализаторам, дополняется словесными инструкциями, доступными пониманию ребенка.

Второй способ состоит в механическом воздействии на речевые органы при помощи каких-либо приспособлений (шпатель, зонды). При этом способе используется некоторая исходная артикуляция и на ее основе речевые органы механическим путем приводятся в требуемое положение или движение. Связанные с определенным положением или движением речевых органов кинестетические раздражения в соответствии с сопутствующими или слуховыми закрепляются в коре головного мозга в виде системы следов, что в дальнейшем является предпосылкой для активного, произвольного воспроизведения требуемой артикуляции.

Третий способ смешанный. При нем механическое воздействие на речевые органы служит для того, чтобы помочь более полному и точному воспроизведению требуемой артикуляции, осуществляемому в основном путем подражания и с помощью словесных инструкций.

Автоматизация звука. Цель: добиться правильного произношения звука в различных единицах речи (языка): слогах, словах, словосочетаниях и фразах, предложениях и связных высказываниях; *постепенное и последовательное* введение поставленного звука в самостоятельную речь.

По мере того как звук оказывается поставленным в одной из слоговых позиций, ведется работа по его включению в речь или автоматизации. С помощью тренировочных упражнений со специально подобранными словами, простыми по фонетическому составу и не содержащими нарушенных звуков осуществляется процесс автоматизации звука. Для тренировки подбираются слова, в которых звук находится в начале, в конце или середине. В первую очередь обрабатывается звук в начале (перед гласными), затем в конце. От отработки звука в словах с простой слоговой структурой переходят к произнесению звука в словах, содержащих сочетание обрабатываемого звука с согласными. Используются приемы отраженного повторения, самостоятельного называния слов по картинке, придумывание ребенком слов с данным звуком. Большой эффект приносит работа по звуковому анализу и синтезу. Необходимо переходить от произнесения отдельных слов к построению словосочетаний с ними и коротких высказываний. В работу на автоматизацию обычно вовлекается один звук. В сложных случаях дислалий могут вовлекаться и два звука, если они артикуляционно контрастны, в противном случае может возникнуть интерференция.

Дифференциация звуков. Цель: научить различать трудно дифференцируемые (смешиваемые акустически и артикуляторно близкие звуки) и правильно употреблять их в собственной речи – постепенное и последовательное введение смешиваемых звуков в самостоятельную речь. В некоторых случаях необходимо продолжение работы над звуком, т. е. по его разграничению с другими звуками – дифференциация звуков. При работе над дифференциацией звуков одновременно подключается не более пары звуков, если для работы необходимо большое количество звуков одной артикуляционной группы. Это объясняется тем, что процесс дифференциации строится на операциях сравнения, которые проводятся детьми наиболее успешно.

3. Этап формирования коммуникативных умений и навыков.

Цель: Создать условия постепенного введения усвоенных произносительных навыков в различные ситуации речевого общения.

Третьим этапом в работе при дислалии является этап формирования коммуникативных умений и навыков. Главная задача: сформировать умения и навыки безошибочного употребления звуков речи во всех стадиях общения. Широко используются творческие упражнения, тексты, подбирается материал, насыщенный теми или иными звуками.

Занятия по исправлению дефектов звукопроизношения ведутся в следующей последовательности: подготовительный этап; постановка звука и первичная автоматизация изолированного звука; автоматизация навыка произношения звука в слогах (прямых, обратных, со стечением согласных); автоматизация навыка произношения звука в словах; автоматизация навыка произношения звука в предложениях; автоматизация навыка произношения звука в самостоятельной речи; дифференциация звуков: изолированно, в слогах, словах, словосочетаниях и предложениях, в тексте.

Частотность исправленного звука в текстах должна быть велика. Ребенок постепенно начинает оперировать им в спонтанной речи.

Специфика преодоления механической дислалии.

Применяется **миотерапия**. Показания к миотерапии: нарушение смыкания губ; неправильное положение языка в покое; нарушение координации сокращения мышц при глотании; нарушение способа дыхания; неправильная артикуляция; неправильное откусывание и пережевывание пищи и др.

Для проведения миотерапии организуют уроки лечебной гимнастики для индивидуальных или групповых занятий. В основе лечебного действия любых гимнастических упражнений лежит дозированная тренировка определенных групп мышц, направленная на восстановление и совершенствование нарушенных функций отдельных мышц, групп мышц, органов и их систем. В результате специальных упражнений развивается функциональная адаптация мышц к определенной нагрузке, что приводит к выравниванию их напряжения, т. е. коррекции тех или иных нарушений.

Под влиянием систематической тренировки в процессе выполнения заданных упражнений происходит формирование нового динамического стереотипа, для закрепления которого необходимо ежедневно в течение длительного времени (3 мес. и более) выполнять соответствующие комплексы миотерапии. Это способствует торможению имеющегося коркового стереотипа и восстанавливает нарушенную нервную регуляцию.

Темы для самостоятельной работы слушателей: Общие сведения о правильном и неправильном звукопроизношении. Формирование звукопроизношения в онтогенезе. Нарушения звукопроизношения и физиологические несовершенства. Понятие о нарушениях звукопроизношения. Профилактика нарушений звукопроизношения.

Тема 8. Логопедическая помощь при дизартрии

Вопросы

1. Общая характеристика дизартрии как нарушения звукопроизношения.
2. Классификация дизартрий.
3. Система работы по преодолению дизартрии.
4. Специфика коррекции звукопроизношения.

Литература

1. Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектологич. фак-тов пед. вузов: в 5 кн. / ред. Л. С. Волкова. – М.: ВЛАДОС. – (Б-ка учителя-дефектолога). Кн. 2
2. Баль, Н.Н., Дроздова, Н.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
3. Лопатина, Л.В., Серебрякова, Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В.Лопатина, Н.В.Серебрякова. – СПб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.
4. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – М.: 1997. – С.160–175.
5. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002, – 440 с.

1. Общая характеристика дизартрии. Дизартрия — это расстройство звукопроизводительной стороны речи, которое обусловлено органическим поражением центрального отдела речедвигательного анализатора и связанным с этим нарушением иннервации речевых мышц.

«Дизартрия» означает «расстройство членораздельной речи» (артрон — сочленение). Распространённость Д. среди типично развивающихся детей — от 3 до

6%, а среди детей со сниженным интеллектом — до 40-60%. В Республике Беларусь на 2010 год в банке данных зарегистрировано 17029 (в Гомельском регионе – 1725) случаев дизартрии, что составило 15 % от общего числа нарушений речи (примерно 2/3 – мальчики).

Важными проблемами современного изучения дизартрии являются: нейролингвистическое изучение различных форм дизартрии с учетом локализации поражения мозга; разработка приемов ранней неврологической и логопедической диагностики минимальных проявлений дизартрии у детей; совершенствование методов логопедической работы в доречевом периоде и в первые годы жизни с детьми, имеющими перинатальное поражение мозга; совершенствование методов логопедической работы с учетом формы дизартрии; усиление взаимосвязи в работе невропатолога и логопеда.

Речь детей, страдающих выраженной формой дизартрии теряет свою членораздельность и становится почти непонятной для окружающих («как каша во рту»). Дизартрия по своим внешним проявлениям резко отличается от дислалии. Так, если при дислалии дефекты звукопроизношения проявляются на фоне нормального темпа и ритма речи, нормального речевого дыхания и голосообразования, то при дизартрии наблюдается картина какого-то общего фонетического неблагополучия речи в целом, вследствие чего она и теряет свою внятность, членораздельность.

Чаще всего Д. не является самостоятельным нарушением речи, а представляет собой один из симптомов тяжелого заболевания – детского церебрального паралича. Выделяют степени понятности речи при Д. у детей с ДЦП: 1) нарушения выявляются только специалистами в процессе обследования; 2) нарушения заметны каждому, при этом речь понятна для окружающих; 3) речь понятна только близким ребенку и частично окружающим; 4) отсутствие речи или речь не понятна даже близким ребенка.

Структура дефекта при дизартрии включает нарушение звукопроизводительной и просодической сторон речи, обусловленное органическим повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы. Нарушения звукопроизношения при дизартрии зависят от тяжести и характера поражения.

Причины: чаще возникает при поражении ЦНС плода, резус-несовместимость, инфекции, а также в момент родов (асфиксия, родовая травма); реже инфекционные заболевания ЦНС, черепно-мозговые травмы в период раннего развития; наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем предрасполагают к дизартрии.

Патогенез. Основными клиническими признаками дизартрии являются: нарушения мышечного тонуса в речевой мускулатуре; ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за параличей и парезов мышц артикуляционного аппарата; нарушения голосообразования и дыхания.

Ограничения подвижности артикуляционных мышц в результате параличей и парезов. Из центрального отдела речедвигательного анализатора к периферическим органам речи по проводящим нервным путям передаются нервные импульсы. При органическом поражении определенных отделов головного мозга или непо-

средственно двигательных нервов полноценная передача нервных импульсов становится невозможной, и в самих мышцах развиваются явления паралича или пареза. Эти явления могут распространяться на мышцы языка, губ, мягкого неба, голосовых складок и органов дыхания, поэтому нарушается не только артикулирование звуков, но и голосообразование и речевое дыхание. Помимо нарушения двигательной функции речевых мышц страдает также и их чувствительность. По этой причине ребенок недостаточно хорошо ощущает положение своих артикуляторных органов, затрудняется в «нахождении» нужной артикуляции.

Первый синдром дизартрии – синдром артикуляционных расстройств имеет следующие проявления:

1. Нарушения мышечного тонуса: 1) гипертония (спастичность) артикуляционных мышц (постоянное повышение тонуса в языке, губах, лицевой, шейной мускулатуре), палатализация; 2) гипотония (понижение мышечного тонуса): гиперсаливация, назализация из-за гипотонии мышц мягкого неба, затруднена палатализация; 3) дистония (меняющийся характер мышечного тонуса): в покое – низкий мышечный тонус в артикуляционном аппарате, при попытках речи – тонус резко нарастает.

Усиленное слюнотечение (гиперсаливация) связано с ограничением движений мышц языка, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц; оно часто утяжеляется за счет слабости ощущений в артикуляционном аппарате (ребенок не чувствует вытекания слюны) и снижения самоконтроля.

2. Нарушения артикуляционной моторики, для которых характерны:

- дискоординационные расстройства: нарушение точности и соразмерности артикуляционных движений, выполнения тонких дифференцированных движений; гиперметрия (чрезмерная двигательная амплитуда);

- нарушение реципрокной иннервации (согласованной деятельности нервных центров);

- наличие насильственных движений⁴

- наличие оральных синкинезий;

- нарушение проприоцептивной афферентной импульсации от мышц артикуляционного аппарата. Дети слабо ощущают положение языка, губ, направление их движений.

- недостаточность артикуляционного праксиса (диспраксия);

- рефлексы орального автоматизма – сосательного, хоботкового, поискового, что затрудняет произвольные ротовые движения.

3. Особенности нарушений звукопроизношения. Ограничение подвижности артикуляционной мускулатуры приводит к нарушениям наиболее тонких и дифференцированных движений. Это прежде всего поднятие языка вверх. В результате этого расстраивается в первую очередь произношение переднеязычных звуков. При дизартрии нарушаются согласованные движения мышц речевого аппарата, поэтому нарушается произношение многих звуков, требующих этих согласованных движений. Нарушения звукопроизношения особенно выражены в речевом потоке, когда очень важны согласованные движения артикуляционного аппарата. При парезе круговой мышцы рта отмечается ограниченная подвижность губ. Ребенок не может вытянуть губы вперед «трубочкой» или растянуть углы рта в улыбке.

В связи с этим нарушается произношение губных звуков ([б], [п], [м], [в], [ф]). За счет уменьшения резонаторной полости грубо искажается звукопроизношение. Парезы и параличи губных мышц обычно сочетаются с нарушением функции других мимических мышц нижней части лица. При полном параличе артикуляторных мышц имеет место **анартрия** — полное отсутствие произносительной речи.

Характерной особенностью дизартрии является нарушение голосообразования за счет нарушений иннервации мышц гортани. Голос при дизартрии обычно слабый, с нарушением модуляции. Для возникновения голоса большое значение имеет вибрация голосовых складок. При парезах мышц голосового аппарата нарушается вибрация голосовых складок, поэтому сила голоса становится минимальной. При этом могут иметь место нарушения произношения звонких согласных и их замена глухими, артикуляция которых осуществляется при несомкнутых и неколеблющихся голосовых складках. Все движения гортани связаны с движениями языка, нёба и нижней части, поэтому нарушения голоса и артикуляционные расстройства чаще всего наблюдаются вместе.

Второй синдром дизартрии — синдром нарушений речевого дыхания.

Нарушения дыхания связаны с парезом дыхательных мышц, с нарушением центральной регуляции дыхания, с расстройством координации между дыханием и артикуляцией.

Нарушения дыхания проявляются 1) в виде укороченного выдоха, 2) нарушений ритма дыхания, особенно в момент речи; 3) затруднения носового или ротового вдоха и выдоха.

В детской среде наиболее часто наблюдаются минимальные дизартрические расстройства (МДР), так называемая «стёртая» дизартрия, в основе которой лежат лишь очень небольшие, буквально «точечные» органические поражения коры головного мозга. Их наличие приводит к парезам лишь отдельных небольших групп артикуляторных мышц (например, только кончика языка или только одной его стороны). При таких условиях у ребенка страдает произношение лишь отдельных звуков при нормальном темпе и ритме речи и при отсутствии выраженных расстройств речевого дыхания и голоса.

Вторичные нарушения. Д. приводит к появлению вторичных нарушений слуховой дифференциации звуков и связанных с этим буквенных замен на письме. Трудности и недостаточность речевого общения приводит к бедности словарного запаса ребенка и несформированности у него грамматического строя речи. Наряду с нарушениями звукопроизносительной стороны речи часто может отмечаться задержка развития или недоразвития других компонентов речевой системы (лексико-грамматической стороны речи, фонематического слуха и др.), а также общей моторики. Возникают вторичные психические наслоения, связанные с переживанием ребенком своей речевой неполноценности, что вызывает повышенную ранимость, раздражительность, замкнутость, противоречия и т.п.

2. Классификация дизартрии. В основе классификации дизартрии разных авторов — разные критерии.

Первый критерий — принцип **локализации**. Классификация, в основу которой положен этот принцип, является наиболее распространенной в логопедии. Она

создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи. В этой классификации выделяют пять форм дизартрии: бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную (подкорковую), мозжечковую, корковую. Наиболее сложной и спорной в этой классификации является корковая дизартрия.

Второй критерий, положенный в основу классификации дизартрии – **синдромологический подход**. На его основе выделяют следующие формы дизартрии: спастико-паретическую, спастико-ригидную, спастико-гиперкинетическую, спастико-атактическую, атактико-гиперкинетическую. Чаще дизартрии носят смешанный характер.

Рассмотрим виды дизартрии по локализации поражения двигательного аппарата речи. Особенно часто встречается **псевдобульбарная дизартрия**. Эта форма дизартрии наблюдается при псевдобульбарном параличе. При псевдобульбарной дизартрии отмечается повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре, ограничение движений губ, языка, мягкого нёба, слюнотечение, нарушение дыхания, жевания, иногда глотания. Речь смазанная, малопонятная, интонационно-невыразительная; голос глухой, немодулированный, с носовым оттенком. Характерным является относительная сохранность произвольных движений.

Бульбарная дизартрия наблюдается при бульбарном параличе, она отличается от псевдобульбарной дизартрии тем, что, помимо нарушения глотания, поперхивания при еде, попадания пищевых масс в нос, нарушения голосообразования (голос глухой, с носовым оттенком), нарушения звукопроизношения (речь смазанная, малопонятная), ограничения подвижности мягкого нёба, неподвижности голосовых связок, отсутствуют глоточный и нёбный рефлекс, выражена атрофия мышц языка и глотки.

При поражении подкорковых отделов мозга наблюдается **подкорковая**, или экстрапирамидная, дизартрия. Характерными чертами этой формы дизартрии являются произвольно меняющийся мышечный тонус в артикуляционной мускулатуре (язык, голосовые связки, губы то резко напряжены, то расслаблены), выраженные нарушения модуляции, выразительности, темпа речи. Иногда наблюдаются гиперкинезы в мышцах лица и артикуляционного аппарата, грубое нарушение дыхания и голосообразования.

При поражении **мозжечковой** системы наблюдается мозжечковая дизартрия, которая характеризуется выраженной асинхронностью артикуляции, голосообразования и дыхания, нарушением темпа и плавности речи. Речь носит замедленный, толчкообразный характер (скандированная речь). Нарушены модуляции. Отсутствует правильная расстановка ударений. Наблюдается затухание голоса к концу произнесения фразы.

При поражении корковых зон в области передней центральной извилины, где осуществляется анализ импульсов из мышц артикуляционного аппарата, возникает **корковая** дизартрия. Она характеризуется более изолированными нарушениями произношения отдельных звуков, отсутствием слюнотечения и нарушений голосообразования.

3. Система работы по преодолению дизартрии. Коррекционной работе с детьми с дизартрией предшествует обследование, начинающееся с изучения анамнеза (приложение 1).

Схема обследования включает следующие сведения:

- состояние общей моторики (статическая координация, динамическая координация, движения и серии движений для рук, темп выполнения движений, сформированность навыков самообслуживания);
- состояние мелкой моторики рук (статическая координация, динамическая координация, определение ведущей руки). При выполнении движений отмечается плавность, точность, напряженность, скованность, нарушение темпа выполнения движений (не под счет логопеда), невыполнение, наличие леворукости;
- строение артикуляционного аппарата; моторики артикуляционного аппарата (вытягивание губ «хоботком»; асимметричность улыбки»; невозможность сделать язык широким, удержать кончик языка на верхней губе без помощи нижней, удержать высунутый язык в спокойном положении; отклонение языка в одну сторону; посинение кончика языка); состояние мимики; слуховая функция (состояние физического слуха, фонетического слуха, анализа и синтеза); просодическая сторона речи; зрительная функция; стереогноз; состояние словарного запаса и грамматического строя речи; письменная речь; заключение о состоянии речи.

Результаты обследования уточняются в процессе логопедической работы с ребенком.

Дизартрия нередко сочетается с недоразвитием других компонентов речевой системы (фонематического слуха, лексико-грамматической стороны речи). В зависимости от выраженности этих проявлений для логопедической практики крайне выделяют несколько групп детей с дизартрией: с фонетическими нарушениями; фонетико-фонематическим недоразвитием; общим недоразвитием речи (указывается уровень речевого развития). При чисто фонетических (антропофонических) нарушениях основной задачей является коррекция звукопроизношения. При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная система логопедического воздействия, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия, направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи.

Система логопедического воздействия при дизартрии имеет *комплексный характер*: коррекция звукопроизношения сочетается с формированием звукового анализа и синтеза, развитием лексико-грамматической стороны речи и связного высказывания. Спецификой работы является сочетание с дифференцированным артикуляционным массажем и гимнастикой, логопедической ритмикой, а в ряде случаев и с общей лечебной физкультурой, физиотерапией и медикаментозным лечением.

Успех логопедических занятий во многом зависит от их раннего начала и систематичности проведения. Работа над звукопроизношением строится с учетом следующих положений: зависимость от формы дизартрии, уровня речевого развития и возраста ребенка: формирование звукопроизношения направлено на разви-

тие коммуникации, школьной и социальной адаптации ребенка, развитие мотивации, стремления к преодолению имеющихся нарушений, развитие самосознания, самоутверждения, саморегуляции и контроля, чувства собственного достоинства и уверенности в своих силах; развитие дифференцированного слухового восприятия и звукового анализа, усиление перцепции артикуляционных укладов и движений путем развития зрительно-кинестетических ощущений; поэтапность – начинают с тех звуков, артикуляция которых у ребенка более сохранная (от более простых моторных координаций, в первую очередь работают над звуками раннего онтогенеза). У детей с поражением центральной нервной системы важное значение имеет предупреждение тяжелых нарушений звукопроизношения путем систематической логопедической работы в доречевом периоде.

Логопедическая работа при дизартрии проводится поэтапно.

Первый этап, подготовительный — основные его цели: подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, у ребенка раннего возраста — воспитание потребности в речевом общении, развитие и уточнение пассивного словаря, коррекция дыхания и голоса.

Важной задачей на этом этапе является развитие сенсорных функций, особенно слухового восприятия и звукового анализа, а также восприятия и воспроизведения ритма.

Методы и приемы работы дифференцируются в зависимости от уровня развития речи. При отсутствии речевых средств общения у ребенка стимулируют начальные голосовые реакции и вызывают звукоподражания, которым придают характер коммуникативной значимости.

Логопедическая работа проводится на фоне медикаментозного воздействия, физиолечения, лечебной физкультуры и массажа.

Второй этап — формирование первичных коммуникативных произносительных навыков. Основная его цель: развитие речевого общения и звукового анализа. Проводится работа по коррекции артикуляционных нарушений: при спастичности — расслабление мышц артикуляционного аппарата, выработка контроля над положением рта, развитие артикуляционных движений, развитие голоса; коррекция речевого дыхания; развитие ощущений артикуляционных движений и артикуляционного праксиса.

При коррекции звукопроизношения у детей с дизартрией основное внимание в подготовительный период обращается на развитие у них речевой моторики. Однако здесь важно учитывать особенности проявления парезов и упражнять именно слабые мышцы, что требует специальных знаний.

Автоматизация правильного звукопроизношения даже при стертой дизартрии обычно занимает более продолжительное время, чем при дислалии. Во многих случаях оказывается необходимой также работа по воспитанию слуховой дифференциации звуков и развитию фонематического анализа слов. Это объясняется тем, что как различение отдельных звуков, так и фонематический анализ слов включают в себя не только «слуховой», но и моторный компонент (более или менее выраженная степень проговаривания), который у детей с дизартрией страдает. Ребёнок с дизартрией недостаточно хорошо чувствует положение и движение своих

артикуляторных органов, что затрудняет уточнение им звукового состава слова путем его громкого или «скрытого» проговаривания.

Эффективность преодоления нарушений звукопроизношения зависит в основном от его причинной обусловленности и от серьезности отношения как самого ребенка, так и его родителей, к логопедической работе. Функциональные моторная и сенсорная дислалии, как правило, поддаются полному и сравнительно быстрому преодолению при условии систематической работы. Практически полный результат достигается и при стертой дизартрии, а также при нерезко выраженной механической дислалии, не связанной с особо грубыми анатомическими дефектами в строении речевого аппарата.

При тяжелых нарушениях, когда речь полностью непонятна для окружающих, работа начинается с изолированных звуков и со слогов. Если речь ребенка относительно понятна и в отдельных словах он может произносить дефектные звуки правильно, работа начинается с этих «ключевых» слов. Во всех случаях необходима автоматизация звуков во всех контекстах и в различных речевых ситуациях.

Третий этап – формирование коммуникативных умений и навыков, целью которого является закрепление у ребенка умения и навыка правильного звукопроизношения во всех ситуациях общения. Во всех случаях основной задачей логопедической работы при дизартрии является развитие и облегчение речевой коммуникации, а не только формирование правильного произношения звуков.

В логопедической работе с детьми с дизартрией важное место занимает психотерапия, основная цель которой – устранение болезненных проявлений и развитие адекватного отношения к себе, своему дефекту и окружающей среде.

4. Специфика преодоления недостатков звукопроизношения

1. Опора на принцип индивидуального подхода. Наиболее часто встречается псевдобульбарная дизартрия, при которой важное значение имеет применение дифференцированного массажа (расслабляющего и укрепляющего) с учетом состояния мышечного тонуса в отдельных мышцах артикуляционного аппарата, а также артикуляционной гимнастики. В зависимости от тяжести нарушения логопедическая работа включает развитие речевого дыхания, интонационно-методической стороны речи, фонематического восприятия.

2. Последовательность и дозированность, опора на сохранные звенья.

В первую очередь отбираются фонемы, которые могут произноситься правильно в определенных звукосочетаниях или легко поддается коррекции. При работе над звукопроизношением важно выявить сохранные компенсаторные возможности ребенка (сохранные звуки, артикуляционные движения, специальные звукосочетания и слова, в которых дефектные звуки произносятся правильно).

3. Сочетание работы по звукопостановке с работой по формированию фонематической дифференциации. Необходима тренировка слухового восприятия, ребенок должен научиться слушать самого себя, улавливать разницу между своим произношением и нормализованным звуком.

4. Специфика использования приемов постановки звуков. Наиболее распространенным является **метод фонетической локализации**, когда логопед языку и губам ребенка пассивно придает необходимую позицию для того или иного звука.

Используются зонды, плоские пластинки для языка и целый ряд других приспособлений. Внимание ребенка привлекается к ощущению положений. Затем он выполняет движения самостоятельно при некоторой помощи логопеда и без нее. Основными методами работы являются: двигательно-кинестетический и слухо-зрительно-кинестетический. В процессе логопедической работы устанавливаются межанализаторные связи между движением артикуляционных мышц и их ощущением, между восприятием звука на слух, зрительным образом артикуляционного уклада данного звука и двигательным ощущением при его произнесении. Все методы коррекционной работы основаны на закономерностях развития фонетико-фонематической системы языка в норме.

Формирование звукопроизносительных умений и навыков проводится в различных ситуациях речевой коммуникации. в различных ситуациях общения. Для автоматизации используется прием одновременного проговаривания звука и изображения его символа — писание и говорение. Для детей, которые не могут писать, звук произносится одновременно с похлопыванием пальцами или постукиванием ног. Затем новый звук закрепляется в различных речевых структурах.

Коррекция звукопроизносительной стороны речи сочетается с работой над ее выразительностью. Работа проводится путем подражания. Ребенка учат ускорять и замедлять темп речи в зависимости от содержания высказывания, равномерно чередовать ударные и безударные слоги, выделять паузами или повышением голоса отдельные слова или группы слов.

Содержание и методы работы видоизменяются в зависимости от характера и тяжести дизартрии, от общего уровня речевого развития. При сочетании дизартрии с речевым недоразвитием осуществляется комплексная программа логопедических занятий, включающая фонетическую работу, развитие фонематического слуха, работу над словарем, грамматическим строем, а также специальные мероприятия, направленные на предупреждение или коррекцию нарушений письменной речи. В других случаях проводится работа над звукопроизношением и уточнением фонематического слуха.

Во всех случаях основной задачей логопедической работы при дизартрии является развитие и облегчение речевой коммуникации, а не только формирование правильного произнесения звуков. Используются приемы игровой терапии в сочетании с индивидуальной работой над артикуляцией, дыханием, фонацией и коррекцией звукопроизношения, а также над личностью ребенка в целом.

Семинар

Вопросы для обсуждения:

1. Комплексный характер коррекционно-педагогического воздействия при дизартрии
2. Структура нарушения при МДР. Система коррекционно-педагогической помощи.
3. Клинико-педагогическая характеристика детей, имеющих различные степени проявления дизартрии.
4. Дифференциальная диагностика. Раннее выявления дизартрических расстройств.

Тема 9. Логопедическая помощь при ринолалии

Вопросы:

1. Общая характеристика ринолалии как нарушения звукопроизношения.
2. Виды ринолалии.
3. Система работы преодолению ринолалии.

Литература

1. Баль, Н.Н., Дроздова, Н.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
2. Ермакова, И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: 1985.
3. Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002.
4. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – М.:97, с.160–175.
5. Соснин, Г.П., Крицкий А.В. Ортопедическое исправление речи у детей с расщелиной неба / Г.П. Соснин, А.В. Крицкий. – Мн.: Беларусь, 1984. – 128 с.

1. Общая характеристика ринолалии

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Ринолалия обычно сопровождается врожденные расщелины твердого и мягкого неба, дефекты носовой полости, которые изменяют структуру и функцию речевого аппарата, а, следовательно, и механизм формирования звуковой стороны речи.

Ринолалия проявляется в трех формах – открытой, закрытой и смешанной. По этиологии может быть органической (механической) и функциональной; врожденной и приобретенной.

Таблица 9.1 – Причины и механизмы нарушений звукопроизношения при ринолалии

	ОТКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ	ЗАКРЫТАЯ РИНОЛАЛИЯ
ОРГАНИЧЕСКАЯ	<p>ВРОЖДЕННАЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. врожденные нёбные расщелины 2. укорочение мягкого нёба 3. отсутствие или раздвоение маленького язычка <p>ПРИОБРЕТЕННАЯ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. травмы ротовой и носовой полостей 2. паралич или парез мягкого нёба <p>Хар-ка: назализация гласных и согласных звуков</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. хроническая гипертрофия слизистой носа 2. полипы, опухоли в носовой полости 3. искривление носовой перегородки 4. аденоидные разрастания <p>Хар-ка: гипоназализация носовых звуков; гласные звучат неестественно</p>
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ	<ol style="list-style-type: none"> 1. вялая артикуляция мягкого неба 2. подражание 3. привычная ОР после удаления аденоидных разрастаний <p>Хар-ка: в основном страдают гласные звуки</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. при невротических расстройствах у детей мягкое нёбо поднимается выше нормы <p>Хар-ка: носовая проходимость и носовое дыхание не нарушается гипоназализация носовых звуков, страдают гласные звуки</p>

Открытая риноплазия – патологическое изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков речи, возникающее, когда мягкое небо при произнесении звуков сильно отстает от задней стенки глотки, оставляя значительную щель (укорочение мягкого неба) или при механических дефектах твердого и мягкого неба, когда значительная часть воздуха попадает в носовую полость.

Открытая риноплазия может быть органической (механической) и функциональной. Органическая (механическая) риноплазия бывает врожденной или приобретенной. Наиболее частой причиной **врожденной** открытой риноплазии является врожденное расщепление мягкого или твердого неба, укорочение мягкого неба.

Приобретенная открытая риноплазия может возникнуть при перфорации твердого или мягкого неба, при рубцовых изменениях, парезах и параличах мягкого неба.

Открытая функциональная риноплазия чаще всего обусловлена гипокинезом мягкого неба. Одна из функциональных форм – «привычная» открытая риноплазия. Она наблюдается часто после удаления аденоидных разрастаний или, реже, в результате постдифтерийного пареза, из-за длительного ограничения подвижности мягкого неба.

Закрытая риноплазия обусловлена направленностью речевого выдоха только через рот при всех звуках, в результате чего страдает артикуляционная и акустическая характеристика носовых звуков м, н, м', н' и тембр голоса.

Различают две формы закрытой риноплазии: органическую (механическую) и функциональную. При органической (механической) форме речевое нарушение связано с анатомическими дефектами областей зева, носа, носоглотки (аденоиды, полипы, искривление носовой перегородки). При функциональной форме наблюдается гиперфункция мягкого неба: мягкое небо всегда приподнято и преграждает в той или иной степени путь воздушной струе в нос (таблица 9.1).

Смешанная риноплазия – состояние, когда при носовой непроходимости имеется также недостаточный небно-глоточный затвор. На произношение это отражается понижением носового резонанса, главным образом для носовых фонем, при одновременном искажении остальных фонем, тембр которых становится как при открытой риноплазии. Смешанная риноплазия может быть органической (механической) или функциональной.

Наиболее распространенной формой риноплазии является органическая (механическая) открытая риноплазия, возникающая при врожденном дефекте твердого и мягкого неба – расщелине. В таблице представлены причины открытой органической риноплазии (врожденная патология)

Таблица – Этиология открытой органической риноплазии

Неблагоприятные факторы		Причины открытой органической риноплазии	Число случаев %
эндогенные факторы	1. неблагоприятная наследственность: полигенное наследование	возраст матери старше 35 л	7
		передача генов, генные мутации, рождение мертвых детей	20-40
	у мальчиков чаще	расщелина губы и неба	
	у девочек чаще	изолированная расщелина неба	

экзогенные факторы	2.ионизирующая радиация	облучение легких	3
	3.неблагоприятные условия труда	горячий цех ядохимикаты значительная физическая нагрузка	21 7 40
	4.токсикозы беременных		7-17
	5.недостаточное питание беременных	недостаток витаминов	16
	6.психотравма	эмоциональное потрясение	39
	7.инфекционные заболевания беременных	краснуха, грипп, лихорадочное состояние	1-9
	9.другие заболевания	заболевания половой сферы с кровотечениями, анемия алкоголизм употребление табака и алкоголя токсоплазмоз	3 9 8 20 34
	10.травмы	травмы живота во время беременности	19
	11.прерывание беременности	частые аборт	26

Источник: Соснин, Г.П., Крицкий А.В. Ортопедическое исправление речи у детей с расщелиной неба / Г.П. Соснин, А.В. Крицкий. – Минск: Беларусь, 1984. – 128 с.

Ринолалия при расщелинах неба характеризуется своеобразным комплексом симптомов: изменение положения и активности языка; нарушение деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого неба; изменение взаимодействия мышц всего периферического конца речедвигательного анализатора; тотальное нарушение звукопроизношения.

Основным проявлением открытой механической ринолалии является патологическое изменение тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным и искаженное произнесение всех звуков речи. Нарушение звукопроизношения обусловлено нарушением артикуляционной моторики, патологической позой языка, нарушением речевого дыхания, деформацией зубо-челюстной системы.

Хотя в структуре речевой деятельности при открытой ринолалии ведущим является нарушение фонетических и просодических элементов речи, однако в ряде случаев первичное нарушение накладывает отпечаток на формирование других компонентов речи, т. е. приводит к общему недоразвитию речи. Обусловленность общего недоразвития речи у детей различна: сужение социальных и речевых контактов из-за грубого нарушения артикуляции звуков, позднее ее начало, осложненность дефекта проявлениями дизартрии или алалии, снижение слуха и т. д.

По состоянию психического развития дети с расщелинами составляют весьма разнородную группу: дети с нормальным психическим развитием, с задержкой умственного развития, с олигофренией (разной степени выраженности).

У некоторых детей имеются отдельные неврологические симптомы: нистагм, легкая асимметрия глазных щелей, носогубных складок, повышение сухожильных и перистальных рефлексов. Кроме того, частые отиты, нередко принимающие хроническое течение, служат причиной понижения слуха.

В ряде случаев ринолалия отрицательно влияет не только на формирование личности ребенка, но и на формирование высших уровней познавательной деятельности.

Ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами губы и неба, представляет собой серьезную проблему для различных отраслей медицины и логопедии. Она является предметом внимания хирургов-стоматологов, ортодонтонтов, детских оториноларингологов, психоневрологов и логопедов.

Своевременное же профилактическое и коррекционно-воспитательное воздействие при ринолалии создает благоприятные условия для развития этих детей.

Как правило, дети с расщелинами губы и неба в возрасте до трех лет большую часть времени проводят дома, в семье. Круг общения таких детей ограничен по сравнению со сверстниками и замыкается в основном на членах своей семьи, а часто только на ежедневном контакте с матерью.

Задачами профилактической и ранней коррекционно-развивающей работы при врожденных расщелинах губы и неба является психологическая поддержка семьи, стимуляция физического, психического и речевого развития ребенка.

Родители рано начинают замечать, что анатомический дефект прежде всего вызывает расстройство дыхания, которое является шумным, учащенным, поверхностным. Одной из причин нарушения дыхания может явиться неправильное положение языка, который запрокидывается назад. В дальнейшем язык стабилизируется в таком положении, кончик его плохо развивается, часто паретичен и не выполняет своей функции в формировании звуков речи. Чтобы избежать этого, следует чаще укладывать малыша на живот или на бок. Очень полезна во время сна поза «лягушки», когда ребенок лежит на животе, а голова повернута набок или носом вниз, руки при этом согнуты в локтях и подтянуты к голове. Это положение способствует тому, что его дыхание становится более спокойным, мягким и почти бесшумным, а также закрепляется удержание языка у десен.

У новорожденных с небной расщелиной гораздо больше причин для беспокойного поведения, чем у здоровых детей. В основном это связано с проблемами в кормлении в дооперационный период и с частыми простудными заболеваниями. При попытке грудного вскармливания молоко попадает в дыхательные пути, ребенок захлебывается, у него появляются кашель, срыгивание, рвота. Чтобы облегчить кормление, можно порекомендовать родителям такие способы: кормление из ложечки, из пипетки (если ребенок не может захватывать соску губами), из соски, расчлененной маленьким крестиком вместо дырочки (если сосет не губами, а активно помогает спинкой языка), из двойной соски (одна из сосок разрезается вдоль до резинового кольца и надевается на целую соску, выполняя роль клапана для расщелины).

Самым простым способом является кормление из ложечки. Если при этом ребенку не удастся удержать во рту пищу, можно вложить в рот пустышку, а маленькой кофейной ложечкой давать питание сбоку, с уголка рта. Это нехитрое приспособление поможет удержать кончик языка внизу, препятствуя его западанию в расщелину.

Желательно сохранить грудное вскармливание. В этом случае первое время (до полугода) количество пищи за одно кормление может быть значительно меньше средней нормы, следовательно, число кормлений больше.

Логопедические занятия с детьми, имеющими врожденные расщелины губы и неба, необходимо начинать в дооперационный период, помня о том, что операция не улучшит речь, а лишь устранит главную помеху. И чем раньше логопед и родители начнут специальные занятия с ребенком, тем лучше будет результат. Кроме того, дооперационная логопедическая работа подготовит ребенка к хирургическому вмешательству, укрепится мышечный аппарат, что облегчит течение операции, и восстановительный период будет протекать легче.

3. Система работы по преодолению ринолалии. Коррекционному обучению должно предшествовать тщательное логопедическое **обследование**, которое проводится комплексно логопедом и врачами различных специальностей.

Обследование начинается с изучения анамнеза. Схема логопедического обследования должна включать следующие сведения: в каком возрасте ребенок перенес хирургическое вмешательство, по поводу какого дефекта (расщелины твердого, мягкого неба, односторонняя, двухсторонняя и т. д.); строение артикуляционного аппарата (длина небной занавески; форма неба; наличие послеоперационных рубцов в области твердого, мягкого неба, губы, незаращений неба, послеоперационных свищей, щелей; наличие аномалий в строении губ, языка, прикуса); моторика артикуляционного аппарата (подвижность губ, языка, челюсти, неба); наличие небо-глоточного смыкания, его вид и характер (пассивное, активное, функциональное смыкание небной занавески с задней стенкой глотки); состояние мимической мускулатуры, наличие сопутствующих движений; тип и характер физиологического и речевого дыхания (верхне-ключичное, грудное, диафрагмальное; дыхание в покое, тип дыхания, глубина и сила; речевое дыхание, его тип и сила, продолжительность, наличие утечки воздуха через рот при фонации); голосовая функция (сила звучания, высота, тембр голоса); звукопроизношение; слуховая функция (состояние физического и фонематического слуха); просодическая сторона речи; словарь и грамматический строй речи; письменная речь; психическое состояние; заключение о состоянии речи.

Основные **принципы** коррекции речи при ринолалии:

-учет механизмов расстройства и особенностей симптоматики (состояние небоглоточного затвора и его функции, особенности дыхания, моторики речевого аппарата, своеобразие артикуляторной позы языка, губ, нижней челюсти, нарушение фонематического слуха и т. д.), что подчеркивает необходимость смещения артикуляционного уклада языка в переднюю и передне-среднюю части ротового резонатора;

-опора на сохранные функции и анализаторы, особенно на кинестетический, зрительный и слуховой;

-единство речевой системы, что предполагает одновременную активизацию небоглоточных отделов артикуляционного аппарата и дыхания путем увеличения функциональной нагрузки на эти системы;

-воспитание естественного функционирования механизмов речи с опорой на закономерности фонетического строя русского языка: использование мягкой голосоподачи, отбор, построение и использование речевого материала как средства коррекции фонетических нарушений;

-учет возрастных и компенсаторных возможностей ребенка, мобилизация его силы, тонуса, сосредоточенности и терпения на преодоление неправильных навыков и привычек; организация ротоглоточных полостей (объем, конфигурация, целесообразное их использование).

Коррекционно-педагогическая работа по устранению открытой механической ринолалии должна строиться с учетом особенностей строения артикуляционного аппарата до и после операции уранопластики, влияния ограничения функций небно-глоточного аппарата на звукопроизношение и голосообразование, индивидуальной реакции ребенка на свое состояние.

Разработкой методических приемов преодоления ринолалии занимались Е.Ф. Рау, 1933; Ф.А. Рау, 1933; З. Г. Нелюбова, 1938; В.В. Куколь, 1941; А.Г. Ипполитова, 1955, 1963; С.Л. Таптапова, 1963; Т.Н. Воронцова, 1966; З.А.Репина, 1970; И.И. Ермакова, 1980, 1984; Г.В. Чиркина, 1987; Т.В. Волосовец, 1995 и др.

Большое значение имеет система, разработанная А.Г. Ипполитовой, которая предложила начинать занятия с дооперационного периода, использовать сочетание дыхательных и артикуляционных упражнений, соблюдать определенную последовательность отработки звуков, использовать «опорные». Своеобразие метода А.Г. Ипполитовой состоит в том, что первоначально внимание ребенка направлено только на артикулему. Содержание занятий включает формирование речевого дыхания, дифференциацию вдоха и выдоха, воспитание длительного ротового выдоха при реализации гласных артикулем (без включения голоса) и фрикативных глухих согласных, дифференциацию короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании сонорных фонем, аффрикат, постановку мягких звуков. А.Г. Ипполитова весь процесс логопедического воздействия разделила на два периода: подготовительный и основной.

Цель подготовительного периода – формирование правильного речевого дыхания параллельно с усвоением артикуляции.

Особенностями этого периода работы являются:

- параллельность работы над дыханием и артикуляцией;
- максимальное отвлечение ребенка от слухового контроля во время произнесения звуков;
- постоянное повторение усвоенного комплекса упражнений.

Содержание логопедических занятий по методике А.Г. Ипполитовой в **основной период** включает следующие разделы:

- включение голоса при длительном ротовом выдохе;
- формирование короткого ротового выдоха при реализации взрывных согласных звуков;
- дифференциация короткого и длительного ротового и носового выдоха при формировании произношения группы сонорных звуков и аффрикат;
- формирование мягких звуков.

Особенности работы заключаются в следующем: параллельность в работе над дыханием и артикуляцией; осознанный слуховой контроль ребенка за своим произношением; введение буквенного обозначения изучаемых звуков; автоматизация и дифференциация звуков в различных условиях (словах, предложениях, тексте); предупреждение дисграфий.

В послеоперационный период содержание работы зависит качества дооперационной подготовки на занятиях с логопедом и от результатов операции.

Основными направлениями работы в этот период являются: устранение последствий операции (массаж мягкого, твердого неба, теплые полоскания, фарадизация и т. д.); осторожная активизация работы мягкого неба; работа над дифференциацией ротового и носового дыхания; работа над развитием орального праксиса; развитие просодики; работа по постановке, автоматизации, дифференциации звуков. Если проводилась систематическая дооперационная работа, ребенок имеет возможность после операции говорить правильно. Для этого иногда требуется 5-6 занятий в неделю.

И.И. Ермакова (1980,1984) установила возрастные особенности функциональных расстройств голосообразования у детей с врожденными расщелинами и применительно к ним модифицировала ортофонические упражнения. Она разработала поэтапную методику коррекции звукопроизношения и голоса. И.И. Ермакова считает, что рано начатое логопедическое воздействие снижает процент дегенеративных изменений в мышцах глотки.

С.Л. Таптапова (1963) разработала коррекционную методику для взрослых с риноплазией. Она предлагает своеобразный режим молчания (произношение гласных про себя), что способствует устранению назализации, снимает гримасы, характерные для данной патологии.

Г.В. Чиркина (1988) при составлении индивидуального плана рекомендует параллельно с нормализацией звуковой стороны речи устранять лексико-грамматическое недоразвитие.

Коррекционная работа включает несколько разделов:

1) коррекция звуков, подлежащих постановке, их автоматизация и дифференциация (обращается внимание на нарушение артикуляции и степень назализации);

2) развитие ритмико-слоговой структуры слова (отрабатывается произношение звуков при стечении согласных, в многосложных словах);

3) развитие фонематического восприятия, слухового контроля над своей речью (рекомендуются вокальные упражнения).

В 1-м периоде важно уточнить произношение гласных звуков а, э, о, у, ы, согласных п, ф, в, т, их мягкие варианты; провести постановку и закрепление к, х, с, г, л, б, их мягких пар; во 2-м периоде — постановку и автоматизацию и, д, з, ш, р; в 3-м — отработать ж, аффрикаты (ч, ц), уточнить артикуляцию пройденных ранее звуков, устранить назальный оттенок, дифференцировать ротовые и носовые звуки: м—п, н—д, и—иг, м—б и их мягкие варианты.

Семинар

Темы для обсуждения:

Методики коррекционной работы при ринолалии А.Г. Ипполитовой, С.Л. Таптаповой, З.А. Репиной, И.И. Ермаковой, Г.В. Чиркиной, Т.В. Волосовец.

Специфика коррекции нарушений звукопроизношения при открытой органической Р.

Логовосстановительная терапия при врожденных и приобретенных дефектах нёба (Соснин, Г.П., Крицкий А.В. Ортопедическое исправление речи у детей с расщелиной неба / Г.П. Соснин, А.В. Крицкий. – Минск: Беларусь, 1984. – 128 с.)

Самостоятельная работа слушателей:

1. Осуществление небно-глоточного смыкания в норме и патологии.
2. Психолого-педагогическая характеристика детей с врожденной расщелиной неба и губы.

Вопросы для самоконтроля:

1. По статистическим данным, у 60% детей, страдающих ринолалией на почве врожденных небных расщелин, имеется в большей или меньшей степени снижение слуха. Объясните этот факт.
2. Почему у ребенка с ринолалией в процессе артикуляции включаются мимические мышцы?
3. Что влияет на формирование звукопроизношения у детей с врожденными небными расщелинами? Как отражается положение языка на качестве произносимых звуков?
4. Неполноценность речи при ринолалии сказывается на формировании всех психических функций ребенка, и в первую очередь на становлении личности. Раскройте это положение.
5. Объясните, как формируется импрессивная речь детей с ринолалией.

Тема 10. Логопедическая помощь при дисфонии

Вопросы

1. Общая характеристика дисфонии как нарушения голоса.
2. Классификация дисфонии.
3. Система работы по восстановлению голоса при дисфонии.

Литература

1. Алмазова Е.С., Самсонов Ф.А. Организация медико-педагогической помощи больным с нарушениями голоса // Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи : В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия. – с. 71-79.
2. Логопедия / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. - 480 с.
3. Вильсон, Д. К. Нарушения голоса у детей. – М.: Медицина, 1990.

1. Общая характеристика дисфонии как нарушения голоса.

Значение голоса:

-Голос дает возможность передавать информацию на значительное расстояние, обеспечивая нормальную коммуникативную функцию;

-С помощью интонаций можно точнее выразить свою мысль, свое отношение к окружающим событиям.

-Голос делает речь музыкальной, неповторимой; оказывает эмоциональное воздействие — с его помощью передаются различные чувства.

Развитие разных качеств речевого голоса следует рассматривать в координации с развитием речевого слуха, артикуляции, речевого дыхания, так как они обеспечивают возможность овладения чистым, плавным, звонким голосом, умение правильно пользоваться им в процессе высказывания.

Условия развития голоса: полноценный физический слух, развитый речевой слух, координация дыхания и голосообразования, плавность и легкость звучания голоса зависят и от работы артикуляционного аппарата, от умения правильно и

четко произносить все звуки родного языка, нормальное строение артикуляционного аппарата, достаточная подвижность мышц, принимающих участие в формировании речевых звуков, скорость высказывания. Замедленная речь часто ведет к монотонности, а при ускоренной слова произносятся неотчетливо, проглатываются.

Основные свойства голоса — высота, сила, тембр.

Высота голоса характеризуется повышением и понижением тона. Смена высоты тона в процессе говорения обеспечивает интонационную выразительность речи, делает ее певучей, мягкой, мелодичной.

Сила голоса обеспечивает произнесение звуков, слов, фраз с различной громкостью. Однако сила речевого голоса не только физическое свойство, но и важный элемент мелодико-интонационного оформления устной речи.

Тембр голоса, или качественная его окраска (звонкий, глухой, тусклый, гнусавый и пр.), обеспечивается за счет присоединения к основному тону издаваемого звука добавочных тонов (обертонов), что придает речи каждого человека индивидуальное звучание.

Нарушенным будет считаться голос, если имеется изменение хотя бы одной из характеристик голоса:

нарушение тембра голоса проявляется в огрубелости, охриплости, осиплости или придыхании;

изменение силы выражается в слишком тихом или слишком громком голосе;

изменение высоты тона выражается в узком частотном диапазоне, слишком высокой или слишком низкой частоте основного тона;

нарушение резонанса выражается в повышенном или пониженном носовом резонансе.

Нарушения голоса – это отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Афония - отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи.

Дисфония — расстройство голосообразования, при котором голос сохраняется, но становится неполноценным - хриплым, слабым, вибрирующим и тому подобное.

Термины свидетельствуют только о степени проявления дефекта. За ними стоят самые разнообразные изменения голосообразующих органов, а также функций эндокринной и нервной систем.

Помимо основных дефектов голоса – утраты силы, звучности, искажения тембра – отмечаются голосовое утомление и целый ряд субъективных ощущений - помехи, постоянное першение, давление, боли.

