3. Анатомо-физиологические механизмы речи. Строение и функции центрального и периферического речевого аппарата.

**Речь** – это особая и наиболее совершенная форма общения, присущая только человеку. В процессе речевого общения (коммуникаций) люди обмениваются мыслями и воздействуют друг на друга. Осуществляется речевое общение посредством языка. Язык – это система фонетических, лексических и грамматических средств общения. Говорящий отбирает необходимые для выражения мысли слова, связывает их по правилам грамматики языка и произносит путем артикуляции речевых органов.

Для того чтобы речь человека была членораздельной и понятной, движения речевых органов должны быть закономерными и точными.

Вместе с тем эти движения должны быть автоматическими, то есть такими, которые осуществлялись бы без специальных усилий. Так и происходит на самом деле. Обычно говорящий следит только за течением мысли, не задумываясь над тем, какое положение должен занять его язык во рту, когда надо вдохнуть и так далее. Это происходит в результате действия механизма произнесения речи. Для понимания действия механизма произнесения речи необходимо хорошо знать строение речевого аппарата.

Звуки речи являются результатом сложной работы (артикуляции) различных частей  периферического артикуляторного (речевого) аппарата. В образовании звуков речи  принимают участие  три главные части периферического  речевого аппарата:

Энергетическая(дыхательная) — рис **А**. Легкие с системой    дыхательных мышц и подводящие дыхательные пути (бронхи, трахея). Работа этой части речевого аппарата обеспечивает силу звучания голоса.

 Генераторная(голосообразующая).

 Гортань с голосовыми связками и мышцами.

 Работа этого отдела обеспечивает высоту и тембр голоса.

 Резонаторная (звукообразующая). Полость рта и носа. Работа ротовой полости обеспечивает образование гласных и согласных звуков и их дифференциацию по способу и месту образования.

Носовая полость выполняет резонаторную функцию – усиливает или ослабляет обертоны, придает голосу звонкость.

Взаимосвязанная и координированная работа этих трех частей периферического речевого аппарата возможна только благодаря регулирующей деятельности центральной нервной системы.

4. Речь как психический процесс. Речь, язык, речевая деятельность, языковая способность с психологической и психолингвистической точек зрения.

Важнейшим достижением человека, позволившим ему использовать общечеловеческий опыт, как прошлый, так и настоящий, явилось речевое общение, которое развива­лось на основе трудовой деятельности. Речь — это язык в действии. Язык — система знаков, включающая слова с их значениями и синтаксис — набор правил, по которым стро­ятся предложения. Слово является разновидностью знака, поскольку последние присутствуют в различного рода фор­мализованных языках.

Выделяют следующие основные функции языка: 1) сред­ство существования, передачи и усвоения общественно-ис­торического опыта; 2) средство общения (коммуникации); 3) орудие интеллектуальной деятельности (восприятия, па­мяти, мышления, воображения).

Выполняя первую функцию, язык служит средством ко­дирования информации об изученных свойствах предметов и явлений. Посредством языка информация об окружаю­щем мире и самом человеке, полученная предшествующи­ми поколениями, становится достоянием последующих по­колений.

Выполняя функцию средства общения, язык позволяет оказывать воздействие на собеседника — прямое (если мы прямо указываем на то, что надо сделать) или косвенное (если мы сообщаем ему сведения, важные для его деятельности, на которые он будет ориентироваться немедленно и в другое время в соответствующей ситуации). В коммуникативной функции речи выделяют три стороны: информационную, выразительную и волеизъявительную.

Информационная сторона проявляется в передаче знаний и тесно связана с функциями обозначения и обобщения.

Выразительная сторона речи помогает передать чувства и отношения говорящего к предмету сообщения.

Волеизъявительная сторона направлена на то, чтобы под­чинить слушателя замыслу говорящего.

**Виды речевой деятельности и их особенности.**В психологии различают два основных вида речи: внеш­нюю и внутреннюю. Внешняя речь включаетустную (диалогическую и монологическую) и письменную. Диалог — это непосредственное общение двух или нескольких человек.

Диалогическая речь — это речь поддерживаемая; собе­седник ставит в ходе нее уточняющие вопросы, подавая реплики, может помочь закончить мысль (или переориен­тировать ее). Разновидностью диалогического общения является беседа, при которой диалог имеет тематическую направлен­ность.

Монологическая речь — длительное, последовательное, связное изложение системы мыслей, знаний одним лицом. Она также развивается в процессе общения, но характер общения здесь иной: монолог непрерываем, поэтому ак­тивное, экспресивно-мимическое и жестовое воздействие оказывает выступающий. Монолог не терпит неправильного построения фраз. Он предъявляет ряд требований к темпу и звучанию речи.

Содержательная сторона монолога должна сочетаться с выразительной. Выразительность же создается как языковыми средствами (умение употребить слово, словосочета­ние, синтаксическую конструкцию, которые наиболее точно передают замысел говорящего), так и неязыковыми ком­муникативными средствами (интонация, система пауз, рас­членение произношения какого-то слова или нескольких слов, выполняющее в устной речи функцию своеобразно­го подчеркивания, мимика и жестикуляция).

Письменная речь представляет собой разновидность мо­нологической речи. Она более развернута, чем устная мо­нологическая речь. Это обусловлено тем, что письменная речь предполагает отсутствие обратной связи с собеседни­ком. Кроме того, письменная речь не имеет никаких до­полнительных средств воздействия на воспринимающего, кроме самих слов, их порядка и организующих предложе­ние знаков препинания.

Внутренняя речь — это особый вид речевой деятельнос­ти. Она выступает как фаза планирования в практической и теоретической деятельности. Поэтому для внутренней речи, с одной стороны, характерна фрагментарность, от­рывочность. С другой стороны, здесь исключаются недора­зумения при восприятии ситуации. Поэтому внутренняя речь чрезвычайно ситуативна, в этом она близка к диалогиче­ской. Внутренняя речь формируется на основе внешней.

5. Основные периодизации речевого развития в онтогенезе. Характеристика этапов развития речи ребенка.

Первый этап — подготовительный(с момента рождения ребенка до одного года).

В это время происходит подготовка к овладению речью. С момента рождения у ребенка появляются голосовые реакции: крик и плач, которые способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного.

Через две недели можно уже заметить, что ребенок начинает реагировать на голос говорящего: перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются. К концу первого месяца его уже можно успокоить мелодичной песней (колыбельной). Далее он начинает поворачивать голову в сторону говорящего или следить за ним глазами. Вскоре малыш уже реагирует на интонацию: на ласковую — оживляется, на резкую — плачет.

Около 2 мес. появляется гуление и к началу 3-го мес. — лепет (агу-угу, тя-тя, ба-ба и т. п.). Лепет — это сочетание звуков, неопределенно артикулируемых.

С 5 мес. ребенок слышит звуки, видит у окружающих артикуляционные движения губ и пытается подражать. Многократное повторение какого-то определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка.

С 6 мес. ребенок путем подражания произносит отдельные слоги (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па и др.).

В дальнейшем путем подражания ребенок перенимает постепенно все элементы звучащей речи: не только фонемы, но и тон, темп, ритм, мелодику, интонацию.

Во втором полугодии малыш воспринимает определенные звукосочетания и связывает их с предметами или действиями (тик-так, дай-дай, бух). Но в это время он еще реагирует на весь комплекс воздействия: ситуацию, интонацию и слова. Все это помогает образованию временных связей (запоминание слов и реакция на них).

В возрасте 7 — 9 мес. ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

С 10 — 11 мес. появляются реакции на самые слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего).

В это время особо важное значение приобретают условия, в которых формируется речь ребенка (правильная речь окружающих, подражание взрослым и др.).

К концу первого года жизни появляются первые слова.

Второй этап — преддошкольный(от одного года до 3 лет).

С появлением у ребенка первых слов заканчивается подготовительный этап и начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Он очень много и охотно повторяет за говорящим и сам произносит слова. При этом малыш путает звуки, переставляет их местами, искажает, опускает.

Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой характер. Одним и тем же словом или звукосочетанием он может обозначать и предмет, и просьбу, и чувства. Например, слово каша может означать в разные моментывот каша; дай кашу; горячая каша. Понять малыша можно только в ситуации, в которой или по поводу которой и происходит его общение со взрослым. Поэтому такая речь называется ситуационной. Ситуационную речь ребенок сопровождает жестами, мимикой.

С полутора лет слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания словесного объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов.

На протяжении 2-го и 3-го г. жизни у ребенка происходит значительное накопление словаря.

Приведем наиболее распространенные данные о бурном развитии словарного запаса детей в преддошкольном периоде: к 1 г. 6 мес. — 10 — 15 слов; к концу 2-го г. — 300 слов (за 6 мес. около 300 слов!); к 3 г. — около 1000 слов (т.е. за год около 700 слов!).

Значения слов становятся все более определенными.

К началу 3-го г. жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи.

Сначала ребенок выражает свои желания, просьбы одним словом. Потом — примитивными фразами без согласования («Мама, пить мамуле Тата» — Мама, дайТате попить молока). Далее постепенно появляются элементы согласования и соподчинения слов в предложении.

К 2 г. дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания.

В это время понимание речи взрослого значительно превосходит произносительные возможности.

Третий этап — дошкольный (от 3 до 7 лет).

На дошкольном этапе у большинства детей еще отмечается неправильное звукопроизношение. Можно обнаружить дефекты произношения свистящих, шипящих, сонорных звуков р и л, реже — дефекты смягчения, озвончения и йотации.

На протяжении периода от 3 до 7 лет у ребенка все более развивается навык слухового контроля за собственным произношением, умение исправлять его в некоторых возможных случаях. Иными словами, формируется фонематическое восприятие.

В этот период продолжается быстрое увеличение словарного запаса. Активный словарь ребенка к 4 — 6 г. достигает 3000 — 4000 слов. Значения слов еще больше уточняются и во многом обогащаются. Но часто дети еще неверно понимают или используют слова, например по аналогии с назначением предметов говорят вместо поливать из лейки «леять», вместолопатка «копатка» и т. п. Вместе с тем такое явление свидетельствует о «чувстве языка». Это значит, что у ребенка растет опыт речевого общения и на его основе формируется чувство языка, способность к словотворчеству.

Параллельно с развитием словаря идет и развитие грамматического строя речи. В дошкольный период дети овладевают связной речью. После трех лет происходит значительное усложнение содержания речи ребенка, увеличивается ее объем. Это ведет к усложнению структуры предложений. По определению А. Н. Гвоздева, к 3 г. у детей оказываются сформированными все основные грамматические категории.

Дети 4-го г. жизни пользуются в речи простыми и сложными предложениями. Наиболее распространенная форма высказываний в этом возрасте — простое распространенное предложение («Я куклу в такое красивое платье одела»; «Я стану большим сильным дядей»).

На 5 г. жизни дети относительно свободно пользуются структурой сложносочиненных и сложноподчиненных предложений («Потом, когда мы пошли домой, нам подарки дали: разные конфеты, яблоки, апельсины»; «Какой-нибудь умный и хитрый дяденька купил шарики, сделал свечки, подбросил на небо, и получился салют»).

Начиная с этого возраста высказывания детей напоминают короткий рассказ. Во время бесед их ответы на вопросы включают в себя все большее и большее количество предложений.

В пятилетнем возрасте дети без дополнительных вопросов составляют пересказ сказки (рассказа) из 40 — 50 предложений, что свидетельствует об успехах в овладении одним из трудных видов речи — монологической речью.

В этот период значительно улучшается фонематическое восприятие: сначала ребенок начинает дифференцировать гласные и согласные звуки, далее — мягкие и твердые согласные и, наконец, — сонорные, шипящие и свистящие звуки.

К 4 г. в норме ребенок должен дифференцировать все звуки,т. е. у него должно быть сформировано фонематическое восприятие.

К этому же времени заканчивается формирование правильного звукопроизношения и ребенок говорит совсем чисто.

На протяжении дошкольного периода постепенно формируется контекстная (отвлеченная, обобщенная, лишенная наглядной опоры) речь. Контекстная речь появляется сначала при пересказе ребенком сказок, рассказов, затем при описании каких-нибудь событий из его личного опыта, его собственных переживаний, впечатлений.

Четвертый этап — школьный (от 7 до 17 лет).

Главная особенность развития речи у детей на данном этапе по сравнению с предыдущим — это ее сознательное усвоение. Дети овладевают звуковым анализом, усваивают грамматические правила построения высказываний.

Ведущая роль при этом принадлежит новому виду речи — письменной речи.

Итак, в школьном возрасте происходит целенаправленная перестройка речи ребенка — от восприятия и различения звуков до осознанного использования всех языковых средств.

Разумеется, указанные этапы не могут иметь строгих, четких границ. Каждый из них плавно переходит в последующий.

Для того чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия. Так, ребенок должен:

быть психически и соматически здоровым;

иметь нормальные умственные способности;

иметь нормальный слух и зрение;

обладать достаточной психической активностью;

обладать потребностью в речевом общении;

иметь полноценное речевое окружение.

8. Организация логопедической помощи лицам с нарушениями речи в России.