2. Классификация нарушений голоса принята, исходя из характера патологии, ее локализации, а также исходя из этиопатогенеза.

Дефекты голоса могут быть центральными и периферическими.

Механизм нарушений голоса зависит от характера изменений нервно мышечного аппарата гортани, прежде всего от подвижности и тонуса голосовых складок, который проявляется обычно в виде гипо- или гипертонуса, реже в сочетании того и другого.

Органические нарушения голоса. Патология голоса, возникающая вследствие анатомических изменений или хронических воспалительных процессов голосового аппарата, считается органической.

Органические нарушения голоса *центрального происхождения* являются сопутствующими другим более тяжелым нарушениям речи или другой патологии, входя в структуру дефекта при афазии, дизартрии, ринолалии, заикании. При детском церебральном параличе наблюдаются центральные парезы и параличи гортани (поражения коры головного мозга, моста, продолговатого мозга, проводящих путей).

К *периферическим* органическим нарушениям относятся дисфонии и афонии: при хронических ларингитах, парезах и параличах гортани, новообразованиях (папилломы, опухоли), состояниях после удаления опухолей.

Степень дефекта голоса зависит не от вида заболевания, а от его тяжести. Так, при любом из указанных заболеваний наряду с афонией может наблюдаться лишь незначительное изменение тембра (исключением является состояние после удаления гортани, которое всегда приводит к афонии).

Хронические ларингиты весьма разнообразны. Это проявляется в характерных изменениях слизистой оболочки гортани, а в дальнейшем и в поражении ее нервно-мышечного аппарата. Появляющееся несмыкание голосовых складок ведет к стойкому дефекту голоса и сопровождается субъективными неприятными ощущениями в глотке и гортани. Голос теряет нормальное звучание, появляется сильная утомляемость до полной невозможности выполнять голосовую нагрузку.

Периферические параличи гортани возникают при травматизации или инфекционном поражении нижнего гортанного, или возвратного нерва. Более распространенными являются односторонние.

Часто причиной органических нарушений голоса являются опухоли и состояния после их удаления. Доброкачественные опухоли встречаются у детей и взрослых чаще злокачественных. Голосовая патология при локализации опухоли на голосовых складках развивается постепенно по мере ее роста. Множественные папилломы чаще наблюдаются у детей,

Функциональные нарушения голоса. Не сопровождаются воспалительными или какими-либо анатомическими изменениями гортани. Вызывают трудности диагностики и соответственно затрудняется выбор приемов коррекции и восстановления голоса.

Причины: голосовое переутомление, плохая постановка голоса, различные инфекционные заболевания, влияния психических факторов. Иногда несколько из перечисленных причин выступают в совокупности.

Длительно протекающие функциональные изменения могут вызывать псевдоорганические наслоения в виде гиперемии (покраснения) слизистой оболочки гортани, отека и утолщения голосовых складок. Все это затрудняет диагностику функциональных нарушений, которые могут рецидивировать, а лица, страдающие такой патологией, склонны к фиксации на своем дефекте длительное время.

К периферическим функциональным нарушениям относятся фонастения, гипо- и гипертонусные афонии и дисфонии.

Фонастения — нарушение голоса, не сопровождается видимыми объективными изменениями в голосовом аппарате, особенно на начальных стадиях. Данное нарушение имеет профессиональный характер и развивается у лиц голосоречевых профессий. В литературе нет единой точки зрения на причину возникновения фонастении. Одни исследователи считают причиной психические травмы и эмоциональные перегрузки. Другие - в несоблюдении охранительного голосового режима при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей.

Проявляется фонастения в нарушении координации дыхания и фонации, невозможности владения голосом — усиливать и ослаблять звучание, появлении детонирования и ряда субъективных ощущений. Острые формы могут сопровождаться афонией.

Гипотонусная дисфония (афония) обусловлена, как правило, двусторонними миопатическими парезами, т.е. парезами внутренних мышц гортани. Они возникают при некоторых инфекциях (ОРВИ, гриппе, дифтерии), а также при сильном перенапряжении голоса. Страдают мышцы, суживающие голосовые складки. При гипотонусе голосовые складки в момент фонации полностью не смыкаются, между ними остается щель.

Патология голоса может проявляться от легкой осиплости до афонии с явлениями голосового утомления, напряжения и боли в мышцах шеи, затылка и грудной клетки.

Гипертонусные (спастические) нарушения голоса связаны с повышением тонуса гортанных мышц с преобладанием тонического спазма в момент фонации. Причины их возникновения полностью не изучены, но развиваются спастические дисфонии и афонии у лиц, форсирующих голос. Гипертонус может охватывать голосовые и вестибулярные складки. При попытках фонации голос или не возникает совсем, или появляется резко искаженный, глухой звук. Иногда наблюдается отсутствие смыкания голосовых складок (гипотонус) с напряженным смыканием вестибулярных (гипертонус). Образующийся при этом специфический грубый, монотонный звук называют ложноскладочным.

К функциональным нарушениям голоса *центрального происхождения* относится функциональная, или *психогенная афония*. Возникает она внезапно как реакция на психотравмирующую ситуацию у лиц, склонных к истерическим реакциям, чаще у девочек и женщин. При полном отсутствии голоса сохраняются звучный кашель и смех, это является важным диагностическим признаком. Форма несмыкания голосовых складок при обследовании очень изменчива, что тоже свидетельствует о психогенном нарушении. Функциональная афония может протекать длительно, а после восстановления голоса возможны рецидивы.

Вторичные нарушения

Нарушения голоса, как правило, не влияют на формирование речевой системы. Только особо тяжелая патология раннего возраста отрицательно сказывается на развитии речи. Это иногда наблюдается у детей с множественными папилломами и рубцовыми стенозами гортани, если заболевание началось до формирования речи.

Многократные операции, нарушение дыхания через естественные пути при отсутствии голоса вызывают соматическую ослабленность ребенка и могут

явиться причиной задержки психического развития и речи, отклонений в эмоционально-волевой сфере. Дети чувствуют свою неполноценность, становятся замкнутыми, неуравновешенными, капризными, с трудом вступают в контакт. Они с затруднениями овладевают правильным звукопроизношением, словарь их беден, что влияет на успешность обучения в школе. Такие осложненные случаи чаще встречаются в неблагополучных семьях, где детям не уделяют должного внимания. В более легких случаях нарушения голоса дети к своему состоянию относятся спокойно. Некоторые из них критически осознают дефект, стремятся к его устранению. Другие себя не слышат, остаются равнодушны к искаженному голосу.

3. Система работы по восстановлению голоса

Методы коррекционной логопедической работы будут разными, в зависимости от вида нарушения. Обследование начинается со сбора анамнеза (приложение 1). Специфические вопросы для взрослых: когда впервые появилось нарушение голоса; предполагаемые причины; устает или меняется голос после непродолжительного разговора; трудно ли говорить громко; утрачены ли высокие тоны; возникает ли чувство першения, сухости, боли в горле, постоянное желание откашляться; где и как используется голос; велика ли голосовая нагрузка; бывали ли рецидивы; восстанавливается ли голос самостоятельно или после лечения. Сведения о ребенке: много ли кричал или плакал в раннем детстве; имело ли место какое-либо нарушение дыхания; был ли ребенок шумным и болтливым; много ли кричит и визжит во время игр; как сам ребенок относится к нарушению своего голоса; поет один или в хоре; участвует ли в драмкружке, в массовых мероприятиях; приходится ли ему много говорить в шумной обстановке; есть ли у кого-либо из членов семьи нарушения голоса, речи или слуха.

Объективная оценка голоса происходит после проверки тестированием: счет от 1 до 10, чтение текста в течение 1-3 минут, связная речь в течение 1-3 минут, максимальное время фонации при протягивании гласных [а], [у], [и]. Устанавливается характер нарушения голоса (всех его параметров: тембра, силы, высоты) и степень нарушения голоса.

При обследовании определяется тип фонационного дыхания (верхнереберное, нижнереберное, смешанное). Исследуется артикуляционная моторика (внешняя и внутриглоточная).

Устранение нарушений голоса осуществляется комплексно. В этом процессе принимает участие врач-фониатр, который осуществляет медикаментозное, физиолечение, по показаниям - хирургическое лечение. Фонопед на основании медицинского заключения проводит коррекционные индивидуальные занятия. Если голосовые нарушения сопровождаются серьезными нервно-психическими расстройствами, дополнительно проводится психотерапевтическое лечение врачом-психотерапевтом.

Восстановление включает:

- медикаментозное и физиотерапевтическое лечение
- лечебную физкультуру
- психотерапевтическое лечение
- логопедические занятия (дыхательные, артикуляционные и голосовые упражнения).

□ логоритмические занятия.

Восстановление голоса необходимо начинать как можно раньше, для предупреждения фиксации навыка патологического голосообразования и появления невротических реакций, что значительно улучшает прогноз.

При восстановлении голоса выдвигаются две задачи:

1) Выявление и включение компенсаторных возможностей организма: сохранение голосовых, артикуляторных, дыхательных функций. Компенсация может наступать только с включением значительного числа физиологических компонентов, расположенных в различных частях нервной системы.

2) Преодоление патологического способа голосообразования.

Для реализации этих задач требуется:

-активизация функции нервно-мышечного аппарата гортани.
-положительное воздействие на личность обучающегося для ликвидации психогенных реакций;

-восстановление утраченных кинестезии голосообразования, т. е. непосредственно самой фонации;

-восстановление координации дыхания и фонации.

В зависимости от задачи восстановления применяются дифференцированные приемы обучения, однако для всех форм нарушений голоса можно определить общие этапы коррекционной работы:

- рациональная психотерапия;
- коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- тренировка кинестезии и координации голосового аппарата фонопедическими упражнениями.

1 этап – начальный – ведущая роль принадлежит психотерапевтической беседе, цель – убедить в успешности и необходимости помощи, наладить контакт.

2 этап – проводятся артикуляционная и дыхательная гимнастики, лечебная физкультура. Артикуляционная гимнастика: с постепенным усложнением, обращается внимание на ритмичность выполнения, тонус мышц. Одновременно проводятся голосовые упражнения – тренируют длительное произнесение гласных звуков, фрикативных согласных [ф, с, ш, х, в, з, ж], затем глухих и звонких взрывных [П, Т, К, Б, Д, Г] – ежедневно 2-3 раза по 8-10 мин. Голос рекомендуется вызывать путем произнесения М, МУ, МУМ.

3 этап – автоматизация полученного голоса путем произнесения слогов, фраз и отработка высоты, силы, модуляции голоса. Используются вокальные упражнения, начиная с У.

4. Заключительный этап – введение голоса в повседневное речевое общение. Процесс восстановления голоса длится 3-4 мес.

При функциональных нарушениях патологические изменения в гортани (гиперемия, набухание слизистой оболочки, отечность) чаще носят временный характер. Основная задача – преодоление стойкого фиксированного патологического рефлекса голосообразования.

Особенности: 1. После психотерапевтической беседы устанавливается режим молчания 10-14 дней.

Перед началом занятий для установления контакта, взаимопонимания выясняется, что является определяющим в настроении и поведении обучающегося, как он относится к своему дефекту. Это позволяет правильно выбрать тактику поведения и приемы убеждения. При первой беседе объясняется сущность нарушения, в доступной форме раскрывается механизм голосообразования, намечаются пути восстановительной работы.

Обучающегося необходимо убедить в обратимости нарушения, вселить бодрость, надежду на успех восстановления и одновременно поставить перед ним условие активного включения в восстановительный процесс. Механическое выполнение упражнений не приведет к положительному результату. Для взрослых прогноз восстановления должен быть реалистическим. Следует заранее предупредить, что в некоторых случаях функция голосового аппарата не полностью восстанавливается, а голос не всегда достигает нормы. Но обязательно увеличивается его сила, звучность, исчезает утомляемость при речевой нагрузке, нормализуется дыхание.

Тема 11. Логопедическая помощь при нарушениях темпа речи, заикании

Вопросы

1. Общая характеристика нарушений темпа речи и его нарушений.
2. Содержание понятия «заикание». Этиология и классификация заикания.
3. Симптоматика и патогенез заикания.
4. Система коррекционной помощи при заикании.

Литература:

1. Заикание: хрестоматия: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. высш. пед. учреждений/ сост. Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. Москва: Академия, 2003. – 303, [1] с.
2. Логопедия / Под редакцией Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2002. – С 252–330.
3. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех / Л. Г. Парамонова. – СПб., 2004, с 289 – 334
4. Селиверстов, В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений / В.И. Селиверстов. – 4-е изд., доп. – М.: Гуманит. издательский центр ВЛАДОС, 2000.
5. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. Т. II / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.

1. Общая характеристика нарушений темпа речи и его нарушений

Нормальный темп речи (компонент просодической стороны речи) составляет от 9 до 14 фонем в 1сек. Необходимое условие для формирования темпа речи – правильное соотношение процессов возбуждения и торможения.

К расстройствам темпа речи относят тахилалию (полтерн и баттаризм) и брадилалию. При нарушениях темпа речи страдает как внешнее формирование речи (непонятна для окружающих), так и внутренняя речь, а также чтение и письмо. Нарушения проявляются в разной степени: легкая и средняя мало беспокоят ребенка, тяжелая – приводит к расстройству коммуникации, изменению личности.

Физиологические итерации. Явление, при котором дети повторяют некоторые звуки и слоги, слова в результате несовершенства деятельности речеслухового и речедвигательного анализаторов в период формирования речи (с 2 лет: слу-

ховые и кинестетические образы слов недостаточно четки, дети многократно повторяют слова, слоги, чтобы усвоить их). Итерации – закономерное, естественное явление, которое проходит к 4-5 годам. Однако при нервной слабости ребенка может перейти в заикание под воздействием сильных отрицательных раздражителей НС.

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи (син. тахифразия). В 1 сек – 20-30 звуков. Нарушается речевой выдох. Речь непонятная, содержит повторения, пропуски и перестановки слогов, незначительные искажения звуков, слов. Страдают операции построения речи в целом. Кроме расстройства темпа речи могут наблюдаться моторные нарушения (беспорядочные ускоренные движения рук, ног), нарушения вегетативной нервной системы и эмоционально-волевой сферы, неустойчиво внимание. По мнению М.Е. Хватцева, при тахилалии наблюдается расстройство темпа внутренней и внешней речи за счет патологического преобладания процесса возбуждения над торможением. Ослабление тормозных процессов (наследственность, подражание), дискоординация процессов мышления и речи.

При Т. речь может напоминать заикание. Такие запинки называются спотыкание – полтерн. Наблюдается прерывистый темп речи несудорожного характера.

Брадилалия – патологически замедленный темп речи. То же, что брадифразия. Речь замедленная с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Наблюдается общая вялость, заторможенность, медлительность. Сопровождается нарушениями общей моторики, внимания, памяти, мышления. Часто проявляется, как вторичное проявление умственной отсталости. Голос монотонный, недостаточно модулированная речь. Причины: Патологическое усиление тормозного процесса, который начинает доминировать над процессом возбуждения (наследственность, подражание, неправильное воспитание).

Основные направления комплексного воздействия: 1) медикаментозное и физиотерапевтическое укрепление нервной системы; 2) лечебная физкультура; 3) логопедическое воздействие: развитие психических процессов (логического мышления, внимания), выработка четких, координированных речевых движений и сознательного контроля над их темпом, формирование интонаций, выразительности, мелодики речи; 4) логопедическая ритмика.

2. Содержание понятия «заикание» (этиология и классификация).

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи вследствие судорожного состояния мышц речевого аппарата. **Заикание относится к** нарушению плавности речи.

Начало заикания попадает обычно на период интенсивного формирования речевой функции, т.е. на возраст 2–6-ти лет. Статистические данные о распространенности заикания весьма противоречивы. В среднем около 2% детей и не более 1% взрослых страдают заиканием.

Таблица – Причины заикания

	Биологические факторы	Социальные и психологические факторы
--	-----------------------	--------------------------------------

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Предрасполагающие причины (ослабляющие нервную систему)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Патологическое течение беременности, родов • Конституциональная предрасположенность, особенности НС • Наследственная отягощенность • Функциональная асимметрия головного мозга • Половой диморфизм (половые различия в развитии) • Повышенная ранимость НС ребенка в период развития связной речи (раннее реч-ое развитие и недоразвитие речи) • Заболевания, ослабляющие НС (инфекции, травмы, рахит, диспепсии и пр.) Физическая ослабленность, моторная неловкость 	<ul style="list-style-type: none"> • Форсирование речевого развития или недостаточное внимание к речи ребенка • Скрытая психическая ущемленность ребенка • Недостаток эмоционального общения со взрослыми • Тревожно-мнительные черты характера • Полиглоссия
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Вызывающие (производящие) причины</p>	<p style="text-align: center;">Анатомо-физиологические:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заболевания, после которых возникает заикание (корь, тиф, глисты, коклюш) • Органические повреждения мозга • Травмы, провоцирующие судорожное состояние речевого аппарата • Перенапряжение нервной системы 	<p style="text-align: center;">Социально-психологические:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Психотравмы (острые и хронические): • общение с животными, • пережитые катастрофы, • зрелищные мероприятия, • полученная физическая травма, • негативная реакция на лечение, • дидактогения – психогения от процесса обучения. - Подражание заикающемуся - Переучивание леворукости

Причины заикания (этиология). Заикание появляется при сочетании ряда неблагоприятных факторов. При этом некоторые этиологические факторы могут как способствовать развитию заикания, так и непосредственно вызывать его. В настоящее время принято выделять две группы причин: предрасполагающие («почва») и производящие («толчки»). К предрасполагающим причинам относятся невропатическая отягощенность родителей; неврологические особенности самого заикающегося; конституциональная предрасположенность; наследственная отягощенность; поражение головного мозга в перинатальный период развития. В группе производящих причин выделяются анатомо-физиологические, психические и социальные (см. таблицу).

Классификация заикания (виды). По *этиологическому признаку* выделяют эволюционное и симптоматическое заикание. Эволюционное развивается в период становления развернутой фразовой речи при отсутствии органических поражений в деятельности речевого аппарата. Симптоматическое развивается на фоне органического поражения ЦНС. В 70-е годы с учетом *клинической картины* было выде-

лено две формы заикания: невротическая и неврозоподобная. В основе деления лежат такие критерии: 1) причина возникновения; 2) механизм и динамика развития; 3) физиологические особенности заикающихся; 4) состояние общей и речевой моторики; 5) личностные особенности заикающихся; 6) результативность медико-педагогического воздействия.

Невротическое заикание обычно развивается на фоне уже ранее имевшегося у ребенка невроза. В анамнезе нет указаний на поражение ЦНС. Такие дети еще до появления заикания отличаются повышенной впечатлительностью, ранимостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушениями сна, аппетита и т. п. В качестве ближайшей причины заикания здесь чаще всего выступает какая-либо психическая травма (сверхсильный раздражитель), играющая роль «последней капли». В дальнейшем такое заикание обычно «обращает» психическими симптомами — постепенно появляются фобии, уловки, переживания по поводу имеющегося дефекта и т. п. Течение заикания волнообразное, со сменяющимися друг друга усилениями и ослаблениями симптоматики. Течение волнообразное, рецидивирующее: заикание то появляется, то исчезает. Рецидивы появляются после переутомления. Отмечаются выраженные вегетативные реакции, сопутствующие движения и уловки.

Неврозоподобное заикание является следствием органического поражения ЦНС. В анамнезе у этих больных имеются указания на патологию беременности, родов, тяжелые заболевания в раннем детстве, наследственную отягощенность (заикание или другие расстройства речи). В результате возникает церебрастенический синдром: повышенная физическая и психическая утомляемость и истощаемость. Возникает обычно постепенно, без видимых причин, иногда после психотравмы, после трех лет, в период бурного речевого развития, нередко с момента становления фразовой речи. По данным В.В. Ковалева, у таких детей наряду с неврологическими симптомами отмечается негрубая патология речи в виде задержки речевого развития (ЗРР), стертых дизартрических расстройств, дислалии, отмечается недостаточность моторики, двигательная расторможенность. Течение постоянное, без выраженного ухудшения и улучшения. Психические симптомы выражены значительно меньше, чем при невротическом заикании, к тому же они не имеют прямой связи с определенными ситуациями речевого общения. Под влиянием физической нагрузки и соматической ослабленности все эти расстройства усиливаются. Преодолеть неврозоподобное заикание значительно труднее, чем невротическое.

3. Симптоматика и патогенез заикания

Основным феноменом заикания являются **судороги** в процессе речевого акта. Судорога (спазм) – приступообразное непровольное сокращение мышц, приводящее к их напряжению. Судорожная речь сопровождается сопутствующими движениями: зажмуриванием глаз, раздуванием крыльев носа, «кивательными» движениями головы, притопыванием, гримасами лица или тиками.

До сих пор ученые не пришли к единому мнению о **механизмах** заикания.

1. Заикание – спастический невроз (Ю.А. Флоренская, М.Е. Хватцев, С.С. Ляпидевский, Н.И. Жинкин), возникает при перенапряжении процессов возбуждения и торможения и образования патологического условного рефлекса.
2. Нарушается связь между корой и подкорковыми отделами, обеспечивающими нормальный темп и ритм дыхания и мышечного сокращения (М. Зеeman, Н.И. Жинкин, С.С. Ляпидевский).
3. Р.Е.Левина – как речевое недоразвитие, связанное с нарушением коммуникативной функции речи. Речевые затруднения вызывают аффективную напряженность, сопровождающую непосильную умственную операцию поиска слов, оборота речи.
4. Н.И. Жинкин – нарушение непрерывности в отборе звуковых элементов при составлении разномеричного механизма слова – нарушения на уровне слога.
5. Среди механизмов заикания называют органическое поражение ГМ.
6. Повышенный фоновый тонус нервных речевых центров, который вызывает готовность к спазмам.

В отечественной литературе заикание принято характеризовать по таким внешним признакам, как тип **судорог**; место **локализации** судорог; **степень тяжести** (сила выраженности) судорог.

Выделяют **2 типа судорог**: тонические и клонические.

Тонические судороги – внезапное резкое повышение тонуса мышц, захватывающее несколько групп мышц. Весь речевой аппарат скован, рот плотно закрыт или полуоткрыт, лицо напряжено и отражает физические усилия, прилагаемые к произнесению звука. В речи – длительные остановки в начале или середине слова (к...онь, линей...ка).

Клонические судороги – насильственное многократное ритмичное сокращение мышц речевого аппарата. В речи – повторение звуков или слогов (к-к-конфета, мо-мо-мо-молоко).

Чаще бываю **смешанные судороги**: тоно-клонические или клоно-тонические.

Локализация судорог происходит в каком-либо отделе периферического речевого аппарата. Выделяют: артикуляционные, голосовые, дыхательные судороги или смешанные.

Артикуляционные судороги – поражаются мышцы языка, губ и мягкого неба (губные, язычные и мягкого нёба в зависимости от «трудных звуков»: страдают смычные согласные (б, п, м, т, д, г, к).

Голосовые судороги – судороги в мышцах гортани, голосовых складок: страдают гласные и звонкие согласные звуки. Форы судорог в голосовом аппарате:

- смыкательная (судорожно-сомкнутые голосовые складки не могут своевременно разомкнуться – голос внезапно прерывается, или же образуется клоническая или затяжная судорога – получается блеющий прерывающийся (А-а-аня) или толчкообразный гласный звук («а.а.а.»);

- размыкательная (голосовая щель остается открытой – при этом наблюдается полное безмолвие или шепотная речь);

- вокальная, свойственная детям (И.А.Сикорский). Протягивание гласных в словах.

Дыхательные судороги – в мышцах брюшного пресса, диафрагмы, грудной клетки; в момент речи воздух задерживается (поднимаются плечи) или сразу выталкивается. Отмечаются три формы нарушения дыхания: экспираторная (судорожный выдох), инспираторная (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием), респираторная (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

Степень проявления заикания.

Слабое заикание едва заметно и не мешает речевому общению ребенка, сильное заикание – речевое общение практически невозможно. Различают 3 степени заикания: **тяжелая, средняя и легкая**. Легкая – запинки в спонтанной связной речи, средняя степень – запинки в диалогической и монологической речи, тяжелая запинки во всех формах речи. Степень тяжести заикания зависит от многих причин и непостоянна у одного и того же человека. На проявление судорог в речи (пароксизмы) заикающегося влияет:

1. форма речи (сопряженная, отраженная, ответы на вопросы, пересказ, рассказ, спонтанная);
2. степень подготовленности речи (отрепетированный текст, незнакомый текст, экспромт);
3. степень структурной сложности речи (звуки, слоги, слова, фразы, предложения);

4. степень ритмичности речи (ритмизированная речь, стихи, сказки, беседы);
5. степень громкости речи (беззвучная, шепотная, тихая, громкая);
6. речевая ситуация (незнакомая обстановка, знакомая).

Типы течения заикания: *постоянное* – заикание проявляется относительно постоянно в различных формах речи, ситуациях и т.д.; *волнообразное* – заикание то усиливается, то ослабевает, но до конца не исчезает; *рецидивирующее* – исчезнув, заикание появляется вновь, т.е. наступает рецидив, возврат заикания после довольно длительных периодов свободной, без запинки речи, *прогрессирующее* – усиливающееся заикание.

Кроме нарушений темпа, ритма и плавности речи наблюдается другие **речевые симптомы:** в экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются *фонетико-фонематические и лексико-грамматические нарушения*.

Чтобы облегчить речевой процесс заикающиеся прибегают к *речевым уловкам, таким как:*

1. Эмболофразия, или разного рода «вставки» в речь, не связанные с ее содержанием, (*emballo* в переводе с греческого означает «вбрасываю», «ввергаю»). Эмболы: и, э, ну, вот, это, значит, так сказать, как его и т. п.

2. Сознательное изменение лексико-грамматического строя речи: заранее предвидя наступление речевой судороги, заикающийся перестраивает фразу, иногда нарушая ее смысл.

3. Изменение самого характера речи: ее темпа, ритма, интонации, силы голоса и т. п. (излишняя солидность в разговоре, покровительственный тон, вкрадчивый голос).

Нарушаются *словесное ударение, интонация*. Изменяются громкость и темп произношения, сила, высота и тембр голоса, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоянием.

Наблюдаются нарушения **речевой и общей моторики:** произвольные и произвольные. Произвольные (насиленные): речевые судороги, тики, миоклонусы в мышцах лица, шеи. Произвольные – уловки: вспомогательные движения, к которым прибегают заикающиеся, чтобы замаскировать или облегчить свою трудную речь (движения рук, ног, корпуса). Нередко наблюдается общее моторное напряжение, скованность движений или двигательное беспокойство, расторможенность, дискоординация или вялость, импульсивность.

У заикающихся отмечаются **вегетативные изменения:** вегетативная дистония – неустойчивость пульса, колебания артериального давления, частые сердцебиения, повышенная потливости, побледнение или покраснение кожных покровов, появление «гусиной кожи», непереносимость жары, духоты, повышенное внутричерепное давление, во время приступов наблюдается расширение зрачков. В тяжелых случаях собственно заикание отступает на второй план, преобладают страхи, волнения, общая напряженность, склонность к дрожанию, потливости, покраснению, тревожно-мнительное состояние, нарушение сна: ночные страхи, неглубокий беспокойный сон, вздрагивание перед засыпанием.

Психологические исследования выявили тревожно-мнительный характер, подозрительность, фобическое состояние; неуверенность, замкнутость, склонность к депрессии. К **психическим симптомам** заикания относятся *фобии, навязчивые мысли о*

заикании и мутизм. Фобии или навязчивые страхи (phobos в переводе с греческого означает страх). Например, панический страх перед речью (логофобия). Может наблюдаться и страх перед отдельными звуками (звукофобии) – фиксирует внимание на звуках, заранее «предчувствуя» и с тревогой ожидая их появления в речи. Логофобия утяжеляет общую картину заикания. Мутизм – отказ от речевого общения при сохранности речевого аппарата: логофобический мутизм. Перечисленные симптомы усугубляют общую психологическую картину, способствуют возникновению чувства неполноценности, что приводит к **невротическому расстройству** – болезненной фиксированности на дефекте. От первого произвольного эмоционального реагирования на дефект у заикающихся детей постепенно формируется свое отношение к нему, связанное с эмоциональными переживаниями. В понятие **фиксированности на дефекте** вкладывают разное содержание: особое свойство внимания (устойчивое, застревающее, навязчивое, концентрированное), осознание дефекта, разное эмоциональное отношение к нему (переживание, тревожность, боязливость, страх).

1. Нулевая степень болезненной фиксации: дети не испытывают ущемления от сознания дефекта либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к преодолению дефекта.

2. Умеренная степень болезненной фиксации: старшие школьники и подростки переживают свой дефект, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, стараются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испытывают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой недостаток.

3. Выраженная степень болезненной фиксации: у заикающегося переживания по поводу дефекта выливаются в постоянно тягостное чувство неполноценности, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполноценности. Это чаще подростки. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр.

Особенности личности заикающихся. Возникшее заикание сравнительно быстро начинает сказываться на формировании характера ребенка и накладывает нежелательный отпечаток на всю его личность. Некоторые дети начинают избегать речевого общения, всяких контактов с окружающими, замыкаться в себе.

4 Система коррекционной помощи при заикании. Сведения об особенностях протекания заикания позволяют в каждом конкретном случае выбрать основную форму лечебно-педагогического воздействия.

Специфика логопедического обследования заикающихся. Обследование заикающегося осуществляется комплексно (логопедом, невропатологом, психологом), с привлечением по необходимости других специалистов, включает изучение анамнестических сведений, педагогической, психологической и медицинской документации и исследование самого заикающегося. Уточняются сведения о раннем речевом развитии ребенка. Уделяется внимание изучению вопроса воспитания ребенка в семье: отношение к нему взрослых, воспитание правильной речи. Изучается появление заикания. (Когда возникло заикание, появились первые его признаки? Как внешне оно выражалось? Какие предполагаемые причины могли его

вызвать? Как развивалось, какие особенности проявлений обратили на себя внимание родителей: нет ли сопутствующих двигательных нарушений (судорог, постукивания рукой, ногой, покачивания головой и пр.) или недостатков речи (лишние слова, звуки, произношение отдельных звуков и слов на вдохе и др.)? Как проявляется оно в зависимости от обстановки или окружающих людей, от разного вида деятельности? Как говорит ребенок один (например, со своими игрушками)? С чем связаны периоды ухудшения и улучшения речи? Как ребенок относится к имеющемуся у него речевому недостатку (замечает, не замечает, безразличен, переживает, стыдится, скрывает, боится говорить и т. д.).

Различают первичное и динамическое изучение заикающегося в процессе коррекционно-воспитательного воздействия. Особое внимание уделяется обследованию речи заикающегося. Конкретные задачи речевого обследования заключаются в том, чтобы определить:

- место возникновения и форму речевых судорог;
- частоту их проявлений и сохранные речевые возможности заикающегося;
- сопутствующие нарушения речи; двигательные нарушения;
- отношение заикающегося к речевому дефекту; наличие психологических особенностей.

Место возникновения судорог (дыхательных, голосовых, артикуляционных, смешанных) и их форма (клоническая, тоническая, смешанная) определяются на слух или зрительно.

Частота судорог позволяет судить о сохранных участках речи. Изучение уровня свободной речи начинается с выявления зависимости пароксизмов заикания от разной степени его *речевой самостоятельности*. В беседе о его родителях, друзьях, интересах и т. д. выявляют особенности его речевого поведения и речевых судорог. Ребенку предлагается составить рассказ или описать содержание картинки, пересказать знакомую сказку; логопед читает рассказ и предлагает пересказать его и т. д. Затем проверяет состояние отраженной и сопряженной речи путем повторения или совместного произнесения простых и сложных фраз.

Частоту судорог соотносят и со степенью *подготовленности речи*.

Чтобы отметить зависимость судорог *от структурной сложности* речевого высказывания на материале пересказа текста фиксируется, в каких случаях возникают речевые судороги: только в начале рассказывания, в начале фраз, на отдельных словах или звуках.

Выясняется, не зависят ли речевые судороги от *уровня громкости речи*. С этой целью предлагается обследуемому говорить тихо, громко, шепотом.

Влияние разной степени *ритмизованности* на речь заикающегося может быть проверено с помощью пересказа сказки или стихотворения.

При обследовании логопед обращает внимание на сопутствующие речевые и двигательные нарушения: лишние слова или звуки, произнесение отдельных звуков, слов и даже предложений на вдохе, неправильное произношение звуков речи, недостатки словаря и грамматического строя речи, темп речи, произвольные движения (тики, миоклонусы), различные вспомогательные (произвольные)

движения и некоторые особенности речевого поведения: скованность и напряженность общих движений или, наоборот, их резкость, хаотичность, несобранность, «разболтанность».

В логопедическом заключении учитывается:

- тип судорог (тонические, клонические, смешанные);
- локализация судорог (дыхательные, голосовые, артикуляционные, смешанные);
- степень заикания (легкая, средняя, тяжелая);
- темп речи (замедленный, ускоренный, скороговорение, наличие тахилалии);
- сопутствующие заиканию дислалия, стертая форма дизартрии, общее недоразвитие речи;
- состояние моторной функции;
- наличие и выраженность психических симптомов заикания: страх речи (логофобия),
- двигательные и речевые уловки, эмболофразия;
- наличие волнения в процессе заикания, реакция на волнение. Фиксация внимания на речевом процессе и ее влияние на заикание;
- влияние сложности речевой ситуации на заикание;
- индивидуально-психологические особенности заикающегося;
- характер игровой деятельности;
- отношение к учебной деятельности;
- круг ситуаций, в которых проявляется заикание (во всех, в большинстве, в некоторых случаях).

Становлению современного комплексного подхода к преодолению заикания предшествовал поиск различных приемов и средств преодоления дефекта. Многочисленность и недостаточная эффективность методик преодоления заикания объясняются сложностью его структурных проявлений и недостаточным уровнем знаний о его природе.

При изучении существовавших ранее приемов, средств и методов преодоления заикания целесообразно рассматривать их в зависимости от характера рекомендуемых средств воздействия на заикающегося — медицинского или педагогического. В первом случае — это лечебные меры (терапевтические, хирургические, ортопедические, психотерапевтические), во втором — меры педагогические (дидактические) и в третьем — различные сочетания лечебного и педагогического воздействия на заикающихся.

Терапевтические средства для преодоления заикания применялись в разной степени и формах во все времена, начиная с древнейших (Гиппократ, Аристотель, Цельс, Гален, Авиценна, Меркуриалес, Кленке, Лихтингер и др.). Терапевтические средства не являлись исчерпывающими в лечении заикания, а лишь в той или иной степени дополняли его.

Хирургический метод лечения заикания применялся с I в. н. э. до середины XIX в., пока не утвердилось мнение о его бесполезности и опасности использования (Антилл, Бонне, Лиффенбах, Дионис, Пети, Фабриций, Эгинский и др.). Он появился в результате понимания заикания как следствия патологического строения органов артикуляции или недостаточной иннервации мышц языка.

Использование механических приспособлений с ортопедической целью восходит еще к Демосфену, который якобы успешно применял для лечения собственного заикания инородные предметы (морские камешки), держа их под языком во время речевых упражнений. И впоследствии специалисты применяли при лечении заикания различные механические приспособления: Итар — язычную вилку, Коломба — язычный нажиматель и распорку для губ, Эрведе-Шегуан — накладки на оба ряда зубов, Кленке — деревянную пластинку в форме дуги под язык, Меркель — скобы из китового уса на нижние зубы и т. д. Ортопедические средства имели вспомогательное значение в лечении заикания.

Психотерапевтические воздействия. С появлением взглядов на заикание как на невротическое расстройство некоторые авторы стали придавать первостепенное значение в его преодолении психотерапевтическому воздействию (Бертран, Либманн, Лагузен, Меркель, Неткачев, Фрешельс, Шультесс и др.). Сторонники психологического направления видели в заикании прежде всего психическое страдание, поэтому при выборе средств воздействия на заикающегося учитывали влияние этих средств на его психику.

Дидактические приемы. Последователи дидактических приемов воспитания правильной речи у заикающегося рекомендовали системы разнообразных и постепенно усложняемых речевых упражнений, охватывающих как отдельные элементы речи, так и речь в целом (Андрее, Гимиллер, Гутц-ман, Денгардт, Итар, Коэн, Куссмауль, Ли).

Система лечебно-педагогических мер. Первыми попытками определить систему лечебно-педагогического воздействия на заикающихся можно считать рекомендации И. А. Сикорского (1889) и его ученика И. К. Хмелевского (1897). И. А. Сикорский в лечение заикания включал: а) гимнастику речи (система упражнений для дыхания, голоса, артикуляции, различных форм речи); б) психотерапевтическое лечение (создание соответствующих условий, окружающих больного, последовательное усложнение речевых занятий, воздействие на настроение больного и пр.); в) фармацевтическое и динамическое лечение (медикаменты, физиотерапия, двигательные упражнения).

Под современным **комплексным подходом** к преодолению заикания понимается **лечебно-педагогическое воздействие** на разные стороны психофизиологического состояния, заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов. В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят **лечебные препараты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопедические занятия, логопедическая ритмика, воспитательные мероприятия**. Цель их — устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения, социальная реадaptация и адаптация заикающегося.

Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздействия на заикающихся можно условно разделить на две составные части: лечебно-оздоровительную и коррекционно-педагогическую. Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: укрепление и оздоровление нервной

системы и физического здоровья заикающегося; устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативно нервной системы, нарушений моторики и др.).

Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является: устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организует совместную медико-педагогическую работу необходимых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся.

К лечебно-оздоровительной работе относятся: создание благоприятной обстановки для лечения, организация режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия.

В режиме дня заикающегося ребенка-дошкольника на сон должно быть отведено не менее 10-11 часов ночью и 2 часа днем, школьников 8—9 часов ночью и 1,5—2 часа днем. Прием пищи предусматривается не позже, чем за 1,5—2 часа до сна, ибо в противном случае восстановление силы нервных клеток коры головного мозга во время сна протекает менее интенсивно. Необходимо больше внимания уделять **витаминации** пищи заикающегося ребенка. Витамины как биологические катализаторы всех ферментных систем благоприятно влияют на высшую нервную деятельность, реактивные силы и иммунологическое состояние организма.

В режим дня заикающегося ребенка включаются **закаливающие процедуры, водные процедуры**. Ежедневные прогулки, игры на свежем воздухе, спортивные развлечения укрепляют нервную систему, создают эмоциональный подъем. Воздушные ванны оказывают активное воздействие и на сердечно-сосудистую систему, нормализуют ее работу.

Лечебная физкультура и физические упражнения, развивая мышечную систему, усиливают работу важнейших жизненных органов — легких и сердца, повышают обмен веществ. Они способствуют укреплению силы и морального духа ребенка, развивают координированные и точные движения, помогают избавиться от скованности или, наоборот, от расторможенности движений, способствуют воспитанию дисциплинированности и собранности.

В лечебных учреждениях для заикающихся детей помимо общих физических используются и **специальные корригирующие упражнения** на занятиях по лечебной физкультуре (ЛФК).

Медикаментозное лечение заикающихся ставит целью нормализацию деятельности центральной и вегетативной нервной системы, речедвигательного аппарата; устранение судорог, снятие психогенных наслоений, оздоровление организма в целом.

По наблюдениям В. С. Кочергиной, роль медикаментозного лечения с возрастом заикающихся увеличивается. Это объясняется усложнением клиники заикания вследствие присоединения дополнительных функциональных наслоений,

связанных с пубертатными сдвигами и повышением роли слова как фактора социального общения.

Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоровление психики заикающегося — осуществляется через: 1) воспитание полноценной личности, 2) воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду, 3) воздействие на микросоциальную среду. Оздоровляющее воздействие на заикающегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое. Прямая психотерапия – лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную (по Дюбуа), или разъяснительную (по В. М. Бехтереву), психотерапию; 2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка).

Рациональная психотерапия состоит из индивидуальных и коллективных специальных бесед, которые представляют собой логически обоснованную систему разъяснений, убеждений и обучения заикающегося. Цель ее в том, чтобы объяснить заикающемуся в доступной, образной и убедительной форме сущность заикания, его обратимость, роль самого ребенка в преодолении заикания, критически разобрать особенности его поведения. Силой логического убеждения и примером психотерапевт стремится помочь заикающемуся в Перестройке неправильных форм поведения, внушая уверенность в свои силы, в возможность преодоления заикания.

Для маленьких детей рациональная психотерапия выражается в использовании разнообразных игровых приемов красочного дидактического материала, труда, музыки, ритмики и пр. Эти формы психотерапии тесно смыкаются с психопрофилактикой и психогигиеной. Для старших школьников необходимо широкое использование основных приемов рациональной психотерапии.

Внушение (суггестия) — специальный метод психотерапии. Различают внушение со стороны другого лица (гетеросуггестия) и самовнушение (аутосуггестия).

В лечении заикания используются методы внушения в бодрственном состоянии (К. М. Дубровский) и в состоянии гипнотического сна. Эти психотерапевтические методы используются в комплексе с другими медико-педагогическими средствами воздействия на заикающихся подростков и взрослых.

Одним из видов аутосуггестии является метод аутогенной тренировки. Он применяется при лечении различных неврозов. Путем самовнушения по определенной формуле вызывается состояние покоя и мышечного расслабления (релаксация). В дальнейшем проводятся целенаправленные сеансы самовнушения по регуляции тех или иных нарушений функций организма. В этом плане оно оказывается полезным и при заикании. Заикающийся овладевает способностью вызывать расслабление мышц, особенно лица, шеи, плечевого пояса, и регулировать ритм дыхания, что ослабляет интенсивность судорожных спазмов.

функциональные тренировки (А. Г. Иванов-Смоленский, В. А. Гиляровский, С. Н. Давиденков, М. Д. Манцюра, Н. М. Асатиани и др.)- нервных и психических процессов, укрепление активности и воли.

Все виды психотерапии заикания направляются **на устранение психогенных нарушений** (страха речи и ситуаций, чувства ущемленности и подавленности, навязчивой фиксации на своем речевом расстройстве, многообразных переживаний в связи с этим и пр.) и на **перестройку** социального контакта с окружающими; на формирование умений владеть собой и своей речью, на перестройку своих личностных качеств.

Педагогическую часть комплексного подхода составляют коррекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая включает **систему логопедических занятий**, воспитательные мероприятия, логопедическую ритмику, работу с родителями.

Логопедическая работа рассматривается как система коррекционно-педагогических мероприятий, направленных на **гармоничное формирование личности и речи** ребенка с учетом необходимости преодоления или компенсации его дефекта.

Логопедическое воздействие в настоящее время осуществляется в двух направлениях: **прямом и косвенном**. Прямое логопедическое воздействие реализуется во время **групповых и индивидуальных занятий** с заикающимися. Эти занятия предусматривают развитие общей и речевой моторики, нормализация темпа и ритма дыхания и речи, активизацию речевого общения, в случае необходимости развитие слухового внимания и фонематического восприятия, коррекцию нарушений звукопроизношения, расширение пассивного и активного словаря, совершенствование грамматического оформления фразы. На занятиях у заикающихся устраняют психологические отклонения в поведении, вырабатывают (у школьников, подростков) правильное отношение к дефекту, развивают интеллектуальные способности, этические и нравственные представления, формируют гармонично развитую личность.

Индивидуальные занятия проводятся в случае необходимых дополнительных упражнений по воспитанию навыков правильной речи и поведения (коррекция неправильного произношения, беседы психологического характера и т. д.).

Косвенное логопедическое воздействие представляет собой **систему логопедизации** всех режимных моментов для ребенка и отношения к нему окружающих. Особое значение в этой системе имеет речевой режим.

Речевой режим дошкольников осуществляется с помощью взрослых, которые последовательно контролируют переход Детей от одного речевого этапа к другому. Речевой режим школьников, подростков и взрослых предполагает выбор ими необходимых речевых упражнений, понимание ими требований правильной речи, систематическую тренировку навыков правильной речи в разных условиях.

Речевой аспект логопедических занятий включает регуляцию и координацию дыхательной, голосовой и артикуляторной функций, воспитание правильной речи.

Отрабатывается дыхание в процессе речи: в произнесении на одном выдохе сначала коротких предложений, затем предложений с постепенным увеличением

числа слов. Вырабатывается умение произносить длинную фразу по частям с логической паузой, отмеченной или не отмеченной знаком препинания. Затем переходят к чтению стихотворного и прозаического текстов.

Нарушения голоса часто связаны с недостатками дыхания: у заикающихся иногда наблюдается захлебывающийся голос при речи на вдохе: резкий, крикливый голос при сильном выдохе; твердая атака голоса вследствие напряжения мышц голосового аппарата и т. п. **Фонопедическая работа** с заикающимися начинается с расслабления мышц артикуляторного аппарата, в первую очередь нижней челюсти, корня языка (например, поставить язык в положение, необходимое для звука и, и беззвучно артикулировать *ну-но-на*; челюсть медленно опускается; *нэ-ни-ны* — челюсти медленно поднимаются). Упражнение доводится до автоматизма. Далее отрабатывается мягкое голосоначало, плавное непрерывное звучание голоса на сочетаниях гласных звуков, затем на слоговых сочетаниях сонорных звуков с гласными, в предложениях и т. д.

Необходимая последовательность разных форм речи соблюдается при воспитании у заикающихся **самостоятельной речи**. Вначале воспитывается плавная ритмическая речь в процессе сопряженно-отраженного чтения стихотворного текста. Далее предлагается самостоятельное чтение с включением логопеда в случаях затруднений, чтение через слово или через определенные отрезки текста поочередно с кем-либо в одном и том же ритме; чтение диалога; чтение с остановками условной длительности на знаках препинания; произнесение заученного стихотворения.

Воспитанию **самостоятельной речи** уделяется значительно больше времени, чем другим ее формам. Самостоятельная речь может быть **подготовленной** (стихотворение, пересказ, изложение школьного урока, рассказы о виденном) и **неподготовленной** (ответы на неожиданные вопросы, просьба, рассказ на заданную тему). Первая форма речи, как более легкая для заикающегося, предшествует второй.

Примеры некоторых упражнений в самостоятельной речи: ответ на заданный вопрос; заикающийся заканчивает начатую фразу; сам задает вопрос; составляет фразу по данному слову; перефразирует; диалог с логопедом, товарищем; участие в инсценировке; пересказ повествовательного, затем драматического текста, рассказ по картинке, о виденном в театре, кино, о лично наблюдаемом, о происшествии; импровизация на заданную тему; разговор по телефону; доклад; участие в дискуссии и т. д.

Содержание речевого материала логопедических занятий изменяется в зависимости от структуры нарушения, от возраста, контингента заикающихся, течения заикания, отношения заикающегося к своему дефекту и от многих факторов. Учет этих факторов способствует глубокому, дифференцированному изучению заикающегося и созданию различных методик по преодолению заикания в рамках комплексного подхода.

Основные требования к логопедическим занятиям с заикающимися детьми:

1) Логопедические занятия отражают основные задачи коррекционно-педагогического **воздействия на речь и личность** заикающегося ребенка.

2) Логопедические занятия проводятся в определенной **системе**, последовательно, поэтапно, **с учетом основных дидактических принципов**;

3) Логопедические занятия **согласовываются с требованиями программ** воспитания и обучения детей дошкольного или школьного возраста.

4) На занятиях предусматривается **необходимость тренировки правильной речи** и поведения заикающихся детей **в разных условиях**: в логопедическом кабинете и вне его, в разных жизненных ситуациях, в присутствии знакомых и т. д. С этой целью используется все разнообразие логопедических занятий: многочисленные формы работы по развитию речи, дидактические, подвижные, сюжетно-ролевые и творческие игры, экскурсии, подготовка и участие в утренниках, концертах, выступления перед микрофоном и др.

5) Занятия организуются таким образом, чтобы ребенок говорил на них **без заикания и сопутствующих нарушений**.

6) Занятия **поддерживают** у ребенка хорошее настроение, бодрость, **уверенность в своих силах**.

7) На занятиях с заикающимися постоянно присутствуют **образцы правильной речи**: самого логопеда, успешно занимающихся детей, аудиозаписи и пластинки с выступлениями мастеров художественного слова, демонстрационные выступления ранее окончивших успешно Курс логопедических занятий и др.

8) Занятия проводятся на фоне **правильного отношения окружающих** к заикающемуся ребенку и правильного его воспитания.

У дошкольников основное место занимают речевые занятия в игровой форме, воспитательные мероприятия, меньше — медицинские. У подростков и взрослых — наоборот, основное значение придается медицинским средствам, психотерапии (в том числе и ее суггестивным методам), меньше — педагогическим.

Важным разделом логопедической работы является **логопедическая ритмика**, которая представляет собой систему музыкально-двигательных, речедвигательных, музыкально-речевых заданий и упражнений, осуществляемых в целях логопедической коррекции. Логоритмика, несмотря на свою организованную систему, является дополнением к логопедическим занятиям и проводится как в специально отведенное для нее время, так и включается в занятия логопеда, отчасти воспитателя.