Традиционно в дореволюционной России помощь детям, имеющим отклонения в развитии, оказывалась благотворительными организациями и частными лицами.

В круг научных интересов речевая патология попала в 20-е гг. нашего столетия. В 1920 г. на I Всероссийском съезде по борьбе с детской дефективностью были изложены принципы построения системы воспитания и обучения аномальных детей. С 1922 г., после Всероссийского съезда заведующих губоно, начали создаваться специальные учреждения для детей с отклонениями в развитии. 1924 г. стал важной вехой развития дефектологии в России. По

инициативе Л. С. Выготского была произведена реформа школ для аномальных детей, целью которой являлась коррекция личности ребенка в целом и его адаптация к социальным условиям. Годом рождения логопедии в России можно считать 1933 г., когда Л. С. Выготский совместно с директором Экспериментального дефектологического института Наркомпроса И. И. Данюшевским создал еще одну отрасль дефектологии, объектом исследования которой стали дети с нарушениями речи. При Экспериментальном дефектологическом институте появилась Школа — клиника речи.

В настоящее время в нашей стране создана и постоянно совершенствуется система помощи детям и взрослым с речевой патологией. Логопедическая помощь детскому и взрослому населению осуществляется по линии образования, здравоохранения и социального обеспечения.

В системе образования оказывается помощь детям с нарушениями речи дошкольного и школьного возраста. С этой целью созданы специальные ясли-сады, детские сады, дошкольные детские дома, дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах, специальные группы в детских садах общего типа, школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида), логопедические пункты при общеобразовательных школах.

В специальные дошкольные учреждения принимаются дети с нарушениями речи с трехлетнего возраста при первично сохранном интеллекте и нормальном слухе. Среди этих учреждений есть детские сады с круглосуточным пребыванием, в которые принимаются дети с 4 лет. Основная цель работы дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи согласно «Типовому положению» — всестороннее воспитание детей, развитие у них правильной разговорной речи, правильного произношения и подготовка детей к школе.

По инициативе отделов образования на местах, администрации учреждений и инициативе родителей в настоящее время создаются дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах и специальные группы в детских садах общего типа. В этих группах оказывается логопедическая помощь детям с нарушениями произношения в целях подготовки их к школе.

В школах для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида) могут быть два отделения: а) для детей с тяжелыми нарушениями речи (1-е отделение), б) для заикающихся (2-е отделение). Некоторые из этих школ — интернатного типа. В 1-е отделение зачисляются дети, страдающие общим недоразвитием речи. При комплектовании классов учитывается уровень речевого развития детей и характер речевого дефекта (алалия, афазия, ринолалия, заикание с ОНР, дизартрия). Во 2-е отделение зачисляются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи. В школе для детей с тяжелыми нарушениями речи обучение прово-

21дится по специально разработанным программам в соответствии с программами общеобразовательных школ.

9. Норматично-правовые основы деятельности логопеда в учреждениях образования и здравоохранения. Современные требования к оборудованию логопедического кабинета и документации логопеда.

Группы документов: Документы, регулирующие деятельность учителя-логопеда как педагогического работника; Документы, регулирующие собственно профессиональную деятельность учителя – логопеда как сотрудника общеобразовательной школы; Документы, регулирующие деятельность учителя-логопеда как члена профсоюза. Документы, регулирующие деятельность учителя-логопеда как педагогического работника Квалификационные характеристики должностей работников образования. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 14. 08. 2009 № 593(извлечение) – раздел Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих.(Компетентности: профессиональная, коммуникативная, информационная, правовая). Трудовой Кодекс РФ от 30 декабря 2001 г. № 197-ФЗ (в редакции Федерального закона от 30 июня 2006 г. № 90-ФЗ) (извлечение) – статьи: 91, 93, 95, 333. Постановление Правительства РФ от 3 апреля 2003 г. № 191 «О продолжительности рабочего времени (норме часов педагогической работы за ставку заработной платы) педагогических работников образовательных учреждений» (с изменениями, внесенными постановлением Правительства РФ от 1 февраля 2005 г. № 49 «Об изменении и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации») (Извлечение) п. 3. Документы, регулирующие деятельность учителя-логопеда как педагогического работника Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 марта 2006 г. № 69 «Об особенностях режима рабочего времени и времени отдыха педагогических и других работников образовательных учреждений» (Извлечение) п. 2.2; 2.4; 3.2; 4.1; 4.2; 4.6; 5.1; 5.2. Закон РФ «Об образовании» (Извлечение) статья 55 пункт 5; статья 55 пункт 8. Постановление Правительства РФ от 29.10.2002 N 781 «О списках работ, профессий, должностей, специальностей и учреждений, с учетом которых досрочно назначается трудовая пенсия». Постановление Правительства РФ от 01.10.2002 N 724 «О продолжительности ежегодного основного удлиненного оплачиваемого отпуска, предоставляемого педагогическим работникам образовательных учреждений». Приказ Минобразования РФ от 07.12.2000 N 3570 Положение «Об утверждении положения о порядке и условиях предоставления педагогическим работникам образовательных учреждений длительного отпуска сроком до одного года» . Положение «О порядке аттестации педагогических и руководящих работников государственных и муниципальных образовательных учреждений». Приказ МО РФ от 26.06.2000 № 1908.  
I. Оснащение кабинета:

Настенное зеркало (не менее 1,5 - 0,5 м).

Детские настольные зеркала (9 х 12) по количеству детей.

Детские столы и стулья для занятий.

Стол для логопеда.

Два стула для взрослых.

Дополнительное освещение у зеркала (настольная лампа).

Настольные часы.

Шкафы и полки для методической литературы.

Навесная школьная доска.

Наборное полотно.

Фланелеграф.

Чистое полотенце.

Картотека на имеющиеся пособия.

Коробки или папки одинакового размера и цвета для хранения пособий.

17. Основные средства, приемы и методы формирования темпо-ритмической организации речи при заикании.

Темп речи рассматривается как скорость протекания речи в определенный промежуток времени, речевое ускорение или замедление, которое обусловливает степень слуховой отчетливости и артикуляционной напряженности. Темп рассматривается в системе просодической стороны речи. Он разделяется на быстрый, скороговорный, когда слово выступает в измененной форме; медленный, когда речь становится тягучей, монотонной; прерывистый, когда в речи происходит деление на короткие и не обоснованные смысловые отрезки. Темп речи всегда оказывает непосредственное влияние на метричность организации речи - речевой ритм.

Ритм речи - это речевая упорядоченность, закономерность расчленения временных последовательностей на группу акцентов. Благоприятная скорость речевого ритма, по наблюдениям Жинкина Н.И. может составлять от 100 - 200 ударов метронома в минуту (1 слог - 200 мл/сек или 0,2 сек.) [21].

Все эти компоненты рассматриваются через звуковую оболочку речи, ее звучание, материальность в воплощении содержания и смысла высказываний, они являются взаимосвязанными и реально существующими в единстве.

Темпо-ритмическое нарушение - это сложное психофизиологическое расстройство, которое связанно с нарушениями в плавности речи. Плавность речи связано в первую очередь с интонационной выразительностью речи, где особое значение имеет её темпо-ритмическая организация. Такие параметры являются так называемыми паралингвистическим средством вербальной коммуникации людей и имеют важное значение в психологии общения.

Основными проявлениями нарушений темпо-ритмической организации речи при заикании являются судорожные сокращения мышц в различных отделах речевого аппарата (голосовом, дыхательном, артикуляционном), что может привести к прерываниям в речевом потоке, в связи сданная речевая патология рассматривается как нарушение в общении. Для этого необходимо подробнее рассмотреть понятия темп и ритм.

Темп (от латинского «tempus» - «время»)

) «степень скорости, быстроты движений, осуществления чего-либо;

) в физических упражнениях определённая частота повторения равномерно выполняемых многократных движений, например, шагов при ходьбе, беге».

Термин ритм (от греческого «rhythmos», «rheo» - теку) явление многозначное и определяется как «воспринимаемая форма протекания во времени каких-либо процессов».

Ритм изучается в различных научных областях, так как является фундаментом в живых и неживых системах. Речевой ритм, как считает Н.И. Жинкин, представляет из себя чередования ударных и безударных слогов, а также занимает важное место в организации двигательно-моторных стереотипов речи. Организм каждого человека представляет совокупность огромного числа ритмических циклов (дыхания, ритмы сокращения сердца, работы мозга, синтеза белка и др.), которые работают согласованно между собой. Здоровье любого организма находится в значительных зависимостях от согласованности данной работы[21].

При возникновении заикания главную роль играет нарушение взаимоотношений нервных процессов (перенапряжения подвижности и силы) в коре головного мозга. Нервные срывы в деятельности коры больших полушарий могут быть обусловлены, с одной стороны, состояниями нервной системы, и готовностью к отклонению от нормы, а другой стороны, такой нервный срыв бывает обусловлен и неблагоприятным экзогенным фактором. Следствием нервного срыва может быть расстройство области высшей нервной деятельности - речи, это будет проявляться в нарушениях координации движений и речи с признаками судорожности и аритмии. Нарушения в корковой деятельности в таком случае будут являться первичными и приведут к нарушению индукционного отношения между корой и подкоркой, вместе с этим нарушатся те условно-рефлекторные механизмы, которые ответственные за регулировку деятельности подкорковых образований. При создавшихся условиях, когда нормальная регуляция коры становится нарушенной, имеет место отрицательный сдвиг в деятельности стриопаллидарной системы. Роль этой системы достаточно важна, т.к. в норме эта система считается ответственной за ритм дыхания, его темп и тонус артикуляторных мышц.

18. Современные представления о дислалии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

Дислалия (от греч. dis – приставка, означающая частичное расстройство, и lalio – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата [8,с. 66 – 68].  
Дислалия является одним из самых распространенных дефектов речи. По данным советского ученого Е. Ф. Pay, дефекты звукопроизношения наблюдаются у 15 — 25% дошкольников и у 5 — 7% младших школьников. В ГДР, по данным Р. Беккер, дислалия встречается у 34% детей 5 — 6 лет. В ЧССР, по данным К. Онезорга, среди учащихся общеобразовательных школ она встречается в 18,5% случаев.  
По количеству нарушенных звуков дислалия делится на простую и сложную. Если в произношении отмечается до четырех дефектных звуков, - это простая дислалия, если пять звуков и более — сложная дислалия.  
Если  дефект выражается в нарушении произношения звуков одной артикуляционной группы (например, свистящих), — это мономорфная дислалия. Если же он распространяется на две и более артикуляционные группы (например, ротацизм, сигматизм и ламбдацизм), — это полиморфная дислалия.  
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 дислалию (К. П. Беккер, М. Совак, М. Е. Хватцев, О. А. Токарева, О. В. Правдина и др.).   
Рассмотрим  три подхода к классификации  дислалии.  
1.По Хватцеву М.Е.:  
Хватцева М.Е.- отечественный дефектолог и сурдопедагог. В основном работал в области обучения глухих детей произношению. Особое значение для теории и практики логопедии представляет развитие термина «косноязычие». Под «косноязычием» он понимал разнообразные фонетические недостатки речи при относительной словарно – семантической и синтаксической норме и сохранности в подавляющем большинстве случаев речевой функции в целом [10, с. 20].  
По мнению Хватцева М.Е. косноязычие может принимать различную форму в виде искажений, замещений, пропусков, перестановки отдельных звуков, слогов и целых слов, недоговаривания, гнусавого или невнятного смазанного произношения их, а также недочетов регулирования дыхания в процессе произношения.  
Речь  косноязычного ребенка отягчена различными неправильностями, в результате чего становится непонятной для окружающих. У него резко нарушено единство формы  и содержания, понимая речь, он не может оформить ее фонетически. Основными причинами возникновения косноязычия Хватцев М.Е. считал:  
1. Органические: косноязычие может появиться в результате  
• разнообразных периферических поражений органов слуха и артикуляции речевого аппарата;  
• врожденных аномалий слухового органа, костей черепа, губ, зубов, твердого и мягкого неба, языка, и др. органов речи  
• рахита (вызывает резкие деформации черепных костей, что в свою очередь деформирует мозг; в нем нарушается кровообращение и питание.  
2  Психические: в результате мозговых нарушений:  
• Недостаточность в фонематическом анализе слова (в сравнении, сопоставлении с др. звуками в связи с их смысловым значением;  
• Вторичные нарушения слуха на почве первичных моторных поражений (при гнусавости и др. расстройствах)  
• Плохое слуховое внимание в отношении речи окружающих и своей собственной;  
• Отсутствие сознания своих речевых отклонений.  
3 Социально  – психологические причины:  
• Манера взрослых подражать неправильному произношению ребенка;

19. Формы и методика логопедического воздействия при дислалии, ее эфективность.

Основной целью логопедического воздействия при дислалии является формирование умений и навыков правильного воспроизведения звуков речи. Чтобы правильно воспроизводить звуки речи (фонемы), ребенок должен уметь: узнавать звуки речи и не смешивать их в восприятии (т. е. узнавать звук по акустическим признакам; отличать нормированное произнесение звука от не нормированного; осуществлять слуховой контроль за собственным произнесением и оценивать качество воспроизводимых в собственной речи звуков; принимать необходимые артикуляторные позиции, обеспечивающие нормированный акустический эффект звука: варьировать артикуляционные уклады звуков в зависимости от их сочетаемости с другими звуками в потоке речи; безошибочно использовать нужный звук во всех видах речи.