Задачи социальной адаптации (в отношении подростков, взрослых, возможно, и реабилитации) заикающихся осуществляются путем комплекса педагогических и психологических воздействий. Значительную и решающую роль в этом играет семья. Особая степень эмоциональной привязанности ребенка к семье и родителям является серьезным психологическим фактором, который учитывает логопед, проводя консультативно-методическую работу с родителями. Семья с ее естественными психолого-педагогическими реабилитационными воздействиями является первичной и прочной основой перевоспитания личности заикающегося и закрепления его правильной речи.

Консультативно-методическая работа с родителями и педагогами направлена на обеспечение благоприятных условий воздействия на заикающегося ребенка; создание правильного отношения к нему дома и в детском учреждении;

организацию необходимой самостоятельной работы ребенка вне логопедических занятий.

Формами этой работы являются: обеспечение родителей и педагогов необходимым минимумом знаний о заикании и заикающихся в виде цикла бесед о сущности и причинах заикания, об особенностях его проявления и методах устранения, о значении и направленности речевых занятий, о роли родителей и педагогов в коррекционно-педагогическом процессе, об особенностях домашнего режима, об отношении окружающих к заикающемуся ребенку и пр.

Семинар

Темы для обсуждения:

1. Основные требования к логопедическим занятиям: систематичность и последовательность. Приемы нормализации устных высказываний.
2. Решение и обсуждение проблемных педагогических ситуаций, возникающих вследствие логофобии, скованности в поведении, чувства неуверенности в своих силах у заикающихся детей. Моделирование условий коррекции речевого дыхания, интонаций, мышечного тонуса у заикающихся в процессе обучения.

Самостоятельная работа слушателей:

1. Состояние нервной системы, физического статуса, соматического здоровья, общей и речевой моторики.
2. Особенности речевого развития, эмоционально-волевой сферы и поведения, психологические особенности заикающихся.
3. Необходимость комплексного изучения заикающегося. 1) Какие разделы включает обследование? 2) Для чего необходим анализ анамнестических сведений? 3) Составьте план изучения анамнеза. 4) Определите задачи речевого обследования. 5) Раскройте методику обследования речи, приёмы и последовательность действий. 6) Как проводится изучение неречевых процессов? 7) Определите этапы обследования заикающегося, методы и приёмы обследования.
4. Работа с родителями. Профилактика неврозов.

Литературные источники

1. Арутюнян, Л.З. Мифы о рецидивах заикания / Л.З. Арутюнян // Логопедия. – 2005. - № 4. - С. 53-55.
2. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. - М, 1998.
3. Калягин, В. Если ребёнок заикается / В. Калягин. – СПб: Питер Ком, 1998.
3. Миссуловин, Л.Я Лечение заикания /Л. Я. Миссуловин. – СПб: Медицина, 1988.
4. Поварова, И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах: Практическое руководство для заикающихся и логопедов / И.А. Поварова. – СПб: Изд-во «Союз», 2001.
5. Прокофьев, А. Новый подход к проблеме заикания: неосознаваемые аспекты заикания / А. Прокофьев // Специальная психология. – 2009. - № 2. – С. 58-63.
6. Садовникова, Е.Н. Использование элементов сказкотерапии в комплексной работе с заикающимися детьми / Е.Н. Садовникова // Коррекционная педагогика. – 2009. - № 3. – 28-33.
8. Сикорский, А.И. О заикании / А.И. Сикорский. – СПб.: Издательство «Союз», 1994.
9. Сыс, Л.А. Система работы по коррекции коммуникативного поведения заикающихся подростков и взрослых в процессе логопедических занятий / Л.А. Сыс // Специальная адукацыя. – 2009. - № 4. – С. 56-62.

Тема 12. Логопедическая помощь при алалии

Вопросы

1. Общая характеристика алалии. Классификация алалии.
2. Сущность моторной (экспрессивной) алалии.
3. Система работы по преодолению алалии.

Источники

1. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 книгах – Т. 3: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия / Авт.-сост. С. Н. Шаховская, М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова); под ред. Л. С. Волковой. – М.: Владос, 2003. – 312 с.

2. Гриншпун, Б. М. Алалия / Б. М. Гриншпун // Логопедия: Учеб. / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – С. 331-388.
 3. Гриншпун, Б. М. О принципах логопедической работы на начальных этапах формирования речи у моторных алаликов / Б. П. Гриншпун // Логопедия. Методическое наследие: В 5 книгах. – Т. 3: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия / Авт.-сост. С. Н. Шаховская, М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова); Под ред. Л. С. Волковой. – М.: Владос, 2003. – С. 160-171.
 4. Ковшиков, В. А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В. А. Ковшиков – СПб.: КАРО, 2006. – 304 с. 258 – 269.
- Зайцев, И. С. Организация коррекционно-педагогической работы с детьми, имеющими моторную алалию / И.С. Зайцев // Кіраванне ў адукацыі. 2012. – № 5. – С. 17– 19.

1. Общая характеристика алалии. Формы алалии.

Алалия – это отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Алалия является одним из наиболее тяжелых и сложных дефектов речи. Для этой речевой патологии характерны позднее появление речи, ее замедленное развитие, значительное ограничение как пассивного, так и активного словаря. Речевое развитие при данном нарушении идет по патологическому пути. В зависимости от преимущественной симптоматики различают главным образом две формы алалии: экспрессивную и импрессивную.

При экспрессивной (моторной) алалии не формируется звуковой образ слова. Для устной речи таких детей характерны упрощения слоговой структуры слов, пропуски, перестановки и замены звуков, слогов, а также слов во фразе. Существенно страдает усвоение грамматических структур языка. Речевое развитие таких детей бывает разным: от полного отсутствия устной речи до возможности реализовать достаточно связные высказывания, в которых могут наблюдаться разнообразными ошибки. В соответствии с этим степень компенсации речевого дефекта в результате логопедического воздействия может быть различной. Эти дети достаточно хорошо понимают обиходную речь, адекватно реагируют на обращение к ним взрослых, однако только в рамках конкретной ситуации.

Импрессивная (сенсорная) алалия характеризуется нарушением восприятия и понимания речи при полноценном физическом слухе. Ведущим симптомом этого нарушения является расстройство фонематического восприятия, которое может быть выражено в различной степени: от полного неразличения речевых звуков до затрудненного восприятия устной речи на слух. Соответственно дети с сенсорной алалией либо совсем не понимают обращенную к ним речь, либо понимание речи ограничено привычной бытовой ситуацией. Дети с сенсорной алалией очень чувствительны к звуковым раздражителям. Речь, произнесенная тихим голосом, воспринимается ими лучше. Для таких детей характерно явление эхалалии, т. е. повторение услышанных слов или коротких фраз без осмысления. Нередко дети с сенсорной алалией производят впечатление глухих или умственно неполноценных. У детей с алалией без специального коррекционного воздействия речь не формируется, поэтому им необходима длительная логопедическая помощь. Коррекционная работа с такими детьми последовательно осуществляется в специальных дошкольных учреждениях, а затем в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Алалия – это языковое расстройство, при котором нарушается усвоение языковых единиц и правил их функционирования, что проявляется в нарушении лексико-грамматических и фонетико-фонематических операций в процессе порождения речевого высказывания. Иными словами, нарушаются все подсистемы языка.

Существует несколько **аспектов** изучения алалии:

1. Клинический подход (С.С. Мнухин, М.Б. Эйдинова, Г.В. Гуровец, Р.А. Белова-Давид) 2. Физиологическое исследование развития всех систем (Г.В. Гуровец, И.К. Самойлова, С.И. Кайданова, Н.Н. Трауготт) 3. Психологический (Р.Е. Левина, Г.В. Чиркина, А.К. Маркова) 4. Лингвистический (нарушение фонологического (звукопроизводительной) стороны) – В.К. Орфинская. 5. Психолингвистический (А.А. Леонтьев, В.А. Ковшиков, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьева, В.П. Глухов). 6. Медико-психолого-педагогическое изучение (Г.С. Гуменная, О.Н. Усанова).

Краткие сведения истории изучения алалии. В прошлом веке «алалия» обозначала все формы отсутствия речи. В 1861 году Поль Брока открыл зависимость правильной речи от левого полушария, лобной зоны, третьей извилины (конец речедвигательного анализатора). 1909 г. М.В. Богданов-Березовский в Петербурге организовал лечебно-воспитательное учреждение «Неговорящие и плохо говорящие дети в интеллектуальном и речевом отношении».

1940 г. Н.Н. Трауготт впервые в работе «К организации и методике логопедической работы при моторной алалии» описала этих детей. Основой ее работы было преобладание индивидуальной работы. 1975-1977 гг. вышло Постановление «О дальнейшем совершенствовании работы с «неговорящими» детьми».

Этиология алалии

1. Пренатальные вредности (физиологические, психические травмы, стрессовые состояния).

2. Натальные (быстрые, стремительные роды).

3. Постнатальные (до 3 лет опухоли, травмы, менингиты, энцефалиты). Максимально вредоносным фактором нарушения является асфиксия, так как поражаются многие отделы нервной системы, что вызывает нарушение формирования всего мозга, что затрудняет спонтанную компенсацию.

Патогенез. В основе алалии лежит недоразвитие мозговых клеток.

Еще в 1926 г. отмечалось влияние на речь минимальных мозговых нарушений. Признаки резидуально-органического поражения головного мозга. Часто не обнаруживают признаков органического поражения, чаще отмечаются функциональные нарушения, что проявляется в запаздывании созревания нервных процессов. Практически **не отмечается очаговых поражений**, затрагивающих речевые зоны, чаще отмечаются **диффузные** нарушения левого и правого полушарий. Компенсаторные возможности выше в случае локальных повреждений. При диффузных нарушениях компенсаторные возможности ограничены. Это относится к случаям, когда тяжесть патологических изменений незначительна. Например, при ММД отмечается расхождение между обширностью патологической симптоматики (нарушений) и невыраженностью неврологической симптоматики. Системы, уже завершившие свое развитие, будут реагировать на вредности симптомами по-

вреждения. Системы, еще формирующиеся, реагируют симптомами возбудимости, расторможенности, отставанием в развитии. В разные возрастные периоды дети по-разному реагируют на вредности. На ЭЭГ можно узнать о степени перинатального поражения, а не о характере речевой патологии. У таких детей на исследовании отмечается заинтересованность височных областей.

Одни авторы при исследовании этиологии уделяли внимание биологическим факторам, другие — социально-психологическим. Большинство исследователей выделяют комплекс причин биологического и социально-психологического характера. Т.О., в основе алалии – недоразвитие мозговых клеток. По локализации: (преимущественно в левом полушарии): 1. Моторная (зона Брока), 2. Сенсорная алалии (зона Вернике).

Классификации алалии

I. Классификация Р.Е. Левиной. Р.Е. в 1951 г. выделила три формы алалий в работе «Опыт изучения неговорящих детей (алаликов)».

Р.Е. Левиной (1951), выделяя группы детей с алалией, предложила психологическую классификацию: 1. Алалия с недостаточным акустическим восприятием (нет тонких акустических дифференцировок, имеются и грубые дефекты). Другие исследователи называют эту форму сенсорной алалией. 2. Алалия с недостаточностью в двигательной сфере. Другие исследователи называют эту форму моторной алалией. 3. Алалия с оптической недостаточностью (оптико-пространственная недостаточность, нет тонких зрительных дифференцировок, путает близкие формы, величины, путается в пространстве). Есть грубые оптические ориентировки (белое от черного, маленькое от большого), путают близкие формы, величины, путаются в направлениях. Это дети не слабовидящие, не слепые, а имеют оптическую недостаточность. 4. Алалия с недостаточной психической активностью (смотрят, но не всматриваются, нарушена деятельность всех видов: включение, переключение, выключение. Дети пассивны, заторможены). Не могут довести работу до конца, нарушается переключаемость, дети с трудом вступают в контакт.

Некоторые исследователи (Г.В. Гуровец, Р.А. Белова-Давид) разделяют моторную алалию на два подвида, полагая, что моторную алалию вызывает апраксия:

моторная афферентная (кинестетическая) (нарушения кинестезии – нет четкой следовой реакции в незрелых клетках мозга. Трудное произнесение звуков, не могут связать звуки и буквы (фонему, артикулему, графему);

моторная эфферентная (кинетическая) – нарушение линейной двигательной последовательности звуков в слове и т.д. Правильно произносит звук, но не может произнести слово. Искажает структуру слова, аграмматизмы.

II. Классификация Орфинской В.К. в лингвистической классификации выделяет 10 форм алалии.

По локализации (В. Ковшиков и др.): (преимущественно в левом полушарии): 1. Моторная (зона Брока), 2. Сенсорная алалии (зона Вернике).

2. **Сущность моторной (экспрессивной) алалии.** Вопрос о механизмах экспрессивной алалии является наиболее спорным и дискуссионным в настоящее время. Существующие концепции объяснения механизма алалии условно подразделяются на сенсомоторные, психологические и языковые. Сенсомоторные концепции: связь речевого недоразвития при алалии с патологией сенсомоторных

функций (слуховой агнозией, апраксией). В соответствии с психологическими концепциями: отмечается патология некоторых сторон психической деятельности. Сторонники языковой концепции связывают недоразвитие речи с несформированностью языковых операций процесса восприятия и порождения речевых высказываний. Таким образом, экспрессивная алалия представляет собой не общее, а частное, вербальное, расстройство знакового выражения в речевой деятельности, поскольку из совокупности различного рода знаков, применяющихся в речевой деятельности, у детей с алалией нарушена только словесная речь.

Симптоматика моторной алалии (сочетание неязыковых и языковых нарушений). Симптоматика М.А. представляет собой сложное и нередко взаимосвязанное сочетание языковых и неязыковых нарушений.

1) **Н е я з ы к о в ы е н а р у ш е н и я**

А. Неврологические нарушения. Рассеянная микросимптоматика:

- нарушения глубокой чувствительности,
- слабо выраженные гемипарезы речевого аппарата и дистальных отделов правой руки,
- оральная и артикуляционная апраксия,
- общемоторная неловкость (недостаточность координации, точности движений в мелкой моторике),
- нерезко выраженные вегетативные нарушения.

Все эти симптомы должно рассматривать как сосуществующие с алалией, но не обуславливающие ее.

Б. Психопатологические нарушения:

- расстройства зрительного восприятия и представлений,
- расстройства процессов зрительной и слуховой (кратковременной и долговременной) памяти,
- недостатки конструктивной деятельности,
- в операциях невербального образного и понятийного мышления дети с алалией не испытывают затруднений,
- в операциях вербального мышления трудно строить умозаключения, хотя устанавливаются правильные отношения между фактами действительности,
- специфические недостатки мышления (занимают промежуточное положение между нормой и умственной отсталостью),
- расстройство произвольного внимания,
- по характеристикам эмоционально-волевой сферы 3 группы: 1. сохранные, 2. повышенная возбудимость; 3. повышенная заторможенность;
- речевой негативизм.

2) **Я з ы к о в ы е н а р у ш е н и я :**

- От полного отсутствия экспрессивной речи до незначительных нарушений в какой-нибудь подсистеме языка (в синтаксической, морфологической, лексической, фонематической). Последнее характерно для среднего и старшего школьного возраста, «выходящих» или «вышедших» из алалии.

- одно и то же слово в разных условиях может произноситься по-разному.
- нарушается только вербальная речь (другие средства: мелодика, звукоподражания и др. сохранны),

- сохранены невербальные средства звуковой коммуникации (крик, смех, писк и т.д.),
- овладение письменной речью с трудом (отмечаются дислексии и дисграфии).

А. Нарушения устной речи

Фонетические нарушения: - «стертая» форма дизартрии; - в ряде случаев моторная дислалия; - иногда отмечаются особенности просодики. Фонематические нарушения: - употребление ограниченного числа фонем; - дети произносят только ударный слог или гласный из ударного слога (мячи – «мя», рука — «а»); - нарушения структуры слога.

Лексические нарушения

- расхождения в качественном и количественном составе словаря,
- затруднен поиск слов для выражения понятий,

Ошибки:

1. замены (вербальные парафазии), например, птицы сидели на пеньке – «птицы сидели на бревне»;
2. вместо объекта – описание, например, «это то, чем чистить» — «пылесос»,
3. замена на звукоподражание, например, Что это? – «ав-ав» (собака).
4. замены мимико-жестикуляторной речью,
5. неологизмами, например, Что это? – «бума» — (машина).

Синтаксические нарушения;

- ограничение набора типов предложений (в основном простые повествовательные и побудительные: Иди. Ляля, иди. Ляля идет.),
- число синтаксических конструкций ограничено (например, только подлежащие),
- тенденция к отнесению сказуемого в конец предложения (Девочка кукла платье шить.);
- характерен пропуск союзов и предлогов (Мальчик девочка качели).
- союзы и предлоги употреблены неверно (Прыгнул на веревку — чрез веревку).
- ограничение набора синтаксических связей и их расстройство.
- согласование более доступно,
- управление вызывает трудности,
- на уровне текста: отсутствие предикатов, ограничение и неправильное употребление средств связи предложений в тексте. Неправильное построение предложений, неверное согласование слов, пропуски и замены слов. Тексты недостаточно развернуты, пропуски частей сюжета, рвутся логические связи, вне ситуации тексты непонятны.

Морфологические нарушения

- нарушение строевых элементов слов неодинаково,
- корни слов и окончания исходных форм чаще остаются сохраненными,
- приставки и суффиксы чаще подвержены нарушениям,
- их число ограничено (многие не употребляются или употребляются неверно),
- неверное согласование в роде и числе (красный платье),

- неверное употребление окончаний множественного числа (много дерева, красный мячи, красные мяч),
- нарушается парадигма склонений и спряжений (боится петуху, петух – петуха),
- много аграмматических ошибок в глагольных формах (мальчики кидать мяч),
- словообразование ограничено — много ошибок.

Другие нарушения устной речи: заикание (чаще на этапе овладения фразовой речью), спотыкания.

В работах О.И. Азовой описаны степени нарушений языковой системы: выделено 3 степени нарушений языковой системы:

Первая степень. Все подсистемы языка находятся в рудиментарном состоянии и функционируют аномально. В экспрессивной речи используются предельно ограниченное число слов (однословных предложений) и звуков-псевдослов (звуков-псевдопредложений). Большинство слов по внешней форме — «предметные» слова, существительные, по функции — обычно предикаты (Тетя! — Дай конфету!) Флексии отсутствуют. Слоговая структура слов преимущественно строится по моделям согласный-гласный (СГ) и СГ-СГ (ни- книга, тити- цветы). Часто произносится только ударный слог или гласный из ударного слога (у — булка). Гласные, как правило, присутствуют, число согласных минимально (смычные [п], [п*], [б], [б*], [т], [т*], [д], [д*] и сонорные [м], [м*], [н], [н*]) Основным средством коммуникации выступают экспрессивные компоненты интонации, кинетическая речь, звукоподражания, звуковые жесты и неречевые звучания (смех, крик).

Вторая степень. Однословные и двухсловные предложения. Однословные чаще выражают субъект (по функции он обычно предикат), предикат, объект и обстоятельство (Ига (игра) — Дети играют; Тят (сад) — Дети гуляют в саду). Системы словоизменения и словообразования не функционируют или находятся в «зачаточном» состоянии. Выражен аграмматизм. Активный словарь ограничен. Процесс поиска слов нарушен, что приводит к отсутствию в речи многих слов или их заменам (стакан — чашка). В слоговой структуре слов наблюдается тенденция к сведению к универсальному типу слога СГ и СГ-СГ (ди, коди — крокодил), но иногда встречается и ГС, СГС, ССГ. В речи изобилуют перестановки слогов, слоговая аппроксимация. Дети обладают большим количеством звуков, но звуки часто заменяются, пропускаются и переставляются. Широко используются невербальные средства общения.

Третья степень. Дети могут употреблять многословные предложения различных типов и конструкций. Но конструкции предложений во многих случаях деформируются. Ограничен набор синтаксических связей и средств их выражения. Системы словоизменения и словообразования грубо нарушены — многочисленны аграмматизмы. Активный словарь относительно велик, но затруднена актуализация, что в основном выражается в заменах. Слоговая структура слов включает разные типы слогов за исключением сложных (СССГ, СГСС и т.д.), но наблюдается стремление к упрощению слога. Наблюдается слоговая аппроксимация, многочисленные перестановки и пропуски слогов. У большинства детей сформиро-

ваны все или почти все звуки (часть из них произносится искаженно), в речи постоянно заменяются, переставляются и пропускаются. Невербальные средства коммуникации используются в ограниченном объеме.

Б. Нарушения письменной речи

Дислексии и дисграфии разных форм, могут быть смешенные.

В. Нарушения функций и форм речи

Выводы:

1. Экспрессивная алалия является расстройством механизма порождения речи и знакового выражения в речевой деятельности.

2. Нарушение механизма экспрессивной алалии не находится в причинно-следственной зависимости от состояния других речевых и неречевых механизмов деятельности.

3. Для детей с алалией типичны не только задержка в сроках развития механизма экспрессивной речи, характерен дизонтогенез речи.

4. Нарушение механизма экспрессивной речи характеризуется дезорганизацией всех подсистем языка и системы языка в целом.

В речи присутствует **аграмматизм**:

– импрессивный (затруднение в понимании грамматических связей: Коля побил Сережу. Кто драчун?).

– экспрессивный (аграмматизм собственной речи, например, Маша ест кашу – «*Маша ест каша*»).

Степени тяжести моторной алалии. О степени тяжести можно говорить исходя из уровня речевого развития (по Левиной Р.Е.).

I уровень — отсутствие общеупотребительной речи, быстро развиваются паралингвистические формы общения (мимика, жест).

II уровень — зачатки общеупотребительной речи, говорит фразами, но речь резко аграмматична.

III уровень — развернутая речь с элементами недоразвития.

Логопедическая работа при моторной алалии

Основные методические указания по организации логопедической помощи (О.И. Азова):

1. Цель логопедической работы — нормализация языкового механизма у детей с алалией.

Работа направлена на реальные процессы языковой деятельности, на овладение механизмом грамматики, принципами ее действия. Формирования операций выбора (С чем поедем к морю? Выбери) и комбинирования языковых единиц фонематических, лексических, морфологических, синтаксических (Встаньте те, у кого в имени есть звук [Р], выбрать из картинок те, которые относятся к заданной ситуации).

2. Преодоление нарушения актуализации слов и морфологических нарушений. Задания на продолжение предложений: тесты Эббингауэра (Небо...темнело. Пошел сильный...(дождь). Мы спрятались...под зонтом, лодкой, сосной...). Предложения выбирать так: – необходимо актуализировать одно слово; - как можно больше слов.

3. Принцип онтогенеза – учет основных закономерностей усвоения языка, знание нормы речевого развития.

4. Постепенное расширение круга, возможностей общения ребенка (учить ребенка задавать вопросы).

5. При усвоении языка нужно идти от содержания, смысла, значения к форме, а не наоборот. (Не зазубривать грамматические формы, а использовать разные виды работ. Вот книга. Я взяла книгу.).

6. Ребенка ведут от грубых контрастов к оттенкам.

7. Опора на смысл, на значение и это вызывает возникновение определенных форм. У ребенка формируется язык и включается в деятельность (как можно больше операций с одним словом, одно слово включается в разные конструкции, тексты). Поощряется многообразие ответов (В лесу живет волк. У волка большие зубы).

8. У ребенка формируется знание типичных, типовых языковых ситуаций (Здравствуйте – при встрече, Дай, пожалуйста — если что-то надо).

9. Усвоение языка как целостной системы. Формируются не отдельные системы языка, а язык как целостная система.

10. Концентрическая система обучения.

1 Лексический уровень. Общеупотребительные слова: идти, давать, сидеть, бежать, ходить, есть, пить, мыть, петь. Местоимения: я, ты, он, она, мой, его, ее, этот, тот, это. Наречия: тут, так. Частицы: вот, да, нет.

Существительные: имена собственные + нога, дети, вода, губы, муха, лиса, сон, кот, нос, дом, ухо.

Синтаксический уровень. Простые односоставные и двусоставные предложения, повествовательные и побудительные (Иду, идите). Используется парадоксальная методика (вопросы — подтверждение или отрицание).

Морфологический уровень. Глаголы настоящего времени 1 и 3 лица ед. ч.; 2 лицо повелительного наклонения.

Фонематический. Артикуляционно простые звуки, слоги СГ, СГС, ГСГ, 1- и 2-сложные слова.

11. Комплексность медико-педагогического воздействия.

12. Работа над речью и моторикой (пальчиковые игры).

13. Использование анализаторной деятельности (показать жестом).

14. Широкое использование наглядности.

А) использование всех видов картинок: предметные, фразовые (картинки-действия), сюжетные, серийные, парные картинки (к дому — от дома, чашка — чашечка, лист — листья).

Б) Широко использовать материал окружающей обстановки.

В) Использование системы цветowych фишек (палочек, мозаики) выкладывает и проговаривает: для закрепления структуры слова, фразы.

Г) Игры (игрушки, настольные игры, подвижные, кинезитерапия — лечение движением, ролевые игры).

15. Ведется работа не только над речью, но и над личностью в целом.

16. Использование 4 видов речевой работы: - отраженное проговаривание повторение — путь к развитию речи), - заучивание наизусть (близко к 1) отдельные

слова, фразы, словосочетания, подписи к картинкам, легкие тексты, легкие стихи); - ответы на вопросы, иногда повторение готовых формул (Скажи так: «Я буду читать»); - речевые упражнения; - лексические (со словом м--а--к — Что получится?); фразовые.

Семинар

Темы для обсуждения:

1. Дифференциальная диагностика моторной алалии и других форм нарушений

1.1. Сопоставительный анализ алалии и недоразвития речи при олигофрении

1.2. Сопоставительный анализ алалии и дислалии

1.3. Сопоставительный анализ алалии и ринолалии

1.4. Сопоставительный анализ алалии и дизартрии

2. Направления логопедического воздействия при моторной алалии.

3. Обследование безречевого (неговорящего) ребенка.

4. Задачи и содержание работы с детьми 1, 2, 3 уровня речевого развития при алалии.

5. Система коррекционно-логопедической работы при сенсорной алалии
Принципы и приемы работы. Формирование процессов восприятия. Развитие акустических дифференцировок. Развитие экспрессивной и импрессивной речи.

Самостоятельная работа слушателей:

1. Современные классификации алалии и характеристика основных форм.

2. Характеристика сенсорной алалии. Специфика гностических и мнестических процессов.

3. Организация коррекционного воздействия при сенсорной и моторной алалии: 1. Планирование и организация занятий при алалии; 2. Фронтальная и индивидуальная работа; 3. Комплексный подход при коррекции алалии; 4. Развитие психических процессов и функций; 5. Особенности работы с детьми разного возраста;

Литература

1. Ковшиков В.А. Экспрессивная алалия – М., 2001.

2. Собонович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции – М., 2003.

3. Филичева Т.Б. Особенности формирования речи у детей дошкольного возраста – М. Альфа, 1999.

Тема 13. Логопедическая помощь при афазии

Вопросы:

1. Содержание понятия афазия, детская афазия.

2. Классификация афазий.

3. Современные аспекты восстановительного обучения: задачи, принципы,

МЕТОДЫ.

Литература:

1. Логопедия / Под редакцией Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М.: Гуман.изд.центр ВЛАДОС, 2002. с 331-387.

2. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех / Л. Г. Парамонова. - СПб., 2004, с 222 - 261

3. Шорох-Троцкая, М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи. / М.К. Шорох-Троцкая (Бурлакова). - М.;Издательство ЭКСМО - Пресс, В. Секачев, 2001. - 432 с.

4. Шорох-Троцкая, М.К. (Бурлакова). Коррекция сложных речевых расстройств. / М.К. Шорох-Троцкая (Бурлакова). - М.;Издательство ЭКСМО - Пресс, В. Секачев, 2000. - 368 с.

5. Ахутина, Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. — М.:Изд-во МГУ, 1975.

6. Цветкова, Л.С. Афазия и восстановительное обучение. – М.: Просвещение, 1988. – 207 с.

7. Зайцев, И.С. Афазия / И.С. Зайцев. – Минск, 2007.

1. Содержание понятия афазия, детская афазия.

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная органическими локальными поражениями головного мозга.

Детская афазия рассматривается как полная или частичная утрата уже имевшейся речи, обусловленная органическим поражением тех отделов головного мозга, которые имеют отношение к осуществлению речевой функции.

Афазия – это системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга, охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи; афазия включает в себя четыре составляющие—нарушение собственно речи и вербального общения, нарушение других психических процессов, изменение личности и личностную реакцию на болезнь.

Причины

Чаще всего афазии наблюдаются среди взрослого населения и носят характер сосудистого генеза: нарушения мозгового кровообращения (ишемия, геморрагия) в результате инсульта, черепно-мозговой травмы, опухоли, инфекционные заболевания ГМ, тромбоэмболия и т.п. У детей – как результат черепно-мозговой травмы, опухолей, осложнений после инфекционной болезни.

Механизм нарушения. При афазии главным образом поражаются определенные зоны доминантного по речи полушария, в основном заднелобных, нижнетеменных, височных и переднезатылочных отделов. Соответственно возникают различные формы афазии. К передней речевой зоне относятся задняя треть нижней лобной извилины (44 поле, зона Брока) и отделы, находящиеся кпереди от нее. Заднюю часть речевой зоны составляют нижнетеменные, височные переднезатылочные отделы коры левого полушария.

По мнению А.Р. Лурии, при поражении правого полушария возникают нарушения в виде неплавности речи, ее прерывистости, своеобразных спотыканий и интонационных расстройств.

Симптоматика

Центральным дефектом при всех формах афазии является нарушение коммуникативной функции речи, в сложных случаях приводящее к полной неспособности больных к вербальной форме общения. Это нарушение проявляется:

- в дефектах внешних форм коммуникации
- в дефектах внутренних форм коммуникации – нарушается общение человека с самим собой

При афазии нарушаются: понимание речи, повторение, называние, самостоятельные речевые высказывания, произношение, чтение, письмо, счетные операции. Исследования А.Р. Лурии и его сотрудников показали, что афазия не является изолированным и только речевым дефектом, это системное нарушение речи, взаимосвязанное с дефектами других психических процессов (восприятия, памяти, мышления и др.). Афазия сочетается с агнозиями, апраксиями, с другими нарушениями высших корковых функций. При афазии меняется социальный и семейный статус больного, его отношение к своей личности и к окружающей действительности. Непонимание речи окружающих и невозможность выразить свои желания вызывают нарушения поведения: агрессию, конфликтность, раздражительность.

2. Классификация афазий

Форма, тяжесть и характер афазии зависят от следующих факторов:

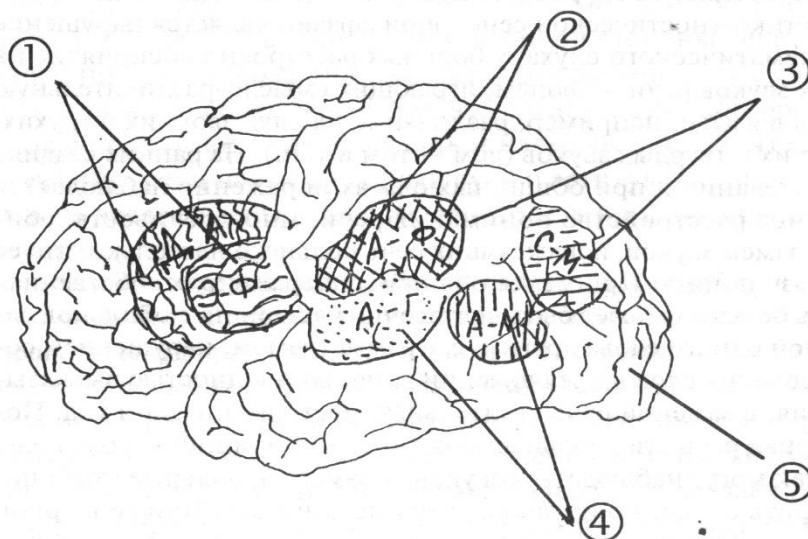
- обширности очага поражения и его локализации;
- характера нарушения мозгового кровообращения;
- состояния не пострадавших отделов мозга, которые выполняют компенсаторные функции.

В настоящее время в отечественной афазиологии придерживаются классификации А.Р. Лурия, согласно которой в зависимости от очага поражения различают шесть **форм** афазии:

- 1)эфферентная моторная – афазия Брока – нарушение фразовой речи;
- 2)афферентная моторная – артикуляторная афазия;
- 3)динамическая – отсутствие речевой активности;
- 4)сенсорная акустико-гностическая – афазия Вернике – нарушение понимания речи
- 5)акустико-мнестическая (оптическая) – нарушение слухоречевой памяти
- 6)семантическая – афазия Хэда – (варианты: мнестико-семантическая, оптико-мнестическая) нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, предлогов и т.п.)

Левое полушарие ГМ

1. лобная доля: ДА – динамическая афазия, ЭФ – эфферентная моторная афазия
2. нижнетеменные отделы: АФ – афферентная моторная афазия (кинестетическая)



3. задние отделы теменной доли: СМ – мнестико-семантическая афазия
4. височная доля: АГ – акустико-гностическая афазия, АМ – акустико мнестическая
5. затылочная доля: оптическая алексия.

3. Современные аспекты восстановительного обучения.

Большой вклад в разработку принципов и приемов преодоления афазии внесли А.Р. Лурия, Л. С. Цветкова, М. К. Бурлакова (Шохор-Троцкая), Т. Г. Визель. Восстановительное обучение опирается на общедидактические принципы обучения с учетом специфических принципов коррекционно-педагогической работы:

1. **Комплексный** медико-педагогический характер обучения, комплексная реабилитация

Восстановление речи в большинстве случаев не происходит спонтанно. Логопедическая помощь должна обязательно сочетаться с целым комплексом реабилитационных воздействий. Помощь лицам с афазией осуществляется через систему здравоохранения.

В современных лечебно-реабилитационных технологиях актуальным представляется наиболее полная социальная интеграция больных, формирование таких коммуникативных навыков, при которых человек с последствиями болезни мог бы не только полноценно трудиться, но и не испытывал бы психологический дискомфорт.

На первых стадиях на первый план, безусловно, выступает медицинская часть комплекса. Логопедическая работа может быть начата лишь после того, как жизнь больного будет вне опасности, причем дозировка занятий определяется лечащим врачом и увеличивается очень постепенно, с учетом состояния больного. Такая работа проводится под контролем врача.

Основные задачи речевой реабилитации: восстановление речи, социальная реадaptация.

2. Возможно более раннее начало восстановительной работы. Раннее начало реабилитации способствует более полному восстановлению речевой функции и влияет на его темп. Максимальная эффективность достигается при начале речевой реабилитации в первые 3 месяца, при проведении реабилитационных мероприятий не менее 3 часов каждую неделю в течение 5 месяцев и более. В остром периоде занятия логопеда заключаются в установлении контакта с больным, в нейропсихологическом обследовании, направленном на выявление его речевых, интеллектуальных возможностей, остаточных возможностей высших психических функций, в изучении эмоционально-волевой сферы. В этот период занятия логопеда должны носить преимущественно психотерапевтический характер. Первое время занятия рекомендуется проводить шепотом.

К методикам раннего этапа восстановления относятся:

1) стимулирование понимания речи на слух (при разных формах афазии);
2) растормаживание экспрессивной стороны речи при моторной афферентной и эфферентной афазии (автоматизированные речевые ряды, пословицы, песни, фразы с жестким контекстом, речевые задания побудительного характера, образцы речевых оборотов, необходимых для элементарного общения, чтение коротких фраз и стихов);

3) методики предупреждения аграмматизма (телеграфный стиль) – стимулирование употребления в ответах глагольной лексики;

4) методики стимулирования глобального чтения и письма;

3. Поэтапность восстановления речевой функции.

Выбор конкретной технологии речевой реабилитации зависит от периода и этапа восстановления речевой функции. Задачи этапа реабилитации, определяемые индивидуальным планом (программой реабилитации), соответствуют характеру и степени нарушения речи. На ранних этапах работы все усилия специалистов направляются на растормаживание того, что оказалось заторможенным. На более поздних этапах основной задачей является перестройка выпавшей функции за счет

привлечения к работе новых функциональных систем, что достигается уже не прямыми, а обходными методами воздействия. На поздних, резидуальных этапах логотерапии более активно используется механизм компенсации; речевая функция не восстанавливается в прежнем виде, а меняет свое строение.

4. **Предупреждающий** характер логопедического обучения. Под этим подразумевается такой подход к восстановлению речи у больных с афазией, который позволяет максимально предупредить появление у них стойких аграмматизмов и других нежелательных речевых симптомов.

5. Использование **«обходных» путей**, или принцип опоры на сохранные анализаторы. К концу 3-й недели после инсульта в большинстве случаев вырисовывается основная форма афазии и начинается ранний восстановительный период (до 6 мес), когда ведется работа с конкретной формой афазии.

6. Работа над **всеми** сторонами речи.

7. Положительный **эмоциональный** фон работы. На всех этапах речевой реабилитации важнейшее значение имеет эмоциональный фактор. Больные постоянно нуждаются в ободряющих беседах, в формировании положительной мотивации к занятиям, в правильном отношении к себе.

8. При всех формах афазии восстанавливается **коммуникативная** функция речи, развивается самоконтроль над ней. В остром и раннем восстановительном периоде восстановительная работа ведется при относительно пассивном участии больного в процессе восстановления речи. На более поздних этапах восстановления от пациента требуется активное участие в реабилитации.

9. Ведется работа над восстановлением словесных **понятий**.

10. Используются развернутые внешние **опоры** и постепенная их интериоризация по мере перестройки и автоматизации нарушенной функции (схемы, рисунки, фишки).

Практика показывает, что одна и та же форма афазии проявляется у разных людей по-разному в зависимости от их образовательного и культурного уровня, знания языков, особенностей личности. Нередко у разных больных отмечаются на первый взгляд совершенно одинаковые речевые симптомы. Но, как показывает наш опыт, механизмы этих симптомов отличаются друг от друга. В подобных случаях, несмотря на схожесть речевых расстройств, должны применяться различные методы логотерапии.

1. **При сенсорной акустико-гностической афазии** проводится работа по восстановлению фонематического слуха (дифференциация слов, контрастных по продолжительности слоговой структуры, ритму и звуковому рисунку, дифференциация на слух оппозиционных и близких по звучанию фонем), восстановлению лексического состава речи и преодолению экспрессивного аграмматизма, восстановлению чтения, письма.

2. **При акустико-мнестической афазии** работа логопеда направлена на восстановление слухоречевой памяти, письменного высказывания.

3. **При мнестико-семантической афазии** ведется работа по преодолению импрессивного аграмматизма.

4. При моторной афферентной афазии усилия направлены на преодоление нарушений кинестетического гнозиса и праксиса, восстановление артикуляционной кинестетической основы речевого производства, преодоление аграфий, восстановление высказывания.

5. При моторной эфферентной афазии коррекционная работа строится на привнесении извне программы и схемы речевого высказывания, начиная от программирования и планирования слоговой структуры слова и заканчивая восстановлением планирования фразы и текста.

6. При динамической афазии основной задачей коррекционной работы является преодоление инертности в речевом высказывании (преодоление дефектов внутреннего речевого программирования, восстановление грамматического структурирования: задания на восстановление порядка слов в деформированных предложениях, создание внешних программ высказывания, серии последовательных картинок, ведение диалогов по ключевым словам, пересказ текстов по вопросам и ключевым словам).

Логопедическая работа при афазии – длительный и трудоемкий процесс, требующий сотрудничества врача, логопеда, пациента и его ближайшего окружения, причем восстановление речи должно проходить не эмпирически, а квалифицированно, на серьезном профессиональном уровне.

В течение первых двух лет после инсульта или черепно-мозговой травмы желательно, чтобы больной регулярно занимался как в стационаре (1—2 мес), так и в поликлинике. Через каждые 2—3 месяца занятий делается небольшой перерыв (1—2 мес). Общая продолжительность логопедических занятий составляет 2—3 года.

Семинар

Вопросы для рассмотрения:

Восстановительное обучение при афазии. Детская афазия.

Коррекционная работа при детской афазии.

Литература

1. Ахутина Т.В. Нейролингвистический анализ динамической афазии. — М.:Изд-воМГУ, 1975.
2. Глозман, Ж.М. Изменения личности при афазии. / Ж.М. Глозман. -Дефектология. № 6, 1985. - С. 23 - 28.
3. Доброхотова Т.А., Брагина Н.Н. Функциональные асимметрии человека. — М., 1981.
4. Журба Л.Т., Мастюкова Е.М. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. — М., 1981.
5. Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС,2002. с 331-387.
6. ЛурияА.Р. Основы нейропсихологии. — М., 1973.
7. Парамонова, Л. Г. Логопедия для всех. - СПб., 2004, с 222 - 261
8. Шорох-Троцкая, М.К. (Бурлакова). Стратегия и тактика восстановления речи. / М.К. Шорох-Троцкая (Бурлакова). - М.:Издательство ЭКСМО -Пресс, В. Секачев, 2001. - 432 с.

Тема 14. Коррекция нарушений письменной речи

Вопросы:

1. Сущность понятия нарушения письменной речи (НПР). Причины. Механизмы нарушения.
2. Дислексия. Причины. Классификация.
3. Дисграфия. Причины. Классификация. Дизорфография.

4. Коррекционная работа по преодолению дислексии, дисграфии и дизорфографии.

Литература

1. Баль, Н.Н. Обследование чтения и письма у младших школьников: Учебно-методическое пособие для учителей-дефектологов / Н.Н. Баль, И.А. Захарченя – Мн.: Ураджай, 2001. – 75 с.
2. Дроздова Н.В. и др. Нарушения устной и письменной речи: Учеб.-метод. Пособие. / Н.В. Дроздова, Л.А. Зайцева, С.П. Хабарова, Е.А. Харитоновна. – Мн.: УО «БГПУ», 2003.
3. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
4. Лалаева, Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников: Учеб. пособие. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 224 с.
5. Лалаева, Р.И., Венедиктова Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: СОЮЗ, 2001. – 224 с.
6. Логопедия: Методическое наследие / Под. ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с.
7. Логинова, Е.А. Нарушения письма. Особенности их проявления и коррекции у младших школьников с задержкой психического развития. / Е.А. Логинова. – СПб., 2004
8. Парамонова Л.Г. Предупреждение и устранение дисграфии у детей. – СПб.: Лениниздат: Изд-во «Союз», 2001. – 240 с.
9. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: Учеб. пособие / Под общ. ред. О.Б.Иншаковой. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 240 с.
10. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников: Кн. для логопедов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 256 с.
11. Сиротюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. – М.: ТЦ «Сфера», 2001. – 80 с.
12. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: ТЦ «Сфера», 2003. – 288 с.
13. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.
14. Ястребова А.В. Преодоление общего недоразвития речи у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений. – М.: АРКТИ, 1999. – 120 с.

1. Сущность понятия ННР. Проблемы нарушений письма и чтения являются одними из наиболее сложных и актуальных в современной логопедии.

Для обозначения нарушений письма и чтения используются в основном следующие термины:

Алексия – невозможность овладения процессом чтения.

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Аграфия – невозможность овладения процессом письма.

Дисграфия – частичное специфическое нарушение процесса письма, проявляющееся в стойких повторяющихся ошибках.

Дизорфография – стойкое нарушение в овладении орфографическими знаниями, умениями и навыками.

Впервые дисграфия и дислексия как самостоятельные виды речевых нарушений были выделены Куссмаулем в 1877 г. Долгое время нарушения письма и чтения рассматривались как симптомы умственной отсталости. В 1897 г. Морган опубликовал работу, в которой поставил вопрос о том, что нарушения письма и чтения могут наблюдаться у детей с сохранным интеллектом, причиной отклонений он считал наследственный фактор.

Этиология дисграфий. А.Н. Корнев выделил 3 группы причин:

1. Конституциональные предпосылки (наследственность) – замедленные сроки созревания функциональных систем, которые обеспечивают письмо; индивидуальные особенности формирования специализации мозга; различные психические заболевания у родственников.

2. Энцефалопатические нарушения, обусловленные вредными воздействиями в пренатальный период, ММД.

3. Неблагоприятные социальные средовые факторы. Влияние этих причин может быть значительным: 1) несоотнесенное с фактической зрелостью ребенка время начала обучения грамоте; 2) несоотнесенность с возможностями ребенка объема и уровня требований в отношении грамотности; 3) не соответствующие индивидуальным особенностям ребенка методы и темп обучения.

Выделяют 3 варианта дизонтогенеза (по А.Н. Корневу): 1. Задержка развития психических функций; 2. Асинхрония развития, то есть неравномерность развития психических функций, обеспечивающих письменную речь; 3. Парциальное недоразвитие ряда психических функций: фонологических, фонематических, оптико-пространственных, моторных. Нарушаются различные взаимосвязи между ними.

Механизмы нарушений письменной речи

Причины нарушений	Формы дисграфии	Формы дислексии
1. Несформированность фонематических процессов	Д. на основе нарушения фонемного распознавания (акустическая) Артикуляторно-акустическая	Фонематическая
2. Несформированность языкового анализа и синтеза	Д. на почве нарушения языкового анализа и синтеза	Семантическая
3. Нарушение речевой памяти		Мнестическая
4. Недоразвитие лексико-грамматического строя речи, несформированность морфологических и синтаксических обобщений	Аграмматическая	Аграмматическая
5. Несформированность оптико-пространственной ориентировки	Оптическая	Оптическая
6. Несформированность координации движений глаз и руки	Моторная	

С позиции нейропсихологического подхода к анализу нарушений письменной речи выделяют классификацию, которая учитывает уровневую организацию мозга по Бернштейну.

1. Дисграфия и дислексия, обусловленные недоразвитием или нарушением *гностико-праксического уровня*: 1) оптические (гнозис); 2) моторные (праксис).

Оптические: а) агностическая (литеральная) дисграфия и дислексия. Нарушение узнавания начертания букв; б) вербальная (симультанная) дисграфия и дислексия. Нарушение зрительной схемы слова, трудность слияния букв в слоги, а слогов в слова; в) оптико-пространственная (зеркальная) дисграфия и дислексия.

Моторные: а) окуломоторная дисграфия и дислексия, связанные с прослеживающими движениями глаз; б) моторная дисграфия и дислексия, связанные с проблемой кинетических движений руки.

2. Дисграфия и дислексия, связанные с *нарушением символического языкового уровня*: 1) фонологическая дисграфия; 2) дисорфография.

2. Дислексия. Причины. Классификация

Существует категория детей, страдающих дислексией, то есть специфической избирательной стойкой неспособностью овладеть навыком чтения даже при своевременном и правильном обучении и нормальном умственном развитии.

Причины такой аномалии могут быть весьма различными: наследственность, осложнения в период беременности и родов, заболевания первых трех лет жизни. Известны семейные формы дислексии, когда она встречается одновременно у нескольких членов одной семьи. Мальчики страдают этим недугом в 4—5 раз чаще, чем девочки. Вышеуказанные причины нарушают у ребенка созревание психологических и языковых предпосылок, необходимых для того, чтобы сформировался полноценный навык чтения. При этом общие интеллектуальные способности могут вполне соответствовать норме. Первые проявления подобных трудностей — это неспособность усвоить связь между звуком и буквой и научиться сливать слоги. Важно суметь отличить случаи несколько замедленного, но нормального усвоения чтения от дислексии.

У части детей с дислексией букварный период растягивается на 1-2 года, и даже после этого срока звукобуквенные связи остаются непрочными, неавтоматизированными. Ребенок может путать некоторые буквы даже при чтении набора изолированных букв. В других случаях основные трудности касаются слогослияния. Ребенок надолго застревает на этапе побуквенного чтения. При этом он сначала прочитывает согласный и гласный отдельно, а потом пытается слить их, но это ему не удается. Не умея сливать слоги, ребенок пытается угадать их и допускает при этом большое количество ошибок: замены согласных, гласных, перестановки букв, добавления букв и др. Скорость чтения в связи с этим остается очень низкой даже после 2-3 лет обучения в школе: 20-30 слов в минуту вместо 75 (в конце второго класса) или 95 слов (в конце третьего класса). Как правило, понимание прочитанного остается неполным, упускается много деталей, не понимается подтекст. В самых тяжелых случаях прочитанное остается абсолютно не понятым, то есть чтение носит «механический» характер. Сам процесс чтения длительное время остается очень трудоемким, требует от детей приложения значительных усилий, быстро утомляет их. Поэтому чтение становится крайне неприятным, и дети избегают его. Чтение книг не вызывает интереса, а принудительное чтение вызывает протест, слезы, а иногда паническое состояние и тревогу.

Некоторые учителя, не распознав природу трудностей ребенка в чтении, рекомендуют родителям заставлять ребенка читать как можно больше. При дислек-

сии такая тактика не только не полезна, но даже вредна. Она усугубляет отвращение к чтению, невротизирует ребенка. Размер и сложность текстов должны соответствовать возможностям ребенка. Читать лучше небольшими порциями, перемежая это чтением ребенку вслух.

Такие дети крайне болезненно переносят стойкую неспособность научиться читать, избегают публичного чтения, например, перед классом. Нередко формируются заниженная самооценка, неуверенность как стойкая черта характера, неприязнь к учебе.

Общие способности и интеллект могут быть на достаточно высоком уровне. У некоторых детей с дислексией высоко развиты математические способности.

Процесс чтения. В психолингвистическом аспекте **чтение** рассматривается как рецептивный вид речевой деятельности, связанный со зрительным восприятием речевого сообщения, закодированного с помощью графических символов, т.е. букв. С точки зрения психолингвистики процесс чтения предполагает сформированность следующих операций:

- ✓ восприятие и различение букв;
- ✓ соотнесения графемы с фонемой;
- ✓ визуальное слоговое деление, слоговое образование, слогослияние;
- ✓ глобальное чтение (навык быстрого узнавания целостного зрительного образа слова);
- ✓ синтез слов в предложение;
- ✓ соотнесение слова со значением,
- ✓ объединение значений слов в общий смысл фразы;
- ✓ лексико-грамматическое и смысловое прогнозирование;
- ✓ координация между антиципацией и зрительным восприятием;
- ✓ вычленение в печатном тексте предложения как законченной в смысловом и интонационном отношении единицы;
- ✓ ориентировка на знаки препинания в процессе чтения;
- ✓ навык использования интонации в зависимости от конечного знака.

Процесс чтения состоит из двух сторон: **технической** и **смысловой**.

Техническая сторона включает следующие компоненты: способ чтения, темп, скорость, правильность чтения.

Смысловая сторона включает: выразительность, понимание. Техническая сторона подчиняется и обслуживает смысловую. Однако для получения информации необходимо научиться читать, чтобы этот процесс достиг уровня навыка, т.е. умения, доведенного до автоматизма. Смысловая сторона чтения формируется параллельно с технической. На этапе овладения слогослиянием понимание возникает в результате анализа и синтеза слогов в слова, то есть техническая сторона предшествует смысловой. По мере овладения синтетическим способом чтения, смысловая сторона начинает опережать техническую, о чем свидетельствует появление смысловых догадок в процессе чтения.

Этапы формирования навыка чтения по Т. Г. Егорову это:

- овладение звуко-буквенными обозначениями;
- послоговое чтение;
- становление синтетических приемов чтения;

-синтетическое чтение.

При дислексии групп ошибок, среди которых выделим:

1) неусвоение букв; 2) побуквенное чтение; 3) искажение звуко-слоговой структуры слова; 4) замену слов; 5) аграмматизм; 6) нарушение понимания прочитанного.

Классификация дислексий

Многие авторы (С. Борель-Мезонни, М.Е. Хватцев, Р. Беккер, О.А. Токарева и другие) предлагают классификации дислексии в зависимости от их патогенеза.

Так, С. Борель-Мезонни распределил дислексии на группы:

I. Дислексии, связанные с нарушениями устной речи. У детей этой группы отмечается недостаточная слуховая память, нарушения слухового восприятия, они с трудом устанавливают связь между слуховым и зрительным восприятием, между звуком и буквой. В легких случаях эти перцептивные нарушения проявляются только на стадии овладения письменной речью, в тяжелых случаях эти нарушения оказывают влияние и на процесс овладения устной речью. В устной речи у таких детей наблюдаются разнообразные нарушения.

II. Дислексии, связанные с плохими пространственными представлениями.

У детей II группы наблюдаются нарушения восприятия формы, величины, расположения в пространстве, определения верха, низа, правой, левой стороны, в тяжелых случаях – нарушения кинестетической памяти, неспособность представить непривычные положения рук и ног в пространстве, нарушения схемы тела. У этих детей иногда отмечаются и явления моторной дискоординации, диспраксии, которые особенно заметно проявляются в письме.

III. Смешанные случаи. Смешанные случаи дислексии (III группа) являются самыми многочисленными. При этом у детей имеются как нарушения зрительного восприятия, так и слухового восприятия, а также моторное отставание. Дети со смешанной формой дислексии неправильно произносят многие звуки, слова, плохо строят фразы, долго подбирают слова, смешивают право-лево, плохо различают фигуры по форме и величине. Движения их часто неловки, наблюдаются синкинезии, вялые реакции.

IV. Случаи ошибочной (ложной) дислексии. В IV группу объединяют детей, не имеющих ни речевых нарушений, ни недоразвития пространственных представлений. Тем не менее, эти дети не научились хорошо читать по различным причинам (из-за неправильной методики обучения, неблагоприятных условий среды, по причине педагогической запущенности и прочих).

М.Е. Хватцев по нарушенным механизмам выделяет фонематические, оптические, оптико-пространственные, семантические и мнестические дислексии. Он считает, что у детей наблюдаются лишь фонематические и оптические дислексии. Другие формы бывают при органических поражениях головного мозга, при афазиях.

Фонематическая дислексия. Фонематические дислексии вызываются недоразвитием фонематических обобщений у ребенка, прежде всего несформированностью функции фонематического анализа. Фонематические дислексии проявляются в искажениях звуковой и слоговой структуры слова (пропусках, перестановках, добавлениях, заменах звуков при чтении). При этой форме дислексии дети не могут научиться правильно читать в течение 2 – 4 лет. Одни с большим трудом

усваивают отдельные буквы, но не могут сливать их в слоги, слова. Другие усваивают буквы без особых затруднений, но в процессе чтения слогов и слов делают большое количество ошибок. У этих детей буква не является сигналом обобщенного звука речи (фонемы), а следовательно, не является и графемой (обобщенным графическим знаком). Автор считает, что плохая связь звука и буквы обусловлена плохим фонематическим слухом. Звуки речи у этих детей нечеткие, нестойкие, они плохо их различают, особенно оппозиционные, сходные по звучанию. Поэтому буквы и усваиваются с большим трудом.

В процессе чтения слов дети затрудняются сливать звуки в слоги и слова по аналогии с уже заученными слогами, плохо узнают слоги в «лицо».

Оптические дислексии проявляются в трудностях усвоения букв вследствие нечеткости их восприятия, неустойчивости представлений о зрительных образах букв. Особенно часто в процессе чтения дети смешивают буквы, сходные графически, могут наблюдаться и нарушения зрительного анализа структуры слова, перестановки букв и слов при чтении. Оптическая дислексия заключается «в неузнавании букв как обобщенных графических знаков соответствующих фонем, т. е. буквы не осознаются как графемы». Таким образом, нарушение формирования представлений о связях фонемы с графемой отмечается и при фонематической, и при оптической дислексии. Не совсем четко показано различие механизмов нарушения связи между фонемой и графемой при этих двух формах дислексии.

По проявлениям М.Е. Хватцев различает литеральные дислексии (не узнаются отдельные буквы) и вербальные (отдельные буквы усваиваются, но слова не узнаются). Основной причиной плохого усвоения букв является нечеткость их восприятия, неустойчивость представлений о букве. Обычно в зрительном образе буквы, прежде всего, сохраняется общее ее строение, выпадают определенные детали. Буквы взаимоподобляются. Чаще всего буквы-заместители по своему графическому образу проще букв, которые они замещают. Чем более сходны буквы графически, тем чаще они заменяются. В связи с этим, по мнению автора, зрительные стереотипы слов воспитываются с большим трудом, замедляется узнавание слов.

Р. Беккер отмечено многообразие видов нарушений чтения, выделены группы следующего типа: 1) врожденная словесная слепота; 2) дислексия; 3) брадилексия; 4) легастения; 5) врожденная слабость в чтении.

Однако в основе данной классификации лежит не патогенез дислексии, а скорее степень проявления нарушений чтения.

Наиболее общепризнанной считается классификация Р.И. Лалаевой, проведенная с учетом нарушенных операций чтения: фонематическая; оптическая; аграмматическая; семантическая; мнестическая; тактильная.

Фонематическая дислексия характеризуется недостаточным развитием фонематических процессов: ф. представлений, восприятия, анализа и синтеза.

1) Нарушения чтения, связанные с недоразвитием слуховой дифференциации фонем, т.е. с неточным различением звуков речи. Школьники с трудом дифференцируют звуки, сходные акустически и артикулярно. Наиболее сложными для дифференциации являются такие пары звуков: звонкие и глухие, твердые и мягкие,

а также ц—с, ч—щ, ч—т', ш—щ. Особенно часто дети затрудняются в дифференциации свистящих и шипящих звуков. В процессе чтения у этих детей обнаруживаются трудности в усвоении и различении соответствующих букв, что проявляется в заменах букв, обозначающих фонетически сходные звуки. Например, вместо таскали- "ласкали", вместо яйцо — "яйсо".

2) Нарушения чтения, связанные с недоразвитием фонематического анализа и синтеза, которые проявляются в побуквенном чтении, искажении звуковой структуры слова (вставки, пропуски, перестановки звуков), трудностях чтения обратного слога.

Семантическая дислексия (механическое чтение) проявляется в нарушении понимания прочитанных слов, предложений, текста при технически правильном чтении, т. е. слово, предложение, текст не искажаются в процессе чтения. Эти нарушения могут отмечаться при послоговом чтении. После прочтения слова по слогам дети не могут показать соответствующую картинку, ответить на вопрос, связанный со значением хорошо известного слова. Нарушения понимания читаемых предложений могут наблюдаться и при синтетическом чтении, т. е. чтении целыми словами. Разделение слова на слоги в процессе чтения — одна из причин непонимания читаемого. В результате нарушения фонематического и слогового синтеза дети не узнают слова, если они разделены на части в процессе послогового чтения, не способны объединить в единое значимое целое последовательно произнесенные слоги. Они читают механически, без понимания смысла читаемого.

Дети с семантической дислексией затрудняются в выполнении следующих заданий: а) слитно произнести слова, предъявленные в виде последовательно произнесенных изолированных звуков с короткой паузой между ними (л, у, ж, а); б) воспроизвести слова и предложения, предъявленные по слогам (де-воч-ка со-бира-ет цве-ты).

Грамматическая дислексия обусловлена недоразвитием грамматического строя речи, морфологических, и синтаксических обобщений. Проявляется в искажениях и заменах определенных морфем слова в процессе чтения (суффиксов, окончаний). При этой форме дислексии наблюдаются: изменение падежных окончаний и числа существительных («из-под листьях», «у товарищах», «кошка» — «кошки»); неправильное согласование в роде, числе и падеже существительного и прилагательного («сказка интересное», «детей веселую»); изменение числа местоимения («все» — «весь»); неправильное употребление родовых окончаний местоимений («такая город», «ракета наш»); изменение окончаний глаголов 3-го лица прошедшего времени («это был страна», «ветер промчалась»), а также формы времени и вида («влетел» — «влетал», «видит» — «видел»).

Мнестическая дислексия проявляется в трудности усвоения букв, в их недифференцированных заменах. Она обусловлена нарушением процессов установления связей между звуком и буквой и нарушением речевой памяти. Дети не могут воспроизвести в определенной последовательности ряд из 3—5 звуков или слов, а если и воспроизводят, то нарушают порядок их следования, сокращают количество, пропускают звуки, слова. Нарушение ассоциации между зрительным образом буквы и слухо-произносительным образом звука особенно ярко проявляется на этапе овладения звуко-буквенными обозначениями.

Оптическая дислексия проявляется в трудностях усвоения и в смешениях сходных графических букв и их взаимных заменах. Смешиваются и взаимозаменяются буквы, как отличающиеся дополнительными элементами (Л — Д, З — В), так и состоящие из одинаковых элементов, но различно расположенные в пространстве (Т — Г, Ь — Р, Н — П — И). Данная дислексия связана с нерасчлененностью зрительного восприятия форм, с недифференцированностью представлений о сходных формах, с недоразвитием оптико-пространственного восприятия и оптико-пространственных представлений, а также с нарушением зрительного гнозиса, зрительного анализа и синтеза.

При литеральной оптической дислексии наблюдаются нарушения при изолированном узнавании и различении буквы. При вербальной дислексии нарушения проявляются при чтении слова. При органическом поражении головного мозга может наблюдаться зеркальное чтение.

Тактильная наблюдается у незрячих при освоении чтения по Л.Брайлю.

3. Дисграфия. Причины. Классификация. Дизорфография

Нарушения письма связаны с трудностями реализации трех основных принципов русской орфографии: фонетического, морфологического и традиционного (исторического).

Фонетический принцип: слова пишутся так же, как слышатся (например, кот, стол, стул). Условия, необходимые для реализации этого принципа:

1. Ребенок должен четко различать на слух все звуки речи;
2. Владение звуковым анализом и синтезом слова;
3. Правильное произношение всех звуков;
4. Различение и знание всех букв;
5. Быстрота перекодирования фонемы в графему.

Морфологический принцип является в русском языке ведущим, он предполагает знания правил. Сущность принципа заключается в том, что каждая общая для родственных слов значимая часть слова (морфема) не зависимо от особенностей ее звучания всегда пишется одинаково.

Предпосылки для реализации этого принципа:

во-первых, у ребенка должен быть достаточно большой, осмысленный и систематизированный словарный запас, который нужен для подбора однокоренных слов; слова должны быть четко разграничены по группам родственных слов и эти связи должны быстро работать;

во-вторых, владение морфологическим анализом слов;

в-третьих, владение грамматическими нормами языка.

Традиционный (исторический) принцип – пишем по традиции (например, собака, корова). Предпосылки для реализации этого принципа: 1. Зрительное запоминание образа слова; 2. Двигательное запоминание написания слова.

Определение дисграфии. Р.И. Лалаева. Дисграфия – это частичное расстройство письма, проявляющееся в стойких повторяющихся ошибках и обусловленное несформированностью высших психических функций, участвующих в процессе письма.

И.Н. Садовникова рассматривает дисграфию как частичное расстройство письма, основным симптомом которого является наличие стойких специфических

ошибок, и данное нарушение не связано ни со снижением интеллектуального развития, ни с выраженными нарушениями слуха и зрения, ни с регулярностью школьного обучения.

А.Н. Корнев отмечает дисграфию как стойкую неспособность овладения навыками письма, связывает эту неспособность с трудностями овладения фонетическим принципом русской орфографии.

Интересной и полезной в отношении организации диагностики, профилактики и коррекции дисграфии является ее дифференциация с позиции развития дефекта, предложенная С.Ф. Иваненко. Она выделяет 4 группы нарушений письма в зависимости от возраста детей, этапа обучения грамоте, степени выраженности нарушения, специфики их проявления.

1 группа: трудности в овладении письмом. Диагностируется в первом полугодии 1 класса. Показатели: а) нечеткое знание всех букв алфавита; б) сложности при переводе звука в букву и наоборот; при переводе печатной графемы в письменную; в) трудности звукобуквенного анализа и синтеза.

2 группа: нарушение формирования процесса письма. Диагностируется во втором полугодии 1 класса и в начале второго года обучения. Показатели: а) смешения письменных и печатных букв по оптическим, моторным признакам; б) трудности в удержании и воспроизведении смыслового буквенного ряда; в) в письме написание слов без гласных, слияние слов или расщепление.

3 группа: дисграфия. Диагностируется во втором полугодии 2 класса.

4 группа: дизорфография. Диагностируется на третьем году обучения. Показатели: неумение применять орфографические правила за соответствующий период обучения по школьной программе.

В статьях О.Б. Иншаковой проводится разграничение дисграфии и дизорфографии с учетом трех принципов русской орфографии. Автор считает, что ошибки, связанные с нарушением фонетического принципа русской орфографии (замены, пропуски, перестановки букв в сильной позиции) связаны с дисграфией. Она определяет дисграфию как специфический вид нарушения письма, проявляющийся в заменах, смешениях, пропусках, перестановках букв и слогов в сильной позиции, имеющих стойкий и повторяющийся характер. Ошибки, связанные с нарушением морфологического и традиционного принципов письма (в слабых позициях) предлагает отнести к дизорфографическим.

Р.И. Лалаева, О.И. Азова, И.В. Прищепова и другие считают также, что дизорфография – это нарушение морфологического и традиционного принципов. Они определяют ее как стойкое нарушение в усвоении и реализации правил орфографии, обусловленное несформированностью языковых операций, обеспечивающих овладение орфографией в норме. То есть, ребенок правила знает, но не может применить. Дизорфография проявляется в том, что ребенок испытывает стойкие трудности в овладении правилами правописания и их использовании. Многие из таких детей, даже зная правила (например, правописание безударных гласных в корне слова), продолжают делать ошибки. Причина заключается в том, что они не замечают самих орфограмм, слабых позиций звуков, которые нужно обозначить буквами. Например, мы говорим корова, а пишем корова, произносим вада, а пишем вода, говорим пирок, а пишем пирог. Ребенок с дизорфографией не чувствует

ритмическую структуру слова, не замечает, например, наличия безударных гласных. С помощью специальных упражнений приходится вырабатывать у них чуткость к ударности/безударности, формировать умение выделять корень, приставку, суффикс, подбирать однокоренные слова. Тогда ребенок не только знает правила, но и начинает успешно пользоваться ими.

Таким образом, основным критерием, по которому определяется дисграфия, является стойкость и повторяемость ошибок.

Современные классификации дисграфий. В историческом аспекте существуют разные подходы к пониманию дисграфии, к ее классификации (психофизиологический, нейропсихологический, психологический, лингвистический подходы).

О.А. Токарева на основе психофизиологического подхода разработала следующую классификацию. Она учитывает то, какие анализаторы страдают: 1. Оптическая дисграфия; 2. Акустическая дисграфия; 3. Моторная дисграфия.

На современном этапе одной из действующих классификаций является классификация на основе лингвистического подхода, разработанная Р.И. Лалаевой и сотрудниками кафедры логопедии РГПУ им. Герцена (Санкт-Петербург) в 70-80-х гг. В основе лежит учет несформированности языковых операций.

1. **Артикуляторно-акустическая дисграфия.** Ведущее звено – дефектное произношение звуков (замены, смешения, пропуски).

2. Дисграфия на **основе нарушения фонемного распознавания.** Основное ядро нарушения – несформированность фонематических дифференцировок (замены и смешения звуков, близких по акустическим параметрам).

3. Дисграфия на **почве нарушения языкового анализа и синтеза:** 1) нарушение звукобуквенного анализа и синтеза (пропуски, перестановки, добавления букв в слове); 2) нарушение слогового анализа и синтеза (пропуски, перестановки, вставки слогов); 3) нарушение слогового анализа и синтеза на уровне предложений (пропуски, перестановки, вставки слов, слитное написание слов в предложении).

4. **Аграмматическая дисграфия.** Связана с недоразвитием лексико-грамматического строя речи, с несформированностью морфологических и синтаксических обобщений. Ошибки на уровне слов, словосочетаний, предложений и текстов. Это нарушение смысловых и грамматических связей, искажение морфологической структуры слов, нарушение согласования слов, искажение предложно-падежных конструкций, пропуски членов предложения.

5. **Оптическая дисграфия.** Связана с недоразвитием зрительного гнозиса, мнезиса, зрительного анализа и синтеза пространственных представлений. Основные проявления: зеркальные замены – реверсии вертикальные (прописные в, д) и горизонтальные (с, э), литеральные (на уровне буквы) и зеркальные (на уровне слова); кинетические ошибки – дописывание лишних элементов или, наоборот, недописывание элементов буквы. Чистые виды дисграфии встречаются редко, в основном это **смешанные виды.**

Т.В. Ахутина разработала классификацию, связанную с функциональными блоками мозга и особенностями функционирования левого и правого полушарий головного мозга:

1. Регуляторная дисграфия связана с дисфункцией третьего блока и связана со слабостью функций программирования и контроля. Характерно упрощение программы, трудности распределения внимания между технической стороной письма и использованием орфографических правил, трудности переключения. Ошибки: повторы (персеверации) букв, персеверации элементов букв; пропуски элементов букв, букв и слогов; антиципации (предвосхищения) букв; слипание (контаминация) слов; проблемы с оформлением границ предложения; дисорфографические ошибки.

2. Зрительно-пространственная дисграфия по правополушарному типу связана с несформированностью зрительно-пространственных функций и дефицитом акустического гнозиса. Характерна сложность в ориентировке на тетрадном листе, в нахождении начала строки; трудности в удержании строки, постоянные колебания наклона и высоты букв, диспропорциональность элементов букв; раздельное написание букв внутри слова; трудности актуализации графического и двигательного образа нужной буквы (кинетиические и оптические ошибки); необычный способ написания букв; невозможность создания навыка идеограммного письма; пропуск и замена гласных, в том числе ударных; нарушение порядка букв; тенденция к фонетическому письму (как слышу, так и пишу); трудности выделения целостного образа слова, вследствие чего два знаменательных слова, слово с предлогом пишутся слитно.

3. Дисграфия, обусловленная недостаточностью переработки информации по левополушарному типу. Характерна несформированность фонологических процессов; пропуск согласных; замены или смешения согласных, сходных по звучанию и произношению; искажения и пропуски слов, концов фраз, связанные со слабостью слухоречевой памяти.

4. Дисграфия, обусловленная трудностями поддержания рабочего состояния активного тонуса коры. Связана с вниманием и снижением работоспособности. Ошибки очень напоминают регуляторную дисграфию. Чем сильнее устает ребенок, тем больше он допускает ошибок. Чистые виды дисграфий встречаются очень редко, в основном это смешанные формы. Это часто является затруднением при постановке логопедического заключения.

Эволюционная, или ложная, дисграфия. Специфические ошибки следует отграничивать от так называемой эволюционной, или ложной, дисграфии, которая является проявлением естественных затруднений детей в ходе начального обучения письму, что связано со сложностью этого вида речевой деятельности. Ошибки начинающих обучение школьников могут быть объяснены трудностью распределения внимания между технической, орфографической и мыслительной операциями письма (Е.В. Гурьянов).

Признаками незрелого навыка письма могут быть:

- 1) отсутствие обозначения границ предложения;
- 2) слитное написание слов;
- 3) нетвердое знание (забывание) букв, особенно прописных (определенную роль играет фактор частотности использования конкретных букв в языке);
- 4) нехарактерные смешения;
- 5) зеркальная обращенность букв.

Наличие таких ошибок не доказывает существования дисграфии, если эти ошибки единичны и нестойки.

Объективная языковая трудность заключается в усвоении буквенного обозначения йотированных гласных. Нередко в письме младших школьников удерживается их неустойчивое обозначение и смешение с буквой Й (йолка). Значительную трудность для детей представляют оба способа обозначения мягкости согласных в русском письме (Вана взял конки вместо Ваня взял коньки). Эти темы обычно прорабатываются на логопедических занятиях.

Симптоматика дисграфий. Симптомами дисграфии следует считать **специфические ошибки** письма – стойкие повторяющиеся ошибки в письменных работах детей школьного возраста, которые не связаны с незнанием и неумением применять орфографические правила.

Исследователи по-разному группируют дисграфические ошибки. Р.И. Лалаева соотносит ошибки с определенным видом дисграфии: 1. Искаженное написание букв; 2. Замена рукописных букв, имеющих графическое сходство, а также обозначающих фонетически сходные звуки; 3. Искажение звукобуквенной структуры слова (перестановки, пропуски, добавления, персеверации букв, слогов); 4. Искажение структуры предложения (раздельное написание слов, слитное написание слов, контаминация слов); 5. Аграмматизмы на письме.

И.Н. Садовникова применила принцип поуровневого анализа специфических ошибок – для удобства их систематизации как в целях их дальнейшего исследования, так и в целях коррекционного воздействия. Это позволило выделить три группы специфических ошибок: ошибки на уровне буквы и слога; ошибки на уровне слова; ошибки на уровне предложения (словосочетания).

Ошибки на уровне буквы и слога. Это наиболее многочисленная и разнообразная по типам группа ошибок. В первую очередь это ошибки, отражающие трудности формирования фонематического (звукового) анализа; затем ошибки фонематического восприятия. Ошибки звукового анализа представляют собой несформированность действия звукового анализа, которая проявляется на письме в виде следующих типов специфических ошибок: **пропуск, перестановка, вставка букв** либо слогов. В основе ошибок фонематического восприятия лежат трудности дифференциации фонем, имеющих акустико-артикуляционное сходство. Своеобразное искажение фонематического наполнения слов возникает в устной и письменной речи по типу явлений прогрессивной и регрессивной ассимиляции и носит соответственно названия персеверации (застревание) и антиципации (упреждение, предвосхищение): согласный, а реже гласный, заменяет вытесненную букву в слове.

Ошибки на уровне слова. Если в устной речи слова в синтагме произносятся слитно, на одном выдохе, то в письменной речи слова предстают обособленно. Несовпадение норм письменной и устной речи вносит трудности в начальное обучение письму. Написание обнаруживает такой дефект анализа и синтеза слышимой речи, как нарушение индивидуализации слова: ребенок не сумел уловить и вычленил в речевом потоке устойчивые речевые единицы и их элементы. Это ведет к слитному написанию смежных слов, либо к раздельному написанию частей слова.

Ошибки на уровне предложения. На начальном этапе обучения дети с трудом усваивают членимость речевых единиц, что отражается в отсутствии обозначения границ предложений – заглавных букв и точек. Основная масса специфических ошибок на уровне словосочетания и предложения выражается в так называемых аграмматизмах, то есть в нарушении связи слов: согласования и управления. Изменение слов по категориям числа, рода, падежа, времени образует сложную систему кодов, позволяющую упорядочить обозначаемые явления, выделить признаки и соотнести их с определенными категориями, так как недостаточный уровень звуковых обобщений не позволяет порой школьникам уловить категориальные различия частей речи.

Эти симптомы помогут выявить дисграфию на ранних этапах обучения ребенка. Если же вовремя не была проведена коррекционная работа, то в дальнейшем эти ошибки могут привести к дизорфографии либо даже к неспособности научиться писать и читать.

4. Коррекционная работа по преодолению дислексии, дисграфии и дизорфографии

Существуют разные подходы к организации логопедической работы по устранению дисграфии и дислексии у школьников:

1. Коррекционная работа базируется на результатах логопедической диагностики – определении вида (или сочетания их) дисграфии. **Работа осуществляется с учетом методических рекомендаций по преодолению разных видов дисграфии.** Данный подход отражен в книгах Р.И. Лалаевой, Л.Г. Парамоновой. Работа может осуществляться индивидуально или с группами (подгруппами) детей одного возраста с одинаковыми видами дисграфии. Ведущие (традиционные) направления работы:

– **артикуляторно-акустическая** («косноязычие на письме») дисграфия – коррекция дефектов звукопроизношения и совершенствование фонематической дифференциации звуков, усвоение их правильного обозначения на письме;

– **на основе нарушения фонемного распознавания** (акустическая) дисграфия – совершенствование фонематической дифференциации звуков и усвоение их правильного обозначения на письме;

– **дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза** – совершенствование навыка произвольного языкового анализа и синтеза, способности производить на письме звуко-слоговую структуру слов и структуру предложений;

– **аграмматическая** дисграфия – совершенствование синтаксических и морфологических обобщений, морфологического анализа слова;

– **оптическая** (литеральная, вербальная) дисграфия – совершенствование зрительного восприятия, памяти, пространственных представлений, зрительного анализа и синтеза, уточнение речевого обозначения пространственных соотношений.

2. Коррекционная работа осуществляется в рамках широкомасштабной (т.е. позволяющей охватить логопедическими занятиями большое количество учащихся) коррекционно-развивающей работы школьного учителя-логопеда. Работа

направлена, прежде всего, на совершенствование устной речи, развитию речемыслительной деятельности, предупреждение и преодоление дислексии и дисграфии. Имеет профилактическую направленность: работа начинается в 1 классе с детьми т.н. «группы риска» – с нарушениями или недоразвитием устной речи. Дислексии и дисграфии. – с помощью систематических логопедических занятий, учитывающих школьную программу по языку (с начала обучения грамоте) совершенствовать устную речь (звуковую и лексико-грамматическую ее стороны), помогать овладевать письменной речью и предупредить дислексию и дисграфию. Работа проводится одновременно над всеми компонентами речи в несколько этапов:

- 1 этап – восполнение пробелов в развитии звуковой стороны речи
- 2 этап – восполнение пробелов в области лексики и грамматики
- 3 этап – восполнение пробелов в формировании связной речи.

С учениками 2–4 классов работа ведется по тем же направлениям на материале школьной программы (т.е. на более сложном уровне). Данный подход отражен в работах А.В. Ястребовой.

3. Коррекционная работа основывается, как и первый, на результатах логопедической диагностики, но не соотносит выявленные нарушения с видами дисграфии. Учитывается нарушенное звено функциональной системы письма (ошибки на уровне буквы и слога, слова, предложения). Подход охарактеризован в работах И.Н. Садовниковой, которая предлагает следующие направления работы по коррекции дисграфии:

- развитие пространственных и временных представлений
- развитие фонематического восприятия и звукового анализа слов
- количественное и качественное обогащение словаря
- совершенствование слогового и морфемного анализа и синтеза слов
- усвоение сочетаемости слов и осознанное построение предложений
- обогащение фразовой речи учащихся путем ознакомления их с явлениями многозначности, синонимии, антонимии и др.

Логопедическая работа по коррекции дизорфографии осуществляется во время занятий по коррекции дисграфии и дислексии или в процессе индивидуальных занятий. Это объясняется психологией усвоения детьми орфографических знаний, умений, навыков, общностью отдельных механизмов нарушений письменной речи. Такая интеграция направлений коррекционно-развивающего обучения обусловлена и комплексным подходом к преодолению речевых расстройств. Отдельные приемы и задания могут быть использованы также на уроках русского языка, развития речи, литературного чтения.

Приоритетные направления коррекционного воздействия по устранению дизорфографии определяются структурой данного нарушения у каждого ребенка или у группы школьников. Выбор методов и приемов логопедического воздействия, содержания речевого (стимульного) материала зависят также от уровня сформированности неречевой сферы и речевого развития детей.

Тема 15. Особенности организации и методики логопедической помощи учащимся с ОПФР

Вопросы:

1. Особенности логопедической работы при нарушениях зрения.
2. Особенности логопедической работы при нарушениях слуха.
3. Особенности логопедической работы с учащимися с трудностями в обучении (ТО).
4. Особенности логопедической работы с учащимися с интеллектуальной недостаточностью.
5. Специфика логопедической помощи при РДА.
6. Особенности логопедической работы с учащимися с ДЦП.

Литература

1. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов пед. вузов. – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 224 с.
2. Боскис, Р. М. Учителю о детях с нарушением слуха. – М.: Просвещение, 1988.
3. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм / К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др. – М.: Просвещение, 1989, – 95 с.
4. Игнатъева, С.А., Блинков, Ю.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии / С.А. Игнатъева, Ю.А. Блинков. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004, – 304 с.
5. Интегрированное обучение детей с особенностями в развитии / Сост. З.Г. Ермолович, Т.Л. Лещинская, Т.А Григорьева, В.П. Греханов. – Минск., 1995.
6. Лалаева, Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах / Р.И. Лалаева. – М., 1999.
7. Лалаева, Р.И., Серебрякова, Н.В., Зорина, С.В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, С.В. Зорина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 304 с.
8. Логинова, Е.А. Нарушения письма. Особенности их проявления и коррекции у младших школьников с задержкой психического развития. / Е.А. Логинова. – СПб., 2004.
9. Логопатопсихология: учеб. пособие для студ. / под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской; [авт.-сост.: Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская]. Москва: ВЛАДОС, 2011. 462 с.
10. Логопедия: Учеб. пособие / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 631 с.
11. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: методический материал / сост. и общ. ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с. – (Хрестоматия по психологии)

1. Особенности логопедической работы при нарушениях зрения.

Общая характеристика речи учащихся с нарушениями зрения.

Нарушения устной речи у слепых и слабовидящих детей следует рассматривать как сложное нарушение, обусловленное влиянием ряда факторов, к числу которых относятся степень нарушения зрительного анализатора и время его проявления. Нарушение речевых компонентов у разных групп детей с нарушениями зрения представлены по-разному: от нарушений звукопроизношения до системного недоразвития, что определяет различные уровни сформированности речи и структуры речевого дефекта.

Факторы, обуславливающие развитие речи у детей с нарушениями зрения:

1. Качество речевого общения, микросоциальная среда.
2. Задержка речевого развития: отсутствие необходимого запаса слов, нарушением понимания смысловой стороны слова, которое не соотносится со зрительным образом предмета, «вербализм» (у ребенка недостаточный запас слов, но он может говорить о желтых листьях, блестящем снеге и т. д.), эхоталии. В результате недостаточности предметных образов действительности отмечается сложность

удержания в речевой памяти развернутых высказываний и правильного грамматического конструирования предложений.

3. Затруднения в развитии пространственной ориентировки, координации движений.

4. Сокращения двигательной активности и раннего расстройства информативных связей с окружающим миром.

Специфика речевых нарушений у детей со зрительной патологией.

Становление речи у зрячих и лиц с дефектами зрения осуществляется принципиально одинаково. Патология зрения влияет на взаимодействие анализаторов, перестраивает их. При формировании речи включается иная система связей, чем у зрячих. При снижении зрения длительная сенсорно-перцептивная депривация в первую очередь обуславливает недостатки в развитии анализирующей системы мозга. Это связано с тем, что в условиях грубого ограничения сенсорной афферентации не формируются межнейронные связи в первичных полях. Вследствие этого нарушается развитие внутри корковых связей между первичными (проекционными), вторичными и третичными (ассоциативными) корковыми зонами, что затрудняет опознание воспринимаемых объектов (нарушается развитие праксиса, гнозиса).

Расстройства речи слепых и слабовидящих детей обусловлены ранним недоразвитием зрительного анализатора:

- отмечаются системные нарушения различного уровня, несформированность компонентов языковой системы.

- характерны дефекты произношения звуков, замены одного звука другим, смещение звуков, близких акустически и артикуляторно, пропуски, перестановки звуков и слогов в результате нарушения их слухопроизносительной (акустико-артикуляторной) дифференциации. Такие нарушения препятствуют практическому овладению звуковым анализом и синтезом, что отражается на процессе усвоения грамоты.

- преобладает номинативная лексика;

- нарушение понимания смысловой стороны слова, которое не соотносится со зрительным образом предмета, носит название «вербализм». Вербализм объясняется обеднённостью опыта, отсутствием за словом конкретных представлений, поскольку они знакомы со многими объектами внешнего мира лишь формально. В результате недостаточности предметных образов действительности отмечается сложность удерживания в речевой памяти развернутых высказываний и правильного грамматического конструирования.

У детей с глубокими нарушениями зрения часто выявляются системные нарушения речи, разнообразные по своей структуре.

При нарушениях зрения отмечается недостаточное понимание смысловой стороны слова из-за трудностей соотношения слова со зрительным образом предмета, вербализм, формализм, эхолалии, трудности употребления некоторых сложных логико-грамматических конструкций, связанных с анализом зрительных впечатлений.

Л.С. Волкова выявила **4 уровня** сформированности речи у детей с глубокими дефектами зрения:

Первый уровень — хорошо сформированная экспрессивная речь. У детей наблюдаются лишь единичные нарушения звукопроизношения.

Второй уровень — удовлетворительно сформированная экспрессивная речь. У детей отмечаются выраженные нарушения звукопроизношения, недостаточная сформированность фонематического анализа, лексико-грамматическая сторона речи характеризуется лишь единичными затруднениями.

Третий уровень — неудовлетворительно сформированная экспрессивная речь. Кроме нарушений фонетико-фонематической стороны речи, у детей имеются и проявления недоразвития лексико-грамматического строя речи. Словарный состав беден, особенно страдают обобщающие понятия. Связная речь характеризуется обилием аграмматизмов, отсутствием развернутых рассказов.

Четвертый уровень — глубоко нарушенная речь. У детей отмечаются тяжелые нарушения звукопроизношения, несформированность процессов фонематического анализа и синтеза, грубые нарушения лексико-грамматической стороны речи. Связные высказывания отсутствуют.

У детей с нарушением двигательной сферы (при детских церебральных параличах), кроме тяжелых нарушений общей, ручной и речевой моторики, имеется и недоразвитие ряда психических функций, связанных с дефектностью двигательной сферы (М. Б. Эйдинова, Е. И. Кириченко, К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова и др.)

По данным Л. И. Солнцевой, Л. С. Волковой, значимую роль в недоразвитии речи у слепых и слабовидящих детей играют ограниченные возможности общения ребенка, трудности формирования предметной деятельности.

Обследование речи. Изучение нарушений речи осуществляется с учетом состояния зрения, особенностей способов восприятия, а, следовательно, и специфических приемов подачи одного и того же материала в процессе обследования. У многих детей с глубокими дефектами зрения нет опыта совместной игровой деятельности и ограничены знания о предметном мире. По этой причине на протяжении всего обследования выполнению заданий ребенком часто должны предшествовать своеобразные инструкции, показ, совместное выполнение.

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

При планировании **коррекционно-педагогической** работы с детьми, имеющими первый уровень сформированности речи, учитывается их хорошая речевая база, основное внимание обращается на работу по совершенствованию фонетической стороны речи. Проводятся упражнения и игры, способствующие развитию слухового внимания. Учитывая, что у детей с нарушением зрения существенно страдает формирование речедвигательных образов по подражанию, применяются приемы механической постановки звуков, доступные сравнения артикуляции звуков с образами предметов, кинестетические ощущения и т. д., используются элементы занимательности.

Исправление звукопроизношения. При исправлении логопедом нарушений звукопроизношения необходимо

- необходимо включить тактильную чувствительность: модели различных положений языка при артикуляции тех или иных звуков, которые можно рассмотреть и потрогать; схематические, но объёмные изображения положения губ при артикуляции.

- материал подбирается с учётом зрительных нагрузок, уровнем речевого и общего развития детей.

- развитие речевого общения опирается на развитие фонематического восприятия.

Приемы работы для подкрепления образа звука: используются возможности других анализаторов: тактильное ощущение мягких и твёрдых звуков, подкрепление понятий о глухости и звонкости с помощью разно звучащих погремушек, пропевание гласных звуков под музыку, соотнесение слухового образа звука с движением тела.

Коррекция лексико-грамматического строя речи. У данной категории детей восприятие окружающего мира происходит фрагментарно, схематично, замедлено, сам процесс недостаточно осмыслен. Задачи:

- расширение знаний и представлений об окружающем мире, чтобы сбалансировать объём пассивного и активного словаря. Методы и приемы: рассматривание и обследование реальных предметов, моделей, фотографий, натурализованных картинок (лучше соблюдать данную последовательность в подаче материала), берутся небольшие картинки с чёткими контурами и без лишней детализации.

Не могут правильно отразить в речи пространственных отношений (предложно-падежных конструкций).

- формирование предложно-падежных конструкций - необходимо обогатить опыт детей. - используется практическая деятельность детей: обследование и сравнение предметов, ориентировка в микро- и макропространстве (на себе, от себя, на моделях, в реальном мире, на плоскости) с переносом опыта в речь.

Развитие связной речи. Поскольку затруднён процесс установления причинно-следственных связей, бедна и не точна лексика, неверное грамматическое оформление, то при рассказывании не соблюдается структура текста, теряется логика повествования. Занятия по развитию связной речи проходят в два этапа: подготовительный и собственно рассказывание.

На подготовительном этапе логопед с детьми рассматривает последовательно все детали картинки, сюжета (при пересказывании), наводящими вопросами подводит к установлению логических связей, в различных упражнениях и играх даёт возможность попрактиковаться в составлении предложений по тексту. Только после этого, на следующем занятии, дети пересказывают, составляют рассказы.

Обучение грамоте. Обучение грамоте проводится по системе Брайля. К этому процессу необходимо подготовить моторику рук. При обучении грамоте необходимо строго соблюдать офтальмо-гигиенические требования, учитывать зрительные возможности детей: увеличение шрифта, изменение цветовой гаммы, соотнесение работы в разных плоскостях, сокращать объём и время письма. Для воспитанников с низкой остротой зрения можно использовать тетради и прописи с широкой строкой, дополнительной разлиновкой.

При миопии и косоглазии дети меньше обращают внимание на цвет, а больше на форму предмета, поэтому материал для звукового анализа можно заменить: гласные – круг, твёрдые согласные – квадрат, мягкие согласные – треугольник. Это так же приемлемо для дошкольников и школьников с нарушением цвето-восприятия. Приемлемо написание ручкой зелёного, чёрного и красного цвета.

При нистагме и косоглазии очень трудно переключать внимание с одного предмета на другой, с одной плоскости на другую, определять место начала написания и чтения. Поэтому логопед должен строго регламентировать работу. Например, 10 минут - работа на доске, 10 минут – работа за столом (в тетради). Необходимо отмечать значком начало письма в тетради или чтения в учебнике (яркой точкой, стрелочкой).

При планировании логопедической работы с детьми, имеющими второй уровень сформированности речи, особое внимание обращается на словарную работу, развитие фонематического анализа и синтеза.

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

В основу работы положено формирование речевых стереотипов, накопление которых строится посредством вычленения обобщающих или контрастных признаков. Накопление словарного запаса, практическое овладение грамматическим строем обеспечивают переход к составлению предложений по рельефным картинкам, по опорным словам, а также по представлениям, которые могут быть сформированы у детей об окружающем мире, по описанию своего опыта. В системе логопедических занятий отрабатываются наиболее слабые звенья речевой деятельности детей. Но совместная работа логопеда, воспитателя, тифлопедагога (учителя в школе) создает систему, которая обеспечивает речевую базу для школьного обучения. На сформированной речевой основе логопеды переходят к работе, например, с детьми, имеющими третий и четвертый речевые уровни, по воспитанию навыков правильного звукопроизношения и обучения операциям фонематического анализа и синтеза.

Таким образом, логопедическая работа с данной категорией детей специфическая и комплексная, дифференцированная и многосторонняя. В таких условиях возрастает компенсаторная роль речи и обеспечивается более прочная база для подготовки детей к школьному обучению. Ранние выявления нарушений речи и организация коррекционной работы способствуют предупреждению дальнейших

отклонений в формировании письменной речи. Совершенствование речи стимулирует высокое личностное развитие слепого и слабовидящего ребенка на самых ранних этапах его воспитания.

2. Особенности логопедической работы при нарушении слуха

Для детей со сниженным слухом типично недоразвитие всех компонентов речи. У слабослышащих могут наблюдаться следующие формы речевой патологии: заикание, нарушение темпа речи, ринолалии, оптическая дисграфия и дислексия, дизартрия, механическая дислалия, нарушения голоса, алалия, ранняя детская афазия.

Фонетико-фонематические нарушения. Чаще всего фонетико-фонематические нарушения у слабослышащих проявляются в полиморфном нарушении звукопроизношения, имеющем в большинстве случаев сложную сенсомоторную обусловленность.

Наблюдается вторичное недоразвитие аналитико-синтетической деятельности в центральном отделе речеслухового анализатора, отсутствие или искажение слуховых раздражений (полная невозможность восприятия на слух фонем или восприятие не всех их формант).

Дети с I степенью тугоухости различают на слух не более 75% согласных, произнесенных голосом разговорной громкости около самой ушной раковины. При этом уже на расстоянии 0,5 м от уха возможность различения согласных снижается до 60%, а на расстоянии 2 м — даже до 40%¹.

Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина (1989) отмечают, что характерными недостатками произношения у детей с нарушением слуха являются следующие: а) смешение звуков, чаще звонких с глухими, шипящих со свистящими, твердых с мягкими; б) часто встречается замена одних звуков другими, например свистящих с-з взрывными т-д и т. п.; в) дефекты смягчения («тетушка» вместо дедушка, «тота» вместо тетя); дефекты озвончения; г) отсутствие одного из составных звуков в связи с поздним формированием аффрикат; д) искаженное произнесение звуков. Наряду с этим слабослышащие дети не овладевают произношением сложных по артикуляции звуков (р, л, ч, щ, ц и др.) . По мнению указанных авторов, для речи слабослышащих характерна общая смазанность, обедненность интонации. Голос у таких детей глухой и слабomodулированный. Темп речи, как правило, замедленный.

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

Крайняя ограниченность словарного запаса. По Р.М. Боскис, лишь 27,7% слабослышащих школьников дают свыше 80% правильных ответов при назывании обиходных предметов и действий¹. В основе недоразвития словарного запаса лежит невозможность дифференцированного восприятия на слух близких по звучанию слов и нечеткость (или полная невозможность) восприятия безударных частей

слова (окончания, суффиксы и приставки). Слабослышащий ребенок нередко способен более или менее отчетливо воспринять на слух лишь ударную (чаще — корневую) часть слова, что приводит к «усеченности», неотчетливости и недостаточной устойчивости слуховых его образов.

Ограниченность имеющегося у слабослышащего словарного запаса приводит к неточности употребления слов, к расширению их значений. Так, слово *стол* в речи слабослышащего ребенка может обозначать и *стул*, и *табуретка*, и *кресло*, и *садиться*, поскольку в его словарном запасе имеется лишь это слово. Отмеченная неточность употребления слов выражается в замене одних слов другими. Так, Р. М. Боскис отмечает следующие наиболее характерные для слабослышащей группы смысловых замен слов:

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

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

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

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

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

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

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

Для всех приведенных случаев характерны полные замены лексического значения слова, основанные на их семантической общности.

Наряду с этим К. Г. Коровин отмечает у этих детей и смешения аффиксов при сохранении корневой части слова, что объясняется уже не только семантическим, но и фонетическим сходством слов. Например:

1. Смешение приставок («Боря доказал (показал) ему избу»).

2. Опущенные приставки («Мы держали (одержали) победу над захватчиками»).

3. Лишние приставки («А теперь вступай (ступай) домой»).

4. Суффиксальные ошибки («Он внимательно (внимательно) осматривал его»).

5. Грубые искажения звуко-слоговой структуры слов. Часто опускаются окончания слов («табира» вместо собирает), а нередко и вообще сохраняется лишь ударная часть слова («ко» вместо молоко).

Эти разновидности вынужденных замен одних слов другими объясняются главным образом отсутствием у слабослышащего ребенка нужных ему в той или иной ситуации более адекватных слов, т.е. бедностью словаря, а также и недостаточным пониманием грамматических значений слов.

Отмеченные особенности лексики слабослышащих свидетельствуют о том, что она чаще всего не может служить полноценным «строительным материалом» для их связной речи и как бы заранее предопределяет дефекты построения фразы.

Одним из важнейших проявлений недоразвития речи у слабослышащих является несформированность у них грамматического строя речи.

Многие слабослышащие долгое время не овладевают фразовой речью, их речь состоит из не связанных между собою слов.

Письменная речь слабослышащих во многом отражает недочеты устной речи. При всем многообразии ее нарушений условно можно выделить две основные группы:

1) грубый аграмматизм, выражающийся в неправильном согласовании и употреблении предлогов, в пропусках главных и второстепенных членов предложения и т. п.;

2) наличие тех форм дисграфий, которые связаны с имеющимися у слабослышащих грубым фонетико-фонематическим недоразвитием (акустическая и артикуляторно-акустическая дисграфия).

Логопедическое обследование. Возникает необходимость отграничения тугоухости от сенсорной алалии; необходимо исследование импрессивной и экспрессивной речи. Специфика заключается в самом характере проведения с необходимостью учета неполноценности слуховой функции ребенка. Необходимо обеспечить восприятие и адекватное понимание инструкций логопеда.

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

При сильном снижении слуха средства могут быть комбинированными (например, одновременное усиление громкости голоса и сокращение расстояния до уха ребенка).

Для слабослышащих с выраженным недоразвитием речи наиболее существенным будет обследование нарушений слуховой дифференциации звуков речи. Во избежание возможных ошибок при оценке состояния слуховой дифференциации звуков у ребенка при обследовании логопеду необходимо закрыть лицо экраном, чтобы исключить возможность зрительного восприятия.

Система работы по обогащению и уточнению словаря и по формированию грамматического строя речи освещена в работах А.Г. Зикеева, К.Г. Коровина и других авторов.

1. При ознакомлении с новым словом важно обеспечить его полноценное восприятие. Это достигается за счет достаточно громкого и отчетливого произнесения слова, в особенности безударной его части за счет одновременного предъявления написанного слова и привлечения внимания ребенка к артикуляции говорящего и т. п. Те же условия должны быть соблюдены и при ознакомлении слабослышащих учащихся с новыми грамматическими формами.

Специфика работы со слабослышащими детьми представлена такими разделами как: 1) развитие слухового восприятия на основе остаточного слуха; 2) фор-

мирование умения чтения с губ на основе остаточного слуха. В основе данной работы лежат механизмы компенсации, обеспечивающие опору на сохранные звенья: остаточный слух, ритмику слова, зрительный образ движений губ, смысловые подсказки (Р.М. Боскис).

Воспитание **слуховой дифференциации** достигается за счет использования компенсаторных приемов. Так, при воспитании правильного звукопроизношения у ребенка, не дифференцирующего на слух звуки с и щ, используется опора на зрительное представление артикуляции звука и на чувство положения артикуляторных органов, т. е. на кинестетическое чувство.

Опора на зрительно-кинестетические представления о звуке (вместо отсутствующих слуховых) могут быть положены и в основу работы по устранению имеющихся буквенных замен на письме.

Для исправления ошибок на письме применяют обходные методы, заключающиеся главным образом в запоминании детьми основных корневых слов со звуком щ (их в русском языке сравнительно немного) и в овладении правилами словоизменения и словообразования.

Например, детям объясняется, что из всех предметов одежды звук щ имеется лишь в слове плащ (следовательно, слова рубашка, шапка, шуба и другие следует писать с буквой ш). Далее внимание детей акцентируется на том, что звук щ сохраняется во всех грамматических формах слова плащ (т. е. во всех косвенных падежах единственного и множественного числа) и во всех производных словах, образованных от данного корневого слова (плащик, плащевой и пр.). Осознанный учет слабослышащими всех этих обстоятельств существенно сократит число ошибок при написании слов с данными звуками в тех случаях, когда детям так и не удалось овладеть их слуховой дифференциацией.