Логопед должен найти наиболее экономный и эффективный путь обучения ребенка произношению.

При правильной организации логопедической работы положительный эффект достигается при всех видах дислалий. При механической дислалий в ряде случаев успех достигается в результате совместного логопедического и медицинского воздействия.

Предпосылкой успеха при логопедическом воздействии является создание благоприятных условий для преодоления недостатков произношения: эмоционального контакта логопеда с ребенком; интересной формы организации занятий, соответствующей ведущей деятельности, побуждающей познавательную активность ребенка; сочетания приемов работы, позволяющих избежать его утомления.

Логопедические занятия проводятся регулярно, не менее 3 раз в неделю. Необходимы домашние занятия с помощью родителей (по заданию логопеда). Их следует проводить ежедневно в виде кратковременных упражнений (от 5 до 15 минут) 2 — 3 раза в течение дня.

Для преодоления дефектов произношения широко применяется дидактический материал.

Сроки преодоления недостатков произношения зависят от следующих факторов: степени сложности дефекта, индивидуальных и возрастных особенностей ребенка, регулярности занятий, помощи со стороны родителей. В случае простой дислалий занятия продолжаются от 1 до 3 месяцев, при сложных — от 3 до 6 месяцев. У детей дошкольного возраста недостатки произношения преодолеваются в более короткие сроки, чем у детей школьного возраста, а у младших школьников — быстрее, чем у старших.

Логопедическое воздействие осуществляется поэтапно, при этом на каждом из этапов решается определенная педагогическая задача, подчиненная общей цели.

В литературе нет единого мнения по вопросу о том, на сколько этапов подразделяется логопедическое воздействие при дислалии: в работах Ф. Ф. Pay выделяется два, в работах О. В. Правдиной и О. А. Токаревой — три, в работах М. Е. Хватцева — четыре.

Поскольку принципиальных расхождений в понимании задач логопедического воздействия при дислалии нет, то выделение количества этапов не носит принципиального характера.

Исходя из цели и задач логопедического воздействия, представляется оправданным выделить следующие этапы работ: подготовительный этап; этап формирования первичных произносительных умений и навыков; этап формирования коммуникативных, умений и навыков.

20. Современные представления о ринолалии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

Характеризуется пониженным физиологическим носовым резонансом во время произношения звуков речи. Речевой выдох направлен только через рот при всех звуках.

Особенно сильно страдают носовые звуки: м,мь,н,нь. Носовой резонанс отсутствует, поэтому носовые звуки звучат как ротовые:мзаменяется наб,нзаменяется над,мь- набь,нь- надь. (В норме в процессе артикуляции этих звуков носоглоточный затвор остается открытым и воздух проникает в носовую полость.) Такая замена звуков сильно карежит понятийный аппарат речи. Бывает частичное закрытие прохода воздушной струи через нос. В этом случае звукм звучит как сочетание звуковмб, а звукн- какнд.

При данной форме ринолалии резко страдает произношение и гласных звуков, которые лишаются некоторых тоновых характеристик, что значительно обедняет их звучание. Они смазаны, имеют мертвый неестественный оттенок.

Основные причины: 1) органические изменения в носовом пространстве, закрывающие проход воздушной струи в носовую полость; 2) функциональные расстройства мягкого неба, небной занавески, небно-глоточного клапана, который пропускает воздух в носовую полость.

В соответствии с классификацией причин закрытая ринолалия подразделяется на органическую ифункциональную.

Органическая закрытая ринолалия возникает вследствие анатомических изменений в носовой или носоглоточной полости. В этом случае необходимо хирургическое вмешательство, устранение причины непроходимости носовой полости. Как правило, с устранением этих причин носовое дыхание нормализуется и дефект исчезает. Если же улучшения речи не происходит, то в дальнейшем проводят те же логопедические упражнения, что и при функциональном нарушении.

При функциональная закрытой ринолалии каких-либо органических повреждений в носовой или носоглоточной полости не отмечается. Наблюдается гиперфункция (повышенная функция) мягкого неба, оно всегда приподнято и преграждает путь воздушной струе в носовую полость, воздушная струя идет через рот. При функциональной закрытой ринолалии тембр носовых и гласных звуков может быть нарушен сильнее, чем при органической ринолалии. Чаще всего это нарушение возникает у детей с невротическими расстройствами. Причина заключается в поражении центральной нервной системы, а не самого мягкого неба. Встречается часто, но не всегда правильно распознается. В некоторых случаях функциональная закрытая ринолалия сохраняется как привычная после удаления аденоидов.

Коррекционная работа по устранению функциональной закрытой ринолалии включает те же направления, что и при органической закрытой ринолалии, но, учитывая, что в данном случае нарушение носит центральный характер, в некоторых случаях логопедическое воздействие является недостаточным, и требуется консультация врача-невролога.

Это более распространенное речевое нарушение, чем закрытая ринолалия. Причина - нарушение преграды между ротовой и носовой полостями. Воздушная струя слабая, во время речи проходит одновременно через рот и нос, вследствие чего изменяется тембр всех звуков, возникает носовой резонанс при их произнесении. При этом носовые звуки характеризуются повышенным носовым оттенком - гиперназализацией.

Органическая открытая ринолалия- может быть врожденная (следствие врожденных расщелин верхней губы, твердого и мягкого неба) и приобретенная (следствие травм, параличей, парезов, рубцов, опухолей).

Функциональная открытая ринолалия- дефект речи обусловлен чаще всего гипокинезом мягкого неба, его гипофункцией без явных признаков органического повреждения, недостаточным подъемом при фонации (при частых заболеваниях носоглотки и слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости), а также обусловлен нарушением контроля собственной речи при сниженном слухе или при подражании назальной речи. Функциональная открытая ринолалия встречается реже, чем органическая открытая ринолалия. Чаще всего она встречается у физически ослабленных детей с пониженным мышечным тонусом.

Возникает при комбинации факторов, вызывающих открытую и закрытую ринолалию. Характер проявления речевого расстройства зависит от преимущественного нарушения.

21. Формы и методика логопедического воздействия при ринолалии, ее эфективность.

Коррекционно- педагогическая работа по исправлению ринолалии предусматривает строгую физиологически обоснованную последовательность.

В первую очередь проводятся мероприятия по ком­пенсации недостаточности нёбно-глоточного затвора. Тем самым подготавливается анатомо-физиологический базис для нормали­зации речи. После этого все внимание уделяется постановке фи­зиологического и фонационного дыхания, поскольку оно являет­ся основой полноценного голосообразования, голосоведения и звукопроизношения. Активное нёбно-глоточное смыкание и ды­хательная «опора» позволяют приступить к решению основной задачи — устранению избыточного носового резонанса и выра­ботке навыков физиологического голосоведения со сбалансиро­ванным резонансом в соответствии с нормой русского языка. Только после этого целесообразно исправление звукопроизноше­ния, поскольку сильная направленная воздушная струя позволя­ет продуцировать полноценные звуки. Введение их в слово или фразу на основе правильно организованных дыхания и голосове­дения обеспечивает возможность выработки стереотипа нор­мальной речи.

Коррекционно-педагогическая работа по исправлению ринолалии строится с учетом особенностей строения артикуляционно­го аппарата до и после операции уранопластики, влияния огра­ничений функций нёба и глотки на звукопроизношение и голосообразование, индивидуальной реакции обучающегося на свое состояние. В зависимости от этого индивидуально подбираются методические приемы.

Однако для всех приняты четыре общих этапа работы.

I. Дооперационный подготовительный этап.

II. Послеоперационный этап. Постановка гласных звуков.  
Устранение избыточного носового резонанса.

III. Этап коррекции звукопроизношения, координации дыха­ния, фонации и артикуляции.

IV. Этап полной автоматизации новых навыков.

Продолжительность этапа определяется индивидуально. Ха­рактерной для каждого этапа является основная направлен­ность работы на решение определенной задачи, хотя могут при­меняться упражнения, соответствующие другим этапам.

Приступать к целенаправленному исправлению ринолалии следует как можно раньше. Установлено, что с возрастом показатели речевого развития ухудшаются по сравнению с нормально говорящими детьми. Занятия проводят амбулаторно, не менее двух раз в неделю.

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

22. Современные представления о дизартрии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

Дизартрия как сложная проблема речевой патологии интенсивно изучается и освещается в теоретическом и практическом аспектах в отечественной и мировой научной литературе. Научная разработка проблемы дизартрии в отечественной логопедии связана с именами известных неврологов, психиатров, психологов, педагогов, нейрофизиологов (Е.Н. Винарская, Е.М. Мастюкова, Л.М. Шипицына, И.И. Панченко, Л.В.Лопатина, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько и др.). Все современные авторы единодушны в том, что изучение проблемы дизартрии должно сочетаться с ее неврологическим и психологическим аспектами исследования.

На современном этапе развития логопедия не является узко педагогической наукой, а представляет собой междисциплинарную область знаний о человеке.

В то же время некоторые взгляды на проблему дизартрии остаются дискуссионными в силу сложности проблемы.

Первые научные описания дизартрии появились в печати более 150 лет тому назад. Это были наблюдения известного немецкого невролога Литтля (1853), который давая подробную клиническую картину ДЦП, отмечал специфические расстройства речи на фоне поражения моторных систем организма. Впервые термин "дизартрия" был использован в 1879 году Куссмаулем, который под этим понятием объединял все нарушения артикуляции.

С середины XX века исследователи начинают считать, что нарушения речи при дизартрии носят сложный характер, с которым не только связано расстройство тончайшей координации мышц речевого аппарата, но и патология просодических характеристик устной речи.[9]

Дизартрия - это нарушение звукопроизносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата.[17]

Дизартрия (от греч. dis - приставка, означающая расстройство, и arthron - сочленение) - расстройство артикуляции, затруднение в произношении звуков речи в связи с недостаточностью речевого аппарата, обусловленное различными органическими поражениями ЦНС.[22]

Дизартрия - расстройство артикуляции речи, обусловленное параличем мышц речедвигательного аппарата в результате поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного черепных нервов или их ядер, располагающихся в нижних отделах продолговатого мозга. [2]

Дизартрия - обобщенное название группы речевых расстройств, имеет несколько форм, каждая из которых характеризуется своей неврологической и речевой симптоматикой. Дизартрия - наиболее часто встречающиеся нарушения функционирования речеобразовательной системы.

Независимо от уровня поражения центральной нервной системы при дизартрии всякий раз нарушается целостность функциональной системы экспрессивного речеобразования. При этом нарушаются высота, тон, громкость голоса, ритмико-интонационный уровень высказывания, искажается фонетическая окраска речевых звуков, в целом неправильно реализуется фонетический строй речи. Эту патологию членораздельной речи связывают главным образом с нарушением иннервации мышц периферического речевого аппарата, в связи с чем происходит расстройство нейромоторной регуляции мышечного тонуса в результате органического или функционального поражения центральной нервной системы.

Нейромоторные нарушения являются причиной патологии функционирования речеобразовательной системы. Существуют два важных типа нейромоторных речевых расстройств: дизартрия и речевая апраксия, которые вызывают расстройства моторной стороны речеобразовательного механизма. При нейромоторных речевых расстройствах лингвистические процессы (правильное использование семантики и синтаксиса) не поражаются до тех пор, пока они не начинают сосуществовать с нарушениями речевых и познавательных процессов.

Нарушения нейромышечного контроля речи может вызывать поражение дыхания, фонации, резонирующих полостей, артикуляции и просодики.

С нарушением временной точности и совершенства речевых движений связаны такие характеристики речи как внятность, четкость, а, следовательно, ее разборчивость.

В настоящее время существует 4 основных подхода в изучении дизартрии:

. Клинический

. Лингвистический

. Нейропсихологический

23. Формы и методика логопедического воздействия при дизартрии, ее эфективность.

Логопедическое воздействие представляет собой педагогический процесс, в котором реализуются задачи корригирующего обучения и воспитания. В процессе организации корригирующего обучения большое значение придается общедидактическим принципам: воспитывающего характера обучения, научности, систематичности и последовательности, доступности, наглядности, сознательности и активности, прочности, индивидуального подхода,

Логопедическое воздействие опирается и на специальные принципы: этиопатогенетический (учета этиологии и механизмов речевого нарушения), системности и учета структуры речевого нарушения, комплексности, дифференцированного подхода, поэтапности, развития, онтогенетический, учета личностных особенностей, деятельностного подхода, использования обходного пути, формирования речевых навыков в условиях естественного речевого общения.

При устранении речевых нарушений необходимо учитывать совокупность этиологических факторов, обусловливающих их возникновение. Это внешние, внутренние, биологические и социально-психологические факторы.

Так, при дислалии неправильный прикус предрасполагает к искажению артикуляции звуков, недоразвитию артикуляторной моторики. В этом случае логопедическое воздействие сочетается с ортодонтическим вмешательством по нормализации прикуса.