Подобным же образом ведется работа и со словами, включающими в свой состав мягкие и твердые согласные.

Со слабослышащими детьми с недоразвитием речи необходимо работать над коррекцией всех нарушенных речевых компонентов — звукопроизношения, лексико-грамматического строя, письма, над экспрессивной и импрессивной речью.

3. Особенности логопедической работы с учащимися с трудностями в обучении (ТО)

Особенности речевого развития детей с ТО.

1. Замедленный темп речевого развития, снижение уровня вербально-интеллектуальных способностей.
2. Распространенность среди детей с ТО нарушений речи составляет от 40 % и выше.
3. Наиболее распространенным является нарушение звукопроизношения и письменной речи, последние чаще.
4. Наличие комплекса речевых нарушений, как импрессивной (недостаточная дифференциация речеслухового восприятия), так и экспрессивной речи.

Е.В. Мальцева выделяет 3 группы детей с ТО по степени нарушения речи: 1. 25% имеют незначительные нарушения звукопроизношения в связи с недоразвитием речевой моторики (в т.ч. связь с аномалиями строения АА).

2. 53% детей имеют фонетико-фонематические нарушения, которые препятствуют полноценному формированию письменной речи (связь с нарушением фонематического анализа и синтеза).

3. 22% - дети с системным недоразвитием речи (аграмматизм, примитивная структура предложения, бедность словаря), которое влияет на письменную речь: смысловые замены слов, аграмматизм, синтаксические ошибки.

Смирнова И.А. Выделяет 5 групп первоклассников с ТО с учетом характера речевых нарушений:

1. Дети с мономорфной дислалией.
2. Дети с полиморфной дислалией.
3. Дети с фонетико-фонематическими нарушениями и соответствующими нарушениями письма.
4. Дети с дислексией и дисграфией.
5. Дети с МДР.

И.А. Симонова выделила также специфические особенности речи детей с разными клиническими проявлениями.

Так, при нарушении психического развития конституционального генеза, речь задерживается в развитии, звукопроизношение более сохранно, страдает фонематический анализ, не усваиваются понятия слог, звук и пр. Они многословны, коммуникативны, не продумывают ответ, импульсивны, имеется ярко выраженный эмоциональный компонент, яркие фантазии, однако трудности при необходимости формулировки мысли трудности подбора слов. Здесь нельзя говорить о нарушении, а скорее о своеобразии речевого развития – соответствие детям более младшего возраста.

Церебрастенической формой или осложненным инфантилизмом 32% имеют нарушения звукопроизношения, ФФНР, бедность лексико-семантической стороны речи, ограниченность словаря, неологизмы - подметальщики, кирпичники и пр, бедность языкового оформления связного высказывания.

Недостаточность речевой регуляции действия, трудности вербализации действий, несформированность планирующей функции речи.

Недоразвитие речи может проявляться в нарушениях звукопроизношения, бедности и недостаточной дифференцированности словаря, трудности усвоения логико-грамматических конструкций. У значительной части детей отмечаются недостаточность фонетико-фонематического восприятия, снижение слухоречевой памяти. Даже при внешнем благополучии устной речи нередко наблюдаются многословность или, наоборот, резко недостаточная развернутость высказывания. Такие дети испытывают затруднения в словесной регуляции деятельности (А.Д. Кошелева, В.И. Лубовский, Е.С. Слепович, С.Г. Шевченко и др.).

Фонетическая сторона речи у дошкольников с ТО страдает различными нарушениями: нечеткостью произнесения ряда звуков, нестойкостью употребления нарушенных звуков в речи, заменой одних звуков другими, более простыми по артикуляции. Помимо этого, отмечается общая вялость артикуляции вследствие

снижения тонуса артикуляционных мышц. Низкий уровень владения звуковым анализом слова.

Особенности их словарного запаса: преобладание пассивного словаря над активным; ограниченный запас слов, которые обозначают и конкретизируют обобщенные понятия, признаки и свойства предметов; недифференцированное, иногда и неадекватное употребление ряда слов; затрудненная активизация словарного запаса; неточное употребление отдельных слов; недостаточное понимание и неправильное употребление близких по значению слов; употребление слов, свойственных речи детей младшего возраста. Обедненность словарного запаса детей связана с ограниченностью их знаний и представлений об окружающем мире, о количественных, пространственных, временных, причинно-следственных отношениях, что определяется своеобразием познавательной деятельности и личности детей.

Грамматический строй речи также своеобразен. Высказывания детей нецеленаправленны, с использованием примитивных грамматических конструкций, с затруднениями в произвольном оперировании словами, особенно существительными с абстрактными значениями и относительными прилагательными.

Дети с ТО испытывают трудности в восприятии конструкций творительного падежа, не умеют выделить главное слово в предложении, расставить в нужном порядке другие слова. В формировании чувства языка у детей с задержкой психического развития есть целый ряд нарушений. Образованные ими *слова-неологизмы* они определяют, как правильные формы слов. Грамматически верно и неверно оформленные предложения дети воспринимают как одинаковые. В целях коррекции этих нарушений любая деятельность ребенка с ЗПР, каждое выполняемое им задание должны сопровождаться речью.

Связная речь. Особенности в построении высказывания — результат трудностей в планировании и развертывании речевого сообщения. Наиболее характерными видами аграмматизма являются: 1) пропуск или избыточность членов предложения; 2) ошибки в управлении и согласовании; 3) ошибки в употреблении служебных слов; 4) ошибки в определении времени глагола; 5) трудности в слово- и формообразовании; 6) структурная неформленность высказывания. Сложноподчиненные предложения у детей с ТО очень пространны, они часто используют прямую речь. Для рассказов характерно увеличение доли существительных, местоимений, наречий, служебных слов. Некоторые рассказы по сюжетным картинкам, устные сочинения состоят из одних существительных, т.е. представляют собой простое перечисление.

Монологическая речь носит ситуативный характер, у детей д/в только начинается переход к контекстной речи. На первый план выступает несформированность внутреннего программирования и грамматического оформления высказывания. У большинства детей нарушена способность к оречевлению своих действий.

Учащиеся с трудностями в обучении испытывают значительные трудности в овладении письменной речью, что приводит к дисграфии, дизорфографии и дислексии.

Работа по коррекции речи определяется не только характером речевого дефекта, но и особенностями психического развития.

Организация логопедической работы с детьми, у которых задержка психического развития осложнена речевыми нарушениями, осуществляется с учетом следующих факторов.

1. Взаимосвязь работы по коррекции речи с развитием познавательных процессов (восприятия, памяти, мышления).

2. Взаимосвязь логопедической работы с программой обучения.

3. Системный подход к формированию речи: логопедическая работа на любом этапе должна проводиться над речевой системой в целом (фонетико-фонематической, лексической и грамматической).

4. Использование наглядности с целью активизации познавательной и речевой деятельности, стимулирования мыслительных операций, повышения интереса к занятиям.

5. Логопедическая работа сочетается с задачами формирования учебной деятельности: включение в каждое занятие упражнений с целью повышения эмоциональной и умственной активности детей, мотивации к учению.

6. Максимальное использование различных анализаторов (слухового, зрительного, речедвигательного, кинестетического).

В подготовительный период восполняются пробелы в формировании психофизических предпосылок развития речи на сенсомоторном уровне, создается база, необходимая для коррекции нарушений речи у дошкольников с ЗПР, проводится работа по развитию общей, ручной, речевой моторики, развитию слухового, зрительного восприятия, внимания, памяти, ритма, формированию произносительных умений и навыков.

Коррекция нарушений звукопроизношения у детей с ТО должна осуществляться с коррекцией речи в целом, т. е. включать развитие фонематической стороны речи, словарного запаса, грамматического строя языка.

Формирование полноценного звукового анализа. В подготовительном периоде дети учатся узнавать и различать звуки, сначала неречевые звуки, затем — гласные и согласные, сравнивать звуки по артикуляции, узнавать и выделять звук среди других. работа по дифференциации согласных звуков, сходных по акустико-артикуляционным свойствам, изолированно, в слогах с использованием сигнальных карточек, фишек разного цвета и формы.

При пополнении словарного запаса учащихся с ТО особое значение имеют речевая практика, познавательная и речевая активность. Для пополнения и активизации словарного запаса эффективно использовать словесные игры, так как в них корригируется одновременно и речевая, и познавательная деятельность. В связи с этим применяются такие приемы, как: описание предметов, их изображений, описание по памяти, рассказы по представлениям, а также отгадывание и придумывание загадок. Необходимым условием расширения словарного запаса является развитие способности к словообразованию, т. е. образованию производных слов от корневых. С этими целями детям предлагаются задания: а) на определение действующих лиц (Как называют человека, который чистит сапоги?); б) на аналогии (У кошки — котенок, у лисы — ...?); в) на образование родственных слов (сад — садовый — садить) и др.

С целью формирования умения сознательно оперировать своей речью детям можно предлагать следующие задания: 1) изменение исходного слова и получение его форм или родственных ему слов; 2) сопоставление двух предложений, отличающихся одним словом; 3) анализ предложений с помощью интонирования; 4) придумывание предложений с заданным словом и определение количества слов в них; 5) анализ заданного предложения с помощью фишек (схема предложения) и др.

Значительное место в работе над развитием связной речи детей с ТО занимают задания с целью обучения ребенка отличать законченную мысль от беспорядочного набора слов, находить связи между предложениями. В работе над связной речью рекомендуются следующие приемы: 1) пересказ по готовому образцу; 2) составление плана рассказа при помощи картинок; 3) составление рассказов, по опорным словам, иллюстрируемым картинкой; 4) составление рассказа по серии картинок; 5) составление рассказа по серии сюжетных картинок, предлагаемых в нарушенной последовательности.

Развивать потребность в общении с другими людьми, в познании окружающего мира, умение участвовать в диалоге — одно из важнейших проявлений коммуникативных способностей.

Одной из важных задач логопедической работы со школьниками с ТО является усиление регулирующей и направляющей роли речи, нормализация взаимосвязи речи и деятельности учащихся. Умение дать отчет о выполненной работе и рассказать о предстоящей способствует преодолению нерешительности, растерянности, укрепляет веру в собственные возможности.

Обучение письму и чтению. Для формирования навыка чтения — длительная работа по развитию фонематического восприятия и фонематических представлений, совершенствованию навыков звукового анализа и синтеза. Практикуются упражнения в чтении столбиков слогов, на дифференциацию букв, используется усиленная работа с разрезной азбукой, упражнения в слоогоизменении и словоизменении способом подстановки или замены букв, способом наращивания букв, слогов. Распространенным видом помощи является анализ текста по вопросам, придумывание окончания к прочитанному рассказу, ситуации, не описанной, в рассказе и т. д.

4. Особенности логопедической работы с учащимися с интеллектуальной недостаточностью

1. Общая характеристика речевого развития

1) Наблюдается **недоразвитие речи, которое возникает** вторично, так как обусловлено уровнем интеллектуального недоразвития; у детей дошкольного и младшего школьного возраста, отмечается тяжелое нарушение речевого развития, включающее разнообразные нарушения речи (дизартрия, алалия, заикание и др.). По мнению С.Я. Рубинштейн, основными причинами недоразвития речи умственно отсталых детей является «слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах». Вследствие этого умственно отсталый ребенок долго не различает звуки речи, не разгра-

ничивает слова, произносимые окружающими, недостаточно точно и четко воспринимает речь окружающих. Отмечается снижение потребности в речевом общении.

Характерной особенностью **речевого развития** детей с интеллектуальными отклонениями является позднее развитие речи. Резкое отставание наблюдается уже в период доречевых вокализаций (лепет появляется в период от 12 до 24 месяцев). Первые слова появляются позднее трех лет, иногда от 2,5 до 5 лет (в норме появление первых слов у детей от 10 до 18 мес). Значительно отстает и появление фразовой речи.

2) **Нарушения речи** в логопедическом аспекте исследовались многими авторами (М.Е. Хватцев, Р.Е. Левина, Г.А. Каше, В.Г. Петрова, Д.И. Орлова, Р.И. Лалаева, Е.Ф. Собонович и др.). По данным исследований, выраженные дефекты речи наблюдаются у 40-50% младших школьников с интеллектуальным недоразвитием. Р.И. Лалаева (1988): нарушения звукопроизношения, дизартрия, ринолалия, дислексия, дисграфия, заикание и др. Нарушения речи своеобразны по своим проявлениям, механизмам, уровню нарушения, требуют дифференцированного подхода при их анализе, характеризуются стойкостью, устраняются с большим трудом, сохраняясь вплоть до окончания В/ш.

Наблюдается системное нарушение речи, имеющее **сложную структуру дефекта**. Системный характер: несформированность речи как целостной функциональной системы. Отмечаются нарушения как импрессивной, так и экспрессивной речи; устной и письменной речи. В той или иной степени, оказываются несформированными все операции речевой деятельности: имеет место слабость мотивации, снижение потребности в речевом общении, грубо нарушено программирование речи, создание, реализация речевой программы и контроль за речью, соответствие результата мотиву и цели речевой деятельности.

3) Преобладающим в структуре системного нарушения речи является **семантический дефект**.

Особенности речи и ее коррекция. Нарушения фонетической стороны речи. Если в младших классах общеобразовательной школы нарушения звукопроизношения наблюдаются у 4% детей, то среди младших умственно отсталых школьников детей с такими нарушениями — от 40% до 60% (Г.А. Каше, Д.И. Орлова и др.). Искажения звуко-слоговой структуры слова свидетельствуют о трудностях моторного воспроизведения стечений согласных и о несформированности слухового восприятия. Коррекция фонетической стороны речи построена на сравнении фонетически близких звуков, анализе звуко-слоговой структуры слова, развитии зрительно-пространственного анализа и синтеза.

Речь часто монотонная, маловыразительная, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях замедленная, в других — ускоренная, что во многом определяется преобладанием процесса возбуждения или торможения. У заторможенных детей голос слабый, немодулированный, у возбудимых — крикливый, резкий. У детей с синдромом Дауна темп речи замедленный, иногда отмечается скандированная речь. Часто у этих детей наблюдаются нарушения ритма речи органического генеза, голосовые расстройства.

Бедность словарного запаса, неточность употребления слов, трудности актуализации словаря, преобладание пассивного словаря над активным, нарушение процесса организации семантических полей. Они не знают названий многих предметов, частей предметов, в их словаре доминируют существительные с конкретным значением, отсутствуют слова обобщающего характера, мало прилагательных, наречий, преобладают замены слов по семантическому сходству. Пассивный словарь детей с интеллектуальным недоразвитием шире активного, но он с трудом актуализируется; часто для его воспроизведения требуется наводящий вопрос; многие слова так и не становятся понятиями. Несформированность грамматической стороны речи, которая проявляется в аграмматизме, в трудностях выполнения многих заданий, требующих грамматических обобщений, выявляются искажения в употреблении падежей, смешения предлогов, неправильные согласования существительного и числительного, существительного и прилагательного.

Формирование связной речи замедлено. Дети длительное время задерживаются на этапе вопросно-ответной и ситуативной речи. В процессе порождения связных высказываний они нуждаются в постоянной стимуляции со стороны взрослого, в систематической помощи в виде вопросов или подсказок. Особенно трудной для детей является контекстная форма речи. Недостаточно сформирована диалогическая речь из-за слабой ориентированности на собеседника.

Связные высказывания мало развернуты, фрагментарны. В рассказе нарушена логическая последовательность, связь между отдельными частями. Более легко детям дается пересказ, однако не без издержек: пропускаются важные части текста, упрощенно передается содержание, дети не понимают причинно-следственные, временные и пространственные отношения.

Работа над связной речью сначала проводится на материале диалогической, ситуативной речи, а позднее — контекстной, монологической в следующей последовательности: развитие умения анализировать наглядную ситуацию, выделять главное и существенное, основное и фоновое; формирование умения располагать смысловые компоненты в определенной последовательности; развитие способности удерживать смысловую программу в памяти (запоминание последовательности картинок, пересказы текстов); перекодирование каждого элемента смысловой программы в языковую форму.

Рекомендуется следующая последовательность в работе над связным текстом: пересказ с опорой на серию сюжетных картинок, пересказ по сюжетной картинке, пересказ без опоры на наглядность, пересказ на основе деформированного текста, рассказ по серии сюжетных картинок, рассказ по сюжетной картинке, самостоятельный рассказ. Работа опирается на анализ структуры предложения, сопоставление речевых единиц.

Особенности нарушений письменной речи и их коррекции у школьников с интеллектуальным недоразвитием. Процесс овладения чтением детьми с интеллектуальными нарушениями протекает замедленно и характеризуется качественным своеобразием (М.Ф. Гнездилов, В.Г. Петрова, Р.И. Лалаева и др.). Большую трудность представляет поэтапное овладение процессом чтения: усвоение букв, слияние звуков в слоги, слогов в слова, чтение слов, предложений и текста.

По данным Р.И. Лалаевой, у 65-70% умственно отсталых первоклассников обнаруживается дислексия. Для нарушений чтения этих детей типичны следующие проявления: неувоение букв; побуквенное чтение; искажения звуковой и слоговой структуры слова; нарушения понимания прочитанного; аграмматизмы в процессе чтения.

Симптоматика нарушений процесса письма у детей с интеллектуальными нарушениями характеризуется большим количеством разнообразных ошибок на письме и сложностью их механизмов (В.В. Воронкова, Е.М. Гопиченко, Е.Ф. Собо-тович, Р.И. Лалаева и др.). Дисграфия сопровождается у этих детей распространенными орфографическими ошибками, проявляется в комплексе, в сочетании различных форм.

Нарушение аналитико-синтетической деятельности проявляется в анализе морфологической структуры слова и предложения, звуковой структуры слов. Не-четкость представлений о звуко-слоговой структуре слова приводит к большому количеству пропусков, перестановок, замен букв. Смутные представления о морфологической структуре слова на письме обуславливают множество аграмматизмов, искажений префиксов, суффиксов, окончаний, особенно в самостоятельном письме. Нарушение анализа структуры предложения обнаруживается в пропуске слов, их слитном написании, раздельном написании слова.

Коррекция нарушений чтения и письма детей с интеллектуальными нарушениями должна быть тесно связана с развитием у них познавательной деятельности, анализа, синтеза, сравнения, обобщения, абстрагирования. Устранение нарушений чтения и письма проводится в тесной связи с коррекцией нарушений устной речи как системы, с коррекцией дефектов звукопроизношения, фонематической стороны речи, ее лексико-грамматического строя.

5. Специфика логопедической помощи при РДА

Общие, специфичные для РДА, особенности речи: 1) нарушение коммуникативной функции речи: речь автономна, эгоцентрична, недостаточно связана с ситуацией и окружением; оторванность такого ребенка от мира, неспособность осознать себя в нем сказываются на становлении его самосознания. Следствием этого является позднее появление в речи местоимения «я» и других личных местоимений в первом лице; 2) стереотипность речи; 3) мутизм; 4) склонность к словотворчеству, «неологизмам»; 4) эхолалии; 5) манерность речи; 6) своеобразие нарушений звукопроизношения, темпа и плавности речи.

Организация логопедической помощи должна начинаться как можно в более раннем возрасте и проводиться с учетом варианта речевого развития детей с РДА. Исходя из классификации О.С. Никольской, выделяют 4 варианта нарушений речи при РДА.

При **первом варианте** становления речи гуление появляется в 2—5 месяцев, лепет в 5—7 месяцев, первые слова – в 8—12 месяцев, то есть раньше, чем у детей с нормальным развитием. Но родители обычно обращают внимание, что первые слова ребенка («листок», «трава» и др.) оторваны от его потребностей, что отсутствуют слова «дай», «на», а слова «мама», «баба» не являются обращением и произносятся как бы сами по себе: мамой может быть назван кто угодно и что угодно.

Эти первые слова часто сложны по слоговой структуре, произносятся с утрированной интонацией, все звуки выговариваются четко.

Первые фразы появляются у этих детей вскоре после первых слов. Становление фразовой речи происходит довольно быстро, но речь эта как правило не носит конкретного характера (у здоровых детей в возрасте 1—2,5 лет речь в основном конкретная).

В возрасте 2—2,5 лет отмечается регресс речи. Этому обычно предшествует какое-либо соматическое заболевание, психотравма или другие отрицательные воздействия, хотя в отдельных случаях никаких видимых причин для такого регресса назвать нельзя. У части детей речь почти совсем утрачивается, остаются вокализации без обращений, бормотание (иногда — в состоянии аффекта), прорываются отдельные «слова-эхо», отражающие слышанную ребенком речь, и очень редко — простая фраза. Ухудшение речи сопровождается нарастанием трудностей в моторике.

Несмотря на регресс внешней речи, внутренняя может сохраняться и развиваться. Установить это можно только после длительного, внимательного наблюдения. На первый взгляд кажется, что ребенок не понимает обращенную к нему речь, потому что он далеко не всегда и не сразу выполняет речевые инструкции. Много, однако, зависит от ситуации: при непроизвольном аффективном внимании ребенка речь понимается им лучше, чем при прямом обращении к нему. Кроме того, такие дети часто просто не могут выполнить просьбу или указание взрослого из-за моторных трудностей, недостаточной целенаправленности и невозможности сосредоточения внимания. Однако даже при отсутствии немедленной реакции на речь взрослых в последующем оказывается, что в поведении, деятельности ребенка полученная информация в той или иной мере учитывается.

Коррекционная работа. Первый вариант представляет наибольшие трудности в коррекционной работе по развитию речи. Как указывалось, здесь наиболее выражены глубина отрешенности от внешнего мира, отсутствие целенаправленного поведения. Эти дети мутичны. Но несмотря на отсутствие речи, остаются вокализации без обращения, бормотание, а в состоянии аффекта у ребенка могут неожиданно вырваться отдельные слова и даже фразы.

Специальные приемы активизации речи мутичных детей:

1. Вслушиваясь в поток вокализаций, взрослый четко повторяет слова, которые ребенок произносит смазанно. Например, ребенок невнятно бормочет слово «хлебушек»; взрослый дает ему кусочек хлеба, при этом четко и эмоционально выговаривает это слово.

2. Четко артикулировать слова, обозначающие те предметы, действия, которые привлекают внимание ребенка, на которых он задерживает свой взгляд.

3. Речевую активность стимулируют восклицания в виде междометий, звукоподражательных слов: ребенок задержал внимание на капающей из крана воде — взрослый тотчас комментирует: «Кап, кап». Обычно не сразу, но ребенок тоже начинает повторять: «Кап, кап». В дальнейшем вызываемая эхолалия усложняется: «кап, кап водичка», «кап, кап дождик».

4. Выразительные жест, артикуляция взрослого облегчают восприятие слова ребенком.

5. Манипулирование должно быть использовано для развития речи.

Так, мутичного ребенка привлекают различные вращающиеся предметы. Взрослый вращает на столе маленький деревянный волчок красного цвета. Когда волчок падает на пол, взрослый восклицает: «Ой!» Если ребенок уже повторяет восклицание, комментарий усложняется: «Ой, упал» и далее по мере усвоения: «Ой, волчок упал!», «Ой, красный волчок упал!». Потом в игру вводятся другие предметы, которые тоже («случайно») падают со стола, и в дальнейшем вместо «упал» появляются «спрыгнул», «соскочил», «убежал».

6. Объяснение смысла происходящего, постоянная информация об окружающих, взаимоотношениях людей и т. д. формировании внутренней речи - опора для развития чтения и письма.

Не дожидаясь оформления у мутичного ребенка звуковой речи, следует приступить к обучению его чтению и письму.

Второй вариант речевого развития детей с РДА существенно отличается от первого. В этих случаях характерна задержка становления речи: гуление появляется в 3—5 месяцев, лепет – в 5—11 месяцев, а иногда родители его совсем не отмечают; первые слова – от 1 года 2 месяцев до 3 лет. Эти слова также не имеют характера обращения, а представляют собой стереотипный набор слов-штампов.

Типичными являются стойкие нарушения звукопроизношения, перестановки звуков в словах, замедленный темп речи (в редких случаях – ускоренный). Из-за пониженного психического тонуса не возникает побуждений к речевой деятельности, поэтому словарный запас накапливается медленно, за счет механического запоминания и закрепляется благодаря склонности ребенка к стереотипиям. Развитие фразовой речи сильно затруднено, спонтанные фразы аграмматичны: не употребляются предлоги, слова не изменяются по родам и числам, глаголы в речи встречаются преимущественно в неопределенной форме, прилагательные практически отсутствуют. Большие сложности возникают в связи с употреблением личных местоимений: местоимение «я» не используется, о себе ребенок говорит во втором или третьем лице («Голя – гулять»). С возрастом накапливается большое количество речевых штампов (употребляют не к месту), цитат из любимых стихов, песен, сказок (дети предпочитают слушать их в грамзаписи). Такая речь не связана с окружающей обстановкой, употребляется не в соответствии с заключенным в ней содержанием. Только после длительной коррекции дети начинают употреблять речевые штампы более или менее к месту.

Дети с таким вариантом речевого развития не вникают в смысл сказанного другим, не всегда понимают, а потому и не выполняют словесную инструкцию. В связи с тем, что их речь крайне стереотипна, диалог с ними практически невозможен: они не отвечают на вопросы и сами их никогда не задают. Родители часто говорят о том, что у ребенка не было периода «почемучки».

Эти дети моторно неловки, нарушена не только общая, но и тонкая моторика (пальцевая и артикуляционная), значительно снижен мышечный тонус; все это дополнительно тормозит их речевое развитие.

Коррекционная работа. Так как для ребенка характерна грубая задержка формирования речи (стереотипные слова и фразы), низкая речевая активность, главная задача – налаживание контакта, создание ситуаций, побуждающих к речи.

Контакты с таким ребенком сначала возникают на доречевом уровне. Но в процессе общей эмоциональной активации взрослый усиливает и общую речевую активность ребенка, его готовность речью реагировать на происходящее. Уже в первых совместных эмоционально-tonизирующих играх с включением речи используются звукоподражания, эхоталии. Ребенок повторяет услышанную фразу или слово. Активизация форм стереотипного поведения, адекватного играм и бытовым условиям, вооружение различными формами речевого поведения.

Постоянное сопровождение действия развернутой фразой способствует формированию фразовой речи. Например, первоначальная фраза «Дай мяч» становится затем фразой: «Дай скорее красный мяч».

Речевая активность стимулируется знакомыми стихами и песнями, любимыми сказками. Крайне стереотипные в поведении, эти дети очень любят бессчетное число раз прослушивать одни и те же грампластинки или просматривать диафильмы; все это может и должно использоваться в развитии речи. Ребенок часто эхоталически воспроизводит слова, фразы и даже значительные фрагменты из прослушанного, не соотнося смысла своей речи с реальной ситуацией.

Провоцировать употребление эхоталических слов и фраз ребенка в соответствии с ситуацией. Например, если ребенок знает наизусть «Мойдодыр» К. Чуковского и время от времени невпопад цитирует фрагменты из него, взрослый систематически повторяет, ведя ребенка к умывальнику: «Надо, надо умываться по утрам и вечерам!». Важно помнить о том, что в условиях эмоционального подъема дети менее болезненно реагируют на вторжение в свои речевые стереотипы, а иногда подхватывают новое и закрепляют его в речи.

Использовать те объекты, к которым ребенок в более привязан. Например, если ребенок любит ездить в метро и эхоталично повторяет названия станций, можно построить сюжетную игру, в которой, учитывая привязанность ребенка, легче формировать элементы спонтанной речи. Рассматривая открытки с видами метро, можно вызвать ребенка на беседу: это может быть, как воспоминание о прошлых поездках, так и планирование будущих. В беседу на актуальную для ребенка тему произвольно вводятся новые для него слова и фразы. В ближайшее время после такого занятия необходимо закрепить достигнутый уровень контакта и продвижения в речи совместной экскурсией, рисованием, которое сопровождается комментарием. В дальнейшем на основе той же тематики усложняется фраза и расширяется словарь.

И при этом варианте речевых расстройств обучение ребенка чтению следует начинать еще до выхода его на уровень спонтанной речевой активности. Это будет способствовать более быстрому формированию речи. использовать метод глобального чтения.

Усвоение грамматических норм языка осуществляется главным образом на основе практических действий. Пример: играя в прятки, взрослый прячется вместе с ребенком за столом, под столом (взрослый шепчет эти слова ребенку); вместе накрывает на стол для всей семьи: «Вот маме ложка, вот папе ложка, вот ложка тебе — у нас теперь три ложки». В эхоталической речи все грамматические нормы соблюдаются ими идеально.

Формирование диалогической речи легче осуществляется посредством чтения текста. Торопиться с исправлением дефектов звукопроизношения в любом случае не следует, так как сосредоточение не на смысловой, а технической стороне речи может затормозить развитие и коммуникативной функции.

Сущность обучения глобальному чтению состоит в том, что с самого начала слово дается ребенку целиком и прочтение подкрепляется одновременно предъявляемым ярким, красочным наглядным материалом. В дальнейшем тот же материал закрепляется в игре, в быту, в устной речи. Подбор слов производится для каждого ребенка индивидуально, с учетом его интересов и пристрастий, но необходимо учитывать и сложность слова (количество слогов, особенности произношения, доступность содержания).

Третий вариант. Наблюдается иной характер нарушений. Основные этапы развития речи наступают раньше, чем у здоровых детей: первые слова появляются от 8 до 12 месяцев, первые фразы – от 12 до 16 месяцев. Родителей обычно радует, что у ребенка быстро растет словарный запас, фраза почти сразу становится грамматически сложной, удивляет способность к пространным, «взрослым» рассуждениям. Характерны длинные монологи на аффективно значимые для ребенка темы. Однако со временем становится заметно, что, несмотря на, казалось бы, очень большой словарный запас, с ребенком фактически невозможно поговорить. Речь таких детей остается стереотипной, она как бы отражает речь взрослых.

Такие дети, казалось бы, не имеют речевых проблем: у них, как указывалось, часто большой словарный запас, «взрослая» фраза, нередко литературная речь, способность произносить длинные монологи на интересующие их темы. Они буквально «заговаривают» своих близких. В спонтанной речи используются правильные, сложные грамматические конструкции. То же представляют собой заимствования, штампы, они употребляются почти всегда к месту. Например, когда ребенка ведут умыться, он говорит: «Надо, надо умыться по утрам и вечерам», а перед сном, уже в кровати: «Все спит, Денис спит». Когда мать хочет наказать ребенка, он просит ее: «Смилуйся, государыня-рыбка», а после наказания укоряет ее: «Ну, теперь твоя душенька довольна!». Но богатая речь таких детей несет в основном аффективную функцию, в монологах они стереотипно проигрывают свои фантазии, страхи, влечения. Схватывается и закрепляется детьми главным образом речь **аффективно насыщенная**, эмоциональная, соответствующая по содержанию сверхценным интересам и сверхпристрастиям ребенка.

Когда же приходится строить гибкое речевое взаимодействие, поддержать диалог, они замолкают или отвечают односложно. В этом и состоят основные трудности речевого развития этих детей. Монологи такого ребенка обычно мало связаны с конкретной ситуацией общения. Поэтому взрослые чаще всего оставляют их без внимания. В тоже время в диалоге он оказывается неспособным к гибкому речевому взаимодействию с собеседником.

Характерно повышенное внимание к звуковой структуре слова. Именно она, а не смысловое значение слова, не понятие, больше привлекает ребенка: он с удовольствием играет словом, заменяя в нем отдельные звуки, переставляя слоги и не

интересуется конкретным смыслом того, что получилось. Характерна любовь к словотворчеству.

Дети с данным вариантом речевого развития хорошо понимают обращенную речь, но не выполняют речевые инструкции, а иногда и вовсе отказываются от их выполнения. Это зависит от соответствия содержания инструкции направленности собственных интересов и влечений ребенка.

Весьма характерны нарушения внешнего оформления речи: напряженность голоса, повышение его высоты к концу фразы, убыстренный темп, недоговаривание слов, пропуск и замена звуков, нечеткое, смазанное их произношение. Иногда речь толчкообразна, скандирована. Дети легко перенимают аффективно насыщенные интонации взрослых. На особенностях звукопроизношения, темпа и плавности речи сказывается, очевидно, и повышенный мышечный тонус.

Специфика работы по развитию речи – перевод монологической речи в диалог. Работа по **формированию диалога** начинается с внимательного выслушивания монолога ребенка – приобретает коммуникативную функцию. Взрослый начинает задавать вопросы, уточнять подробности, предлагать свои варианты объяснений происходящего. В русле этой темы ребенок «слышит» собеседника и отвечает ему направленно. Так рождаются первые формы диалога. После длительного периода такой совместной работы появляется возможность активно влиять на ход рассуждений ребенка, не вызывая его протеста.

Следующий этап развития диалога — его произвольное построение, когда ребенку предлагается продолжить сочинение начатой взрослым сказки или игры, а на определенном этапе — суметь снова передать развитие сюжета взрослому. Для этого используются сверхценные интересы ребенка, на которые взрослые активно и доброжелательно обращают внимание. Пример: у мальчика раннее развитие речи, его сверхценные интересы сосредоточены на мире животных: он знает о них много стихов, сказок и даже реальных сведений. Но, к сожалению, это единственная тема его длиннейших монологов и многочисленных рисунков. Ребенок не в состоянии выслушать обращенную к нему речь, если она не касается его интереса, его речь часто не связана с конкретной ситуацией. Игры с ним первоначально включали сюжеты только о животных. Постепенно игра видоизменялась таким образом, чтобы ее участником и героем становился сам мальчик, а в дальнейшем в сюжет игры вводились и другие действующие лица — люди. Разрабатывались игровые ситуации, связанные с жизнью ребенка, с окружающим его миром — все это способствовало развитию разнообразия диалогической речи.

При нарушении темпо-ритмической стороны важно вселить в ребенка уверенность, что он будет выслушан до конца, никогда не обрывать его речь, не отворачиваться, когда он говорит. Речевая среда таких детей должна быть спокойной, содержать возможно меньше напряженности.

Четвертый вариант. Раннее речевое развитие приближено к норме.

В возрасте 2—2,5 лет после соматического заболевания или психотравмы речевая активность резко снижается, отмечается регресс речи. Однако он никогда не завершается полным мутизмом; речевое развитие как бы приостанавливается до 5—6 лет. Это приводит к резкому обеднению активного словаря. Речь становится

внешне похожей на речь умственно отсталых. В этот период фразовая речь практически исчезает. На заданный вопрос ребенок не отвечает, а эхολалически повторяет вопрос.

Несмотря на то, что ребенок очень мало говорит, удается выяснить, что у него довольно богатый пассивный словарь, соответствующий или даже превосходящий возрастную норму. Очень часто у детей нарушено звукопроизношение, но в аффективно насыщенной ситуации ребенок может произносить все звуки и сложные звукосочетания правильно и чисто. Характерна высокая чувствительность к структуре слова. Никогда не бывают нарушения порядка слогов, их замены. Темп и плавность речи тоже могут быть изменены, чаще встречается его замедление, чем ускорение; иногда отмечается заикание.

Понимание речи находится на более высоком уровне. Таких детей в большей степени интересует содержание речи, ее семантическая сторона. Это проявляется, например, не в пристрастии к стихам вообще, а к стихам эмоционально тонким с высоким ритмическим строем. Развивающаяся фразовая речь страдает аграмматизмом. Это, по-видимому, отчасти связано с меньшей, чем у других детей с РДА склонностью к употреблению готовых речевых штампов, со стремлением к самостоятельной речи. Ребенок начинает говорить о себе в первом лице несколько позже, чем дети с предыдущим вариантом речевого развития.

Коррекционная работа. При четвертом варианте речевого развития при РДА взаимодействие с взрослыми развивается легче и быстрее, но выраженная сензитивность детей этой группы требует большой осторожности в стимуляции речевой деятельности.

1. На начальных этапах представляется целесообразным опосредованное включение взрослых в речевое взаимодействие с ребенком (переговорная трубка из бумаги, игрушечный телефон, компьютер и т. д.). Нельзя требовать от ребенка сразу грамматически правильной речи.

2. Вселять в ребенка уверенность в своих силах. И здесь лучше всего активизировать речь ребенка в процессе игры, повышающей психический тонус, на основе интереса - похвалить, подчеркнуть убедительность его аргументов, поддержать.

3. Нарушения звукопроизношения: торопиться не следует, слишком ранняя коррекция звукопроизношения методами традиционной логопедии, как уже указывалось, отрицательно сказывается на развитии речи ребенка в целом.

4. Подготовка к обучению в школе, привитие навыков чтения и письма в значительной мере помогает и в развитии речи. Но проводиться она должна также в игровой ситуации.

Ряд общих рекомендаций:

1. Необходимо много разговаривать с ребенком, объяснять ему происходящее вокруг, говорить новые слова, не требуя немедленного их повторения.

2. В обыденной жизни необходимо постоянно вовлекать ребенка в обсуждение планов на предстоящий день, обговаривать их в процессе исполнения, вечером вспоминать, оценивать прошедший день. Полезно вместе с ребенком рассказывать тем членам семьи, которые вернулись домой с работы, как прошел день.

3. Постепенно переходить к составлению планов на более длительные сроки, поощряя активность, самостоятельность ребенка в их разработке. Для этого целесообразно вовлекать ребенка в совместную подготовку к праздникам, семейным датам.

4. Для упражнения речевой регуляции своих действий, речевого планирования, ребенку предлагается сначала руководить действиями взрослого.

6. Особенности логопедической работы с учащимися с ДЦП

Общая характеристика речи детей с ДЦП

Частота речевых нарушений при ДЦП от 70 до 80 %. Степень выраженности нарушений речи зависит от локализации и тяжести поражения мозга. Наблюдается **взаимосвязь** двигательных и речевых расстройств.

Имеют место такие **нарушения речи** как дизартрия 60–70%, осложненная ОНР, алалия. Особенностью дизартрии при ДЦП является недостаточность кинестетического восприятия. При моторной алалии речь детей с церебральным параличом без специального обучения практически не развивается и остается на уровне звукоподражательных и лепетных слов.

Признаки **дизонтогенеза** наблюдаются уже в доречевой период: отсутствие лепета, позднее формирование, малая звуковая активность, нарушения артикулирования звуков. **Сроки речевого развития задержаны.** У большинства детей первые слова появляются лишь к 2—3 годам, фразовая речь – к 3—5 годам. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения.

Для речи характерно:

1. Ведущими являются **фонетико-фонематические нарушения, проявляющиеся как результат** органического поражения речедвигательного анализатора -- **нарушения артикулирования звуков речи** – оральная диспраксия, расстройства голоса, дыхания, темпа и ритма, интонационной выразительности речи.

2. Своеобразие в **понимании речи**: недостаточное понимание многозначности слов, иногда незнание предметов и явлений окружающей действительности. Нередко вызывает трудности понимание текстов художественных произведений, арифметических задач, программного материала.

3. Слабость ощущения «двигательного образа» слова приводит к **нестойкости связи между звуковой и смысловой** его характеристикой, что может проявляться в своеобразном недоразвитии **лексики**, в медленном темпе ее формирования: **ограниченность социальных контактов**, активного познания окружающего мира, нарушение развития аналитической деятельности, сферы восприятия.

4. Ограниченная коммуникация и практическая деятельность приводят к трудностям усвоения грамматической стороны речи: структура предложения, анализ и т.п. Соответственно связная речь.

5. Низкий уровень языковых способностей.

6. Нарушена **мелодико-интонационная сторона речи**: голос обычно слабый, иссякающий, немодулированный, интонации невыразительны.

7. Отмечаться все известные **формы дисграфии и дислексии**: недостаточность зрительных впечатлений и представлений, несформированность оптико-

пространственного гнозиса. Зеркальность. Звуко-буквенный анализ формируется с большим трудом. Несформированностью зрительно-моторной координации. На письме буквы смешиваются, особенно сходные по начертанию, искажается смысл слов. Ребенок не может плавно проследить движения пишущей руки. Необходима профилактика.

Логопедическая работа проводится поэтапно еще в доречевой период.

1 ЭТАП – подготовительный – подготовка артикуляционного аппарата к формированию артикуляционных укладов, воспитание потребности в речи, коррекция голоса и дыхания, обогащение словаря. На первых порах стимулируют начальные голос. реакции, вызывают звукоподражания.

2 ЭТАП – формирование первичных коммуникативных произносительных навыков.

Задачей логопедической работы при детском церебральном параличе является **развитие ощущений артикуляционных поз и движений**, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для улучшения ощущений артикуляционных движений используются упражнения с сопротивлением, чередование упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем движений с помощью зеркала и с закрытыми глазами. **Цель — сосредоточение на проприоцептивных ощущениях.**

Организация ЛР

1. Максимально раннее начало коррекционного воздействия.
2. Комплексный характер: логопедическая работа, логоритмика, физиотерапия, ЛФК, медикаментозное лечение.
3. Выбор положения ребенка, при которых влияние тонических рефлексов на речевую моторику было бы минимальным – **«рефлекс запрещающих позиций»**. Подбираются совместно с невропатологом.
4. Общее расслабление, массаж и гимнастика артикуляционной мускулатуры.
5. Для развития речевого дыхания рекомендуются различные упражнения на дутье.
6. Развитие фонематического анализа и синтеза.
7. Включается работа над фонетикой, лексикой и грамматикой в сочетании с предметно-практической деятельностью.

Специфика ЛР: Методические рекомендации:

Если ребенок сидит, обратить внимание на положение его головы: она должна находиться по средней линии, не опускаться на грудь, не поворачиваться в сторону и не откидываться назад. При необходимости правильное положение головы фиксируется головодержателем.

При проведении занятий важно, чтобы зеркало и лицо логопеда находилось на уровне глаз ребенка.

Надо избегать наклона туловища вперед (для этого в ряде случаев необходимо применение специального стула), перекреста ног, приведения бедер, свисания стоп.

Необходимо подавлять сосательные и другие рефлекторные движения, постепенно обособлять артикуляционные, дыхательные движения и голосовые реакции от общих движений.

При проведении логопедической работы с детьми с церебральным параличом важно учитывать, что тонические рефлексы оказывают влияние на мышечный тонус артикуляционного аппарата. ЛТР повышает мышечный тонус корня языка.

СШТР повышает мышечный тонус спинки и кончика языка. Выраженность этого рефлекса затрудняет дыхание, голосообразование, произвольное открывание рта, продвижение языка вперед и вверх.

АШТР вызывает асимметричное повышение тонуса в речевой мускулатуре: тонус больше повышается на стороне, противоположной повороту головы ребенка.

Задержка обратного развития ряда врожденных рефлексов орального автоматизма: сосательного, хоботкового, поискового рефлексов, рефлекторного глотания, кусания и некоторых других.

Наличие этих рефлексов препятствует развитию произвольных артикуляционных движений.

Необходимость сочетать логопедическую работу с развитием функции рук и общей моторики ребенка.

У детей с церебральным параличом при всех видах активных движений в конечностях **нарастает мышечный тонус** в общей и речевой мускулатуре и усиливаются дизартрические расстройства. Выполнение любых движений с усилением вызывает повышение мышечного тонуса. Во время занятий не следует требовать от ребенка **чрезмерных усилий**, ибо они могут способствовать диффузному повышению мышечного тонуса и усилению нарушений звукопроизносительной стороны речи.

Спецификой работы по развитию лексики

1. Сочетание с коррекцией восприятия и представлений.
2. Опора на расширение знаний об окружающем, особенно усвоению глаголов.
3. Опора на расширение практического и чувственного опыта ребенка, формирование предметно-действенного общения со взрослым.
4. Работа по формированию словаря производится поэтапно.

На 1 этапе – первичное ознакомление детей с предметами, их изображениями и действиями с ними. Используется ряд методических приемов: неожиданное появление и исчезновение предмета, его движение, действия с предметом. Сосредоточение внимания на предметах - называние их. Полезны поисковые ситуации, вопросы: «Где кукла?», «Где машина?» и т. д. Постепенно слово связывается с предметом. Стимул к повторению слов.

На 2 этапе – углубленное ознакомление с предметами, их качествами и свойствами – развивают целостное представление о предметах, понимание взаимосвязи назначения предмета с его строением, осознание частей и целого предмета. Использование практических задач с опорой на игровые приемы, активизирующие познавательную деятельность ребенка. Обучение способам сенсорного обследования предметов. При этом подключают дефектный двигательно-кинестетический анализатор, т. е. ощупывание и узнавание их на ощупь. Обучая детей обследовательским действиям, выделению нужного качества предмета, вводят новые слова, их обозначающие. учат сравнивать их с противоположным: например, тяжелый с легким, твердый с мягким, холодный с теплым и т. д.

На 3 этапе работы занятия усложняются за счет увеличения набора выделяемых качеств и свойств предметов. Задача словарной работы: в умении более

точно подбирать слова для характеристики выделяемых качеств и свойств предметов.

На четвертом этапе работы формируются обобщения и понятия. У детей развиваются видовые и родовые обобщения на основе освоения слова, выделяющего существенные признаки предметов.

Таким образом, ЛР при дизартрии у детей с ДЦП носит **комплексный системный характер и направлена на коррекцию фонетико-фонематических расстройств, развитие лексики, грамматики и связной речи.**

Тема 16. Система логопедической помощи учащимся с общим недоразвитием речи

Вопросы:

1. Содержание понятия «общее недоразвитие речи».
2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ОНР.
3. Система и организация логопедической помощи детям с ОНР.

Литература:

1. Баль, Н.Н., Дроздова, Н.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
2. Глухов, В. П. Методика формирования связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием. Учебное пособие. – М.: МГОПУ, 1995. –143 с.
3. Ефименкова, Л.Н. Формирование речи у дошкольников (Дети с общим недоразвитием речи): Кн. для логопедов. – 2-е изд., перераб., – М.: Просвещение, 1985. – 109 с.
4. Корнев А.Н. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты) / А.Н. Корнев // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. Монографический сборник. – МПГУ, 2005. – С. 43-47.
5. Левина, Р.Е. Основы теории и практики логопедии. / Р.Е. Левина. – М., 1968.
6. Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студентов дефектологических факультетов педагогических вузов: В 5 книгах – Т. 3: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия / Авт.-сост. С.Н. Шаховская, М.К. Шохор-Троцкая (Бурлакова); под ред. Л.С. Волковой. – М.: Владос, 2003. – 312 с.
7. Спирина, Л.Ф. Особенности развития речи учащихся с тяжелыми нарушениями речи / Л.Ф. Спирина. – М.: Просвещение, 1980. – 580с.
8. Гриншпун, Б. М. Алалия / Б. М. Гриншпун // Логопедия: Учеб. / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской.– 3-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – С. 331-388.
9. Ястребова, А.В Преодоление общего недоразвития речи у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений / А.В. Ястребова. – М.: АРКТИ, 1999. – 120 с.

1. Содержание понятия «общее недоразвитие речи»

В теории и практике логопедии ОНР рассматривается **в двух значениях:**

1. ОНР как различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речи. В данном случае симптоматика ОНР наблюдается при различных по механизмам формах речевых нарушений: моторной алалии (F 80.1), сенсорной алалии (F 80. 2), детской афазии (F 80.3), дизартрии (R 47.1), ринолалии (R 49.2)

2. ОНР как самостоятельная форма расстройства речи. Общее недоразвитие речи – речевое расстройство, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Недоразвитие речи у детей может быть выражено в различной степени: от полного отсутствия речи до незначительных отклонений в развитии. Полное отсутствие фразовой речи может иметь место даже в возрасте 4-5 лет.

Г 80.9 – неосложненный вариант общего недоразвития речи (ОНР невыясненного патогенеза).

Причины ОНР: неблагоприятные воздействия во внутриутробном периоде (инфекции, интоксикации, прием алкоголя и никотина во время беременности, токсикозы беременных, несовместимость по резус-фактору), во время родов (асфиксия), в первые годы жизни ребенка (инфекции, заболевания ЦНС, травмы мозга). При алкогольном синдроме наблюдается сочетание ОНР с синдромами двигательной расторможенности, аффективной возбудимости, крайне низкой умственной работоспособностью. В сочетании с нерезко выраженной органической недостаточностью ЦНС или генетической предрасположенностью нарушения приобретают более стойкий характер. Возникновение обратимых форм ОНР может быть связано с неблагоприятными условиями окружения и воспитания.

Е.М. Мастюкова выделила клинические виды ОНР.

1. Характерны признаки лишь общего недоразвития речи без других выраженных нарушений нервно-психической деятельности. У детей отсутствуют локальные поражения ЦНС. Наблюдаются общие черты эмоционально-волевой незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности, недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук.

2. ОНР сочетается с рядом неврологических и психопатологических синдромов: А. синдром повышенного внутричерепного давления (выступающие лобные бугры) нарушения умственной работоспособности, произвольной деятельности и поведения, истощаемость, возбудимость, раздражительность; Б. церебрастенический синдром: повышенная нервно-психическая истощаемость, эмоциональная неустойчивость, нарушения функций активного внимания и памяти, гипервозбудимость или заторможенность. В. синдромы двигательных расстройств: изменения мышечного тонуса, нерезко выраженные нарушения равновесия, координации движений, нарушения моторики пальцев рук, несформированность общего и речевого праксиса, нарушения познавательной деятельности, низкая умственная работоспособность.