Дислалия может быть вызвана и недостаточным вниманием окружающих к речи ребенка, т. е. социальным фактором. В этом случае логопедическая работа направляется на нормализацию речевых контактов ребенка с социальным окружением, на развитие речевой моторики, фонематического восприятия.

В зависимости от характера этиологических факторов по-разному строится работа по устранению заикания. При функциональном характере основное внимание уделяется нормализации речевой коммуникации заикающихся, воздействию на социальное окружение, устранению психогенной симптоматики. При органическом характере воздействие направлено в большей степени на нормализацию моторных симптомов.

Логопедическое воздействие в ряде случаев сочетается с разными видами медицинского воздействия (медикаментозного, психотерапевтического и др.).

Содержание логопедического воздействия зависит от механизма речевого нарушения. При одинаковой симптоматике нарушений речи возможны различные механизмы.

Замены звуков при дислалии могут быть обусловлены неточностью слуховой дифференциации, неразличением звуков на слух или заменой этих звуков вследствие недоразвития тонких артикуляторных движений. При устранении дислалии основным является воздействие на ведущее нарушение — несформированность слуховой дифференциации или недоразвитие артикуляторной моторики.

При нарушениях чтения (дислексии) также может наблюдаться внешне сходная симптоматика, обусловленная различными механизмами. Искажения структуры слова могут наблюдаться в одних случаях вследствие несформированности звукового анализа и синтеза, в других — из-за недоразвития морфологического анализа и синтеза (искажения префиксов, суффиксов, окончаний).

Целью логопедической работы в этих случаях будет не просто стимулирование и активизация речевого процесса, а формирование нормальных речевых механизмов.

Принцип системного подхода предполагает необходимость учета в логопедической работе структуры дефекта, определения ведущего нарушения, соотношения первичных и вторичных симптомов.

Сложность структурно-функциональной организации речевой системы обусловливает расстройство речевой деятельности в целом при нарушении даже отдельных ее звеньев. Это и определяет значимость воздействия на все компоненты речи при устранении речевых расстройств.

При дизартрии ведущим нарушением является расстройство фонетической стороны речи из-за параличей и парезов мышц речевого аппарата. Но при дизартрии отмечается нарушение не только фонетической стороны, но и лексического запаса, а также грамматического строя речи. Поэтому при дизартрии логопедическое воздействие направляется не только на коррекцию нарушений фонетической стороны, но и на развитие речи в целом.

Многие речевые нарушения проявляются в структуре различных психических и нервно-психологических расстройств. Расстройства речи в большинстве случаев представляют собой синдром, в структуре которого выделяются сложные и неоднозначные связи между речевыми и неречевыми симптомами. Это определяет необходимость комплексного (медико-психолого-педагогического) воздействия, т. е. воздействия на весь синдром в целом, с учетом характера взаимодействия между отдельными речевыми и неречевыми симптомами и группами симптомов.

Например, алалия возникает в результате избирательного органического поражения головного мозга и проявляется целым комплексом симптомов, речевых и неречевых. Речевая симптоматика алалии выражается в трудностях усвоения языковых закономерностей и неправильном их использовании, в аграмматизмах, искажениях звукослоговой структуры слова, нарушении звукопроизношения и т. д. При моторной алалии наблюдается неврологическая симптоматика, проявляются особенности познавательной деятельности и других психических процессов, отклонения в формировании личности. Поэтому при устранении алалии необходимо комплексное воздействие.

Заикание представляет также сложный симптомокомплекс дизонтогенеза, при котором наблюдаются как моторные симптомы, так и психические. Это и определяет комплексный подход к устранению заикания, включающий лечебно-оздоровительную работу, психотерапию, работу над речью, воздействие на социальное окружение и др.

Комплексное медико-психолого-педагогическое воздействие очень важно при устранении всех сложных речевых нарушений, но особо значимым оно является при устранении дизартрии, заикания, алалии, афазии.

Система логопедической работы по устранению различных форм нарушений речи носит дифференцированный характер с учетом множества определяющих его факторов. Дифференцированный подход осуществляется на основе учета этиологии, механизмов, симптоматики нарушения, структуры речевого дефекта, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка. В процессе коррекции нарушения речи учитываются общие и специфические закономерности развития аномальных детей.

Логопедическая работа по коррекции нарушений речи у различных категорий аномальных детей (умственно отсталых, с задержкой психического развития, с церебральными параличами, слабослышащих, слабовидящих, слепых и др.) имеет свою специфику, обусловленную особенностями их сенсомоторного и психического развития. В процессе логопедического воздействия необходимо учитывать уровень развития речи, познавательной деятельности, особенности сенсорной сферы и моторики ребенка.

Логопедическое воздействие представляет собой целенаправленный, сложно организованный процесс, в котором выделяются различные этапы. Каждый из них характеризуется своими целями, задачами, методами и приемами коррекции. Последовательно формируются предпосылки для перехода от одного этапа к другому. Например, работа по устранению дислалии включает следующие этапы: постановка, автоматизация, дифференциация звуков.

24. Дифференциальная диагностика механической дислалии, дизартрии и ринолалии.

отягощённый анамнез: патология внутриутробного развития; затяжные роды, асфиксия новорождённых;

раннее моторное развитие – держание головы, сидение, ползанье – в норме; более сложные локомоторные функции несколько задержаны – моторная неловкость, неумение бегать, прыгать, быстрое уставание при  ходьбе. Дети предпочитают жидкую пищу, густую и твёрдую жуют долго и медленно, долго держат за щекой;

речь развивается с задержкой: первые слова к 1,5-2 годам, фразовая к двум-трём, долго непонятна для окружающих; к 4-5 годам многие звуки появляются спонтанно, речь становится яснее, но в целом остаётся фонетически неоформленной;

неточность и слабость артикуляционных артикуляционных движений;

вялость и ограниченность движений языка: гиперкинезы, быстрое утомление, потеря точности выполнения движений, тремор; в состоянии покоя язык неспокоен, напряжён, лежит бугром, постоянно оттягивается в глубь рта; кончик языка слабо выражен, паретичен;

может быть парез подъязычного нерва, его следствием является стёртая, не резко выраженная нейродинамическая симптоматика: движения замедлены, напряжены, быстро истощаемы, требуют от ребёнка усилий;

характерна мозаичная симптоматика с преобладанием то лицевого, то языкоглоточного, то подъязычного нервов, определяющая особенности и разнообразие фонетических нарушений (при нарушении лицевого и подъязычного нервов страдают губные и язычные звуки  при нарушении подъязычных нервов – боковое произношение шипящих звуков и звука «Р», при нарушении языкоглоточных нервов – расстройство фонации, назальность, нарушение произношения «К», «Г», «Х»;

нечёткое произношение гласных звуков;

нарушения озвончения, трудности в овладении слоговой структурой слова;

затруднена автоматизация звуков;

нарушения сенсорных функций: зрительная агнозия, нарушения фонематических процессов;

требуется комплексная и специальная коррекционная работа: логопедические занятия в комплексе с медикаментозным лечением, физиотерапией, ЛФК, логопедическим массажем, логопедической ритмикой.

25. Специфика индивидуальной работы в различных типах учреждений для детей с речевой патологией.

Метод обучения произношению, выделенный М.А. Поваляевой, характеризуется как **аналитико-синтетический, полисенсорный, концентрический.**

*Аналитико-синтетический метод*предполагает такое построение обучения, когда при формировании произноситель­ных навыков *работа над целым словом сочетается с отра­боткой его элементов.*Если урок или занятие проходит только на материале слов, тогда даже в заведомо трудных для произношения словах не выделяются отдельные его элемен­ты (слог, звук) для отработки с последующим восстановлени­ем целого слова, — это неправильно. Ошибкой является и такое положение, когда основное время урока отводится на слоговые упражнения, в результате чего игнорируется рабо­та над осмыслением, семантическим значением слов.

Метод обучения произношению определяется как *концен­трический.*На индивидуальных занятиях концентрический метод предусматривает использование базовых звуков для постановки других.

*Полисенсорный метод*предполагает возможность макси­мально использовать слух, зрение, тактильно-вибрационные ощущения ребенка. Широкое применение находит визуаль­ная аппаратура, преобразующая звуковые сигналы в види­мые. На индивидуальных занятиях также с большой пользой используется зеркало, благодаря которому ребенок видит ар­тикуляционный уклад. Важную роль при обучении произно­шению играют тактильно-вибрационные ощущения. С по­мощью двойного контроля (одна рука приложена к шее в об­ласти гортани для ощущения вибрации гортани, другая поднесена ко рту, чтобы ощущать струю выдыхаемого возду­ха) открытая гнусавость устраняется быстрее и успешнее.

В логопедической работе используются различные общепедагогические *методы:***практические, наглядные и словесные.**Выбор и использование методов определяется характером речевого нарушения, содержанием, целями и задачами коррекционно-логопедического воздействия, этапом работы, возрастными, индивидуально-психологическими особенностями ребенка и др. На каждом из этапов логопедической работы эффективность овладения правильными речевыми навыками обеспечивается оптимально удачным подбором соответствующей группы методов. Например, при устранении заикания в дошкольном возрасте эффективность логопедической работы достигается практическими и наглядными методами. В школьном возрасте преимущественно используются словесные методы, сочетающиеся с наглядными.

К **практическим методам**логопедического воздействия относятся: *упражнения, игры и*

*моделирование.*

*Упражнение*— это многократное повторение ребенком действий при выполнении практических и умственных заданий. В логопедической работе они эффективны при устранении артикуляторных и голосовых расстройств.

Упражнения подразделяются на *подражательно-исполнительские*(дыхательные, голосовые, артикуляторные; развивающие общую, ручную моторику); *конструктивные*(конструирование букв из элементов, реконструирование букв); *творческие,*предполагающие использование усвоенных способов в новых условиях, на новом речевом материале.

В логопедической работе используются широко *речевые*упражнения (повторение слов с

поставленным звуком и др.), *игровые*упражнения (имитация действия, повадок животных), которые снимают у детей напряжение, создают эмоционально-положительный настрой.

При выполнении упражнений необходимо соблюдение следующих *условий:*

— осознание ребенком цели упражнения;

— систематичность, которая реализуется в многократном повторении;

— постепенное усложнение условий1 с учетом этапа коррекции возрастных и индивидуально-психологических особенностей ребенка;

— осознанное выполнение практических и речевых действий;

— самостоятельное выполнение, особенно на заключительном этапе коррекции;

— дифференцированный подход к анализу и оценке выполнения.

26. Современные представления о алалии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

Речевые нарушения (афазии) особенно часто возникают у больных после мозгового инсульта, ЧМТ. В настоящее время достаточно хорошо разработаны принципы диагностики и лечения афазий. Вместе с тем 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, обусловленный изменившимся речевым стереотипом.

В современной терминологии афазия– это системное нарушение речи, обусловленное локальными поражениями головного мозга.В настоящее время в отечественной афазиологии придерживаются классификации А.Ф. 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 (нарушение слухоречевой памяти) 6)семантическая (нарушение понимания сложных логико-грамматических конструкций, предлогов и т.п.)Форма, тяжесть и характер афазии зависят от следующих факторов:•обширности очага поражения и его локализации •характера нарушения мозгового кровообращения •состояния непострадавших отделов мозга, которые выполняют компенсаторные функцииЦентральным 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 собойПри афазии у больного нарушаются:

•понимание речи •повторение •называние •самостоятельные речевые высказывания •произношение •чтение •письмо •счетные операции

Афазия сочетается: •с агнозиями •с апраксиями •с другими нарушениями высших корковых функций При афазии меняется социальный и семейный статус больного, его отношение к своей личности и к окружающей действительности.Реабилитация пациентов с афатическими расстройствамиВосстановление речи в большинстве случаев не происходит спонтанно. Лечение больных с афазией не ограничивается обычной восстановительной терапией (лекарственные препараты, массаж, лечебная физкультура и пр.), они, как правило, нуждаются в длительной комплексной реабилитации.Основной задачей речевой реабилитации является: •восстановление речи •социальная реадаптация Раннее начало реабилитации способствует более полному восстановлению речевой функции и влияет на его темп.Максимальная эффективность достигаетсяпри начале речевой реабилитации в первые 3 месяца, при проведении реабилитационных мероприятий не менее 3 часов каждую неделю в течение 5 месяцев и более. В ряде случаев постепенное улучшение речи продолжается и в сроки более 6 месяцев (вплоть до 2 лет). 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. В остром и раннем 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.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 •изучении эмоционально-волевой сферы В этот период занятия логопеда должны носить преимущественно психотерапевтический характер. Первое время занятия рекомендуется проводить шепотом. 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.К методикам раннего этапа восстановления относятся:1)стимулирование понимания речи на слух (при разных формах афазии)

27. Динамика развития речи ребенка при алалии. Принципы организации и содержание коррекционно-воспитательного воздействия при моторной алалии.

Таким образом, разработка представлений об ОНР у детей ориентирована на разработку методов коррекции для групп детей со сходными проявлениями различных форм речевых расстройств. При этом необходимо учитывать, что ОНР может наблюдаться при различных поражениях ЦНС и отклонениях в строении и функциях артикуляционного аппарата (Р. Е. Левина, 1968; Л. С. Волкова, С. Н. Шаховская и др., 1999), т. е. при разных клинических формах нарушений устной речи. В концепции ОНР находит отражение тесная взаимосвязь всех компонентов речи в ходе ее аномального развития, но вместе с тем подчеркивается возможность преодоления этого отставания, перехода на качественно более высокие уровни речевого развития.