3. Стойкое специфическое речевое недоразвитие – моторная алалия - выраженное недоразвитие всех сторон речи, всех видов речевой деятельности, всех форм устной и письменной речи; кроме специфического речевого дефекта характерны: нарушения внимания, памяти мышления, расстройства эмоционально-волевой сферы и поведения.

Симптоматика ОНР включает позднее начало развития речи, ограниченный словарный запас, аграмматизм, дефекты звукопроизношения. Несмотря на различную природу возникновения ОНР имеются типичные проявления, указывающие на системные нарушения речевой деятельности: 1) позднее начало речевого развития (задержка речевого развития); 2) неравномерное развитие (отставание) экспрессивной и импрессивной речи; 3) наличие недифференцированного звукопроизношения; 4) наличие аграмматизма; 3) трудности усвоения языка как системы знаков.

Проявления дизонтогенеза речи. Первые слова детей с ОНР могут сигнализировать о неблагополучном начале развития речи: вместо целого слова ребенок произносит ударный слог или набор звуков, нарушает ритмический рисунок слова.

Долгое время отсутствует речевое подражание новым словам, что приводит к остановке в развитии фразовой речи, которая, как известно, формируется при наличии в словаре ребенка имен существительных и глаголов в определенной пропорции. Отсутствие многих артикуляционных укладов приводит к выбору артикуляционно далеких звуков-заменителей. Характерным признаком недоразвития речи является нарушение звукозаполняемости и слоговой структуры слова.

В языковом развитии обнаруживается острый дефицит грамматических элементов, нарушается морфологическое членение слов, которое продолжительное время носит ярко выраженный характер. Дети с ОНР не способны к образованию формы слова по аналогии, так как грамматический элемент не становится носителем определенного значения. Именно поэтому для построения самостоятельного высказывания характерно беспорядочное сочетание лексических и грамматических средств языка. В одном предложении ребенок может использовать до 3-5 аморфных неизменяемых слов-корней. Вследствие затруднения языковых обобщений дети длительно используют в различных речевых ситуациях однотипные речевые обороты по-разному.

Сфера коммуникации. Дети с ОНР малоактивны, обычно не проявляют инициативы в общении. Отмечаются стойкие нарушения деятельности общения, проявляющиеся в незрелости мотивационно-потребностной сферы. Преобладающая форма коммуникативной деятельности с взрослыми у детей 4—5 лет – ситуативно-деловая, что не соответствует возрастной норме. Нарушение коммуникативной функции речи выражается в снижении потребности в общении как с взрослыми, так и со сверстниками, недостаточной сформированности форм речевой коммуникации, особенностях поведения (отсутствие заинтересованности в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм). Указанные речевые и коммуникативные затруднения оказывают отрицательное влияние на усвоение и поддержание контактов со сверстниками во время игры, процесса общения в целом. Трудности коммуникации связаны с комплексом речевых и когнитивных нарушений.

Уровни ОНР. Как самостоятельная форма расстройства речи ОНР может быть выражено в разной степени. Общеприняты (МКБ-10) три уровня речевого развития (Р. Е. Левина, 1969).

□ **первый уровень речевого развития (ОНР I ур.)** характеризуется почти полным отсутствием словесных средств общения или весьма ограниченным их развитием. У детей, находящихся на первом уровне речевого развития, активный словарь состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Слова и их заменители употребляются для обозначения лишь конкретных предметов и действий. Дети широко пользуются жестами и мимикой. В речи отсутствуют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. Речь ребенка понятна окружающим лишь в конкретной ситуации.

Основные положения Р.Е. Левиной к характеристике уровней развития речи при ОНР. **Первый уровень** речевого развития:

1. Активный словарь в зачаточном состоянии. Он состоит из звукоподражаний, лепетных слов и лишь небольшого количества общеупотребительных слов. Значения слов неустойчивы и недифференцированы.

2. Пассивный словарь шире активного, однако понимание речи вне ситуации весьма ограничено. Фразовая речь почти полностью отсутствует.

3. Способность воспроизводить звуковую и слоговую структуру слова еще не сформирована.

Дети, находящиеся на уровне лепетной речи, нуждаются в большой подготовительной речевой работе, прежде чем приступить к систематическому овладению школьными предметами. Такую дошкольную подготовку дети могут получать в «*приготовительном классе*» при логопедической школе.

В школьном возрасте дети вовсе не говорящие или находящиеся на уровне лепетной речи встречаются сравнительно редко, в тех случаях, когда неблагоприятно складываются условия бытового общения (неблагоприятная речевая среда, характерологические особенности ребенка и др.). Чаще всего к 7-8 годам дети достигают второго уровня речевого развития.

□ **второй уровень речевого развития (ОНР II ур.)** характеризуется возрастанием речевой активности детей. У них появляется фразовая речь. Но фраза остается искаженной в фонетическом и грамматическом отношении. Словарь более разнообразный. В спонтанной речи отмечаются различные лексико-грамматические разряды слов: существительные, глаголы, прилагательные, наречия, местоимения, некоторые предлоги и союзы. Характерным остается выраженный аграмматизм. Наряду с ошибками словообразовательного характера, наблюдаются трудности в формировании обобщающих и отвлеченных понятий, системы синонимов и антонимов, встречаются семантические (смысловые) замены слов. Связная речь характеризуется недостаточной передачей смысловых отношений и может сводиться к простому перечислению увиденных событий и предметов. Дети могут ответить на вопросы по картинке, связанные со знакомыми предметами и явлениями окружающего мира.

По Р.Е. Левиной **второй уровень** речевого развития плохо говорящих детей характеризуется следующим:

1. Активный словарь расширяется не только за счет существительных и глаголов, но и за счет использования некоторых (преимущественно качественных) прилагательных и наречий.

2. Происходит некоторое обогащение речи за счет использования отдельных форм словоизменения. Наблюдаются попытки детей изменять слова по родам, числам и падежам, глаголы по временам, однако эти попытки чаще всего оказываются неудачными.

3. На втором уровне речевого развития дети начинают пользоваться фразой.

□ **третий уровень речевого развития (ОНР III ур.)** характеризуется развернутой фразовой речью с элементами недоразвития лексики, грамматики и фонетики. Типичным для данного уровня является использование детьми простых пространственных, а также некоторых видов сложных предложений. При этом их структура может нарушаться. В активном словаре преобладают существительные

и глаголы, недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов, страдает словообразование, затруднен подбор однокоренных слов. Для грамматического строя характерны ошибки в употреблении предлогов, в согласовании различных частей речи. Звукопроизношение детей не соответствует возрастной норме: они не дифференцируют близкие звуки, искажают и звуковую и слоговую структуру слов. Связное речевое высказывание детей отличается отсутствием четкости, последовательности изложения, в нем отражается внешняя сторона явлений и не учитываются причинно-следственные и временные отношения между предметами и явлениями. Условная верхняя граница III уровня определяется как ***нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НВОНР)***

По Р.Е. Левиной **третий уровень** общего недоразвития речи у детей характеризуется следующими недостатками:

1. На фоне сравнительно развернутой речи наблюдается неточное знание и неточное употребление многих обиходных слов. В активном словаре детей преобладают существительные и глаголы. Мало слов, характеризующих качества, признаки, состояния предметов и действий, а также способы действий. Большое количество ошибок наблюдается в использовании простых предлогов и почти не используются в речи более сложные предлоги.

2. Наблюдается недостаточная сформированность грамматических форм языка – ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении. Способами словообразования дети почти не пользуются.

3. В активной речи используются преимущественно простые предложения. Отмечаются большие затруднения, а часто и полное неумение распространять предложения и строить сложные предложения (сочиненные и подчиненные).

4. У большинства детей на этой стадии еще сохраняются недостатки произношения звуков и нарушения структуры слова, что создает большие трудности в овладении звуковым анализом и синтезом.

5. Понимание обиходной речи в основном хорошее, но иногда обнаруживается незнание отдельных слов и выражений, смешение смысловых значений слов, близких по звучанию, нетвердое овладение многими грамматическими формами. Это особенно проявляется при чтении учебных и художественных текстов. В письме и чтении возникает много ошибок специфического характера, стоящих в прямой зависимости от уровня развития речи.

Следует учитывать, что отдельные пробелы в развитии фонетики, лексики и грамматического строя могут на первый взгляд казаться несущественными, однако совокупность их ставит ребенка в очень затруднительное положение при обучении в школе. Учебный материал воспринимается слабо, степень его усвоения, несмотря на внешнюю сформированность речи, очень низкая. Правила грамматики в этих условиях усваиваются плохо. В дальнейшем общее недоразвитие речи начинает сказываться на усвоении арифметики и других предметов. Дети с нерезко выраженным недоразвитием устной речи также нуждаются в обучении в специальной логопедической школе. Они обычно поступают во II, III и IV классы и продолжают

там учиться до полного устранения недостатков речи. Часть из них, с более высокой границей речевого развития, остается в массовой школе, и тогда эти дети получают помощь на школьных логопедических пунктах.

Патогенез. По мнению Р.Е. Левиной, недоразвитие речи имеет различное происхождение и соответственно различную структуру аномальных проявлений.

Нередко причиной общего недоразвития речи является слабость акустико-гностических процессов. В этих случаях наблюдается пониженная способность к восприятию речевых звуков при сохранном слухе для всех прочих акустических раздражителей. Прямой результат первичного нарушения слухового восприятия – недостаточное различение акустических признаков, характерных для каждой фонемы; вторично при этом страдает произношение звуков и воспроизведение структуры слова.

Общее недоразвитие речи часто возникает также вследствие речедвигательных нарушений, связанных с органическими поражениями или недоразвитием определенных отделов центральной нервной системы, а также с отклонениями в строении и функции артикуляционного аппарата.

Непосредственным результатом поражений речедвигательного аппарата является затрудненность артикулирования звуков речи. Возникают недостатки произношения, выраженные в разной степени, однако дело не ограничивается нечетким звучанием речи. Трудности проговаривания лишают ребенка способности уточнить услышанный звук и, следовательно, яснее воспринять его. Нарушение взаимодействия между слуховым и речедвигательным (кинестетическим) анализаторами ведет к недостаточному овладению звуковым составом слова, а это в свою очередь препятствует накоплению словарного запаса, формированию грамматического строя речи, овладению письмом и чтением.

В тяжелых случаях нарушения акустико-гностических и речедвигательных процессов возникает общее недоразвитие речи (моторная алалия, сенсорная алалия, анартрия, тяжелая дизартрия), в более легких случаях дефекты речи выражаются только в неправильном артикулировании отдельных звуков.

Реже встречаются дети с общим недоразвитием речи, у которых в качестве исходной причины, лежащей в основе недоразвития речи, выступают отклонения зрительного восприятия. Такое явление наблюдается при оптической агнозии, когда, несмотря на нормальное зрение, дети лишены способности достаточно четко узнавать предметы, изображения, формы.

Оптико-гностические нарушения, проявляющиеся в доречевом периоде, затрудняют накопление предметных обобщений, что в свою очередь служит препятствием для нормального речевого развития.

Различная природа речевого дефекта находит выражение в различном соотношении первичных и вторичных отклонений в развитии речи; она также определяет те компенсаторные возможности ребенка, на которые опирается специальное обучение.

Так, при акустико-гностических нарушениях большую роль играет опора на осязательное, кинестетическое и зрительное восприятие. Постепенное накопление оптико-кинестетических представлений о звуковом составе слова подготавливает

ребенка к нормальному использованию сохранившихся возможностей акустического восприятия и ко всемерному его развитию.

При компенсации недоразвития речи, обусловленного речедвигательными отклонениями, большую роль играют слуховое восприятие ребенка, вибрационные ощущения, зрительная рецепция. Одна лишь коррекция артикуляционных дефектов не достигает нужных результатов. У детей с хорошим слуховым восприятием, способных улавливать тонкие нюансы ритмико-мелодической стороны речи, преодоление речевого недоразвития протекает, более благоприятно, чем при пониженных слуховых способностях. Для компенсации оптической агнозии характерна опора на слуховое и кинестетическое восприятие.

Наряду с соотношением нарушенных и сохранных анализаторов в картине речевого недоразвития многое зависит от особенностей личности ребенка: от его чувствительности к оценке окружающих, от активности, от степени устойчивости его внимания и деятельности.

Недостаточная психическая активность порой достигает степени самостоятельной аномалии. Она выражается то в повышенной возбудимости и неустойчивости внимания, то в крайней медлительности, вялости, безучастности. В том и другом случае имеет место ослабление произвольной деятельности и познавательной активности, что может привести к отклонениям в речевом развитии. Таким образом, неотъемлемую часть специального педагогического процесса составляет воспитание черт личности, способствующих преодолению дефекта.

Российский логопатолог А.Н. Корнев провел глубокий анализ речевых функций и операций, которыми владеют дети с недоразвитием речи, а также изучил клинические и нейролингвистические аспекты дизонтогенеза при первичном тотальном недоразвитии речи (по А. Н. Корневу). В результате ученый выделил целый ряд лингвопатологических синдромов разного уровня, проявляющихся у детей с недоразвитием речи: неврологического уровня, гностико-праксического уровня, языкового уровня и смешанные нарушения (гностико-праксические и языковые). А. Н. Корнев определил две формы (типа) тотального недоразвития речи: алалическую и параалалическую.

Некоторые авторы определяют алалию, как одну из клинических форм общего недоразвития речи (Н. С. Жукова. Е. М. Мастюкова).

Вопрос о генезисе общего недоразвития речи должен решаться исходя из представления о сложном составе предпосылок, подготавливающих возникновение и формирование речевой деятельности в целом.

2. Психолого-педагогическая характеристика детей с ОНР

Причины общего недоразвития речи не могут быть правильно поняты вне анализа возникновения дефекта. Этот анализ должен ответить на два вопроса: а) каковы особенности первичного нарушения и связанных с ним последствий; б) каково состояние компенсаторных сил ребенка, зависящих от качества других способностей, от его психической активности.

Общее речевое недоразвитие сказывается на формировании у детей интеллектуальной, сенсорной и волевой сфер.

Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает наличие вторичных дефектов. Так, обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями (сравнения, классификации, анализа, синтеза), дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают мыслительными операциями.

Данные экспериментальных исследований Т.Д. Барменковой (1997) свидетельствуют о том, что дошкольники с ОНР по уровню сформированности **логических операций** значительно отстают от своих нормально развивающихся сверстников. Автор выделяет **четыре группы детей с ОНР по степени сформированности логических операций**.

Дети, вошедшие **в первую группу**, имеют достаточно высокий уровень сформированности невербальных и вербальных логических операций, соответствующий показателям детей с нормальным речевым развитием, познавательная активность, интерес к заданию высоки, целенаправленная деятельность детей устойчива и планомерна.

Уровень сформированности логических операций детей, вошедших **во вторую группу**, ниже возрастной нормы. **Речевая активность** у них снижена, дети испытывают трудности приема словесной инструкции, демонстрируют ограниченный объем кратковременной памяти, невозможность удержать словесный ряд.

У детей, отнесенных **к третьей группе**, **целенаправленная деятельность** нарушена при выполнении как вербальных, так и невербальных заданий. Для них характерны недостаточная концентрация внимания, низкий уровень познавательной активности, низкий объем представлений об окружающем, трудности установления причинно-следственных связей. Однако дети имеют потенциальные возможности для овладения абстрактными понятиями, если со стороны логопеда им будет оказана помощь.

Для дошкольников, вошедших **в четвертую группу**, характерно недоразвитие логических операций. Логическая деятельность детей отличается крайней неустойчивостью, отсутствием планомерности, познавательная активность детей низкая, контроль над правильностью выполнения заданий отсутствует.

У детей с ОНР значительно хуже, чем у сверстников с нормальной речью, сформированы **зрительное восприятие, пространственные представления, внимание и память**.

Ряд авторов отмечают у детей с ОНР **недостаточные устойчивость и объем внимания**, ограниченные возможности его распределения (Р.Е. Левина, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, А.В. Ястребова). При относительно сохранной смысловой, логической памяти у детей с ОНР снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. Они забывают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий.

У детей с первым уровнем речевого развития **низкая активность припоминания** может сочетаться с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности.

При **зрительном опознании предмета** в усложненных условиях дети с общим недоразвитием воспринимали образ предмета с определенными трудностями, им требовалось **больше времени для принятия решения**, отвечая, они проявляли

неуверенность, допускали отдельные ошибки в опознании. При выполнении задачи «приравнивание к эталону» они использовали элементарные формы ориентировки. Например, при выполнении заданий по моделирующему перцептивному действию дети с ОНР меньше применяли способ зрительного соотнесения. Исследование зрительного восприятия позволяет сделать вывод о том, что у детей с ОНР оно сформировано недостаточно.

Исследование **мнестических функций** позволяет заключить, что запоминание словесных стимулов у детей с ОНР значительно хуже, чем у детей без речевой патологии.

Деятельность. Исследование функции внимания показывает, что дети с ОНР быстро устают, нуждаются в побуждении со стороны экспериментатора, затрудняются в выборе продуктивной тактики, ошибаются на протяжении всей работы.

Дети с ОНР **малоактивны, инициативы в общении** они обычно не проявляют. В исследованиях Ю.Ф. Гаркуши и В.В. Коржевиной (2001) отмечается, что:

- у дошкольников с ОНР имеются нарушения общения, проявляющиеся в незрелости мотивационно-потребностной сферы;
- имеющиеся трудности связаны с комплексом речевых и когнитивных нарушений;
- преобладающая форма общения со взрослыми у детей 4—5 лет ситуативно-деловая, что не соответствует возрастной норме.

Наличие общего недоразвития у детей приводит к стойким нарушениям **деятельности общения**. При этом затрудняется процесс межличностного взаимодействия детей и создаются серьезные проблемы на пути их развития и обучения.

Наряду с **общей соматической ослабленностью** детям с ОНР присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы: движения у них плохо координированы, скорость и четкость их выполнения снижены. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

У детей с ОНР отмечается недостаточная координация движений во **всех видах моторики** – общей, мимической, мелкой и артикуляционной. По результатам обследования моторной сферы дошкольники с ОНР (третий уровень речевого развития, подготовительная к школе группа) разделились на три подгруппы: дети с низким уровнем развития моторной сферы – 23%, со средним уровнем – 28,55%, с высоким – 48%.

У детей с низким уровнем развития моторной сферы наблюдаются трудности переключения с одного вида движений на другой, недостаточная статическая и динамическая координация движений, недостаточная двигательная память и низкий уровень произвольного внимания. У детей со средним уровнем развития моторики отмечаются сопутствующие движения при выполнении некоторых проб, им требуется длительное время для выполнения заданий. Лучше выполняются задания по показу, чем по словесной инструкции.

Дети с высоким уровнем развития моторики приближаются к возрастной норме: у них достаточно сформирована мелкая и артикуляционная моторика. Это можно объяснить тем, что с детьми подготовительной группы длительное время проводилась коррекционная работа.

Данные психолого-педагогической диагностики детей с ОНР позволяют логопеду определить наиболее адекватную систему организации детей в процессе обучения, найти для каждого наиболее подходящие индивидуальные методы и приемы коррекции.

3. Система логопедической помощи учащимся с ОНР

Основы коррекционного обучения разработаны в психолого-педагогических исследованиях ряда авторов (Р.Е. Левина, Б.М. Гриншпун, Л.Ф. Спирина, Н.А. Никашина, Г.В. Чиркина, Н.С. Жукова, Т.Б. Филичева, А.В. Ястребова и др.).

Формирование речи основывается на следующих положениях:

1. Предупреждение вторичных нарушений и распознавание ранних признаков влияния ОНР на психическое развитие.
2. Создание условий для преодоления дефицита речевого общения.
3. Учет закономерностей развития детской речи в норме.
4. Взаимосвязанное формирование фонетико-фонематических и лексико-грамматических компонентов языка.
5. Дифференцированный подход в логопедической работе с детьми, имеющими ОНР различного происхождения.
6. Единство формирования речевых процессов, мышления и познавательной активности.
7. Одновременное коррекционно-воспитательное воздействие на сенсорную, интеллектуальную и афферентно-волевую сферу.

Дети с ОНР не могут спонтанно стать на онтогенетический путь развития речи, свойственный нормальным детям (Л.Ф. Спирина, 1980). Коррекция речи для них длительный процесс, направленный на формирование речевых средств, достаточных для самостоятельного развития речи в процессе общения и обучения.

Эта задача реализуется различно в зависимости от возраста детей, условий их обучения и воспитания, уровня развития речи.

Обучение детей первого уровня речевого развития предусматривает: развитие понимания речи; развитие самостоятельной речи на основе подражательной деятельности; формирование двусоставного простого предложения на основе усвоения элементарных словообразований.

Логопедические занятия с безречевыми детьми проводятся небольшими подгруппами (2—3 человека) в форме игровых ситуаций, что помогает постепенно формировать мотивационную основу речи. Работа по расширению понимания речи базируется на развитии у детей представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, понимания конкретных слов и выражений, отражающих знакомые детям ситуации и явления. Детей ориентируют на понимание словосочетаний, подкрепленных наглядным действием. Логопед говорит короткими фразами из 2—4 слов, употребляя одни и те же слова в разных грамматических формах, повторяя отдельные словосочетания.

Дети усваивают в **импрессивной речи** названия предметов, действий, совершаемых самим ребенком, постепенно приучаются различать признаки предметов. Одновременно дети обучаются пониманию некоторых грамматических значений. Особое внимание обращается на умение различать грамматические формы един-

ственного и множественного числа существительных и глаголов; обращения-повеления к одному или нескольким лицам (сядь — сядьте); глаголы, близкие по звучанию (везут — несут; купается -катается); действия, близкие по сходству ситуации (шьет, вяжет, вышивает, лежит, спит), а также противоположные по значению (надень -- снимй, включи — выключи) и т. д. формирование пассивной речи способствует преодолению конкретности и недифференцированности словесных понятий. Точное понимание речевых инструкций контролируется ответным действием ребенка. Важно правильно организовать предметную ситуацию, подобрать соответствующий дидактически и игровой материал. При этом необходимо использовать музыкальные занятия, изобразительную деятельность, экскурсии, прогулки и т. д. Упражнения проводятся при хорошем эмоциональном контакте с ребенком, устойчивости его произвольного внимания.

Развитие **самостоятельной речи** является необходимым условием для **формирования** активного **лексического запаса** у детей. Логопед называет те слова, словосочетания и фразы, которые хотел бы включить в экспрессивную речь ребенка. Появившиеся звуковые комплексы или лепетные слова в игровой форме нужно неоднократно повторить в разной тональности, темпе, с разной интонацией. Создается ситуация, которая вызывает коммуникативно-познавательную потребность в речи. Перед ребенком не ставится задача правильного фонетического оформления. На этом этапе детей учат называть: близких людей (мама, папа, баба); простые имена (Тата, Ната, Коля, Оля); выразить просьбы (иди, на, да) в сопровождении жеста и т. д. После того как у детей появилась возможность подражать слову взрослого, добиваются воспроизведения ударного слога, а затем ритмико-интонационного рисунка одно-двух-трехсложных слов (мак, киса, машина). Детей учат *прирацивать* одинаковые слоги из доступных звуков в конце слова (ру-ка, нож-ка, пап-ка).

Грамматический строй. Лепетные слова необходимо использовать в простых предложениях, содержащих обращение и повеление (мама, дай); указательные слова и именительный падеж существительного (тут киса); повеление и прямое дополнение (дай мяч). При обучении детей употреблению формы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа первоначально можно ограничиться воспроизведением лишь ударного слога, а затем — двух слогов и более. Детей учат грамматически правильно строить предложения типа: именительный падеж существительного + согласованный глагол 3-го лица настоящего времени. Рекомендуется предварительно повторить глаголы повелительного наклонения 2-го лица единственного числа, а затем к основе глагола «наращивать» звук т (сиди — сидит).

Логопед вовлекает детей в речевое общение и приучает к пользованию такой элементарной формой устной речи, как краткий ответ на вопрос. Это является переходной ступенью к овладению простым диалогом.

Работа по **формированию звуковой стороны речи** в этот период заключается прежде всего в развитии восприятия речи. Рекомендуются различные специальные упражнения: выделение заданного слова на фоне слова с помощью сигнала, в ряду других слов; различение слов, близких по звучанию, но разных по смыслу

(уточка — удочка); различение сходных по звуковому составу предложений (показать картинку: то купается, а кто катается). Для расширения объема слуховой памяти и удержания последовательности слов детям предлагается ряд занятий на выполнение двух-трехступенчатых инструкций, запоминание ряда из 3—4 картинок и т. д.

Формирование звукопроизношения на данном этапе не является самостоятельной задачей. Однако отдельные артикуляционные упражнения, уточнение правильного произношения имеющихся у детей звуков позволяет создавать благоприятные условия для вызывания отсутствующих. Формирование произношения тесно связано также с усвоением слов разной слоговой структуры. Детей обучают неосознанному членению слов на слоги, послоговому проговариванию слова. Воспроизведение слова сопровождается отхлопыванием с соблюдением соответствующего ритма. Проговариваются прямые одинаковые слоги (да-да, да-да), слоги с разными согласными звуками (ма-па, па-ма), закрытые в обратные слоги (пап-ап).

В процессе проведения занятий с детьми первого уровня последовательно формируется активное отношение ребенка к языковой действительности.

Обучение детей второго уровня осуществляется преимущественно в дошкольных группах для детей с ОНР (с 4-летнего возраста), в ПКПП школы, в школах для учащихся с ТНР.

Основные задачи обучения включают:

1. Интенсивную работу по развитию понимания речи, направленную на различение форм слова.
2. Развитие элементарных форм устной речи на базе уточнения и расширения словарного запаса, практического усвоения простых грамматических категорий.
3. Овладение правильным произношением и различением звуков, формирование ритмико-слоговой структуры слова.

Материалом для обогащения речи детей служит окружающая действительность, изучение которой происходит на основе тематического цикла. Уточняются и накапливаются конкретные понятия, формируется предметная соотнесенность слова, выделение и называние действий, признаков и называние действий, признаков, качеств и т. д.

Систематическая работа по расширению пассивного и активного словаря, развитие сознательного восприятия речи позволяет наращивать и обобщать языковые наблюдения над смысловыми, звуковыми, морфологическими и синтаксическими сторонами речи. В целях дальнейшего развития понимания речи детей учат различать значение приставок в страдательных причастиях; по окончанию глагола прошедшего времени определять лицо, к которому принадлежит совершаемое действие; определять взаимоотношения действующих лиц по синтаксической конструкции (например, предъявляются парные картинки, на одной из которых изображена «нестандартная» ситуация: «заяц убегает от девочки», «девочка убегает от зайца»); понимать пространственные отношения предметов, выраженных предложениями; объединять предметы по их общему назначению (отбери все, что тебе нужно для шитья); различать падежные окончания (покажи книжку карандашом, карандаш – ручкой), существительные в уменьшительно-ласкательной форме (себе возьми гриб, дай мне грибок).

Вводятся вопросы, требующие понимания изменения форм слов и их связей в предложении. Развитие элементарных форм устной речи на данном этапе предусматривает практическое употребление предложений из нескольких слов. Обязательным условием успешного обучения детей на данном этапе является понимание ими значения каждого члена предложения. Детей учат отвечать на вопросы, составлять предложения по моделям, учат слушать и сопоставлять существительные винительного, творительного (с ударными окончаниями), дательного падежей с именительным. Предложения с данными формами слов четко произносит сначала логопед, а затем неоднократно повторяет ребенок. В это время в речь детей вводятся простые определения, обозначающие признаки предметов по величине, цвету, вкусу и т. д. Практическое усвоение грамматических форм подготавливается развитием слухового восприятия, пассивного и активного словаря, звукопроизношения.

Организуются вопросно-ответные беседы по поводу знакомых ситуаций и предметов. Как только дети научатся отвечать на вопросы, составлять предложения по демонстрации действий к картинкам, можно приступить к воспитанию умения объединять предложения в маленький рассказ. Широко используется заучивание коротких стихов.

Овладение правильным произношением включает использование разнообразных упражнений по развитию артикуляции, вызыванию звуков, различению на слух поставленных фонем.

Основными задачами коррекционного обучения детей **третьего уровня речевого** развития являются:

1. Практическое усвоение лексических и грамматических средств языка.
2. Формирование полноценной звуковой стороны речи (воспитание артикуляционных навыков, правильного звукопроизношения, слоговой структуры и фонематического восприятия).
3. Подготовка к грамоте; овладение элементами грамоты.
4. Дальнейшее развитие связной речи.

Формирование речевой практики как основы усвоения элементарных закономерностей языка осуществляется на базе развивающегося фонематического восприятия, правильного произношения звуков и правильного восприятия структуры слова; практического умения различать, выделять и обобщать значимые части слова; на основе наблюдений над связью слов в предложении.

Путем планомерного накопления наблюдений над смысловыми, звуковыми, морфологическими, синтаксическими сторонами речи у детей развивается чутье языка и происходит овладение речевыми средствами, на основе которых возможен переход к самостоятельному развитию и обогащению речи в процессе свободного общения. Одновременно дети подготавливаются к успешному усвоению учебных предметов. Выполнение этих задач тесно связано с развитием познавательной деятельности детей, с выработкой у них умения наблюдать, сравнивать и обобщать явления окружающей жизни.

Основная работа по коррекции речевого недоразвития осуществляется логопедом на занятиях. Логопедические занятия в дошкольных учреждениях подразделяются на два типа: занятия по формированию фонетико-фонематической стороны

речи, занятия по формированию лексико-грамматических средств языка и развитию связной речи. Они включают в себя: формирование словарного запаса; грамматической правильности речи и развитие связного высказывания.

Коррекционная работа в условиях логопункта проводится по этапам (А.В. Ястребова). Каждый этап коррекционной работы по устранению ОНР решает ряд специфических задач: устранение дефектов звукопроизношения; формирование фонематических процессов; уточнение и расширение лексического запаса; формирование грамматического строя речи; формирование полноценной связной речи.

Помимо специфических, существует ряд общих задач, решение которых осуществляется на всех этапах коррекционной работы: активизация речевой деятельности учащихся; развитие коммуникативных навыков; формирование просодической стороны речи; активизация внимания, памяти, мышления; развитие мелкой пальцевой моторики; развитие языковой интуиции; индивидуализация коррекционного обучения.

Традиционно выделяют три этапа коррекционной работы; этапы, в свою очередь, разбиты на периоды.

I этап – Развитие фонетико-фонематической стороны речи подразделяется на два периода: 1 период – формирование фонематических процессов; 2 период – устранение дефектов звукопроизношения.

II этап – развитие лексико-грамматической стороны речи.

III этап – развитие связной речи.

Особенности планирования коррекционной работы. Несмотря на поэтапное планирование коррекции, работа строится интегрированно, охватывая все этапы одновременно, но отдавая преобладающую роль решению задачи текущего этапа коррекционной работы. Например, в процессе решения основной задачи I этапа – упорядочения фонетико-фонематической стороны речи – начинают закладываться предпосылки нормализации лексико-грамматических средств языка и формирования связной речи. И, наоборот, во время прохождения программного материала II и III этапов, основными задачами которых являются развитие лексико-грамматического строя речи и формирование связной речи, закрепляются знания и умения, полученные на этапе развития фонетико-фонематической стороны речи.

Работа по периодам внутри этапа протекает параллельно. Формирование фонематических процессов идет одновременно с коррекцией звукопроизношения, т.е. второй период вплетается в первый. На этом этапе работы допустимо подгрупповое занятие разбивать на индивидуальные занятия (например, при постановке звука). Формирование грамматического строя речи идет одновременно с расширением лексического запаса, т.е. четвертый период вплетается в третий. Лексические темы не даются изолированно, они планируются в структуре тем по формированию грамматического строя речи.

Количество занятий по каждой теме определяется составом конкретной группы обучающихся, уровнем сформированности у них того или иного речевого компонента. Некоторые темы даются с опережением традиционной программы, создавая тем самым базу для более успешного их усвоения на уроках русского

языка и чтения. Другие темы, наоборот, систематизируют и углубляют знания, полученные на уроках.

При подборе речевого материала учитываются возрастные и индивидуальные особенности детей, специфика речевого нарушения данной группы. Работа ведется без применения внепрограммных терминов в чисто практическом плане.

Коррекция ОНР III уровня рассчитана на 2 года обучения. Занятия проводятся с подгруппами обучающихся с 15 сентября по 15 мая. Сроки коррекции могут варьироваться в зависимости от ряда факторов: степени речевого развития, компенсаторных возможностей ребенка, психофизиологических особенностей ребенка, состояния его интеллекта, регулярности посещения ребенком занятий, выполнения домашнего задания и т.д.

Учитель-логопед оказывает консультативную помощь учителям учреждения образования и родителям в определении причин неуспеваемости и дает рекомендации по их преодолению. В ходе занятий осуществляется работа по предупреждению и преодолению неуспеваемости по чтению и письму.

Работа по исправлению речевых нарушений строится с учётом возрастных особенностей, программы по русскому языку и особенностей речевого дефекта обучающихся. В структуру занятия может входить: - упражнения для развития общей координации движений и мелкой моторики пальцев рук; - дыхательная гимнастика; - формирование фонематических процессов; - работа со словами, звуко-слоговой анализ слов; - работа над предложением; - обогащение и активизация словарного запаса. Работа предусматривает коррекцию познавательных процессов, эмоционально-личностной и коммуникативной сферы.

Главная задача: формировать умения связной, грамматически правильной устной и письменной речи, умения и навыки речевого общения, формировать языковые обобщения.

Тема 17. Организация и методики логопедической помощи при нарушениях произносительной стороны речи

Вопросы:

1. Сущность фонетико-фонематического развития произносительной стороны речи
2. Характеристика фонетико-фонематическое недоразвитие речи
3. Организация и направления логопедической работы учащимся с ФФНР

Литература

1. Зайцева, Л.А. и др. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб.-метод. Пособие / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. – Минск: БГПУ им. М. Танка, 2001.
2. Иваненко, С.Ф. Формирование восприятия речи у детей с тяжелыми нарушениями произношения. – М.: Просвещение, 1984.
3. Каше, Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. Пособие для логопеда / Г.А. Каше. – М.: Просвещение, 1985. – 207 с.
4. Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия.
5. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2002. – 200 с.
6. Основы теории и практики логопедии: учебное пособие / под ред. Р.Е. Левина; репр. воспр-е изд. – М.: Альянс, 2013. – 367 с.

1. Сущность фонетико-фонематического развития произносительной стороны речи

Формирование произносительной стороны речи при нормальном её развитии происходит в двух взаимосвязанных направлениях: усвоение артикуляции звуков (движений и позиций органов речи, нужных для произношения) и усвоение системы признаков звуков, необходимых для их различения. Р.Е. Левина, Н.А. Никашина, Р.М. Боскис, Г.А. Каше и др. большую роль в формировании произносительной стороны речи отводят фонематическому восприятию, т.е. способности воспринимать звуки речи (фонемы).

Фонематическим восприятием принято называть способность воспринимать и различать звуки речи (фонемы). Эта способность формируется у детей постепенно, в процессе естественного развития. Период дофонемного развития речи. Ребёнок начинает реагировать на любые звуки со 2-4 недели от момента рождения, в 7-11 месяцев откликается на слово, но только на его интонационную сторону, а не на предметное значение. Таким образом, раннее понимание ребёнком слов и фраз, произносимых взрослым, строится не на восприятии их фонематического состава, а на улавливании общей ритмико-мелодической структуры слова или фразы. Слово на этой стадии воспринимается ребёнком как единый нерасчленённый звук, обладающий определённой ритмико-мелодической структурой.

Период дофонемного развития речи длится до одного года, затем сменяется периодом **фонематического развития** речи. К концу первого года жизни (по данным Н.Х. Швачкина) слово впервые начинает служить орудием общения, приобретает характер языкового средства, и ребёнок начинает реагировать на его звуковую оболочку (фонемы, входящие в его состав). Далее фонематическое развитие происходит бурно, постоянно опережая артикуляционные возможности ребёнка, что и служит основой совершенствования произношения (А.Н. Гвоздев). Н.Х. Швачкин отмечает, что уже к концу второго года жизни (при понимании речи) ребёнок пользуется фонематическим восприятием всех звуков родного языка. Несовершенное фонематическое восприятие, с одной стороны, отрицательно влияет на становление детского звукопроизношения, с другой – тормозит, усложняет формирование навыков звукового анализа, без которых полноценное чтение и письмо невозможны.

Р.Е. Левина выделила несколько этапов развития языкового сознания детей: от различия далёких друг от друга фонем до формирования тонких и дифференцированных звуковых образов слов. Выделяют несколько уровней фонематического развития детей.

1. Первоначально формируется фонематическое восприятие, под которым понимается процесс узнавания и различения звуков речи. При восприятии речи слова не расчленяются, их звуковой состав не осознаётся.

2. Позднее дети овладевают фонематическим анализом и синтезом.

Р.Е. Левина определила стадии формирования фонематических процессов.

1 стадия. Полное отсутствие дифференциации звуков окружающей речи характеризует дофонематическую стадию развития языкового сознания и сопровождается полным отсутствием понимания речи и активных речевых возможностей ребенка.

2 стадия. Характеризуется различием акустически более далеких фонем и недифференцированностью близких. На этой стадии ребенок слышит звуки речи иными, чем мы. Языковой фон такого ребенка соответствует тем звуковым образам, которыми он обладает и соотносит с возможностями своего восприятия. На этой стадии произношении ребенка неправильное, искаженное, оно соответствует тому, как он воспринимает речь.

3 стадия. Ребенок начинает слышать звуки в соответствии с теми фонематическими признаками, какие имеются в речи других. По-видимому, на этом этапе уместно говорить о существовании двух типов языкового фона: прежнего косноязычного и формирование нового.

4 стадия. В четвертой фазе новые образы восприятия получают преобладание в языковом фоне. Однако языковое сознание еще не вполне вытеснило предшествующую форму. На этой стадии активная речь ребенка достигает почти полной правильности, которая носит еще нестойкий характер.

5 стадия. Пятая стадия знаменует завершением процесса фонематического развития. Ребенок слышит и говорит правильно.

Первые три этапа ребенок проходит в раннем детстве (до трех лет), в дошкольном возрасте он проходит две последние стадии. Таким образом, овладение звуковой речью (по Р.Е. Левиной), происходит на основе акустического различения фонем и установления тех фонематических отношений, которые формируются в процессе овладения речью.

В основе фонематическое восприятие как процесса узнавания и различения звуков речи лежит фонематический слух. Фонетический слух осуществляет контроль над непрерывным потоком слов. Совместное функционирование фонематического и физического слуха составляют речевой слух, который осуществляет не только прием и оценку чужой речи, но и контроль за собственной речью. При восприятии речи слова не расчленяются на свои составные части, и их звуковой состав не осознается. В формировании процесса фонематического восприятия основную роль играют речеслуховой и речедвигательный анализаторы, а также такие психические процессы, как внимание и память.

В поступательном развитии фонематического восприятия ребёнок начинает со слуховой дифференцировки далёких звуков (например, гласных –согласных), затем переходит к различению тончайших нюансов звуков (звонких – глухих или мягких – твёрдых согласных). Сходство артикуляции последних побуждает ребёнка «заострить» слуховое восприятие и «руководствоваться только слухом».

По данным Р.Е. Левиной, Р.М. Боскис, Н.Х. Швачкина, в период от одного года до четырёх лет развитие фонематического восприятия происходит параллельно с овладением произносительной стороны речи. А.Н. Гвоздев и Н.И. Красногорский отмечают, что особенностью передачи звуков в начальный период их усвоения является неустойчивость артикуляции и произношения. Но благодаря слуховому контролю двигательный образ звука соотносится, с одной стороны, с

произношением взрослого (с образцом), а с другой – с собственным произношением. Различение этих двух образов и лежит в основе совершенствования артикуляции и произношения звуков ребёнком. Правильное произношение возникает только тогда, когда оба образа совпадают (Д.Б. Эльконин) Р. Е. Левина замечает, что акт произношения в норме следует рассматривать как завершение акустического процесса, направленного на выделение соответствующего звука и его различия среди других.

Д.Б. Эльконин определяет фонематическое восприятие как «слышание отдельных звуков в слове и умение производить анализ звуковой формы слов при внутреннем их проговаривании». Под **звуковым анализом** Д.Б. понимает:

- 1) определение порядка слогов и звуков в слове,
- 2) установление различительной роли звука,
- 3) выделение качественных основных характеристик звука».

Фонематическое восприятие – первая ступень в поступательном движении к овладению грамотой, звуковой анализ – вторая. Звуковой анализ – это операция мысленного разделения на составные элементы (фонемы) разных звукокомплексов: сочетаний звуков, слогов и слов.

Фонематическое восприятие формируется в период от *года до четырёх лет*, звуковой анализ – в более позднем возрасте.

Фонематическое восприятие – способность различить особенности и порядок звуков, чтобы воспроизвести их устно, звуковой анализ – способность различить то же самое, чтобы воспроизвести звуки в письменной форме.

Формирование правильного произношения зависит от способности ребёнка к **анализу и синтезу речевых звуков**, т.е. от определённого уровня развития фонематического слуха, обеспечивающего восприятие фонем данного языка.

Под фонематическим **анализом** мы понимаем умственные действия по анализу звуковой структуры слова – разложение его на последовательный ряд звуков, подсчет их количества, классификация.

Под фонематическим синтезом мы будем понимать умственные действия по синтезу звуковой структуры слова – слияние отдельных звуков в слоги, а слоги в слова. Процесс противоположный анализу, но они тесно взаимосвязаны и неотделимы друг от друга. При этом большую роль играют первичные формы аналитико-синтетической деятельности, благодаря которым ребёнок обобщает признаки одних фонем и отличает их от других.

При помощи аналитико-синтетической деятельности происходит сравнение ребёнком своей несовершенной речи с речью старших и формирование звукопроизношения. Недостаточность анализа и синтеза сказывается на развитии произношения в целом. Однако, если наличия первичного фонематического слуха достаточно для повседневного общения, то его недостаточно для овладения чтением и письмом. А.Н. Гвоздев, В.И. Бельтюков, Н.Х. Швачкин, Г.М. Лямина доказали, что необходимо развитие более высоких форм фонематического слуха, при которых дети могли бы делить слова на составляющие их звуки, устанавливать порядок звуков в слове, т.е. производить анализ звуковой структуры слова. Д.Б. Эльконин назвал эти специальные действия по анализу звуковой структуры слов фонематическим восприятием. В связи с обучением грамоте эти действия формируются в

процессе специального обучения, при котором детей обучают средствам звукового анализа. Развитие фонематического слуха и фонематического восприятия имеет большое значение для овладения навыками чтения и письма. Готовность к обучению грамоте заключается в достаточном уровне развития аналитико-синтетической деятельности ребёнка, т.е. умений анализа, сравнения, синтеза и обобщения языкового материала.

Фонематические представления – это сохранившиеся в сознании образы звуковых оболочек слов, которые образовались на основе предшествовавших им ранее восприятий этих слов. Фонематические представления формируются на основе фонематического восприятия и фонематического анализа. Помимо этого, в их развитии большую роль играют внимание и память (А.И. Максаков, Н.Х. Швачкин, Д.Б. Эльконин и др.). Уточним, что чёткие фонематические представления о звуке возможны только при правильном его произнесении. По данным С. Бернштейна, «безусловно, правильно мы слышим только те звуки, которые умеем правильно произносить». Только при чётком, правильном произношении, возможно, обеспечить однозначную связь между звуком и соответствующей буквой. Заучивание букв, когда их названия воспроизводятся неправильно, способствует закреплению у ребёнка существующих дефектов речи, а также тормозит усвоение им письменной речи.

Одновременно с развитием фонематического восприятия, анализа, синтеза и представлений происходит интенсивное развитие словаря и овладение произношением. Исследования ряда психологов, педагогов, лингвистов (Д.Б. Эльконина, А.Р. Лурия, Д.Н. Богоявленского, Ф.А. Сохина, Г.А. Тумаковой и др.) подтверждают, что элементарное осознание фонетических особенностей звучащего слова влияет и на общее речевое развитие ребёнка.

Навык чтения формируется у ребёнка только после овладения слиянием звуков речи в слоги и слова. По мнению известного психолога Д.Б. Эльконина, «чтение – есть воссоздание звуковой формы слова по его графической (буквенной модели)». К.Д. Ушинский отмечал, что «сознательно читать и писать может только тот, кто понял звуко-слоговое строение слова». То есть мы хотим, чтобы ребёнок усвоил письменную речь (чтение и письмо) быстро, легко, а также избежал многих ошибок, следует обучить его звуковому анализу и синтезу. В свою очередь звуковой анализ и синтез должны базироваться на устойчивом фонематическом восприятии каждого звука родного языка.

Таким образом, необходимыми предпосылками для обучения грамоте дошкольника являются: сформированное фонематическое восприятие, правильное произношение всех звуков родного языка, а также наличие элементарных навыков звукового анализа. Несформированность данных умений приводит к появлению ошибок чтения:

- трудности слияния звуков в слоги и слова;
- взаимные замены фонетически или артикуляционно близких согласных звуков (свистящих – шипящих, твёрдых – мягких, звонких – глухих)
- побуквенное чтение (Р, Ы, Б, А);
- искажение слоговой структуры слов;
- слишком медленный темп чтения;

- нарушения понимания прочитанного.

К числу типичных недостатков письма относятся:

- замены букв, указывающие на незаконченность процесса дифференцировок соответствующих звуков, близких по акустическим или артикуляционным признакам;

- пропуски гласных;

- пропуски согласных в их стечении;

- слияние слов на письме;

- раздельное написание частей одного слова;

- пропуски, наращения или перестановки слогов;

- орфографические ошибки.

2. Характеристика фонетико-фонематического недоразвития речи

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. Дети с ФФНР – это дети с ринолалией, дизартрией, смешанной дислалией, а также функциональной акустико-фонематической и артикуляторно-фонематической формами дислалии.

По данным Т.А. Ткаченко, развитие фонематического восприятия положительно влияет на формирование всей фонетической стороны речи и слоговой структуры слов, а также на формировании лексико-грамматических представлений. При специальной коррекционной работе по развитию фонематических процессов дети намного лучше воспринимают и различают окончания слов, приставки в однокоренных словах, суффиксы, предлоги, слова сложной слоговой структуры.

Без достаточной сформированности фонематического восприятия невозможно становление его высшей ступени – звукового анализа. Звуковой анализ в отличие от фонематического восприятия (при нормальном речевом развитии) требует планомерного специального обучения. Подвергаемая звуковому анализу речь из средства общения превращается в объект познания. А.Н. Гвоздев отмечает, что «хотя ребёнок замечает разницу в отдельных звуках, но разложение слов на звуки им самостоятельно не производится», т.е. затрудняется самостоятельно выделить последний звук в слове, несколько гласных звуков одновременно, установить позицию заданного звука или количество слогов.

На овладение звуковым анализом влияет степень недоразвития фонематического восприятия. Уровни развития Ф.В.:

1. Первичный уровень. Ф.В. нарушено первично. Предпосылки к овладению звуковым анализом и уровень действий звукового анализа сформированы недостаточно.

2. Вторичный уровень. Ф.В. нарушено вторично. Наблюдаются нарушения речевых кинестезий вследствие анатомических дефектов органов речи. Нарушено нормальное слухопроизносительное взаимодействие важнейший механизм развития произношения. Характер нарушенного звукопроизношения у детей с ФФНР указывает на низкий уровень развития фонематического восприятия. Они испыты-

вают трудности слуховой дифференциации звуков, повторения за логопедом слов с акустически близкими звуками, самостоятельного подбора слов на определённый звук.

Для фонетико-фонематического недоразвития речи детей характерно:

- трудности в анализе нарушенных в произношении звуков;
- при сформированной артикуляции неразличение звуков, относящихся к разным фонетическим группам;
- невозможность определить наличие и последовательность звуков в слове.

Особенности речи детей с ФФНР. Состояние звукопроизношения этих детей характеризуется следующими особенностями: постоянные замены и смешения, отсутствие и искажения. Причиной искажённого произношения звуков обычно является недостаточная сформированность артикуляционной моторики или её нарушения. Это фонетические нарушения, которые не влияют на смысл слов.

Знание форм нарушения звукопроизношения помогает определить методику работы с детьми. При фонетических нарушениях большое внимание уделяют развитию артикуляционного аппарата, мелкой и общей моторики, при фонематических нарушениях развитию Ф.В.

При наличии большого количества дефектных звуков у детей с ФФНР нарушается *слоговая структура слова* и произношение слов со стечением согласных: вместо скатерть – они говорят «катиль» или «катеть», вместо велосипед – «сипед». Кроме перечисленных особенностей произношения и фонематического восприятия у детей с ФФНР наблюдаются: общая смазанность речи, нечеткая дикция, некоторая задержка в формировании словаря и грамматического строя речи (ошибки в падежных окончаниях, употребление предлогов, согласовании прилагательных и числительных с существительными). Проявления речевого недоразвития у данной группы детей выражены в большинстве случаев нерезко. Ошибки выявляются при специальном обследовании.