Однако первичные механизмы ОНР не могут быть выяснены без проведения неврологического обследования, одной из важных задач которого является определение локализации поражения в нервной системе, т. е. постановка топического диагноза. Одновременно с этим диагностика направлена на выявление основных нарушенных звеньев в ходе развития и реализации речевых процессов, на основании чего определяется форма речевых расстройств. Не вызывает сомнения то, что при использовании клинической классификации нарушений развития речи у детей значительная часть случаев ОНР оказывается связана с алалией. При этом поражение различных зон коры больших полушарий головного мозга в доречевом периоде влечет за собой определенное своеобразие в формировании симптоматики алалий.

Алалии относятся к числу наиболее тяжелых расстройств развития речи. Алалия — системное недоразвитие речи центрального генеза. Недостаточный уровень развития речевых центров коры больших полушарий головного мозга, лежащий в основе алалии, может являться врожденным или приобретенным на ранних этапах онтогенеза, в доречевом периоде. Причиной алалии может быть раннее органическое повреждение ЦНС в связи с патологией течения беременности и родов. В последние годы особое внимание исследователей привлекает роль наследственных факторов в формировании как речевых способностей, так и различных нарушений развития речи, в том числе алалий.

Полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями речевых зон коры головного мозга, называется афазией. Афазия — распад уже сформированных речевых функций, поэтому такой диагноз ставят только детям старше 3–4 лет. При афазиях наблюдается полная или частичная утрата способности понимать обращенную речь либо говорить, т. е. пользоваться словами и фразами для выражения своих мыслей. Афазии обусловлены поражением речевых центров в коре доминантного полушария (у правшей — левого, у левшей — правого) при отсутствии нарушений со стороны артикуляционного аппарата и слуха.

В случаях поражений речевых центров у детей в возрасте до 3–4 лет речь обычно развивается, но с выраженным отставанием. Это состояние отечественные специалисты обозначают как алалия. Более точным является международный термин «дисфазия» или «дисфазия развития». Аналогично афазиям у взрослых, различают моторную и сенсорную алалии (дисфазии).

Моторная алалия (дисфазия) — системное недоразвитие экспрессивной речи центрального генеза. У ребенка имеются нарушения артикуляционного праксиса и организации речевых движений, поэтому речевое развитие задерживается. Наблюдаются поиски артикуляции, неумение выполнить определенные артикуляционные движения и их последовательности. Ребенок не может найти правильную последовательность звуков в слове, слов во фразе, не может переключиться с одного слова на другое. Это ведет к обилию в речи ошибок, перестановок, персевераций (многократное повторение одного и того же слога или слова). Вследствие этого у ребенка с моторной алалией при хорошем слухе и достаточном понимании речи, при отсутствии парезов артикуляционной мускулатуры самостоятельная речь долго не развивается, либо она остается на уровне отдельных звуков, слов.

28. Принципы организации и содержание коррекционно-воспитательного воздействия при сенсорной алалии.

При сенсорной алалии логопедическое воздействие направляется на воспитание сознательного анализа состава речи, развитие фонематического восприятия, понимания речевых структур.

При обучении детей с сенсорной алалией применяются специальные методы, направленные на развитие деятельности, формирование звукового и морфологического анализа и смысловой стороны речи. При этом учитывается уровень недоразвития понимания, собственной речи, познавательной деятельности, общих особенностей личности ребенка.

Основным принципом работы является последовательное и систематическое воздействие на все стороны речевой деятельности ребенка в их взаимосвязи. Работа оказывается результативной только при проведении врачом специфического лечения, нормализующего деятельность центральной нервной системы: стимулирующего созревание клеток коры головного мозга.

1. До начала работы целесообразно ознакомиться с условия ми жизни, быта ребенка, его окружением, близкими людьми, игрушками, это поможет выявить круг его интересов и возможностей, наметить пути контакта и определить программу предстоящей работы.

2. Уточняются объем и характер обращений к ребенку, употребляемых в семье. Педагог и родители составляют список точно сформулированных (стандартизированных) инструкций-побуждений обиходно-бытового характера, которые употребляются в неизменном виде и на занятиях, и в повседневной жизни ребенка дома.

3. Уточняется степень восприимчивости его к звукам неречевого характера в условиях полной тишины и при наличии шумового фона. Речевое общение на первых порах ограничивается, беспорядочная речь ребенка затормаживается.

4. Работа начинается со строгой организации звукового и речевого режима ребенка, так как излишняя беспорядочная слуховая нагрузка задерживает развитие понимания и самой речи. Детям предоставляют часы и дни отдыха, спокойствия, их ограждают от излишних обращений к ним окружающих. Из обихода исключаются звуковые аппараты: звонки, радио, телевизор и т. д. Создается щадящий звуковой режим, ограничивается поступление речевых и неречевых сигналов. Рекомендуется создавать вокруг ребенка не только тишину, но и ситуацию зрительного голода: не показывать картинок, игрушек и т. д. И только на фоне такого успокоения можно приступать к работе, это способствует повышению восприимчивости ребенка к звукам.

29. Современные представления об афазии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.

На первом этапе (вторая половина XIX века – начало XX века) классиками неврологии были выделены две главные формы афазии: моторная (афазия П. Брока, 1861 г.) и сенсорная (афазия К. Вернике, 1874). В течение последующих десятилетий появилось описание еще ряда форм афазии, в основе которых лежали уже не моторные и сенсорные расстройства, а нарушение более сложных процессов. Так была выделена проводниковая афазия, единственным симптомом которой считалось нарушение повторения слов, обусловленное «перерывом путей» между сенсорными и моторными центрами. Далее была выделена транскортикальная афазия сенсорной и моторной форм, при которой при сохранности повторной речи нарушается спонтанная. Позже появилась сенсорная и моторная субкортикальная, при которой наблюдался «перерыв путей» от моторного и сенсорного корковых центров к низлежащим образованиям мозга. Следующая выделенная форма афазии – амнестическая, при которой сохранны сенсорные и моторные компоненты речевого процесса, но нарушен «центр памяти на слова», что приводит к нарушению называния предметов.

Второй этап – с 40-х годов XX столетия – так называемый «настоящий этап» развития афазиологии. Бурное развитие физиологии, психологии, неврологии, нейрохирургии и др. обусловило возникновение новой науки – нейропсихологии, которая легла в основу развития учения об афазии. Основоположником нового учения об афазии стал А.Р. Лурия, которому принадлежит наиболее распространенная в настоящий момент классификация данного нарушения.

Третий этап – дело будущего (согласно А.Р. Лурия). Продолжились и продолжаются в настоящий момент исследования в области афазии (Э.С. Бейн, М.К. Бурлакова, Т.Г. Визель, П.А. Овчарова, В.В. Оппель, Е.Н. Правдина-Винарская, В.М. Шкловский и др.).

Термин «афазия» происходит от греч. «fasio» (говорю) и приставки «а» («не») и означает дословно «не говорю». Поскольку при афазии не всегда полностью отсутствует речь, можно было бы назвать ее дисфазией. Однако в науке есть понятие занятого термина. В данном случае именно это и является препятствием к обозначению неполного разрушения речи как «дисфазии». В литературе, особенно западной, к термину «дисфазия» относят различные нарушения речевого развития у детей, аналогично тому, как дислалией называют нарушения звукопроизношения, а не частичное недоразвитие речи (алалию) (Т.Г. Визель, 2005, с.247).

Однако независимо от таких терминологических условностей, понятие афазии к настоящему времени вполне определилось.

«Афазия - расстройство речи, обусловленное локальными поражениями головного мозга, при котором полностью или частично утрачивается возможность пользоваться словами для выражения мыслей и общения с окружающими при сохранности функций артикуляторного аппарата и слуха» .

30. Основные принципы, приемы и методы восстановительного обучения при афазии.

1.   Преодоление расстройств произносительной стороны речи:

-   выделение звука из слова;

-   автоматизация отдельных артикулем в словах с различной слогоритмической структурой;

-   преодоление литеральных парафазий путём подбора сначала дискретных, а затем постепенно сближающихся по артикуляции звуков.

2.   Восстановление и коррекция фразовой речи:

-   составление фраз по сюжетной картинке: от простых моделей (субъект-предикат, субъект-предикат-объект)–к более сложным, включающим объекты с предлогами, отрицательные слова и пр.;

-   составление фраз по вопросам, по опорным словам;

-   экстериоризация грамматико-смысловых связей предиката: «кто?», «зачем?», «когда?», «куда?» и т.д.;

-   заполнение пропусков во фразе с грамматическим изменением слова;

-   развёрнутые ответы на вопросы;

-   составление рассказов по серии сюжетных картинок;

-   пересказ текстов с опорой на вопросы.

3.   Работа над семантикой слова:

-   выработка обобщённых понятий;

-   смысловое обыгрывание слов (предметная и глагольная лексика) путём включения их в различные смысловые контексты;

-   заполнение пропусков во фразе;

-   завершение предложений разными словами, подходящими по смыслу;

-   подбор антонимов, синонимов.

4.   Восстановление аналитико-синтетического письма и чтения:

-   звуко-буквенный состав слова, его анализ (одно-двух-трёхсложные слова) с опорой на схемы, передающие слоговую и звуко-буквенную структуру слова, постепенное свёртывание числа внешних опор;

-   заполнение пропущенных букв и слогов в словах;

-   списывание слов, фраз и небольших текстов с установкой на самоконтроль и самостоятельное исправление ошибок;

-   чтение и письмо под диктовку слов с постепенно усложняющейся звуковой структурой, простых фраз, а также отдельных слогов и букв;

-   заполнение в текстах при чтении и письме пропущенных слов, отрабатываемых в устной речи.

31. Современные представления об дисграфии: определение, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.

Концептуальный подход к проблеме этиологии специфических нарушений письма и чтения, как и других нервно-психических расстройств, за последнюю четверть века существенно изменился, стал глубже и сложнее. Монокаузальные модели в настоящее время уже не выдерживают критики. «Линейное» понимание этиологии не объясняет всей сложности возникновения психических расстройств, как, впрочем, и любых других [Давыдовский И. В., 1962]. Клинический и экспериментальный опыт свидетельствует, что любая из возможных причин болезненного состояния вызывает патологические изменения лишь при наличии определенных внутренних условий. К последним относятся наследственные задатки, иммунологические и реактивные ресурсы организма, возрастные и половые особенности мозговых тканей, их резистентность и пластичность, характер церебральной нейродинамики, т. е. комплекс признаков, традиционно относимый к понятию «конституция». Сюда же следует добавить и возможные последствия ранее перенесенных заболеваний. Состояние психической дезадаптации обычно возникает лишь после того, как к комплексу этиологических факторов присоединяется еще один компонент. Условия жизни индивида оказываются таковыми, что предболезненное состояние, возникшее вследствие совокупности вышеназванных обстоятельств, переходит в болезнь или болезненное состояние. Под условиями жизни подразумеваются микрои макросоциальные ее аспекты. Более или менее высокий уровень требований, который социальное окружение предъявляет к индивиду, существенно влияет на то, перейдет «патос» в «нозос» или нет. При благоприятном стечении обстоятельств, несмотря на наличие патологических изменений в ЦНС, он может удержаться на стадии предболезни [Семичев С. Б., 1987].

Основываясь на таких представлениях, мы полагаем, что анализ этиологии и патогенеза расстройств письменной речи у детей должен затрагивать три группы вопросов:

а) конституциональные предпосылки, значимые для овладения чтением и письмом;

Начало формы

32. Основные направления логопедической работы при коррекции дисграфии.

Одним из наиболее важных вопросов современной теоретической и практической логопедии является профилактика нарушений письменной речи у детей. Этот аспект логопедического воздействия мало освещен в специальной литературе. Отчасти это объясняется тем, что работа по профилактике дисграфии необыкновенно широка и неотделима от гармонизации развития личности ребенка в целом. Письмо — сложный вид психической деятельности, требующий полноценного формирования и взаимодействия сенсомоторных, высших психических функций, мыслительных операций и речи.

Наиболее подготовленными специалистами для осуществления профилактики дисграфии являются детские логопеды, главными задачами которых являются профилактика нарушений речи и ее недоразвития у детей раннего и младшего дошкольного возраста; преодоление нарушений речи, совершенствование речевого развития, языковых способностей и профилактика нарушений письма и чтения у детей среднего и старшего дошкольного возраста. Однако широкомасштабная профилактика дисграфии проводится логопедами пока лишь в условиях дошкольных логопедических групп для детей с общим недоразвитием речи (ОНР).

Работа с детьми, страдающими ОНР, предполагает не только формирование у ребенка «инвентаря» языковых средств и совершенствование их использования в речи. Эта работа направлена и на всестороннее развитие психики ребенка, его внимания, памяти, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, т. е. тех функций и качеств, без которых невозможны полноценные речевое поведение и речемыслительная деятельность, а также переход на новый качественный уровень речевого и интеллектуального развития — овладение письменной речью. Так, логопед, работающий с дошкольниками, обязательно уделяет внимание развитию у детей двигательных функций рук и графомоторных навыков, формированию у них навыков языкового анализа и синтеза. В большинстве случаев за время пребывания в логопедической группе дети овладевают и навыками символизации устной речи с помощью букв.

Начало формы

33. Современные представления об дислексии: определение, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.

В современной литературе для обозначения нарушений чтения используются термины: «алексия» — для обозначения полного отсутствия чтения и «дислексия», «дислексия развития», «эволюционная дислексия» — для обозначения частичного расстройства процесса овладения чтением в отличие от тех случаев, когда акт чтения распадается, например, при афазиях.

Распространенность нарушений чтения среди детей довольно велика. В европейских странах отмечается, по данным различных авторов, до 10% детей с дислексиями, имеющих нормальный интеллект. По данным Р. Беккер, нарушения чтения наблюдаются у 3% детей начальных классов массовой школы, в школах для детей с тяжелыми нарушениями речи количество детей с дислексией достигает 22%. По данным Р. И. Лалаевой, в первых классах вспомогательной школы нарушения чтения отмечаются у 62% учеников. По данным А. Н. Корнева, дислексия наблюдается у 4,8% учащихся 7—8 летнего возраста. В школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями и с задержкой психического развития дислексия выявлена в 20—50% случаев. У мальчиков дислексия встречается в 4,5 раза чаще, чем у девочек.

Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностъю (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Современный анализ проблемы нарушения чтения основывается на понимании сложной психофизиологической структуры процесса чтения в норме и особенностей усвоения этого навыка детьми

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. В основе его лежат «сложнейшие механизмы взаимодействия анализаторов и временных связей двух сигнальных систем».

По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне единства письменной и устной речи.

Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. В дальнейшем происходит соотнесение букв с соответствующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание. И наконец, вследствие соотнесения звуковой формы слова с его значением осуществляется понимание читаемого. Таким образом, в этом процессе можно условно выделить две стороны: техническую (соотнесение зрительного образа написанного слова с его произношением) и смысловую, которая является основной целью чтения. Между ними существует тесная связь. Понимание читаемого определяется характером восприятия. С другой стороны, зрительное восприятие испытывает на себе влияние смыслового содержания ранее прочитанного.

При чтении взрослый человек осознает лишь задачу, смысл читаемого, а те психофизиологические операции, которые предшествуют этому, осуществляются как бы сами собой, неосознанно, автоматизированно. Однако эти автоматизировавшиеся при овладении чтением операции являются разносторонними и сложными.

Как всякий навык, чтение в процессе своего формирования проходит ряд этапов, качественно своеобразных ступеней. Каждый из них тесно связан с предыдущим и последующим, постепенно переходит из одного качества в другое. Формирование навыка чтения осуществляется в процессе длительного и целенаправленного обучения.

Т. Г. Егоров выделяет следующие ступени формирования навыка чтения: 1) овладение звуко-буквенными обозначениями; 2) послоговое чтение; 3) становление синтетических приемов чтения; 4) синтетическое чтение. Каждая из их характеризуется своеобразием, качественными особенностями, определенной психологической структурой, своими трудностями и задачами, а также приемами овладения.

Основными условиями успешного овладения навыком чтения являются: сформированность устной речи, фонетико-фонематической ее стороны (произношения, слуховой дифференциации фонем, фонематического анализа и синтеза), лексико-грамматического анализа и синтеза, лексико-грамматического строя, достаточное развитие пространственных представлений, зрительного анализа,

34. Основные направления логопедической работы при коррекции дислексии.

35. Определение фонетико-фонематического недоразвития речи (ФФН). Классификация ФФН, дифференциальная диагностика детей с ФФН.

36. Содержание коррекционного обучения дошкольников и школьников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи.

37. Определение общего недоразвития речи (ОНР). Психолого-педагогическая характеристика детей с ОНР. Дифференциальная диагностика детей с ОНР.

38. Основные направления коррекционно педагогической работы при ОНР в дошкольном возрасте.

39. Основные направления развития речи младших школьников с ОНР.

40. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с ЗПР.

41. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с умственной отсталостью.

42. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми, страдающими ДЦП.

43. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с нарушениями слуха.

44. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с нарушениями зрения.

45. Русский язык как учебный предмет в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

46. Особенности литературного развития детей с тяжелыми нарушениями речи.

47. Основные принципы обучения математике детей с речевыми нарушениями.

48. Содержание и структура индивидуальных и фронтальных занятий по развитию речи детей с тяжелыми нарушениями речи.

1. Содержание пропедевтического периода обучения рисованию школьников в школе V вида. Особенности проведения декоративного, тематического и натурного рисования.

50. Технологии обследования речи детей.

**1. Научно-теоретические основы логопедии. Предмет, цели, задачи и принципы логопедии.**

**Логопедия** – это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Термин «логопедия» происходит от греческих корней: логос (слово), пайдео (воспитываю, обучаю). В переводе означает «воспитание правильной речи».

**Предметом логопедии**, как науки являются нарушения речи и процесс обучения и воспитания лиц с расстройством речевой деятельности.

**Объект** **изучения** – человек, страдающий нарушением речи.

Структуру логопедии составляет дошкольная, школьная логопедия и логопедия подростков и взрослых. Основной целью является разработка научно обоснованной системы обучения, воспитание и перевоспитание лиц с нарушениями речи, а так же предупреждение речевых расстройств.

**Задачи логопедии**.

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 так же характер влияния речевых расстройств на формирование их личности, 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: слуха, зрения, интеллекта, ОДА)
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 речевых расстройств
10. разработка вопросов организации логопедической помощи

В указанных задачах логопедии, определяется как теоретическая, так и практическая ее направленность.

Теоретический аспект - это изучение речевых расстройств и разработка научно обоснованных методов их профилактики, выявления и преодоления.

Практический аспект – профилактика, выявление и устранение речевых нарушений.

**2. Методы логопедического исследования и логопедического воздействия.**

***Методы логопедии как науки.***

Можно разделить на несколько групп:

*Организационные методы*: (сравнительный); лонгитюдинальный (изучение в действии, динамике); комплексный.

*Эмпирические методы:* наблюдение, эксперимент (лабораторный, естественный, формирующий, психолого-педагогический); психодиагностические тесты, анкеты; беседы; анализ речевой деятельности (сбор и анализ анамнестических данных).

К следующим относится количественный и качественный анализ полученных данных.

Способы теоретического исследования, связи между изучаемыми явлениями; использование технических средств.

Исходя из этого Л. опирается на следующие ***основные принципы:***

**Системность** – опирается на представление о речи, как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии.

**Комплексности** – речевые нарушения во многих случаях включаются в синдром нервных и нервно-психических заболеваний (дизартрия, алалия, заикание); устранение речевых нарушений в этих случаях должно носить комплексный медико-психолого-педагогический и логопедический характер.

Принцип **развития** в процессе изучения нарушения речи и их коррекции важно учитывать общие и специфические закономерности развития аномальных детей. Принцип развития предполагает выделение в логопедической работе тех задач, трудностей, этапов, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка.

Учет ведущей деятельности ребенка – исследование детей с нарушением речи, организация логопедической работы с ними осуществляется с учетом ведущей деятельности ребенка (до 3-х лет предметно-практическая; с 3-х игровая; с 6-7 лет учебная).

Разработка методики коррекционно логопедической работы ведется с учетом последовательности развития речи в онтогенезе – **онтогенетический принцип**. Для успешной логопедической коррекции нарушения речи большое значение имеет установление в каждом отдельном случае: этиологии

(причины); механизмов нарушения; симптоматики речевых нарушений; выделение ведущих расстройств (речь и мышление; речь и психика); соотношение речевой и неречевой симптоматики.

Принцип **обходного пути** – т. е. формирование новой функциональной системы в обход пострадавшего звена.

**Дидактические** принципы – наглядность, научность, доступность, индивидуальный подход; сознательность.

**3. Анатомо-физиологические механизмы речи. Строение и функции центрального и периферического речевого аппарата.**

**4. Речь как психический процесс. Речь, язык, речевая деятельность, языковая способность с психологической и психолингвистической точек зрения.**

**5. Основные периодизации речевого развития в онтогенезе. Характеристика этапов развития речи ребенка.**

**6. Понятие «нарушение речи». Этиология речевых нарушений.**

Этиология нарушения речи. Критические периоды в развитии речевой функции.

**Этиология** – обозначает учение о причинах (термин греческий «этио» причина, «логос» наука, учение). Проблема причинности издавна привлекала внимание человечества. Наиболее интенсивно вопросы этиологии речевых нарушений начали разрабатываться с 20-х годов настоящего столетия. Впервые все причины речевых нарушений М.Е.Хватцев разделил на внутренние и внешние, особо подчеркнув их тесное взаимодействие.

**Внешние причины,** нарушающие речь или способствующие этому нарушению воздействию внешнего мира. Сюда относятся механические воздействия, биологические и социальные факторы.

**Внутренние факторы** это воздействие изнутри организма через эндокринные железы, кровь и т. д.

Под влиянием внешних и внутренних причин формируются некоторые особенности психики и личности ребенка, которые в свою очередь влияют на развитие речи.

**Органические причины** связаны с органическим повреждением речевого аппарата, они могут быть врожденными (недоразвитие и поражение головного мозга и периферических органов речи) и приобретенными в результате различных травм и заболеваний. Органические причины подразделяют на: центральные и периферические, в зависимости от места поражения (центральные – головной мозг; периферические – при открытой ринолалии, неправильное строение речевого аппарата).

**Функциональные причины** не связаны с грубыми органическими поражениями, хотя могут сопровождаться легкой, органической микро симптоматикой.

Социально-психологические причины связаны с воздействием неблагоприятностей социального окружения (неправильная речь окружающих, вредные привычки, недостаточное внимание к речи ребенка со стороны взрослых, повышенное требование к речи ребенка)

Выделяются следующие основные причины нарушения речи в пренотальный период (неблагоприятная наследственность, патология беременности).

В нотальный период (в основном родовые травмы, асфиксия, быстрые и затяжные роды)

В поснотальный период (биологические факторы: различные заболевания в первые годы ребенка, травмы черепа)

**Три критических периода**:

При оценке речевых нарушений важно учитывать так называемые критические периоды, когда происходит наиболее интенсивное развитие тех или иных звеньев речевой системы. Критические периоды в развитии речи являются предрасполагающим условием к возникновению речевых расстройств. Выделяются три критических периода в развитии речевых функций:

1. 1-2 года, происходит формирование предпосылок речи, в этом возрасте наиболее интенсивно развивается корково-речевые зоны в частности зоны Брокка (зона речи). Критическим периодом ее развития считается 14-18 месяц. Любые даже незначительные факторы могут отразиться на развитие речи ребенка.
2. Критический период 3 года. Интенсивно развивается связная речь, могут возникнуть заикание, мутизм, наблюдаться отставания речевого развития, переход к связной речи
3. 6-7 лет начало развития письменной речи, возрастает нагрузка на ЦНС ребенка, могут происходить срывы нервной системы.

**7. Современные классификации нарушений речи.**

В настоящее время в логопедии существуют 2 классификации – **клинико-педагогическая** и **психолого-педагогическая (по Левиной Р.Е.)**. При различии в типологии и группировке видов речевых нарушений, одни и те же явления рассматриваются с разных точек зрения. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга и отражают определенный подход к речевым нарушениям и выбор средств коррекции.  
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 обусловливающим их материальным субстратом. Она основывается на совокупности психолого-лингвистических, клинических и этиопатогенетических критериях (хотя в данной классификации ведущая роль отводится психолого-лингвистическим критериям). Все виды нарушений речи делятся на 2 основные группы: нарушения устной и письменной речи.  
1. Нарушения устной речи определяются двумя формами, в которых выделяется 9 видов речевых нарушений:  
1) Нарушения фонационного (внешнего) оформления речи:   
• · афония, дисфония – отсутствие или расстройство голоса вследствие патологических изменений голосового аппарата  
• · брадилалия (или брадифразия) – патологически замедленный темп речи  
• · тахилалия (или тахифразия) - патологически ускоренный темп речи  
• · заикание (логоневроз) – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата  
• · дислалия (косноязычие) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата  
• · ринолалия (гнусавость, палатолалия) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата  
• · дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.  
2) Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:   
• · алалия – отсутствие речи или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или в раннем периоде развития ребёнка (до 3 лет)  
• · афазия  
• · дисграфия (аграфия) - частичное (полное) нарушение письма  
• · дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения.  
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.  
,. **Психолого-педагогическая классификаци**я 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, СНР (системное недоразвитие речи) у детей с умственной отсталостью – 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 и СНР переходит в ЛГНР (лексико-грамматическое недоразвитие речи).  
2) *Нарушение в применении средств общения:*  
• · Заикание – нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен комбинированный дефект, при котором заикание сочетается 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. 