3. Организация и направления логопедической работы учащимся с ФФНР. Основные направления коррекции фонетико-фонематического недоразвития речи. Система обучения включает коррекцию звукопроизношения, формирование фонематического восприятия, подготовку к обучению грамоте, чтению и письму (Г.А. Каше, Р.Е. Левина, Т.Б. Филичёва, Г.В. Туманова). Коррекционное обучение также предусматривает овладение на каждом возрастном этапе определённым кругом знаний об окружающем и соответствующим объёмом словаря.

В коррекционной работе выделяют три раздела:

I раздел работы – артикуляторный (подготовительный) предполагает уточнение артикуляторной основы сохранных и лёгких в артикуляции звуков: [а], [о], [у], [э], [ы], [м], [м`], [н], [н`], [п], [п`], [т], [к], [к`], [х], [х`], [ф], [ф`], [в], [в`], [й], [б`], [д], [г], [г`] в целях развития фонематического восприятия и звукового анализа.

Эти звуки в речевом потоке детьми произносятся неотчётливо, с вялой артикуляцией, смешиваются между собой ([к]-[х], [в]-[б] т. д.) или являются заместителями отсутствующих звуков, что свидетельствует о незавершенности процесса фонемообразования. Занятия по уточнению артикуляции, развитию фонематического восприятия и подготовки детей к анализу и синтезу звукового состава слова

проводятся индивидуально и фронтально. На фронтальных занятиях работа в данном направлении обязательно проводится на звуках, правильно произносимых всеми детьми группы. Затем во фронтальные занятия в определённой последовательности включаются поставленные к этому времени звуки.

II раздел работы – дифференцировочный, в котором выделяются 2 этапа. На первом этапе дифференциации каждый правильно произносимый звук сравнивается на слух со всеми артикуляционно или акустически близкими звуками. Большое внимание уделяется уточнению и дифференциации гласных звуков, от чёткости произношения которых, прежде всего зависит внятность речи и анализ звукового состава слова. После усвоения артикуляции второго из пары взаимозаменяющихся в речи звуков дифференциации.

III раздел работы – формирование звукового анализа и синтеза состоит в следующем: 1. Формирование понятий и овладение терминами, их обозначающими: слово, предложение, слог, звук, согласный и гласный, глухой и звонкий, твёрдый и мягкий звуки. 2. Формирование представления о линейной последовательности звуков в слове и о количестве звуков в слове. 3. На основании уточнённых произносительных навыков артикуляции гласных звуков [y], [a], [и] отрабатывается наиболее лёгкая форма анализа – выделение первого гласного звука из начала слова. 4. Формирование умения делить слова на слоги. Используя зрительную опору – схему, где длинной чертой обозначается слово, короткой – слог; формирование умения делать слоговой анализ слова. 5. Анализ и синтез обратного слога типа [ап]. 6. Уточнение артикуляции согласных звуков. Выделение последнего согласного в слове типа суп. 7. Выделение начальных согласных в словах типа сок. 8. Выделение ударных гласных из положения после согласных в словах типа лиса. 9. Анализ и синтез прямого слога типа [са]. 10. Полный звукослоговой анализ и синтез односложных слов из 3 звуков типа сом и двухсложных типа зубы с опорой на схемы, где обозначаются и слоги, и звуки. 11. Полный звукослоговой анализ и синтез слов со стечениями согласных в составе односложных слов типа стол, стул, двухсложных с закрытым слогом типа кошка, трёхсложных типа панама, произношение которых не расходится с написанием. 12. Преобразование слов путём замены отдельных звуков: сок – сук. 13. Знакомство с буквами, объединение букв в слоги и слова. 14. Полный слого-звукобуквенный анализ слов.

Тема 18. Предупреждение нарушений речи

Вопросы для обсуждения на семинаре:

Первичная профилактика: генетическое консультирование родителей, забота о физическом и нервно-психическом здоровье ребенка и о сохранности его речевых органов, забота о правильном речевом развитии ребенка.

Вторичная профилактика: предупреждение последствий речевой патологии, а также перехода речевых расстройств в хронические формы. Ранняя диагностика как основа профилактики речевых расстройств.

Третичная профилактика: социально- трудовая адаптация лиц с речевой патологией.

Литература:

1. Логопедия: Учеб. / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – С.

2. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – СПб., 1997.
3. Парамонова, Л.Г. Предупреждение и устранение дисграфии у детей. – СПб.: Лениниздат: Изд-во «Союз», 2001. – 240 с.

Тема 19. Организация логопедической помощи в Республике Беларусь.

Литература

1. Баль, Н.Н. Организация логопедической помощи в системе образования Республики Беларусь / Н.Н. Баль // Оториноларингология в Беларуси: спец выпуск «Современные подходы в оказании специализированной помощи детям с речевыми и психическими нарушениями». – Минск: УП «Профессиональные издания», 2011. – С. 5–9.
2. Гайдукевич, С.Е. Направления совершенствования коррекционно-развивающей работы с детьми с особенностями психофизического развития / С.Е. Гайдукевич // Специальная адукацыя. – № 5. – 2009. – С. 19-25.

Государственная политика в сфере специального образования.

Система логопедической помощи осуществляется в соответствии с функционированием системы специального образования Республики Беларусь: в учреждениях образования общего типа, специальных учреждениях, классах, группах; осуществляется обучение на дому; в условиях учреждений социального обслуживания, в организациях здравоохранения.

Дети с нарушениями речи – самая многочисленная категория среди детей с ОПФР: статистические данные Министерства образования Республики Беларусь говорят о 80% от общего количества детей с ОПФР.

Дети с относительно более легкими речевыми расстройствами (фонетическими нарушениями, фонетико-фонематическим недоразвитием, нерезко выраженным общим недоразвитием речи и обусловленными ими нарушениями чтения и письма, а также нарушениями темпо-ритмической стороны речи) обучаются в образовательных учреждениях общего типа по общеобразовательной программе. Коррекция речевых расстройств и сопутствующих им отклонений в познавательной и эмоционально-волевой сфере у данной категории детей осуществляется, как правило, в ПКПП, которые являются структурным подразделением общеобразовательного учреждения.

Обучение и коррекционная работа с детьми с ТНР проводится с учетом характера речевого расстройства по специальной программе.

Дифференцированная система учреждений образования, в которых оказывается логопедическая помощь, закреплена в Кодексе Республики Беларусь об образовании. Кодексом определены следующие виды учреждений специального образования:

- специальное дошкольное учреждение,
- специальная общеобразовательная школа (специальная общеобразовательная школа-интернат),
- вспомогательная школа (вспомогательная школа- интернат),
- центр коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, иное учреждение специального образования (статья 261).

Кроме того логопедическая помощь может быть оказана в учреждениях дошкольного образования, общего среднего образования, детских домах, специальных учебно-воспитательных учреждениях, специальных лечебно-воспитательных

учреждениях, образовательно-оздоровительных центрах, иных организациях, которым в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность: индивидуальные предприниматели, которым в соответствии с законодательством предоставлено право осуществлять образовательную деятельность (статья 267).

Согласно установленным Кодексом об образовании нормативам для детей с ТНР определены следующие виды учреждений образования:

1. Учреждения специального образования для детей с ТНР: специальное дошкольное учреждение, специальная общеобразовательная школа (специальная общеобразовательная школа-интернат). Следует отметить, что специальное дошкольное учреждение реализует два учебных плана и соответствующие им программы для детей с ТНР: для детей с общим недоразвитием речи (далее – ОНР) и для детей с заиканием. Учебный план и программа для детей с ОНР разработаны для дошкольников с различными речевыми расстройствами (по клинико-педагогической классификации нарушений речи – алалией, детской афазией, дизартрией и др.), имеющими общий симптом – нарушение формирования всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой сторонам, т.е. ОНР при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте. При комплектовании групп учитывается возраст детей и уровень их речевого развития.

2. Учреждения образования, которые реализуют программы специального образования для детей с ТНР: учреждения дошкольного образования, учреждения общего среднего образования, детские дома, в которых открываются специальные группы и классы для детей с ТНР, группы и классы интегрированного обучения и воспитания.

Специальная группа (специальный класс) – группа (класс), в которой получают образование лица с ОПФР (в том числе – с ТНР). Наполняемость специальных групп составляет: для детей с ТНР в возрасте до трех лет - 6 воспитанников, а в возрасте от трех до восьми лет – 12 воспитанников. Наполняемость специальных классов составляет для детей с ТНР – 12 учащихся.

Интегрированное обучение детей с нарушением речи – организация специального образования, при которой обучение и воспитание лиц с нарушениями речи осуществляются в учреждениях образования общего типа, создавших специальные условия для пребывания и получения образования такими лицами.

Группа интегрированного обучения и воспитания (класс интегрированного обучения и воспитания) – группа (класс), в которой получают образование лица с ОПФР и лица, не относящиеся к лицам с ОПФР. Наполняемость групп интегрированного обучения и воспитания для детей в возрасте до трех лет составляет от 8 до 10 воспитанников, из них не более трех лиц с ТНР; для детей в возрасте от трех до восьми лет составляет от 10 до 12 воспитанников, из них не более четырех лиц с ТНР. Наполняемость классов интегрированного обучения и воспитания не должна превышать 20 учащихся, из них не более шести лиц с ТНР. Научно-методические и организационные основы интегрированного обучения в Республике Беларусь представлены в работах Т.А. Григорьевой, З.Г. Ермолович, Е.М. Калининой, А.Н. Коноплевой, Т.Л. Лещинской, В.И. Олешкевич, О.С. Хруль и др.

Многие дети с нарушениями речи не нуждаются в обучении по программам специального образования. Кодексом определено, что лицам с ОПФР, осваивающим образовательные программы дошкольного и общего среднего образования, оказывается коррекционно-педагогическая помощь в **пунктах коррекционно-педагогической помощи или в центрах коррекционно-развивающего обучения и реабилитации** (статья 15). Такая помощь оказывается детям с относительно более легкими речевыми расстройствами: с фонетическими нарушениями, фонетико-фонематическим недоразвитием, нерезко выраженным ОНР и обусловленными ими нарушениями чтения и письма, а также нарушениями темпо-ритмической стороны речи.

На занятия в ПКПП и ЦКРОиР зачисляются, в первую очередь, дети, нарушения которых препятствуют освоению обучающимися образовательных программ дошкольного и общего среднего образования.

За последние 10 лет значительно расширилась сеть дошкольных пунктов коррекционно-педагогической помощи. Открытие подобных пунктов не означает одновременное закрытие специальных групп детей с ТНР. Данные структуры призваны оказывать специализированную помощь дошкольникам с разными речевыми нарушениями, поэтому в одном дошкольном учреждении возможно открытие как групп для детей с ТНР, так и пункта коррекционно-педагогической помощи.

Таким образом, можно констатировать наличие дифференцированной системы учреждений образования в нашей стране, в которых оказывается логопедическая помощь:

1. Специальные дошкольные учреждения и специальные группы для детей с ТНР (ОНР, заиканием).
2. Специальные общеобразовательные школы (специальные общеобразовательные школы-интернаты) и специальные классы для детей с ТНР (ОНР).
3. Группы интегрированного воспитания и обучения детей с ТНР (ОНР).
4. Обучение на дому.
5. Пункты коррекционно-педагогической помощи (при учреждениях дошкольного образования, учреждениях общего среднего образования) и центры коррекционно-развивающего обучения и реабилитации, в которых оказывается коррекционно-педагогическая помощь детям с относительно более легкими нарушениями речи, то есть детям, которые не нуждаются в образовательных программах специального образования (для детей с ТНР).

В основе организации коррекционно-развивающего процесса воспитания и обучения детей с нарушениями речи лежат возрастной принцип и принцип дифференцированного подхода. Реализация данных принципов предполагает учет возраста, уровня речевого развития и характера речевого нарушения у детей при комплектовании групп, классов, планировании фронтальной, подгрупповой и индивидуальной работы.

Известно, что речевые нарушения могут наблюдаться и в сочетании с другими нарушениями развития у детей, например, с интеллектуальной недостаточностью. В Кодексе определена возможность оказания логопедической помощи

учителем-дефектологом (учителем-логопедом) в специальных общеобразовательных школах (специальных общеобразовательных школах-интернатах) для детей с нарушениями зрения, нарушениями психического развития (трудностями в обучении), нарушениями функций опорно-двигательного аппарата; вспомогательных школах (вспомогательных школах-интернатах) для обучающихся, имеющих нарушения речи (статьи 263, 264). Следовательно, данные учреждения образования также включаются в общую систему специализированной помощи детям с нарушениями речи в учреждениях образования Республики Беларусь.

Учет сложившейся и закрепленной нормативно системы помощи детям с нарушениями речи способствует обеспечению преемственности в логопедической работе различных учреждений, что, в свою очередь, является одним из условий эффективности данной работы.

Дистанционное обучение лиц с ДЦП.

ПРАКТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

Содержание практических занятий

Тема 4. Теоретические основы фонологии

Практическая работа № 1

Цель: формирование профессиональных компетенций применения знаний о фонологическом уровне языковой подсистемы функциональной системы языка и речи в коррекционной работе с учащимися с ОПФР

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>С</p> <p>Характеристика фонетических компонентов языка.</p> <p>Характеристика фонематических компонентов языка.</p> <p>Понятие о фонеме.</p> <p>О</p> <p>1. В чем отличие артикуляционного, акустического и функционального (фонологического) уровней фонетики?</p> <p>2. Каким образом в фонологии звуки речи отличаются от звуков языка?</p> <p>3. Как учитываются данные положения в практике коррекции нарушений звукопроизношения?</p>	<p>1. Рассмотреть классификацию и характеристику гласных звуков, выделить артикуляционные и функциональные признаки.</p> <p>2. Рассмотреть классификацию и характеристику согласных звуков, выделить артикуляционные и функциональные признаки.</p> <p>3 Проанализировать систему фонем в современном русском (белорусском) языке.</p> <p>4. Подготовить опорные схемы, таблицы.</p>	<p>Абрамова, Е.И. Звуки речи, звуки языка. – Брест, 2002</p> <p>Бондарко, Л.В. Фонология речевой деятельности. – СПб., 2000.</p> <p>Варпахович, Л.В. Лингвистика в таблицах и схемах. – Минск, 2000.</p> <p>Жинкин, Н.И. Механизмы речи. – М., 1958.</p> <p>Сенкевич, В.И. Фонетика и фонология русского языка. – Брест, 2004.</p> <p>Старичёнок, В.Д., Алексина, Л.И., Вержбицкая, Т.Н., Григорьева Т.А. Основы фонологии. – Минск, 1998.</p>

Тема 7: Логопедическая помощь при дислалии

Практическая работа № 2

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения обследования фонетико-фонематической стороны речи (форма проведения – круглый стол)

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>1. Назовите виды дислалии по этиологическому признаку. В чем отличие данных форм?</p> <p>2. Назовите виды функциональной дислалии.</p> <p>3. Назовите виды дислалии по степени проявления нарушений звукопроизношения (мономорфные и полиморфные).</p> <p>4. Назовите виды, формы нарушений звукопроизношения.</p> <p>5. Раскройте уровни нарушений звукопроизношения.</p> <p>6. Какие группы звуков обычно бывают нарушены у детей?</p> <p>7. Чем характеризуются фонетические и фонематические нарушения звукопроизношения? Приведите пример.</p> <p>8. Какие ошибки могут указывать на признаки механической и функциональной дислалии?</p> <p>9. Какие дефекты в строении органов артикуляционного аппарата могут влиять на нарушение звукопроизношения?</p> <p>10. Какие разделы включает обследование звукопроизношения?</p> <p>11. Как определить уровень неправильного произношения звуков? Для чего это необходимо?</p> <p>12. Для чего необходима проверка строения и подвижности органов артикуляции? Раскройте методику.</p> <p>13. Для чего необходима проверка фонематического восприятия? Раскройте методику.</p> <p>14. Для чего необходима проверка правильного произношения в самостоятельной речи и отраженной речи? В какой последовательности проводится данная работа?</p> <p>15. Для чего необходима проверка звукопроизношения в тексте, слове, слог и изолированном произнесении звука?</p>	<p>1. Составить план обследования звукопроизношения</p> <p>2. Подготовить материалы для проведения обследования звукопроизношения.</p> <p>3. Проанализировать схему наблюдения диагностического процесса</p> <p>Схема наблюдения и анализа диагностического процесса</p> <p>1. Подготовка к обследованию: создание условий проведения обследования (оборудование, расположение детей и педагога)</p> <p>2. Проведение обследования: создание атмосферы взаимодействия педагога и ребенка (эмоциональная поддержка, тон голоса, стиль общения); инструкции педагога (четкость, выразительность, степень сложности для запоминания); реакции учащихся на инструкцию; выполнение задания (начинает сразу, обдумывает, проявляет интереса, интерес сохраняет на протяжении выполнения задания, теряет интерес, затрудняется, ждет помощи, оставляет задания, не умеет использовать помощь); фиксация результатов; методы и приемы проведения обследования.</p> <p>3. Подведение итогов, самоорганизация педагога.</p>	<p>1. Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.</p> <p>2. Зайцева, Л.А. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб.-метод. Пособие / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. – Минск: БГПУ им. М. Танка, 2001.</p> <p>3. Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизносительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия.</p>

Тема 7 Логопедическая помощь при дислалии

Практическая работа № 3

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения коррекции нарушений звукопроизношения

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>1. Какие направления, задачи и этапы включает коррекционная работа по преодолению нарушений звукопроизношения?</p> <p>2. Какие признаки и проявления дислалии необходимо учитывать при планировании индивидуальной работы по коррекции дефектов звукопроизношения?</p> <p>3. От чего зависит выбор приемов коррекции звукопроизношения?</p> <p>4. Для чего необходимы сведения о состоянии фонематического восприятия?</p> <p>5. Для чего необходимы сведения о строении и подвижности органов артикуляции?</p> <p>7. Что определяет уровень неправильного произношения звука при планировании работы?</p>	<p>Работа в подгруппах по технологии методов проектов.</p> <p>1. Познакомьтесь с заключением обследования звукопроизношения ребенка.</p> <p>ЗАДАНИЕ №1</p> <p>1. Проведите анализ результатов обследования звукопроизношения Димы (5 лет) и подготовьте программу коррекции в соответствии с этапами преодоления дислалии.</p> <p>Диагноз: полиморфная дислалия: сигматизм свистящих и шипящих звуков. Первый уровень неправильного произношения звуков [с] и [ш].</p> <p>Результаты обследования:</p> <p>а) проверка фонематического восприятия показала, что различение на слух звуков [с] и [ш] неустойчиво (определяет интонационно выделенный звук).</p> <p>б) проверка строения артикуляционного аппарата не выявила патологии.</p> <p>в) проверка подвижности органов артикуляционного аппарата показала, что ребенок не умеет распластывать язык, произвольно направлять его в различные отделы ротовой полости и удерживать в нужном положении (точность, переключаемость), плавно переводить кончик языка из одного положения в другое (плавность), осуществлять произвольный ротовой выдох.</p> <p>2. Уточните вид дислалии, дайте пояснения.</p> <p>3. Определите разновидность нарушения произношения звука [с] по изображению профиля артикуляции.</p> <p>4. Сопоставьте признаки данного нарушения звукопроизношения с фонетической нормой по следующей схеме: расположение языка (кончика, боковых краёв, спинки, корня), расположение губ и зубов; положение голосовых складок, участие мягкого нёба. Определить патологический механизм произношения звука.</p> <p>5. Опираясь на полученный фактический материал, определите принципы коррекции и направления коррекционной работы на каждом этапе.</p> <p>6. Подготовьте план работы на подготовительном этапе и этапе постановки звука.</p> <p>7. Результат оформите в виде презентации</p>	<p>1. Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.</p> <p>2. Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия.</p>

Тема 8. Логопедическая помощь при дизартрии

Практическая работа № 4

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения диагностики и коррекции нарушений звукопроизношения при дизартрии

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>С</p> <p>1. Дифференциальная диагностика дислалии и дизартрии.</p> <p>2. Основные направления коррекции речевых расстройств при дизартрии (при спастической и паретической форме, гиперкинетической форме).</p> <p>3. Специфика коррекции нарушений звукопроизношения.</p> <p>О</p> <p>1. Развитие подвижности органов артикуляции.</p> <p>2. Артикуляционная гимнастика. Массаж.</p> <p>3. Развитие дыхания.</p> <p>4. Голосовые упражнения.</p> <p>5. Методы и приемы работы над звукопроизношением.</p>	<p>1. Рассмотреть способы дифференциальной диагностики дислалии и дизартрии (функциональные пробы), проиллюстрировать некоторые из них.</p> <p>2. Проанализировать систему коррекции речевых расстройств при дизартрии, определить в чем отличие от коррекции нарушений звукопроизношения при дислалии.</p> <p>3. Рассмотреть особенности работы при спастической, паретической, гиперкинетической формах нарушения мышечного тонуса, подобрать адекватные приемы работы над артикуляционной моторикой.</p> <p>4. Проиллюстрировать отдельные приемы, опираясь на методические рекомендации.</p>	<p>1. Поваляева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Поваляева – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002, – 440 с.</p> <p>2. Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.</p>

Тема 11. Логопедическая помощь при заикании

Практическая работа № 5

Цель: формирование профессиональных компетенций выявления причин и проявлений заикания

1. Проведите анализ причин заикания

Таблица – Причины заикания

	Биологические факторы	Социальные и психологические факторы
Предрасполагающие причины (ослабляющие нервную систему)	<ul style="list-style-type: none">• Патологическое течение беременности, родов• Конституциональная предрасположенность, особенности НС• Наследственная отягощенность• Функциональная асимметрия головного мозга• Половой диморфизм (половые различия в развитии)• Повышенная ранимость НС ребенка в период развития связной речи (раннее реч-ое развитие и недоразвитие речи)• Заболевания, ослабляющие НС (инфекции, травмы, рахит, диспепсии и пр.) Физическая ослабленность, моторная неловкость	<ul style="list-style-type: none">• Форсирование речевого развития или недостаточное внимание к речи ребенка• Скрытая психическая ущемленность ребенка• Недостаток эмоционального общения со взрослыми• Тревножно-мнительные черты характера• Полиглоссия
Вызывающие (производящие) причины	<p>Анатомо-физиологические:</p> <ul style="list-style-type: none">• Заболевания, после которых возникает заикание (корь, тиф, глисты, коклюш)• Органические повреждения мозга• Травмы, провоцирующие судорожное состояние речевого аппарата• Перенапряжение нервной системы	<p>Социально-психологические:</p> <ul style="list-style-type: none">- Психотравмы (острые и хронические):• общение с животными,• пережитые катастрофы,• зрелищные мероприятия,• полученная физическая травма,• негативная реакция на лечение,• дидактогенная – психогенная от процесса обучения.- Подражание заикающемуся- Переучивание леворукости

2. Задание на выявление причин и проявлений заикания

Проанализируйте характеристику школьника, выделите причины в соответствии с типологией, приведенной в таблице. Предположите вид заикания, найдите описание характерных симптомов заикания, определите тип **судорог** (исходя из анализа высказываний Бори); **место локализации** судорог.

Из психолого-педагогической характеристики Бориса:

«У Бори в результате истощающих заболеваний раннего возраста /диспепсия в возрасте 9 мес. / речь развивалась с задержкой: фразы мальчик начал говорить на

3-м году жизни. К 5-ти годам у него наблюдались нарушения звукопроизношения и ускоренный темп речи. Мальчик был легковозбудимым, впечатлительным, непоседливым ребенком, боялся темноты, страдал ночным недержанием мочи. В 5-пятилетнем возрасте Боря отдыхал летом на даче вместе с родителями и братом. Както из незапертого сарая вышла коза. Боря, увидел приближающееся животное, побледнел и молча схватил отца за руку. После кратковременной потери речи у мальчика развилось заикание. Он стал еще более раздражительным, замкнутым. Более ограниченным стал круг друзей.

В первом классе Боря боялся идти в школу, стеснялся говорить и сразу же попал в разряд неуспевающих. Школьные неудачи, насмешки детей еще больше усугубили заикание. Пример высказывания Бори: «... Я п-п-пришел домой Пепе-пе-переоделся и п-п-п / взмахивает правой рукой/... ну ... п-п-пошел сь-сь-сюда... ну..... /взмахивает правой рукой/... Встретил П-П-Пашу, а он сказал мне идти... Ольга Ивановна ..., а я не хочу/ взмахивает правой рукой /.... ну ... вот».

* Миссуловин, Л.Я. Лечение заикания /Л.Я. Миссуловин. – СПб: Медицина, 1988.

Тема 11. Логопедическая помощь при заикании

Практическое занятие в форме конференции № 1

Цель: формирование профессиональных компетенций теоретического и методического анализа литературных источников по проблеме коррекции заикания.

Задание: познакомьтесь с различными системами и методиками преодоления заикания, заполните таблицу (работа в группах), подготовьте сообщения о существующих методиках коррекции заикания, опираясь на доступную литературу.

Литературные источники

1. Арутюнян, Л.З. Мифы о рецидивах заикания / Л.З. Арутюнян // Логопедия. – 2005. - № 4. - С. 53-55.
2. Белякова Л.И., Дьякова Е.А. Заикание. - М, 1998.
3. Калягин, В. Если ребёнок заикается / В. Калягин. – СПб: Питер Ком, 1998.
3. Миссуловин, Л.Я. Лечение заикания /Л.Я. Миссуловин. – СПб: Медицина, 1988.
4. Поварова, И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах: Практическое руководство для заикающихся и логопедов / И.А. Поварова. – СПб: Изд-во «Союз», 2001.
5. Прокофьев, А. Новый подход к проблеме заикания: неосознаваемые аспекты заикания / А. Прокофьев // Специальная психология. – 2009. – № 2. – С. 58-63.
6. Садовникова, Е.Н. Использование элементов сказкотерапии в комплексной работе с заикающимися детьми / Е.Н. Садовникова // Коррекционная педагогика. – 2009. - № 3. – 28-33.
7. Селиверстов, В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений / В.И. Селиверстов. – 4-е изд., доп. – М.: Гуманит. издательский центр ВЛАДОС, 2000.
8. Сикорский, А.И. О заикании / А.И. Сикорский. – СПб.: Издательство «Союз», 1994.
9. Сыс, Л.А. Система работы по коррекции коммуникативного поведения заикающихся подростков и взрослых в процессе логопедических занятий / Л.А. Сыс // Специальная адукация. – 2009. – № 4. – С. 56-62.

Автор и название методики	Принципы коррекции	Этапы, содержание работы, методы, приёмы
1. Селиверстов В.И.	постепенное усложнение речевых упражнений по степени самостоятельности, подготовленности, структуры, ритмичности, речевой ситуации	1. подготовительный: щадящий режим, положительный эмоциональный фон; 2. тренировочный: от сопряжено-отраженной, вопросо-ответной речи к связному высказыванию в различных речевых ситуациях: заучивание стихов, текстов, ритмизированные проговаривания; 3. закрепительный: автоматизация приобретенных навыков в различных ситуациях и видах деятельности.
2. Власова Н.А. «Воспитание речи»	постепенный переход от более простой речи к более сложной по степени самостоятельности	
3. Рау Е.Ф. «Перевоспитание речи»		
4. Чевелева Н.А. «Преодоление заикания в процессе ручной деятельности»		
5. Миронова С.А.		
6. Волкова Г.А. «Использование игровой деятельности»		
7. Ястребова А.В.		
8. Выгодская И.Г. Пеллингер Е.Л. Успенская Л.П.		
Другие авторы		

Тема 14. Коррекция нарушений письменной речи

Практическое занятие в форме **конференции** № 2

Цель: формирование профессиональных компетенций теоретического и методического анализа литературных источников по проблемам диагностики и коррекции нарушений письма и чтения.

Вопросы для обсуждения:

1. Современные подходы к типологии нарушений письменной речи.
Ориентировочная основа для подготовки обсуждения первого вопроса

Психофизиологический подход

Классификации С.С. Ляпидевского (1953), О.А. Токаревой (1971) и др.

Дисграфия рассматривается как следствие нарушения аналитико-синтетической деятельности анализаторов. Виды дисграфии: моторная, акустическая, оптическая.

Клинико-психологический подход

Классификация А.Н. Корнева (1997, 2003).

Дисграфия рассматривается как один из симптомов, входящих в комплекс других, преимущественно неврологических или энцефалопатических нарушений.

Виды нарушений письма по А.Н. Корневу:

1. **Дисграфии** (аграфии):

1.1. Дисфонологические

а) параличические («косноязычие на письме»)

б) фонематические

1.2. Метаязыковые

а) вследствие нарушений языкового анализа и синтеза

б) диспрактические (моторные)

2. **Дизорфография:**

2.1. морфологическая

2.2. синтаксическая

Нейропсихологический подход

Классификации Т.В. Ахутиной (2001), А.Л. Сиротюк (2003).

- Нарушения письма рассматриваются как нарушения формирования и развития высших психических функций).

Варианты трудностей письма (по Т.В. Ахутиной):

- по типу регуляторной дисграфии
- дисграфия, обусловленная трудностями поддержания рабочего состояния, активного тонуса коры головного мозга
- зрительно-пространственную дисграфию по правополушарному типу

Виды нарушений письма (по А.Л. Сиротюк):

-речевые дисграфии (моторная и сенсорная)

-неречевые дисграфии (гностические)

-дисграфии как нарушение (или несформированность) целенаправленного поведения, организации и контроля, несформированности мотивов.

Логопедический подход

Классификация Р.И. Лалаевой (1989, 1997 и др.).

Дисграфия у детей рассматривается как речевое нарушение (является нарушением функционирования речевой системы).

Виды дисграфий:

1. артикуляторно-акустическая («косноязычие на письме»)
2. на основе нарушения фонемного распознавания (акустическая)
3. на почве нарушения языкового анализа и синтеза
4. аграмматическая
5. оптическая (литеральная, вербальная)

(по материалам Н.Н. Баль)

2. Современные подходы к организации коррекционной работы по устранению дисграфии у школьников:

2.1. Система работы Р.И. Лалаевой.

2.2. Система работы А.В. Ястребова.

2.3. Система работы И.Н. Садовниковой.

Литературные источники

1. Баль, Н.Н. Обследование чтения и письма у младших школьников: Учебно-методическое пособие для учителей-дефектологов / Н.Н. Баль, И.А. Захарченя – Мн.: Ураджай, 2001. – 75 с.
2. Дроздова Н.В. и др. Нарушения устной и письменной речи: Учеб.-метод. Пособие. / Н.В. Дроздова, Л.А. Зайцева, С.П. Хабарова, Е.А. Харитоновна. – Мн.: УО «БГПУ», 2003.
3. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
4. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников: Учеб. пособие. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 224 с.
5. Лалаева Р.И., Венедиктова Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: СОЮЗ, 2001. – 224 с.
6. Парамонова Л.Г. Предупреждение и устранение дисграфии у детей. – СПб.: Лениниздат: Изд-во «Союз», 2001. – 240 с.
7. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: Учеб. пособие / Под общ. ред. О.Б. Иншаковой. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 240 с.
8. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников: Кн. для логопедов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 256 с.
9. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. пособие. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 232 с.
10. Сиротюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. – М.: ТЦ «Сфера», 2001. – 80 с.
11. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: ТЦ «Сфера», 2003. – 288 с.
12. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.
13. Ястребова А.В. Преодоление общего недоразвития речи у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений. – М.: АРКТИ, 1999. – 120 с.

Тема 14. Коррекция нарушений письменной речи

Практическая работа № 6

Цель: формирование профессиональных компетенций обследования письменной речи.

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
С 1. Цели обследования письменной речи у младших школьников. 2. Основные задачи изучения письма и чтения. 3. Техника обследования состояния навыка чтения у младших школьников. 4. Техника обследования навыка письма.	1. Составить схемы обследования письма и чтения учащегося первого класса. 2. Составить схемы обследования письма и чтения учащегося третьего класса. 3. Подготовить план обследования умений списывать с предъявленного образца и соответствующий стимульный материал. 4. Подготовить план обследования умений письма под диктовку и соответствующий стимульный материал.	Баль, Н.Н. Обследование чтения и письма у младших школьников: Учебно-методическое пособие для учителей-дефектологов / Н.Н. Баль, И.А. Захарченя – Мн.: Ураджай, 2001. – 75 с. Зайцева Л.А. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями речи / Л.А. Зайцева. Мн., 1998. Лалаева, Р.И., Венедиктова, Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников: Учеб.-метод. пособие / Р.И. Лалаева, Л.В. Венедиктова. – СПб.: СОЮЗ, 2001. – 224 с.

Дополнительная литература

1. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учеб.-метод. пособие / А.Н. Корнев. – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
2. Лалаева Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников: Учеб. пособие / Р.И. Лалаева. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 224 с.
3. Логопедия: Методическое наследие / Под. ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с.
4. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: Учеб. пособие / Под общ. ред. О.Б.Иншаковой. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 240 с.
5. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов / Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.

Тема 16. Организация логопедической помощи учащимся с общим недоразвитием речи

Практическая работа № 7

Цель: формирование профессиональных компетенций организации логопедической работы с учащимися с ОНР

Вопросы для самоконтроля и обсуждения	Задания	Литературные источники
<p>1. Организация логопедической помощи на I этапе коррекционной работы: (развитие фонетико-фонематической стороны речи подразделяется на два периода: 1 период – формирование фонематических процессов; 2 период – устранение дефектов звукопроизношения).</p> <p>2. Организация логопедической помощи на II этапе – развитие лексико-грамматической стороны речи.</p> <p>3. Организация логопедической помощи на III этапе – развитие связной речи.</p> <p>4. Особенности планирования коррекционной работы</p>	<p>1. Проведите анализ конспектов коррекционных занятий на I этапе коррекционной работы. Сформулируйте задачи коррекционной работы к предложенным заданиям.</p> <p>2. Проведите анализ конспектов коррекционных занятий на II этапе коррекционной работы. Сформулируйте задачи коррекционной работы к предложенным заданиям.</p> <p>3. 1. Проведите анализ конспектов коррекционных занятий на III этапе коррекционной работы. Сформулируйте задачи коррекционной работы к предложенным заданиям.</p> <p>4. Проведите анализ планирования коррекционной работы с учащимися с ОНР 1 класса, предложенного А.В. Ястребова.</p>	<p>1. Ястребова, А.В. Преодоление общего недоразвития речи у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений / А.В. Ястребова. – М.: АРКТИ, 1999. – 120 с.</p> <p>2. Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.</p>

СОДЕРЖАНИЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ

(лабораторных работ – ЛР)

ЛР № 1 Тема: Особенности организации и методика логопедического обследования

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения психолого-педагогического (логопедического) обследования речи

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>1. Какие цели и задачи позволяет осуществить логопедическое обследование в структуре комплексной диагностики нарушений развития?</p> <p>2. Для чего необходим ориентировочный этап логопедического обследования?</p> <p>3. Объясните значение и раскройте процедуру обследования импрессивной речи?</p> <p>4. Объясните значение и раскройте процедуру обследования экспрессивной речи?</p> <p>5. Что является критерием уровня сформированности речи у ребенка?</p> <p>6. Что включает обследование письменной речи?</p>	<p>1. Ознакомиться с речевой картой, протоколом обследования речи, провести анализ с точки зрения структуры логопедического обследования, соответствия возрастным показателям.</p> <p>2. Рассмотреть различные методики изучения речи (Т.В. Ахутина, Н.Н. Баль, В.П Глухов, Г.А. Волкова, Л.А. Зайцева, Л.В. Лопатина, И.В. Серебрякова Г.В. Чиркина, и др.)</p> <p>3. Подготовить фрагмент обследования речи (на выбор), продумать инструкции и материал для обследования.</p> <p>4. Провести анализ диагностического процесса в ходе наблюдения, опираясь на схему наблюдения:</p> <p>Схема наблюдения и анализа диагностического процесса</p> <p>1. Подготовка к обследованию: создание условий проведения обследования (оборудование, расположение детей и педагога)</p> <p>2. Проведение обследования: создание атмосферы взаимодействия педагога и ребенка (эмоциональная поддержка, тон голоса, стиль общения); инструкции педагога (четкость, выразительность, степень сложности для запоминания); реакции учащихся на инструкцию; выполнение задания (начинает сразу, обдумывает, проявляет интереса, интерес сохраняет на протяжении выполнения задания, теряет интерес, затрудняется, ждет помощи, оставляет задания, не умеет использовать помощь); фиксация результатов; методы и приемы проведения обследования.</p> <p>3. Подведение итогов, самоорганизация педагога.</p>	<p>1. Зайцева Л.А. Обследование детей с речевой патологией. Методические рекомендации. - Мн.: НМЦентр, 1994.- 20 с.</p> <p>2. Лалаева, Р.И. Методика психолингвистического исследования нарушений устной речи у детей. – М., 2004. – 72 с.</p> <p>3. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под. ред. Г.В. Чиркиной. М., 2003.</p> <p>4. Фотекова, Т.А., Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.</p>

ЛР № 2 Тема 7. Логопедическая помощь при дислалии

Цель: формирование профессиональных компетенций по организации и проведению коррекции нарушений звукопроизношения при дислалии

Вопросы для самоконтроля и обсуждения:

1. Общие сведения о коррекции неправильного звукопроизношения.
2. Коррекция свистящего сигматизма.
3. Коррекция шипящего сигматизма.
4. Коррекция ротацизма.
5. Коррекция ламбдацизма.
6. Коррекция заднеязычных звуков.
7. Коррекция дефектов смягчения, оглушения и озвончения согласных звуков.

Задания:

1. Рассмотрите виды (разновидности) нарушений звукопроизношения и примеры их постановки:

Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.

2. Ознакомьтесь с проведенным анализом правильной артикуляции звука [с]. Подберите упражнения, способствующие формированию артикуляционного уклада звука [с].

Дефект звука	Уклад органов артикуляции в норме	Разновидности нарушений звукопроизношения		Принципы коррекции звука	Выбор методики постановки звука
		фонетические	фонематические		
Сигматизм, парасигматизм звук С	Губы растянуты в улыбке Зубы сближены Кончик языка упирается в нижние резцы Боковые края языка прижаты к верхним коренным зубам, образуют желобок вдоль языка. По желобку проходит сильная воздушная струя, обдувается свист.	Сигматизм Межзубный, боковой, губно-зубной, при- зубный, шипящий	Парасигматизм С – Ш С – Ф С – Т С – Щ С – Ч	1. Выработка положения губ в «улыбке».....Упр? 2. Укрепление мышц кончика языка, расположение у нижних резцовУпр? 3. формирование желобка вдоль языка.....Упр? 4. выработка сильной воздушной струи, идущей по середине языка <u>упр?</u> 5. формирование положения «оскал» ...	В зависимости от артикуляционной характеристики дефекта 1) от слога та, нажимая на кончик языка или 2) межзубная постановка 3) другие способы

3. Составьте анализ звуков [ш] и [р] по аналогии.

4. Проанализируйте способы постановки звуков после самостоятельно проведенных (в лаборатории) манипуляций.

ЛР № 3 Тема 7. Логопедическая помощь при дислалии

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения коррекции нарушений звукопроизношения при дислалии

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>1. Какие направления, задачи и этапы включает коррекционная работа по преодолению нарушений звукопроизношения?</p> <p>2. Какие признаки и проявления дислалии необходимо учитывать при планировании индивидуальной работы по коррекции дефектов звукопроизношения?</p> <p>3. От чего зависит выбор приемов коррекции звукопроизношения?</p> <p>4. Для чего необходимы сведения о состоянии фонематического восприятия?</p> <p>5. Для чего необходимы сведения о строении и подвижности органов артикуляции?</p> <p>7. Что определяет уровень неправильного произношения звука при планировании работы?</p>	<p>Работа в подгруппах</p> <p>1. Познакомьтесь с заключением обследования звукопроизношения ребенка.</p> <p>ЗАДАНИЕ №1</p> <p>1. Проведите анализ результатов обследования звукопроизношения Димы (5 лет) и подготовьте программу коррекции в соответствии с этапами преодоления дислалии. Диагноз: полиморфная дислалия: сигматизм свистящих и шипящих звуков. Первый уровень неправильного произношения звуков [с] и [ш].</p> <p>Результаты обследования:</p> <p>а) проверка фонематического восприятия показала, что различение на слух звуков [с] и [ш] неустойчиво (определяет интонационно выделенный звук).</p> <p>б) проверка строения артикуляционного аппарата не выявила патологии.</p> <p>в) проверка подвижности органов артикуляционного аппарата показала, что ребенок не умеет распластывать язык, произвольно направлять его в различные отделы ротовой полости и удерживать в нужном положении (точность, переключаемость), плавно переводить кончик языка из одного положения в другое (плавность), осуществлять произвольный ротовой выдох.</p> <p>2. Уточните вид дислалии, дайте пояснения.</p> <p>3. Определите разновидность нарушения произношения звука [с] по изображению профиля артикуляции.</p> <p>4. Сопоставьте признаки данного нарушения звукопроизношения с фонетической нормой по следующей схеме: расположение языка (кончика, боковых краёв, спинки, корня), расположение губ и зубов; положение голосовых складок, участие мягкого нёба. Определить патологический механизм произношения звука.</p> <p>5. Опираясь на полученный фактический материал, определите принципы коррекции и направления коррекционной работы на каждом этапе.</p> <p>6. Подготовьте план работы на подготовительном этапе и на этапе постановки звука.</p>	<p>1. Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.</p> <p>2. Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия.</p>

ЛР № 4 Тема 8. Логопедическая помощь при дизартрии

Цель: формирование профессиональных компетенций коррекции нарушений подвижности органов артикуляции, координации дыхания, голосообразования и артикулирования при дизартрии

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>Тема: Развитие подвижности органов артикуляции.</p> <p>2. Специфика организации и проведения артикуляционных упражнений.</p> <p>3. Проведение массажа.</p> <p>3. Особенности работы над дыханием.</p> <p>4. Работа по развитию голоса. Голосовые упражнения.</p> <p>5. Методы и приёмы работы над звукопроизношением.</p>	<p>1. Анализ комплекса упражнений по развитию динамической координации артикуляторных движений, проведение в лаборатории.</p> <p>2. Провести анализ комплекса упражнений по развитию кинестетической основы артикуляционных движений, проиллюстрировать.</p> <p>3. Провести анализ упражнений по развитию кинетической основы артикуляционных движений, проиллюстрировать.</p> <p>4. Проанализировать видеофрагмент логопедического массажа при дизартрии, проведенного Е.А. Дьяковой. Отметить приемы и средства массажа, их выбор.</p> <p>5. Проанализировать фрагмент занятия по коррекции дизартрии, определить задачи и направления работы, период обучения.</p>	<p>1. Логопедия. Учебник для студентов дефектологических факультетов педагогических высших учебных заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. М.: ВЛАДОС, 2003.</p> <p>2. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В. Лопатина, Н.В. Серебрякова. – СПб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.</p> <p>3. Дьякова Е.Ф. Логопедический массаж: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 96 с</p>

ЛР № 5 Тема 9. Логопедическая помощь при ринолалии

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения коррекции нарушений звукопроизношения при ринолалии.

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>С</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дифференциальная диагностика ринолалии, механической дислалии и дизартрии. 2. Основные направления коррекционной работы при ринолалии. 3. Специфика работы над подвижностью артикуляционного аппарата. 4. Специфика работы над речевым и физиологическим дыханием. 5. Специфика работы над голосом. 6. Проанализировать систему коррекции речевых расстройств при ринолалии, определить в чем отличие от коррекции нарушений звукопроизношения при дислалии. <p>О</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие подвижности органов артикуляции. 2. Артикуляционная гимнастика. Массаж. 3. Развитие дыхания. 4. Голосовые упражнения. 5. Методы и приемы работы над звукопроизношением. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Сопоставить проявления ринолалии, механической дислалии и дизартрии по самостоятельно выделенным основаниям. 2. Определите особенности развития диафрагмального дыхания у детей, постановки нижнерёберного фонационного дыхания (в положении лежа, сидя, стоя, в движении). 3. Выпишите основные упражнения на релаксацию, на постановку диафрагмального дыхания, на активизацию работы мягкого неба, на улучшение тембра голоса. 4. Рассмотреть особенности работы по формированию нёбно-глоточного смыкания, подобрать адекватные приемы работы над артикуляционной моторикой, проиллюстрировать их. Проиллюстрировать отдельные приемы, опираясь на методические рекомендации. 5. Проанализировать фрагмент занятия по коррекции ринолалии, определить задачи и направления работы, период обучения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Баль, Н.Н., Дроздова, Н.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с. 2. Ермакова, И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: 1985. 3. Логопедия. / Под редакцией Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. 4. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – М.:97, с.160–175. 5. Соснин, Г.П., Крицкий А.В. Ортопедическое исправление речи у детей с расщелиной неба / Г.П. Соснин, А.В. Крицкий. – Мн.: Беларусь, 1984. – 128 с.

ЛР № 6 Тема 10. Логопедическая помощь при дисфонии

Цель: формирование профессиональных компетенций проведения коррекции нарушений голоса.

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>1. Симптоматика нарушений голосовой функции при дисфонии, дизартрии, ринолалии.</p> <p>2. Основные направления и этапы фонопедической работы.</p> <p>3. Специфика фонопедической работы при разной голосовой патологии работы.</p> <p>4. Специфика работы над речевым и физиологическим дыханием.</p> <p>5. Специфика работы над голосом (высоты тона, громкости и тембра голоса).</p> <p>6. Специфика работы над звукопроизношением.</p> <p>7. Проанализировать систему коррекции голоса при дисфонии.</p>	<p>1. Сопоставьте проявления дисфонии с нарушениями голосовой функции при дизартрии, ринолалии, нарушениях слуха.</p> <p>2. Определите особенности постановки фонационного дыхания (в положении лежа, сидя, стоя, в движении).</p> <p>3. Проведение, наблюдение и анализ фонопедических упражнений: - на мягкой атаке голоса, проводимых при узелках и другой органической патологии на голосовых складках. - на твердой атаке голоса, проводимых при парезах и параличах голосовых складок, - гипотонусной дисфонии.</p> <p>4. Проиллюстрируйте отдельные приемы, опираясь на методические рекомендации.</p> <p>5. Выпишите приёмы (способы) восстановления (вызывания голоса).</p>	<p>1. Логопедия. / Под редакцией Л.С.Волковой, С.Н.Шаховской. – М.: ВЛАДОС, 2002. с 252-330.</p> <p>2. Поварова, И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах / И.А. Поварова – СПб.: Питер, 2004, 348 с.</p> <p>3. Алмазова, Е.С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей: Учеб.пос. 4. Вильсон, Д. К. Нарушения голоса у детей. – М.: Медицина, 1990.</p>

ЛР № 7 Тема 14. Коррекция нарушения письменной речи

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения коррекции нарушений письма.

Задание: проведите анализ предложенных работ учащихся по следующей схеме:

1. Выпишите ошибки из работы учащегося, проанализируйте причины их возникновения.
2. Классифицируйте специфические ошибки.
3. Определите, какие группы ошибок наиболее многочисленны (определите процентное соотношение).
4. Составьте заключение о проявлении дисграфии (дизорфографии), определите вид дисграфии.
5. Опираясь на предложенный алгоритм коррекции нарушений письменной речи, составьте план индивидуальной работы, подберите задания для преодоления конкретного нарушения.

Алгоритм коррекции нарушений письменной речи **Развитие языкового анализа и синтеза**

- Развитие анализа структуры предложения
- Развитие слогового анализа и синтеза
 - выделение гласного звука из слога
 - выделение гласных звуков из слова
- Развитие фонематического анализа и синтеза
 - выделение (узнавание) звука на фоне слова
 - вычленение первого и последнего звука из слова
 - а) вычленение первого ударного гласного из слова
 - б) вычленение первого согласного из слова
 - в) определение конечного согласного в слове
 - г) определение места звука в слове (начало, середина, конец)
- Развитие сложных форм фонематического анализа (определение количества, последовательности и места звука в слове)
I этап - формирование фонематического анализа с опорой на вспомогательные средства, внешние действия

II этап - формирование фонематического анализа в речевом плане.

III этап - формирование фонематического анализа в умственном плане.

Формирование фонематического восприятия (дифференциации фонем)

I этап - предварительный этап работы над каждым из смешиваемых звуков (последовательно уточняется произносительный и слуховой образ каждого из смешиваемых звуков).

- Уточнение артикуляции звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения.
- Выделение звука на фоне слога.
- Формирование умения определять наличие звука в слове.
- Определение места звука в слове.
- Выделение слова с данным звуком из предложения.