**8. Организация логопедической помощи лицам с нарушениями речи в России.**

**9. Норматично-правовые основы деятельности логопеда в учреждениях образования и здравоохранения. Современные требования к оборудованию логопедического кабинета и документации логопеда.**

**10. Профилактика речевых расстройств.**

Профилактика нарушений речи, так же, как и профилактика любых заболеваний или патологических состояний, строится на устранении, по возможности, из жизни ребенка тех причин, которые могут приводить к возникновению нарушений. K сожалению, иногда все же не удается полностью предупредить возникновения речевой патологии, и в этих случаях задача профилактики сводится к возможно большему смягчению неблагоприятных последствий уже подействовавших вредоносных факторов. Ранний возраст – период интенсивного развития всех психических функций. Основное новообразование этого периода – овладение речью, которая становится фундаментом для дальнейшего развития ребенка. Поэтому важно вовремя заметить и скорректировать отставание в формировании речевой функции, стимулировать ее развитие, способствуя полноценному развитию ребенка. Говоря о категории детей с ограниченными возможностями, мы имеем в виду детей, имеющих нарушения, полученные в период пренатального, натального и постнатального развития, приводящие к возникновению различных нарушений хода развития, в том числе и речевого. Это дети: · с генетической предрасположенностью · с неблагоприятным акушерским анамнезом · перенесшие асфиксию, родовую травму · с недоношенностью, незрелостью при рождении, малым весом · имеющие инфекции и постнатальные повреждения мозга · с неблагоприятными условиями воспитания (депривацией), наличием психотравмирующих ситуаций · рожденные от матерей, употреблявших алкоголь и никотин. Так как наличие перинатальных энцефалопатий и психической депривации в период интенсивного развития речи приводит к отставанию в ее развитии, являясь причиной возникновения общего недоразвития речи, вопросы пропедевтики и профилактики их появления являются наиболее значимыми. Профилактика непосредственно речевых нарушений в раннем возрасте складывается в основном из таких моментов:  создание необходимых условий для сохранения физического и нервно- психического здоровья ребенка;  заботу о сохранности его речевых органов;  создание необходимых социально-бытовых условий для правильного речевого развития ребенка. 2 Что рекомендуют специалисты?  Предупреждение ушибов головы.  Предупреждение различных заболеваний, протекающих с высокой температурой.  Охрана органа слуха от простудных заболеваний, от попадания инородных тел, от излишнего шума (даже во время сна), а также своевременное лечение и обязательное долечивание ушных заболеваний.  Охрана артикуляционных органов: предупреждение (и лечение) рахита и возможного появления аномалий костных частей речевого аппарата; исключение случаев сосания пальца или постоянного подкладывания руки под щеку во время сна (последнее может привести к образованию так называемого перекрёстного прикуса); предупреждение преждевременной потери зубов, поскольку потеря зубов у детей ввязывает значительную деформацию соседних зубов и челюстей (здесь не имеется в виду возрастная смена зубов); своевременное оперирование расщелин верхней губы нёба; своевременное подрезание короткой уздечки языка (не позднее 4-5 лет, поскольку к этому времени в речи должны появиться те звуки, правильному артикулированию которых мешает короткая уздечка); охрана голосового аппарата от простуды, попадания пыли, голосовой перегрузки (чрезмерные крики, излишне громкая и напряженная речь и т.п.); охрана нервной системы ребенка (исключение громких окриков, страшных рассказов и разного вида запугиваний, щадящий подход к ребенку во время любой болезни и т.д.); этот вид профилактики особенно важен для предупреждения всякого рода невротических речевых расстройств и в первую очередь – заикания. В чём заключается забота о правильном речевом развитии ребенка?  Обеспечение благоприятного окружения как необходимого образца для подражания (в плане отсутствия речевых нарушений у окружающих ребенка людей).  Поощрение лепета ребенка мимикой радости.  Воспитание направленности на восприятие речи окружающих, для чего нужно больше разговаривать с ребенком, начиная с первых дней его жизни.  Медленное и четкое произношение взрослыми простых слов, связанных с конкретной жизненной ситуацией, а также называние окружающих предметов и 3 производимых действий, что поможет ребенку «приступить» к постепенному овладению речью.  Отчетливое произнесение взрослыми неправильно сказанных ребенком слов, рассчитанное на ненавязчивое и постепенное исправление его неправильного произношения.  Приучение ребенка смотреть во время разговора в лицо собеседника, поскольку зрительное восприятие артикуляции способствует более точному и более быстрому её усвоению;  Систематическое создание таких ситуаций, при которых ребенок должен выразить свою просьбу словесно (взрослым не следует стремиться «понимать его с полуслова» и тем более с одного только жеста ли взгляда); необходимо организовать жизнь ребенка таким образом, чтобы сама обстановка вызывала у него необходимость речевого общения, включая «разговор» с животными, игрушками и пр.  Полное исключение случаев «сюсюкания» с ребенком, лишающего его правильного образца для подражания.  Занятия ритмикой, музыкой и пением; последнее способствует развитию правильного дыхания и достаточно гибкого и сильного голоса, а также предупреждает невнятность речи.  Развитие тонкой ручной моторики, играющей чрезвычайно важную роль в овладении полноценной речью. Так же очень важно своевременное принятие лечебно-профилактических мер, рекомендуемых по линии детской консультации в поликлинике. В настоящее время существует много медикаментозных средств, способствующих более быстрому созреванию определенных мозговых структур и нормализации имеющихся в них патологических процессов.

**11. Современные представления о нарушениях голоса: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.**

Нарушения голоса — это отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Существует два основных термина для обозначения патологии голоса: афония (лат. а — отрицательная частица и греч. phone — звук, голос) — полное отсутствие голоса и дисфония (дис. и греч. phone) — частичные нарушения высоты, силы и тембра.

Нарушения голоса разделяются на центральные и периферические, каждое из них может быть органическим и функциональным. Большинство нарушений проявляется как самостоятельные, причинами их возникновения являются заболевания и различные изменения только голосового аппа­рата. Но они могут сопутствовать и другим более тяжелым нарушениям речи, входя в структуру дефекта при афазии, дизартрии, ринолалии, заикании. 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. К периферическим органическим нарушениям относятся дисфонии и афонии при хронических ларингитах, парезах и параличах гортани, 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. Нарушения голоса, обусловленные периферическими парезамии параличами гортани, возникают при травматизации или инфекционном поражении нижнего гортанного, или возвратного нерва. Более распространенными являются односторонние нарушения Центральные парезы и параличи гортани зависят от поражения коры головного мозга, моста, продолговатого мозга, проводящих путей.

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, они могут распространяться по всей гортани и рецидивировать после удаления. Обширный папилломатоз и рубцовые изменения после многократных операций вызывают тяжелые нарушения дыхания и голосообразования. Этиология и патогенез данного заболевания до настоящего времени не раскрыты. Ранний папилломатоз с нарушением дыхательной и голосовой функций может отрицательно влиять на формирование всей речи и личности ребенка. Функциональные нарушения голоса. Наиболее распространенные и многообразные — это функциональные нарушения голоса. Они не сопровождаются воспалительными или какими-либо анатомическими изменениями гортани. Встречающиеся в педагогической литературе утверждения о более легком устранении функциональных нарушений, по сравнению с органическими, весьма спорны, так как первые представляют для специалистов значительные трудности в связи со сложностью их этиологии и патогенеза. Причины функциональной патологии могут быть самые разнообразные: голосовое переутомление, плохая постановка голоса, различные инфекционные заболевания и влияния психических факторов. Иногда несколько из перечисленных причин выступают в совокупности и определение «пускового» момента затруднительно. К периферическим функциональным нарушениям относятся фонастения, гипо- и гипертонусные афонии и дисфо-нии. Фонастения — нарушение голоса в ряде случаев, особенно на начальных стадиях, не сопровождается видимыми объективными изменениями в голосовом аппарате. Данное нарушение имеет профессиональный характер и развивается у лиц голосоречевых профессий. Проявляется фонастения в нарушении координации дыхания и фонации, невозможности владения голосом — усиливать и ослаблять звучание, появлении детонации 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 функциональных нарушениях внутренних мышц гортани повреждение затрагивает одну мышцу, чаще одну пару мышц (поскольку почти все они парные). При гипотонусе голосовые складки в момент фонации полностью не смыкаются, между ними остается щель, форма которой зависит от того, какая пара мышц страдает (рис. 17). 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 (гипо-тонус) с напряженным смыканием вестибулярных (гипертонус). Образующийся при этом специфический грубый, монотонный звук называют ложноскладочным. Перегрузка голосового аппарата при несоблюдении охранительного режима в период мутации может привести к нарушению функции внутренних мышц гортани в виде гипо- и гипертонуса.

К функциональным нарушениям голоса центрального происхождения относится функциональная, или психогенная афония. Возникает она внезапно как реакция на психо-травмирующую 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.

**12. Особенности восстановительной работы при нарушениях голоса.**

Для изучения голоса большое значение имеет исследование голосового аппарата, в первую очередь функции голосовых складок. Существует несколько медицинских методов исследования. Первое представление о состоянии гортани дает непрямая ларингоскопия — осмотр при помощи зеркала (ларингоскопа). Ларингоскопия выявляет анатомические изменения или воспалительные заболевания. Более детальную картину функции голосовых складок раскрывает ларингостробоскопия. При помощи специального прибора, электронного стробоскопа, можно наблюдать характер колебаний голосовых складок. Рентгенография и томография отражают точную картину гортани в какой-то момент ее работы, не раскрывая характера движений голосовых складок. Применяются преимущественно для диагностики опухолей. Электромиография дает сведения о функции наружных и внутренних мышц гортани. Для исследования игольчатый электрод вводится в толщу мышцы, что малоприменимо в повседневной практике. В последнее время находит все большее применение новый метод исследования голосового аппарата — глоттография. Глоттограф был сконструирован французским физиологом Ф. Фабром в 1957 г. Принцип работы прибора основан на изменении сопротивления токов ультравысокой частоты, подаваемых на гортань. Проходя через гортань, ток изменяет свою силу в соответствии с колебаниями голосовых складок. Смыкание понижает сопротивление, размыкание — усиливает. Изменения силы тока фиксируются на экране осциллографа в виде кривой (глоттограммы). Таким образом, на глот-тограмме наблюдаются фазы колебаний голосовых складок в форме их электрического аналога. Данный метод позволяет наблюдать колебания голосовых складок в процессе естественной фонации, не причиняя болезненных или неприятных ощущений испытуемому. Метод Ф. Фабра применяют физиологи, врачи, вокальные педагоги, лингвисты, логопеды. Глоттография объективно оценивает динамические изменения голосового аппарата в процессе коррекционно-восстановитель-ного обучения и по завершении его. Логопед, приступая к восстановительному обучению, должен иметь заключение оториноларинголога или фониатра, а также сведения о начале и течении голосового нарушения. Восстановление голосовой функции *у* детей осуществляется комплексно совместными усилиями медицины и специализированной области логопедии — фонопедии. Артикуляционные дыхательные и голосовые упражнения сочетают с психотерапией, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением. Дети получают специальную логопедическую помощь в лоротделениях и логопедических кабинетах поликлиник. В условиях стационара логопед занимается с ребенком несколько раз в день по 8 — 10 мин. В домашних условиях родители выполняют задания логопеда ежедневно. Вопросы методики восстановления голоса разработаны Е. В. Лавровой, С. Л. Таптаповой, О. С. Орловой и др. Коррекционно-логопедическая работа строится дифференцированно в зависимости от патологических проявлений каждого типа голосового расстройства. Однако начальным звеном всегда является психотерапевтическая беседа, основная цель которой — убедить ребенка в возможности восстановления голоса, установить с ним контакт, включить его в активную работу, разъяснив цели и задачи коррекции. Далее проводится артикуляционная и дыхательная гимнастика, лечебная физкультура. В начальном цикле занятий используют несложные артикуляционные упражнения (гимнастика языка, губ, нижней челюсти, мягкого нёба, кашлевые движения, «мычание» и пр.). Собственно голосовые упражнения состоят из вызывания голоса, закрепления голоса и автоматизации процесса «голосоведения». Основное содержание следующего периода — автоматизация полученного голоса путем произнесения слогов, фраз и отработка высоты, силы, модуляции голоса. Большую роль при этом играют вокальные упражнения, которые начинают с гласного звука *у.* Заключительный этап — введение вызванного голоса в повседневное речевое общение. Процесс восстановления голоса длится 3 — 4 мес. и более эффективен в возрасте 3 — 4 лет. При функциональных нарушениях голоса у детей логопедическая работа определяется тем, что при данном дефекте нет видимых анатомических изменений в строении голосовых складок. Патологическая симптоматика (гиперемия, набухание слизистой оболочки гортани (чаще носит временный характер и исчезает после лечения и ор-тофонических (голосовых) упражнений. Основная задача логопедической работы при восстановлении функциональных нарушений голоса — преодоление стойкого фиксированного патологического рефлекса голосообразования. Поэтому проведение психотерапевтических бесед является необходимым залогом успеха в работе. Большое значение могут иметь демонстрация магнитофонных записей голосов детей до и после лечения, личные встречи и беседы с детьми, которые уже закончили курс логопедических занятий. Вслед за беседой ребенку назначают режим молчания на 10 — 14 дней, после чего начинаются коррекционно-логопедические занятия. Они включают артикуляционную

и дыхательную гимнастику и голосовые упражнения. Артикуляционная гимнастика снимает напряжение с артикуляционного аппарата ребенка и способствует более активному участию органов артикуляции в процессе голосообразования. Дыхательные упражнения развивают фонационное дыхание, особенно удлиненный, сильный выдох.