II этап - этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков (проводится сопоставление конкретных смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане) дифференциация изолированных звуков

- дифференциация звуков в слогах

- дифференциация звуков в словах
- дифференциация звуков в предложениях
- дифференциация звуков в связной речи
- Слухопроизносительная дифференциация твердых и мягких согласных звуков
- Обозначение мягкости согласных с помощью мягкого знака
- Обозначение мягкости согласных звуков с помощью букв *е, ё, ю, я, и*
- Формирование навыка чтения прямого открытого слога с ориентировкой на последующую букву

Устранение семантической дислексии

- Развитие слогового синтеза
- Работа над пониманием прочитанных слов, предложений и текста
- Работа по расширению, уточнению и систематизации словаря

Устранение оптической дислексии и дисграфии

- Развитие зрительного восприятия и узнавания (зрительного гнозиса)
- Уточнение и расширение объема зрительной памяти
- Формирование пространственного восприятия и представлений, зрительно-пространственного анализа и синтеза
 1. ориентировка на собственном теле, дифференциация правых и левых его частей;
 2. ориентировка в окружающем пространстве:
 - определение пространственного расположения предметов по отношению к ребенку, т.е. к самому себе;
 - определение пространственных соотношений между 2-3 предметами и изображениями
 3. определение пространственных соотношений элементов графических изображений и букв
- Формирование речевых обозначений зрительно-пространственных отношений
- Формирование буквенного гнозиса, дифференциации зрительных образов букв
- Дифференциация смешиваемых букв изолированно, в слогах, словах, предложениях, текстах

Устранение аграмматической дислексии и дисграфии

- Формирование морфологической системы языка

1. Формирование словоизменения

- 1.1. Формирование словоизменения существительных
 - дифференциация им. падежа ед. и множ. числа;
 - закрепление беспредложных конструкций ед. числа;
 - предложно-падежные конструкции ед. числа;
 - формы существительных множ.ч., сначала беспредложные, затем с предлогами.
- 1.2. Формирование словоизменения прилагательных
 - согласование прилаг. с существ. в им. падеже ед. и множ. числа;
 - согласование прилаг. и существ. в косвенных падежах ед. числа;
 - согласование прилаг. и существ. во множ.числе.
- 1.3. Формирование словоизменения глаголов
 - согласование глаголов настоящего времени и существ. в числе;
 - согласование глаголов прошедшего времени и существ. в роде и числе;
 - дифференциация глаголов совершенного и несовершенного видов.

2. Формирование словообразования

- Формирование синтаксической структуры предложения

1. Двусоставные предложения, включающие подлежащее, выраженное сущ., и сказуемое, выраженное глаголом 3 лица настоящего времени.
2. Другие двусоставные предложения.
3. Распространенные предложения из 3-4 слов.
4. Сложносочиненные предложения.
5. Сложноподчиненные предложения.

ЛР № 8 Тема 16. Организация логопедической помощи учащимся с общим недоразвитием речи

Цель: формирование профессиональных компетенций организации и проведения обследования устной речи (внутреннего программирования связных высказываний) учащихся с ОНР

Вопросы для самоконтроля (С) и обсуждения (О)	Задания	Литературные источники
<p>1. Направления обследования устной речи учащихся с общим недоразвитием речи.</p> <p>2. Обследование грамматического строя речи: выявление умений формообразования, словоизменения, конструирования текста.</p> <p>3. Обследование лексической стороны речи: формирование значения слов, словесных понятий.</p> <p>4. Обследование процесса программирования связного высказывания.</p>	<p>1. Сопоставьте план обследования устной речи учащегося с 1 уровнем речевого развития.</p> <p>2. Сопоставьте план обследования устной речи учащегося со 2 уровнем речевого развития.</p> <p>3. Сопоставьте план обследования устной речи учащегося с 3 уровнем речевого развития.</p> <p>4. Продумайте методику проведения и подготовьте стимульный материал для исследования</p> <p>1. диалогической речи;</p> <p>2. монологической речи:</p> <p>а) составление рассказа с опорой на наглядность после предварительной отработки содержания в процессе диалога.</p> <p>в) пересказ;</p> <p>3. лексико-грамматического структурирования речи;</p> <p>4. усвоения грамматического значения слова и его связи с формальными признаками (по методике Д.Н. Богоявленского): понимание грамматического значения суффиксов со значением «большого или маленького размера».</p>	<p>1. Лалаева, Р.И. Методика психолингвистического исследования нарушений устной речи у детей. – М., 2004</p> <p>2. Фотекова, Т.А., Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.</p> <p>3. Зайцева, Л.А. Обследование детей с речевой патологией. Методические рекомендации. – Минск.: НМЦентр, 1994. – 20 с.</p> <p>4. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под. ред. Г.В. Чиркиной. М., 2003.</p>

КОНТРОЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

Тема 1. Логопедия как наука.

Анатомо-физиологические механизмы речи

Тесты № 1

Центральный речевой аппарат

Выбери правильный ответ:

1. Центр Брока расположен:

1. в верхневисочном отделе правого полушария
2. в нижнелобном отделе левого полушария
3. в верхневисочном отделе левого полушария

2. Центр Брока является:

1. речеслуховым центром
2. речедвигательным центром
3. речезрительный центр

3. Центр Брока обеспечивает:

1. формирование артикуляционных образов звуков
2. формирование акустических образов звуков
3. понимание смысла слов

4. При поражении центра Брока страдает:

1. слухоречевая память
2. фонематическое восприятие
3. подвижность органов артикуляции

5. Центр Вернике расположен:

1. в нижнелобном отделе правого полушария
2. в верхневисочном отделе левого полушария
3. в верхневисочном отделе правого полушария

6. Центр Вернике является:

1. речезрительным центром
2. речеслуховым центром
3. речедвигательным центром

7. Центр Вернике обеспечивает:

1. понимание смысла слов
2. моторную организацию речи
3. артикулирование

8. При поражении центра Вернике нарушается:

1. подвижность органов артикуляции
2. анализ речевого потока
3. произношение звуков, слогов, слов

9. Программирование речевого высказывания, речевая мотивация и замысел, центры второй сигнальной системы расположены:

1. в лобной доле ГМ
2. в теменной доле ГМ
3. в затылочной доле ГМ

10. Ритм, темп, интонация, грамматический порядок слов, использование глаголов как в произносимой, так и в слышимой речи нарушаются при поражении:

1. височной доли ГМ
2. дополнительной моторной зоны (лобная доля)
3. теменной доли

11. Перекодировка зрительного образа в звук, центры письменной речи расположены:

1. в лобной доле
2. в височной доле
3. в затылочной доле

12. Анализ кинестетических ощущений, поступающих от мышц речевого аппарата, восприятие сложной чувствительности осуществляется:

1. в лобной доле
2. в теменной доле
3. в височной доле

13. Автоматизация движений, регуляция мышечного тонуса речевых органов, а также темпо-ритмической и мелодико-интонационной стороны речи осуществляется:

1. в коре БП
2. в подкорковых узлах
3. в продолговатом мозге

14. Точность, соразмерность, амплитуду движений органов артикуляции, их координацию и равновесие осуществляет:

1. мозжечок
2. продолговатый мозг
3. гипоталамус

Периферический речевой аппарат

15. Артикуляционный отдел иначе называется:

1. резонаторный
2. энергетический
3. фонационный

16. Твердое нёбо в задней части переходит в:

1. альвеолы
2. мягкое небо
3. заднюю стенку глотки

17. При смыкании голосовых складок:

1. образуется шум
2. образуется голос
3. образуется выдох

18. Органы, которые создают дополнительный резонанс звуку, выходящему через голосовую щель:

1. дыхательные
2. голосовые
3. артикуляционные

19. Мышечный орган, обеспечивающий артикуляцию фонем, условия резонирования звука:

1. глотка
2. язык
3. мягкое небо

20. Подвижные органы, расположенные от голосовой щели до губ и носовых отверстий, называются:

1. артикуляционные
2. голосовые
3. дыхательные

Тема 9. Логопедическая помощь при ринолалии

Тесты № 2

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ

А. Носовая полость расположена:

1. в энергетическом отделе периферического речевого аппарата
2. в резонаторном отделе периферического речевого аппарата
3. в генераторном (голособразующем) отделе периферического речевого аппарата

Б. При отделении ротовой полости от носовой полости образуются:

1. ротовые звуки
2. носовые звуки
3. сонорные звуки

В. Ринолалия – это нарушение звукопроизношения и ... :

1. силы голоса
2. высоты голоса
3. тембра голоса

Г. При закрытой ринолалии наблюдается:

1. недостаточный подъем мягкого неба
2. чрезмерный подъем мягкого неба
3. слабый нёбно-глоточный затвор

Д. При открытой ринолалии наблюдается:

1. недостаточный подъем мягкого неба
2. чрезмерный подъем мягкого неба
3. непроходимость носовой полости

Е. Врожденная нёбная расщелина вызывает:

1. закрытую органическую ринолалию
2. открытую функциональную ринолалию
3. открытую органическую ринолалию

Тесты №3

ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ

1. Недостаточный подъем мягкого неба наблюдается:

- 1) при закрытой функциональной Р.
- 2) при открытой органической Р.
- 3) при открытой функциональной Р.
- 4) при закрытой органической Р.

2. Неправильное строение речевого аппарата может привести к ...:

- 1) закрытой функциональной Р.
- 2) открытой органической Р.
- 3) открытой функциональной Р.
- 4) закрытой органической Р.

3. При пониженном носовом резонансе наблюдается:

- 1) закрытая функциональной Р.
- 2) открытая органическая Р.
- 3) открытая функциональная Р.
- 4) закрытая органическая Р.

4. При закрытой ринолалии наблюдается:

- 1) врожденные нёбные расщелины
- 2) искривление носовой перегородки
- 3) вялая артикуляция мягкого неба после удаления аденоидных разрастаний
- 4) укорочение мягкого неба

5. При открытой ринолалии наблюдается:

- 1) хроническая гипертрофия слизистой носа
- 2) полипы, опухоли в носовой полости
- 3) аденоидные разрастания
- 4) отсутствие или раздвоение маленького язычка

6. Врожденная нёбная расщелина вызывает:

- 1) закрытую органическую Р.
- 2) открытую функциональную Р.
- 3) открытую органическую Р.
- 4) закрытую функциональную Р.

Тесты № 4

Выберите правильный ответ:

Нарушения дыхания

3.1. Инспираторное дыхание – это

- а. судорожный вдох, выдох преобладает над вдохом.
- б. судорожный вдох, речь на вдохе.
- в. судорожный вдох и выдох.

Феномен фиксированности на дефекте

3.2. Нулевая степень болезненной фиксации – ...

- а. меньше заикаются в привычной обстановке, прибегают к уловкам.
- б. не испытывают ущемления от сознания своего дефекта;
- в. концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко их переживают;
- г. отсутствуют какие-либо попытки к преодолению дефекта;
- д. тягостное чувство неполноценности;
- е. стесняются, скрывают свой дефект.

3.3. Умеренная степень болезненной фиксации - ...

- а. концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко их переживают,
- б. не испытывают ущемления от сознания своего дефекта;
- в. отсутствуют какие-либо попытки к преодолению дефекта;
- г. стесняются, скрывают свой дефект;
- д. тягостное чувство неполноценности;
- е. меньше заикаются в привычной обстановке, прибегают к уловкам.

МАТЕРИАЛЫ ТЕКУЩЕЙ АТТЕСТАЦИИ

Вопросы к экзамену

1. Современные концептуальные подходы к логопедии как науке.
2. Содержание категории «функциональная система речи».
3. Строение и функционирование речевого аппарата.
4. Психолингвистическая характеристика речи.
5. Этапы формирования детской речи в онтогенезе.
6. Характеристика звукового уровня речи.
7. Классификация звуков речи.
8. Содержание понятия «нарушение речи».
9. Этиология и патогенез нарушений речи.
10. Виды нарушений речи в клинико-педагогической классификации.
11. Психолого-педагогическая классификация нарушений речи.
12. Принципы логопедической работы.
13. Специфика использования наглядных, практических и словесных методов при осуществлении логопедической помощи.
14. Принципы и методы логопедического обследования.
15. Организация логопедического обследования.
16. Сущность категории «нарушения звукопроизношения».
17. Сущность категории «дислалия».
18. Методика выявления нарушений звукопроизношения.
19. Методика преодоления дислалии.
20. Специфика преодоления механической дислалии.
21. Содержание коррекционной работы на подготовительном этапе преодоления дислалии.
22. Содержание логопедической работы по постановке звука.
23. Методики преодоления ротацизма. Способы постановки звука Р.
24. Методики преодоления свистящего сигматизма. Способы постановки звука [с].
25. Методики преодоления шипящего сигматизма. Способы постановки звука [ш].
26. Методики преодоления ламбдацизма. Способы постановки звука [л].
27. Методики преодоления нарушений заднеязычных звуков. Способы постановки звука [к].
28. Методика преодоления дефектов озвончения и оглушения.
29. Методика преодоления дефектов смягчения.
30. Содержание категории «ринолалия».
31. Специфика логопедической работы при открытой органической ринолалии.
32. Содержание категории «дизартрия».
33. Система коррекционно-педагогической работы при дизартрии.
34. Специфика коррекции звукопроизношения при дизартрии.
35. Дифференциальная диагностика дислалии и дизартрии.
36. Содержание категории «дисфония».
37. Методика коррекционной работы по восстановлению голоса при дисфонии.
38. Сущность категории «нарушение темпа речи» Методика коррекционной работы при тахилалии и брадилалии.

39. Содержание категории «заикание». Симптоматика заикания. Клинические виды.
40. Структура нарушения при заикании. Степень фиксированности на дефекте.
41. Сущность комплексного преодоления заикания.
42. Современные методики коррекционного воздействия при заикании.
43. Содержание категории «афазия». Современная классификация (А.Р.Лурия).
44. Восстановительное обучение при различных формах афазии.
45. Содержание категории «детская афазия». Проявление афазии в детском возрасте. Специфика логопедической помощи.
46. Содержание категории «дисграфия». Классификация дисграфии.
47. Содержание категории «дислексия». Классификация дислексии.
48. Обследование детей с нарушением письма и чтения.
49. Методика логопедической работы по устранению аграмматической дисграфии и дислексии.
50. Методика логопедической работы по устранению оптической дисграфии и дислексии.
51. Методика логопедической работы по устранению акустической дисграфии и фонематической дислексии.
52. Методика логопедической работы по устранению дисграфии на почве несформированности языкового анализа и синтеза.
53. Содержание категории «дизорфография». Методика преодоления дизорфографии.
54. Содержание понятий «общее недоразвитие речи» и «фонетико-фонематическое недоразвитие речи».
55. Методика логопедической работы с детьми, имеющими различные уровни речевого развития при ОНР.
56. Методика логопедической работы с учащимися с общим недоразвитием речи.
57. Содержание категории «алалия». Моторная и сенсорная алалии.
58. Методика коррекционной работы при моторной алалии.
59. Методика коррекционной работы при сенсорной алалии.
60. Специфика организации логопедической помощи при нарушении слуха. Приемы развития слухового и зрительного восприятия (чтения с губ).
61. Специфика организации логопедической помощи при нарушениях зрения.
62. Специфика организации логопедической помощи при интеллектуальной недостаточности.
63. Специфика организации логопедической помощи при нарушениях опорно-двигательного аппарата (ДЦП).
64. Специфика организации логопедической помощи при детском аутизме.
65. Специфика организации логопедической помощи детям с трудностями в обучении.
66. Система логопедической помощи на современном этапе развития образования в Республике Беларусь.
67. Особенности организации логопедической помощи в условиях интегрированного обучения и воспитания.

ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная литература:

1. Баль, Н.Н. Обследование чтения и письма у младших школьников: Учебно-методическое пособие для учителей-дефектологов / Н.Н. Баль, И.А. Захарченя – Мн.: Ураджай, 2001. – 75 с.
2. Баль, Н.Н., Дроздова, Н.В. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи / Н.Н. Баль, Н.В. Дроздова. – Минск: Адукацыя і выхаванне, 2010. – 152 с.
3. Баль, Н.Н. Организация логопедической помощи в системе образования Республики Беларусь / Н.Н. Баль // Оторинолагингология в Беларуси: спец выпуск «Современные подходы в оказании специализированной помощи детям с речевыми и психическими нарушениями». – Минск: УП «Профессиональные издания», 2011. – С. 5–9.
4. Гайдукевич, С.Е. Направления совершенствования коррекционно-развивающей работы с детьми с особенностями психофизического развития / С.Е. Гайдукевич // Спецыяльная адукацыя. – № 5. – 2009. – С. 19-25.
5. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: Сб. методических рекомендаций. – СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2000.
6. Дети с нарушениями общения: Ранний детский аутизм/ К.С. Лебединская, О.С. Никольская, Е.Р. Баенская и др. – М.: Просвещение, 1989, – 95 с.
7. Дроздова, Н.В. и др. Нарушения устной и письменной речи: Учеб.-метод. Пособие. / Н.В. Дроздова, Л.А. Зайцева, С.П. Хабарова, Е.А. Харитоновна. – Мн.: УО «БГПУ», 2003.
8. Заикание: хрестоматия: учеб. пособие для студентов дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений/ сост. Л.И. Белякова, Е.А. Дьякова. – М.: Академия, 2003. – 303, [1] с.
9. Зайцев, И.С. Афазия / И.С. Зайцев. – Минск, 2007.
10. Зайцева, Л.А. Организация и содержание логопедических занятий в учреждениях образования. – Мозырь, 2004.
11. Зайцева, Л.А. и др. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция: Учеб.-метод. Пособие / Л.А. Зайцева, И.С. Зайцев, С.Ф. Левяш, И.Н. Ясова. – Минск: БГПУ им. М. Танка, 2001.
12. Зайцева, Л.А. Обследование детей с речевой патологией / Л.А. Зайцева. – Минск, 1994.
13. Зайцева, Л.А. Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями речи / Л.А. Зайцева. – Минск, 1998.
14. Игнатъева, С.А., Блинков, Ю.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии / С.А. Игнатъева, Ю.А. Блинков. – М.: Гуманит. изд. центр Владос, 2004, – 304 с.
15. Корнев, А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
16. Лалаева, Р.И. Логопедическая работа в коррекционных классах / Р.И. Лалаева. – М., 1999.
17. Лалаева, Р.И. Методика психолингвистического исследования нарушений устной речи у детей. – М., 2004. – 72 с.
18. Лалаева, Р.И. Нарушения чтения и пути их коррекции у младших школьников: Учеб. пособие. – СПб.: СОЮЗ, 1998. – 224 с.
19. Лалаева, Р.И., Венедиктова, Л.В. Диагностика и коррекция нарушений чтения и письма у младших школьников: Учеб.-метод. пособие. – СПб.: СОЮЗ, 2001. – 224 с.
20. Лалаева, Р.И., Серебрякова, Н.В., Зорина, С.В. Нарушения речи и их коррекция у детей с задержкой психического развития / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова, С.В. Зорина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 304 с.

21. Левина, Р.Е. Общее недоразвитие речи у детей / Р.Е. Левина // Основы теории и практики логопедии / Р.Е. Левина, Н.А. Никашина; под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1967. – 367 с.
22. Логинова, Е.А. Нарушения письма. Особенности их проявления и коррекции у младших школьников с задержкой психического развития. / Е.А. Логинова. – СПб., 2004.
23. Логопатопсихология: учеб. пособие для студ / под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской; [авт.-сост.: Р.И. Лалаева, С.Н. Шаховская]. Москва: ВЛАДОС, 2011. 462 с.
24. Логопедия. Методическое наследие: пособие для логопедов и студ. дефектологич. фак-тов пед. вузов: в 5 кн. / ред. Л. С. Волкова. – М.: ВЛАДОС. – (Б-ка учителя-дефектолога).
25. Логопедия: Методическое наследие / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – Кн. IV: Нарушения письменной речи: Дислексия. Дисграфия. – 304 с.
26. Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия.
27. Логопедия: Учеб. пособие / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 631 с.
28. Лопатина, Л.В., Серебрякова, Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии): учебное пособие. / Л.В.Лопатина, Н.В.Серебрякова. – СПб.: Изд-во «СОЮЗ», 2000. – 192 с.
29. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под ред. Г.В. Чиркиной. М., 2003.
30. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению / Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Академия, 2002. – 200 с.
31. Основы теории и практики логопедии: учебное пособие / под ред. Р.Е. Левина; репр. воспроизв. изд. – М.: Альянс, 2013. – 367 с.
32. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. В.И Селиверстова. – М., 1997.
33. Пятница, Т.В. Логопедия в таблицах и схемах / Т.В. Пятница. – Минск: Аверсэв, 2006. – 128 с.
34. Садовникова И.Н. Нарушения письменной речи и их преодоление у младших школьников: Кн. для логопедов. – М.: ВЛАДОС, 1997. – 256 с.
35. Садовникова, И.Н. Коррекционное обучение школьников с нарушениями чтения и письма: Пособие для логопедов, учителей, психологов дошкольных учреждений и школ различных типов. / И.Н. Садовникова –М.: АРКТИ, 2005. – 400 с.
36. Сиротюк А.Л. Коррекция обучения и развития школьников. – М.: ТЦ «Сфера», 2001. – 80 с.
37. Сиротюк А.Л. Нейропсихологическое и психофизиологическое сопровождение обучения. – М.: ТЦ «Сфера», 2003. – 288 с.
38. Фотекова, Т.А., Ахутина, Т.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов: Пособие для логопедов и психологов. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.
39. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты): Учеб. пособие для студентов высших и средних специальных педагогических учебных заведений: В 2-х т. / Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛАДОС, 1997.
40. Ястребова, А.В. Преодоление общего недоразвития речи у учащихся начальных классов общеобразовательных учреждений / А.В. Ястребова. – М.: АРКТИ, 1999. – 120 с.

Дополнительная литература

1. Абрамова, Е.И. Звуки речи, звуки языка / Е.И. Абрамова. – Брест, 2002.
2. Алмазова, Е.С., Самсонов Ф.А. Организация медико-педагогической помощи больным с нарушениями голоса // Логопедия: Методическое наследие. Пособие для логопедов и студ. дефектол. факультетов пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой: В 5 кн. – М.: ВЛАДОС, 2003 – Кн. 1: Нарушения голоса и звукопроизводительной стороны речи: В 2 ч. – Ч. 1: Нарушения голоса. Дислалия. – с. 71–79.
3. Андрейченко, Л.Н. Русский язык. Фонетика и фонология. Орфоэпия. Графика и орфография / Л.Н. Андрейченко. – М., 2003 г.
4. Арутюнян, Л.З. Мифы о рецидивах заикания / Л.З. Арутюнян // Логопедия. – 2005. – № 4. – С. 53–55.
5. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие для студентов пед. вузов. – М.: АСТ: Астрель, 2007. – 224 с.
6. Ахутина, Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса / Т.В. Ахутина. – М.: Просвещение, 1989. – 249с.
7. Белинская, Е.В. Коррекционно-развивающие занятия с дошкольниками и младшими школьниками: пособие для педагогов учреждений, обеспечивающих дошкольное образование / Е.В. Белинская, Ю.С. Шиманович. – Мозырь: ООО ИД «Белый ветер», 2009. – 111, [1] с.
8. Богомазов, Г.М. Современный русский литературный язык: Фонетика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений Г.М. Богомазов. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 352 с.
9. Богомазов, Г.М. Современный русский литературный язык: Фонетика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Г.М. Богомазов. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 352 с.
10. Большой психологический словарь / Сост. и общ. ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. – СПб.: прайм ЕВРОЗНАК, 2004. – 672 с.
11. Бондарко, Л.В. Фонология речевой деятельности. – СПб., 2000.
12. Боскис, Р.М. Учителю о детях с нарушением слуха / Р.М. Боскис. – М. Просвещение, 1988.
13. Варпахович, Л.В. Лингвистика в таблицах и схемах. – Минск., 2000.
14. Винарская, Е.Н., Богомаз, Г.М. Возрастная фонетика. – М., 2005.
15. Воробьева, В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: учебное пособие / В.К. Воробьева. – М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2006. – 158 с.
16. Выгодская, И.Г. и др. Устранение заикания у дошкольников в игре / И.Г. Выгодская, Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенская. – М.: Просвещение, 1984.
17. Выготский, Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 3. Проблемы развития психики / Л. С. Выготский; под ред. А.М. Матюшкина. – М.: Педагогика, 1983. – 368 с.
18. Гайдукевич, С.Е. и др. Организация образовательной среды для детей с особенностями психофизического развития в условиях интегрированного обучения; учеб.-метод. пособие / С. Е. Гайдукевич [и др.]; под общ. ред. С. Е. Гайдукевич, В. В. Чечета. – Минск: БГПУ, 2006. – 98 с.
19. Гапанович, В.Я., Александров, В.М. Оториноларингологический атлас / В.Я. Гапанович, В.М. Александров. – Минск, 1989.
20. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – М., 1961.
21. Глухов, В. П. Методика формирования связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием. Учебное пособие. – М.: МГОПУ, 1995. – 143 с.
22. Глухов, В. П. Формирование связной речи детей дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием / В. П. Глухов. – М.: Аркти, 2002. – 144 с.
23. Гриншпун, Б.М. О принципах логопедической работы на начальных этапах формирования речи у моторных алаликов / Б.М. Гриншпун // Логопедия. Методическое наследие: В 5 книгах. – Т. 3: Системные нарушения речи: Алалия. Афазия / Авт.-сост. С. Н. Шаховская, М. К. Шохор-Троцкая (Бурлакова); Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Владос, 2003. – С. 160–171.

24. Гриншпун, Б.М. Алалия / Б.М. Гриншпун // Логопедия: Учеб. / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – С. 331–388.
25. Диагностико-коррекционная работа с детьми: Методические рекомендации / О. М. Цыганкова. – Мозырь: Издательский Дом «Белый ветер», 2001. – 116 с.
26. Дьякова, Е.А. Логопедический массаж: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 96 с.
27. Ермакова, И.И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков / И.И. Ермакова. – М.: 1985.
28. Ефименкова, Л.Н. Формирование речи у дошкольников (Дети с общим недоразвитием речи): Кн. для логопедов. – 2-е изд., перераб., – М.: Просвещение, 1985. – 109 с.
29. Жинкин, Н.И. Механизмы речи / Н.И. Жинкин. – М., 1958.
30. Жукова, Н.С. и др. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – Екатеринбург: Издательство АРД ЛТД, 1998. – 320 с.
31. Зайцева, Л.А. Современная классификация и диагностика речевых нарушений: дискуссионные и нерешенные проблемы / Л. А. Зайцева, И. С. Зайцев // Специальная адукацыя. – 2009. – № 1. – С. 38–41.
32. Змушко, А.М. Тенденции современного этапа развития специального образования в Республике Беларусь / А.М. Змушко // Специальное образование: опыт, перспективы развития: материалы респ. науч.-практ. конф., Могилёв, 12 октября 2010 г.; под ред. Ю.К. Шергилашвили. – Могилёв: УО «МГУ им. А.А. Кулешова», 2011. – С. 3–9.
33. Иваненко, С.Ф. Формирование восприятия речи у детей с тяжелыми нарушениями произношения. – М.: Просвещение, 1984.
34. Интегрированное обучение детей с особенностями в развитии / Сост. З.Г. Ермолович, Т.Л. Лещинская, Т.А Григорьева, В.П. Греханов. – Минск., 1995.
35. Калягин, В. Если ребёнок заикается / В. Калягин. – СПб: Питер Ком, 1998.
36. Каше, Г.А. Подготовка к школе детей с недостатками речи. Пособие для логопеда / Г.А. Каше. – М.: Просвещение, 1985. – 207 с.
37. Ковшиков, В. А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления / В. А. Ковшиков – СПб.: КАРО, 2006. – 304 с. 258 – 269.
38. Корнев А. Н. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты) / А.Н. Корнев // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. Монографический сборник. – МПГУ, 2005. – С. 43-47.
39. Косякова, О.О. Логопсихология: учеб пособие / О. О. Косякова. – Ростов н / Д: Феникс, 2007. – 254 с.
40. Культура русской речи: энциклопедический словарь-справочник / под ред. Л.Ю Иванова, А.П. Сковородникова, Е.Н. Ширяева [и др.]. – М.: Флинта: Наука, 2003. – 840 с.
41. Логопатопсихология: учеб. пособие для студ / под ред. Р. И. Лалаевой, С. Н. Шаховской; [авт.-сост.: Р. И. Лалаева, С. Н. Шаховская]. М: ВЛАДОС, 2011. 462 с.
42. Лопухина, И.С. Логопедия – звуки, буквы и слова / И.С. Лопухина. – СПб.: Дельта, 1998.
43. Лопухина, И.С. Логопедия – речь, ритм, движение / И.С. Лопухина. – СПб.: Дельта, 1999.
44. Лопухина, И.С. Логопедия, упражнения для развития речи: Пособие для логопедов и родителей. – СПб.: Дельта, 1999.
45. Лурия, А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. — М., 1962.
46. Миронова, С.А. Развитие речи дошкольников на логопедических занятиях / С.А. Миронова. – М.: Просвещение, 1991г.
47. Миссуловин, Л.Я. Лечение заикания / Л. Я. Миссуловин. – СПб: Медицина, 1988.
48. Парамонова, Л. Г., Головнева, Н Я. Подготовка к школе: речь, письмо, математика – СПб.: 1999.

49. Парамонова, Л.Г. Предупреждение и устранение дисграфии у детей. – СПб.: Лениниздат: Изд-во «Союз», 2001. – 240 с.
50. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – СПб., 1997.
51. Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: Учеб. пособие / Под общ. ред. О.Б.Иншаковой. – М.: Моск. психолого-социальный ин-т; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2001. – 240 с.
52. Пеллингер, Е.Л., Успенская, Л.П. Как помочь заикающимся дошкольникам / Е.Л. Пеллингер, Л.П. Успенская. – СПб.: 1998.
53. Повалева, М.А. Справочник логопеда / М.А. Повалева – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002, – 440 с.
54. Поварова, И.А. Коррекция заикания в играх и тренингах: Практическое руководство для заикающихся и логопедов / И.А. Поварова. – СПб: Изд-во «Союз», 2001.
55. Пожиленко, Е.А. Волшебный мир звуков и слов / Е.А. Пожиленко. – М.: 1999.
56. Понятийно-терминологический словарь логопеда. / Под ред. В. И Селиверстова. – М., 1997.
57. Праграмы. Выхаванне і навучанне дашкольнікаў з парушэннямі маўлення. – Минск, 1997.
58. Прокофьев, А. Новый подход к проблеме заикания: неосознаваемые аспекты заикания / А. Прокофьев // Специальная психология. – 2009. - № 2. – С. 58-63.
59. Психодиагностика и коррекция детей с нарушениями и отклонениями развития: методический материал / сост. и общ. ред. Астапова В.М., Микадзе Ю.В. – СПб.: Питер, 2001. – 256 с. – (Хрестоматия по психологии)
60. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: Пособие для учителя-дефектолога / Под ред. Л.М. Щипицыной. — М.: Гуманит.-изд. центр ВЛА-ДОС, 2003. — С. 114–122.
61. Пятница, Т.В. Справочник дошкольного логопеда / Т.В. Пятница, Т.В. Солоухина-Башинская. – Ростов н /Д: Феникс, 2009. – 479 с.
62. Репина, З.А. Буйко, В.И. Уроки логопедии / З.А. Репина, В.И. Буйко. – Екатеринбург, 1999.
63. Садовникова, Е.Н. Использование элементов сказкотерапии в комплексной работе с заикающимися детьми / Е.Н. Садовникова // Коррекционная педагогика. – 2009. – № 3. – С. 28–33.
64. Селиверстов, В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия: учеб. пособие для студ. высш. и средн. пед. учеб. заведений / В.И. Селиверстов. – 4-е изд., доп. – М.: Гуманит. издательский центр ВЛАДОС, 2000.
65. Сенкевич, В.И. Фонетика и фонология русского языка. – Брест, 2004.
66. Сикорский, А.И. О заикании / А.И. Сикорский. – СПб.: Издательство «Союз», 1994.
67. Соснин, Г.П., Крицкий А.В. Ортопедическое исправление речи у детей с расщелиной неба / Г.П. Соснин, А.В. Крицкий. – Мн.: Беларусь, 1984. – 128 с.
68. Спирова, Л.Ф. Особенности развития речи учащихся с тяжелыми нарушениями речи / Л.Ф. Спирова. – М.: Просвещение, 1980. – 580 с.
69. Старичёнок, В.Д. и др., Алексина Л.И., Вержбицкая Т.Н., Григорьева Т.А. Основы фонологии / В.Д. Старичёнок, Л.И. Алексина, Т.Н. Вержбицкая, Т.А. Григорьева. – Минск., 1998.
70. Сыс, Л.А. Система работы по коррекции коммуникативного поведения заикающихся подростков и взрослых в процессе логопедических занятий / Л.А. Сыс // Специальная адукацыя. – 2009. – № 4. – С. 56–62.
71. Филичева, Т.Б. и др. Основы логопедии / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.Н. Чиркина– М.: 1989.
72. Филичева, Т.Б. Особенности формирования речи детей дошкольного возраста / Т.Б. Филичева. – М.: ГНОМ И Д, 1999. – 220с.
73. Цветкова, Л.С. Методика диагностического нейропсихологического обследования детей / Л.С. Цветкова. – М.: Роспедагентство, 1997. – 86 с
74. Цейтлин, С.Н. Язык и ребёнок. Лингвистика детской речи. – СПб., 2000.
75. Чистякова, М.И. Психогимнастика / М.И. Чистякова; Под ред. М.И. Буянова. – М.: Просвещение, 1990.

Информационное обеспечение (Интернет- ресурсы)

<http://www.edu.gov.by> – Система образования сайт Министерства образования Республики Беларусь:

<http://www.adu.by> – Научно-методическое учреждение «Национальный институт образования» Министерства образования Республики Беларусь

<http://mir.pravo.by> – Детский правовой сайт

<http://www.nlb.by> – Интернет-портал Национальной библиотеки Беларуси

<http://npb.unibel.by> – сайт Научно-педагогической библиотеки учреждения «Главный информационно-аналитический центр Министерства образования Республики Беларусь»

www.iro.gomel.by – государственное учреждение образования «Гомельский областной институт развития образования»

<http://www.asabliva.by> – сайт отдела специального образования

<http://logopedia.by/> – профессиональный сайт

www.pedlib.ru – электронная библиотека педагогической литературы.

Приложения

ПРИЛОЖЕНИЕ А

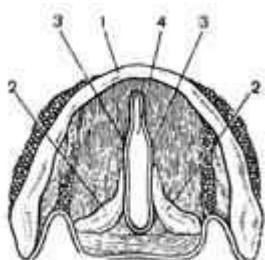
Органы артикуляции и фонации (произносительный аппарат)



Русские и латинские названия органов речи и их производные

Язык	<i>lingua</i>	лингвистический
Губы	<i>labia</i>	лабиальный, лабиализованный
Зубы	<i>dentes</i>	дентальный
Альвеолы	<i>alveoli</i> (желобки)	альвеолярный
Твердое нёбо	<i>palatum</i>	палатальный
Мягкое нёбо	<i>velum</i> (парус)	велярный
Язычок	<i>uvula</i> (виноградка)	увулярный
Нос	<i>nasum</i>	назальный
Зев	<i>pharynx</i>	фарингальный
Гортань	<i>larynx</i>	ларингальный

Гортань и голосовые складки
(поперечный разрез)



1. Щитовидный хрящ
2. Черпаловидный хрящ
3. Края голосовых связок
4. Голосовая щель

(рис. на с.44 по кн.: В.И.Колухов. Введение в языковедение, 1979)

Основные положения

ГОЛОСОВЫХ СКЛАДОК



ГЛОССАРИЙ

Логопедия как наука

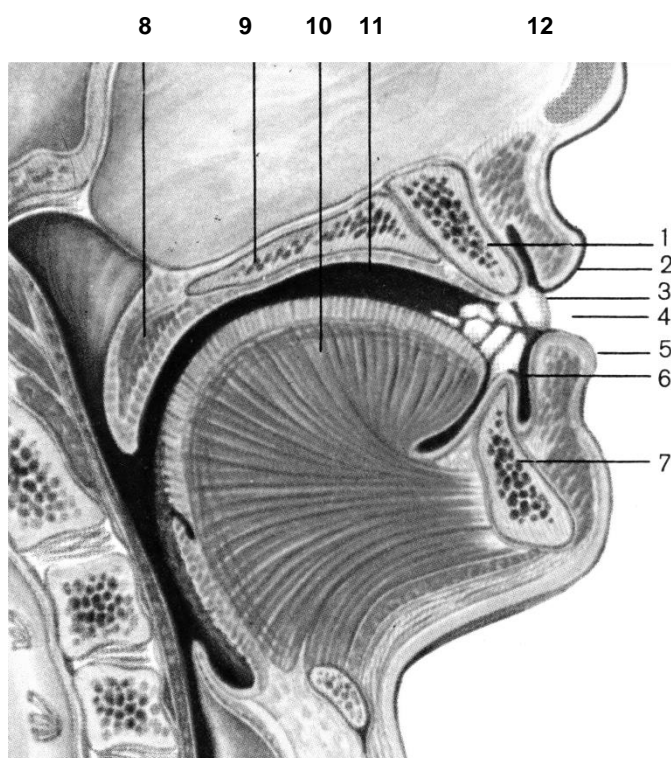
- **Логопедия** – наука о нарушениях речи, методах предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.
- **Логопед** – коррекционный педагог, занимающийся устранением недостатков речи у лиц, имеющих нарушения речи.
- **Недоразвитие речи** качественно более низкий уровень сформированности той или иной речевой функции или речевой системы в целом.
- **Нарушение речи** - расстройство, отклонение от нормы в процессе функционирования механизмов речевой деятельности.
- **Симптом нарушения речи** — это **признак** (проявление) какого-либо нарушения речевой деятельности.
- **Симптоматика нарушений речи** — это **совокупность признаков** (проявлений) нарушения речевой деятельности.
- **Патогенез нарушений речи** — это **патологический механизм**, обуславливающий возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.
- **Структурой речевого дефекта** - совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первыми.
- **Коррекция нарушений речи** — это исправление речи или ослабление симптоматики нарушений речи (устранение, преодоление речевых нарушений).
- **Компенсация** – возмещение недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных. Компенсаторная перестройка включает восстановление или замещение утраченных или нарушенных функций, а также их изменение.
- **Восстановительное обучение** направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций.

Дислалия

- **Дислалия** – стойкое нарушение произношения одного или нескольких звуков при сохранном слухе и иннервации речевого аппарата.
- **Физиологическая дислалия** – возрастные своеобразия детской речи (звуковой стороны), обусловленные функциональной незрелостью речевого аппарата, которые преодолеваются спонтанно без специальной помощи.
- **Механическая (органическая) дислалия** – нарушения звукопроизношения, возникающие под влиянием анатомических дефектов речевого аппарата (артикуляционного аппарата).
- **Функциональная дислалия** – нарушение звукопроизношения при отсутствии органических нарушений в строении артикуляционного аппарата.
- **Дикция** – произношение, степень отчетливости, в произношении слов, слогов, речи; подвижность и дифференцированность движений органов артикуляции, обеспечивающих четкое и ясное произношение каждого звука.
- **Артикуляция** – совместная работа речевых органов, необходимая для произнесения звуков речи; деятельность, движения и позиции органов речи необходимые для произнесения данного звука.
- **Звукопроизношение** – процесс образования звуков речи, осуществляемый энергетическим (дыхательным), генераторным (голособразующим, фонологическим) и резонаторным (артикуляционным) отделами речевого аппарата при регуляции со стороны ЦНС.
- **Нарушения звукопроизношения** – дефекты звукопроизношения.
- **Прогения** – выступание нижней челюсти вперед (по сравнению с верхней) вследствие чрезмерного развития.
- **Прогнатия** – чрезмерное выступание верхней челюсти вперед (по сравнению с нижней).
- **Антропофонические дефекты (фонетические)** – искажения звуков.
- **Искажения звука** – ненормативное произношение звука.
- **Фонологические дефекты (фонематические)** – замены и смещения звуков.
- **Замена звуков** – дефект воспроизведения звуков речи, при котором вместо правильного звука произносится звук, сходный по способу образования или по месту артикуляции, парный по глухости/звонкости, твердости/мягкости в зависимости от того, артикуляционные или акустические образы звуков не сформированы.
- **Субституция** – замещение одного звука другим, связанным с ним по твердости / мягкости, глухости / звонкости и др.
- **Смещение (взаимозамены) звуков** – недостаток речи, выражающийся в том, что ребенок, умея произносить те или иные звуки, путает их в речи; признак незаконченности процесса овладения системой фонем (в онтогенезе завершается к 4-5 годам).
- **Элизия** – выпадение звуков, слогов, слов.
- **Мономорфные (простые) нарушения звукопроизношения** – дефектное произношение одного звука или однородных по артикуляции звуков (напр., свистящие).

- **Полиморфные (сложные) нарушения звукопроизношения** – дефектное произношение неоднородных по артикуляции звуков (напр., свистящие и шипящие).
- **Фонематический слух** – тонкий систематизированный слух, направленный на формирование акустических образов звуков речи и позволяющий различать и узнавать фонемы, составляющие звуковую оболочку слова.
- **Фонематическое восприятие** – умственные действия, направленные на различение фонем в потоке речи и установлению звуковой структуры слова.
- **Акустический образ звука** – слуховое представление; слуховой образ звука как единица фонологической системы языка, мыслимая вне зависимости от ее фактических звуковых воспроизведений.
- **Артикуляционные фазы** – части артикуляции звука: приступ (экскурсия), выдержка (средняя часть), отступ (рекурсия).
- **Автоматизация** – превращение сознательных действий в автоматические (совершаемые без участия сознания) с помощью упражнений.
- **Дифференциация** – разделение, расслоение, расчленение целого на части, формы и ступени.
- **Артикуляционные навыки** – усвоение артикуляционной базы данного языка.

Артикуляционный аппарат



1. верхняя челюсть
2. верхняя губа
3. верхние резцы
4. ротовая щель
5. нижняя губа
6. преддверие рта
7. нижняя челюсть
8. мягкое нёбо
9. твёрдое нёбо
10. язык
11. собственно ротовая полость
12. носовая полость
13. задняя стенка глотки
14. глотка

Дизартрия

Анартрия – полное или частичное отсутствие возможности звукопроизношения в результате паралича речедвигательных мышц (отсутствие речи, голосовые реакции, звуко-слоговая активность).

Атрофия – патологические структурные изменения в тканях, связанные с угнетением обмена веществ в них; уменьшение объема того или иного органа вследствие нарушения его питания.

Апраксия – нарушение произвольных целенаправленных движений и действий.

Атония – резкое ослабление мышечного тонуса.

Арефлексия – выпадение рефлексов.

Гипоксия – кислородное голодание.

Гипотония – понижение тонуса мышц.

Гиперметрия – чрезмерная двигательная реакция в ответ на поражение мозжечка и его путей, обусловлена отсутствием поправки на силу.

Гипертония – повышение тонуса мышц.

Гиперкинез – произвольные движения, чрезмерные и насильственные, возникающие при поражении преимущественно подкорковых образований.

Гиперсаливация – повышенное слюноотделение.

Диспраксия (апраксия) – нарушение целенаправленной деятельности (действия) при сохранности составляющих его элементарных движений.

Дистония – меняющийся характер мышечного тонуса.

Иннервация – обеспечение органов и тканей нервными волокнами и нервными клетками.

Паралич – выпадение функции какой-либо мышцы или конечности вследствие нарушения иннервации.

Парез – ослабление двигательных функций, сопровождающееся снижением силы мышц (патетический).

Ригидность – максимальное повышение мышечного тонуса.

Синкинезия – дополнительные содружественные движения, произвольно присоединяющиеся к произвольным.

Спазм – длительная тоническая судорога определенной мышцы или группы мышц.

Спастический – вызванный длительным сокращением мышц, напряжением.

Тремор – дрожание, произвольные ритмические колебания конечностей, органов речи.

Тонус – длительное, не сопровождающееся утомлением, возбуждение нервных центров и мышц.

Ринолалия

➤ **Ринолалия** — нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Сочетание расстройств артикуляции звуков с расстройствами тембра голоса позволяет отличать ринолалию от дислалии и ринофонии.

➤ **Ринофония** – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи.

➤ **Тембр голоса** – окраска, качество звука; определяется структурой звукового спектра (качество и сила обертонов – дополнительных тонов).

➤ **Фонация** – голосообразование.

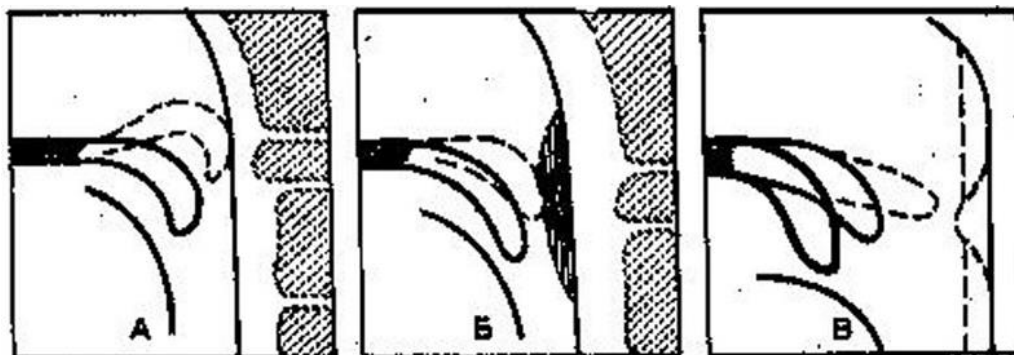
➤ **Небно-глоточное смыкание** – контакт мягкого нёба с задней стенкой глотки.

➤ **Валик Пассавана** – поперечное утолщение и выпячивание задней стенки глотки, образованное ее верхним сжимателем; при глотании отделяет носовую часть глотки от ротовой

➤ **Расщелина губы, неба** – аномалия (чаще врожденная) строения губы, твердого или мягкого неба

➤ **Хейлопластика** – оперативное закрытие расщелины верхней губы; рекомендуется производить до 10-12 мес.

➤ **Уранопластика** – оперативное закрытие щели твердого неба.



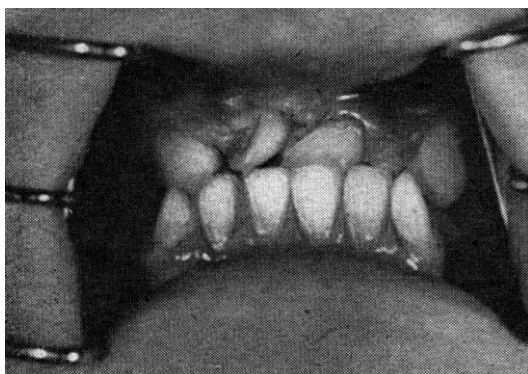
Движение мягкого нёба

А. Мягкое нёбо сильно поднято и плотно прижато к задней стенке глотки. Тембр голоса при произношении всех звуков речи, кроме носовых, нормальный;

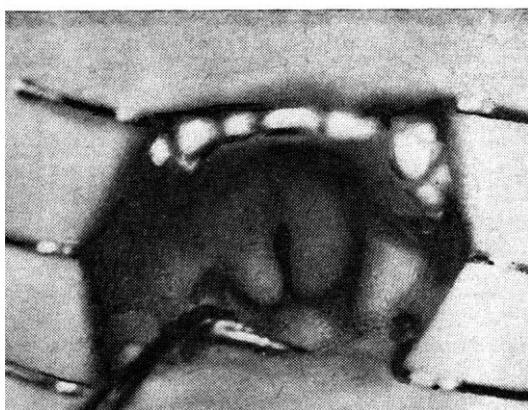
Б. Мягкое нёбо поднято и прижато к утолщённой задней стенке глотки – валику Пассавана. Тембр голоса нормальный.

В. Мягкое нёбо поднято недостаточно. Контакт между мягким и твёрдым нёбом и стенками глотки отсутствует. Выдыхаемый воздух свободно проникает в носовую полость. Тембр голоса нормальный.

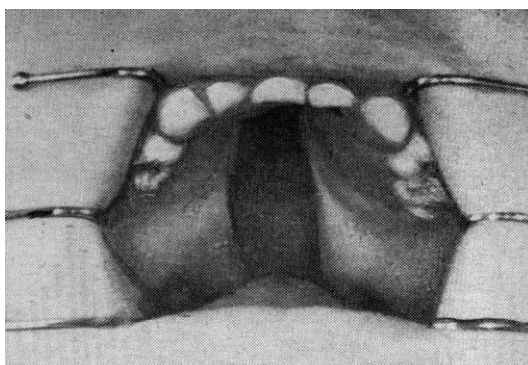
Врождённые расщелины твёрдого нёба



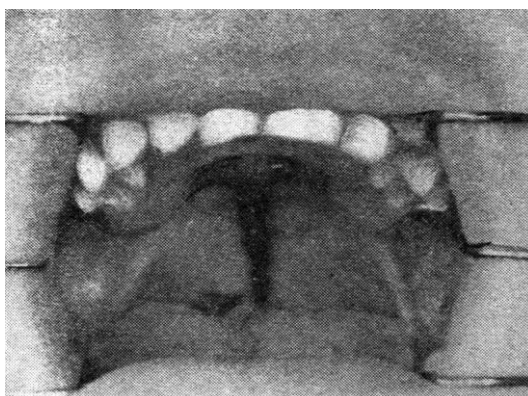
Зубочелюстные
деформации



Врождённое
раздвоение мягкого
нёба



Сквозная
левосторонняя
расщелина нёба



Функциональный
глоточный obturator,
фиксированный на
челюсти