При стойком нарушении голоса требуется более длительная логопедическая работа (иногда в течение месяца). И в этом случае прогноз обычно благоприятный. Патологическая мутация также требует своевременного вмешательства логопеда. Наиболее часто встречается затянувшаяся мутация, когда голос надолго приобретает высокое фальцетное звучание. Здесь основная задача логопедической работы — скоординировать деятельность артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, фиксировать более низкое, ненапряженное положение гортани и поставить все звуки речи — как гласные, так и согласные — в этом новом положении. При восстановлении функциональных расстройств особую роль приобретают профилактика и гигиена голоса. Личная профилактика нарушений голоса складывается из создания определенных условий быта, семьи, отдыха, режима жизни ребенка. К числу профилактических мер при дисфонии относится запрещение петь, громко декламировать и всячески перенапрягать голос. При остром начале заболевания важно дать полный покой голосу на 10 — 14 дней. Особые условия необходимо соблюдать во время мутации. Период становления голоса требует внимательного, чуткого, тактичного отношения со стороны педагогов, родителей, так как пубертатный период протекает на фоне физических и психических изменений личности подростка. Мутация связана с быстрым ростом гортани. У мальчиков гортань увеличивается почти вдвое, у девочек — на одну треть. Соответственно изменяются и голосовые складки. При разговоре и особенно пении голос мальчика неожиданно то срывается на высокие ноты, то начинает басить. Период мутации обычно длится 1,5 — 2 г. В этот период нужно щадить голосообразующий аппарат, не кричать, не петь громко, особенно в сырых или непроветренных, накуренных помещениях. Если наблюдаются частые срывы голоса, неприятные ощущения при фонации, следует обратиться к врачу — фониатру. После периода мутации голос обретает свою индивидуальность и 25 — 30 лет остается неизменным. С возрастом в органах голосообразования начинаются атрофические изменения и он слабеет, изменяется его тембр. Лицам, профессия которых требует длительной голосовой нагрузки, рекомендуется специальная постановка речевого голоса, которая предохраняет от переутомления. Нарушения голоса у детей дошкольного возраста очень важно предупреждать соблюдением профилактических мероприятий, занятиями дыхательной гимнастикой. Родители и педагоги должны знать основные правила охраны детского голоса. При возникновении нарушения голоса, особенно если оно принимает хронический характер, следует направить ребенка на консультацию к отоларингологу, а в случае необходимости — на занятия к логопеду. Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного органа голосообразования. Этим органом может быть физиологическое сужение в пищеводе на уровне IV—VI шейных позвонков, называемое псевдоголосовой щелью. При фонации происходит смыкание стенок пищевода протяженностью до 3,5 см. Ниже псевдого­лосовой щели находится воздушный пузырь, который и явля-ется энергетической базой голосообразования. Образующийся таким способом голос принято называть пищеводным или псевдоголосом. Клинико-экспериментальные исследования и методика образования пищеводного голоса разработаны С. Л. Таптаповой.

**13. Современные представления о нарушениях темпа речи: определение, формы нарушений темпа речи, симптоматика, этиология и механизмы.**

К нарушения темпа речи относятся брадилалия и тахила-лия. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания. Брадилалия — патологически замедленный темп речи. Термин произошел от греческих слов brabus — медленный, lalia — речь. С конца XIX в. ее определили как отдельное нарушение темпа речи. В этиологии исследователи выделяют наследственную природу (Ю. А. Флоренская, 1934; Д. Вейс, 1950; М. Зее-ман, 1962; М. Е. Хватцев, 1959), экзогенные факторы (интоксикация, астенизация и др.), психологические причины (воспитание, подражание и др. — А. Либманн, 1900; А. Гутц-ман, 1900; М. Надолечны, 1926; Э. Фрешельс, 1936). Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр. При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу. Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Термин произошел от греческих слов tachis — быстрый, lalia — речь. Синоним: Tachiphrasia (тахифразия). С конца XIX в. тахилалию включили в группу расстройств под названием дизфразии (А. Куссмауль, 1879). Отмечалось преимущественное нарушение дыхания в столь сильной степени («втягивание воздуха в себя»), что появлялось некоторое сходство с заиканием. Как самостоятельная форма нарушения речи с преимущественным расстройством ее темпа впервые выделена Ю. А. Флоренской в 1934 г. М. Е. Хватцев (1959) основной причиной тахилалии считал врожденную речедвигательную недостаточность речевого аппарата, а также неряшливую, неровную речь окружающих, отсутствие внимания и своевременного исправления быстрой речи ребенка. А. Либманн различал недостатки моторного и акустического восприятия, лежащие в основе тахилалии. Г. Гутцман утверждал, что это расстройство — следствие нарушения восприятия. По мнению Э. Фрешельса, ускоренная речь возникает вследствие того, что мысли мчатся чрезвычайно быстро и одно понятие вытесняется следующим раньше, чем первое может быть произнесено. М. Недолечны считал причиной ускоренной речи недостаточность артикуляции, поскольку больные испытывают трудности при произношении необычных и длинных слов. Речевая симптоматика тахилалии характеризуется следующими признаками: ненормально быстрый темп (вместо Ю—12 звуков в секунду произносится 20—30) речи без резких искажений фонетики и синтаксиса. Речь отличается неудержимой стремительностью. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, искажения предложений, неясность произношения фраз и т. д. У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ТАХИЛАЛИИ

Баттаризм (парафразия) — неправильное формирование Фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи. Часто сочетается с другими нарушениями речи. В качестве причин и механизмов возникновения можно рассматривать соматические, психогенные факторы и привычку. Неврологические исследования указывают на изменения в физиологии и анатомии мозга, которые или свидетельствуют о пренатальных нарушениях, или они унаследованы как конституциональная особенность.

Полтерн (спотыкание) — патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинками, спотыканием, необоснованными паузами). Характеризуется нарушением общей и речевой моторики. Часто сочетается с другими нарушениями речи.

Анализ признаков полтерна и заикания показывает, что в первом случае люди обычно не осознают своего недостатка, в то время как заикающиеся от него страдают. При сосредоточенном внимании речь при полтерн и парафразии улучшается, а при заикании — ухудшается. В присутствии некоторых людей или в ответственной обстановке дети с парафразией и полтерн говорят лучше, заикающиеся — хуже. Во время непринужденного

разговора симптомы полтерн и парафразии усиливаются, симптомы заикания уменьшаются.

 В 30—50-х годах нашего столетия были проведены электроэнцефалографические исследования, подтверждающие различия между заиканием и спотыканием.

Обследование ведется комплексно: медицинское и психолого-педагогическое. Содержание обследования включает выяснение состояния нервно-психической сферы, интеллекта (по данным медицинской документации или обследования ребенка врачом-психоневрологом) и речи (на основе логопедического изучения). У детей с брадилалией и тахилалией по медицинской документации уточняются данные, касающиеся возможных психических заболеваний, неврологической симптоматики. Выясняются соматические и инфекционные заболевания в детском возрасте, травмы, опухоли головного мозга и др. Подробно изучается анамнез по следующим направлениям: данные о речевых нарушениях у родителей и родственников и о наличии у них нервно-психических или хронических заболеваний; протекание беременности и родов у матери; данные о развитии речи ребенка (особо отмечается, не было ли дефектов слоговой структуры слов, аграмматизмов, повторений звуков и слогов, каков темп речи; влияние нарушенного темпа речи на учение в школе, на общение со сверстниками); предполагаемые причины нарушенного темпа речи; особенности проявления брадилалии или тахилалии в разные возрастные периоды, условия жизни ребенка в семье (ре­жим, взаимоотношения членов семьи, их отношение к ребенку); наклонности, интересы ребенка, его взаимоотношения со сверстниками, с коллективом; круг ситуаций, в которых эти нарушения темпа речи выражены в тяжелой форме; выраженность психических симптомов (отношения у своему дефекту, защитные приемы, влияние на речевое общение в различных ситуациях: речь с родителями, на уроках, с незнакомыми и т. д.); влияние нарушенного темпа речи на успеваемость и пр.

На основе логопедического заключения проводится дифференциальная диагностика нарушений темпа речи от заикания, дизартрии, от нарушений речи у психических больных. Сложно отличить тахилалию от заикания: внешне речь при тахилалии напоминает заикание, но она отличается своим темпом, страх речи отсутствует; если человек с тахилалией обращает внимание на свою речь, то она улучшается, тогда как у заикающегося речь в таких случаях ухудшается. Тики, миоклонусы у детей с тахилалией не связаны с речью или намерением говорить и возникают независимо от того, говорит ли в данный момент ребенок или нет, тогда как сопутствующие движения при заикании возникают, как правило, во время речи.

**14. Система лечебно-педагогической комплексной работы при устранении нарушений темпа речи и профилактика нарушений темпа речи.**

Коррекционное воздействие необходимо направить на внешнюю и внутреннюю речь страдающего брадилалией и тахи-лалией. Например, при брадилалии необходимо в занятия включать задания на развитие невербального и вербального мышления, на быстрое речевое оформление мысли и др. Содержание и форма проведения занятия должны быть связаны с основной деятельностью ребенка (игровой, учебной), а его возраст должен определять подбор неречевого и речевого материала, методику работы, индивидуальный подход. Учет личностных особенностей страдающего нарушениями темпа речи позволяет вести систематическую, целенаправленную работу по коррекции его поведения, эмоционально-волевых проявлений с целью его социальной адаптации. Наряду с систематической коррекционной работой логопеда необходима и постоянная самостоятельная работа ребенка над речью и поведением.

Указанные положения реализуются в ходе индивидуальной и коллективной (групповой) логопедической работы. Групповая работа имеет ряд преимуществ: в коллективе легче создать проблемную, игровую, речевую ситуацию, организовать общение. Сначала инициатива принадлежит логопеду, а детям — исполнительная роль. Постепенно инициатива переходит к занимающимся: они самостоятельно осуществляют контроль над темпом и ритмом общих движений и речи. Методика преодоления нарушений темпа речи включает медицинское воздействие (медикаментозное, физиотерапевтическое, психотерапевтическое лечение), а также дидактические методы, логопедическую ритмику, физкультуру. Медицинское воздействие при брадилалии направлено на повышение активности нервной деятельности и нормализацию психических процессов. Лекарственное лечение и физиотерапия носят тонизирующий характер. Медикаментозная терапия при тахилалии включает общеукрепляющее, общеуспокаивающее лечение, дифференцированное воздействие в зависимости от выраженности раздражительности, беспокойства, двигательной расторможенности, гиперактивности и т. п. Применяются различные бальнеологические процедуры для регуляции общего тонуса, центральной и вегетативной нервной системы, улучшения самочувствия, укрепления физического здоровья. Психотерапия направлена на перевоспитание личности страдающего брадилалией или тахилалией, на изменение установки на собственную речь и микросоциальное окружение, на воспитание социальной функции речи.

При устранении брадилалии логопедические приемы направлены на воспитание более быстрых и четких речевых движений в процессе речи; убыстренных речевых реакций; темпа внутренней речи; темпов письма и чтения; выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи и т. Д-5 правильной просодической стороны речи: темпа, ритма, мелодики, паузации, ударения. При выраженной брадикинезии необходимо в первую очередь нормализовать общую моторику: координацию, целенаправленность, ритм общих движений в более ускоренном темпе,  формировать ручной  праксис;  развивать  слуховое, зрительное внимание, более быстрый темп переключения внимания с объекта на объект, восприятие и воспроизведение ритмов и т. д. По мере нормализации моторики включать речевой материал. Все виды коррекционной работы основываются на различных речевых упражнениях. Основные упражнения: произношение речевого материала различной сложности (слогов, слов, коротких фраз, скороговорок и т. п.), чтение (сопряженное с логопедом, затем самостоятельное) под отбиваемый рукой такт, под метроном с постепенным ускорением темпа говорения и чтения; слушание и воспроизведение речевого материала, записанного на магнитофонную ленту в ускоренном темпе; запись слогов, слов и т. п. с предварительным четким проговариванием под такт, подаваемый логопедом, а затем самим ребенком; работа над воображением при действии внешних раздражителей различного ритма, темпа для убыстрения его во внутренней речи; заучивание и воспроизведение диалогов с акцентом на речевых особенностях разных персонажей самим пациентом в паре с логопедом, затем с товарищем по группе; выработка сценического поведения в соответствии с содержанием драматизации. Нормализации темпа речи при брадилалии способствуют также занятия по логопедической ритмике. Ходьба и маршировка в различных направлениях под бод-Рую музыку (марш, галоп), перемежающаяся поскоками, прыжками, приседаниями, остановками под меняющийся характер музыки. Указанные упражнения сочетаются со счетными Упражнениями, помогающими контролировать темп выполняемых движений и облегчающими детям удерживать нужный темп в речи. Упражнения, активизирующие внимание, воспитывают быструю и точную реакцию на зрительные, слуховые раздражители, развивают все виды памяти: зрительную, слуховую, моторную. Преодоление тахилалии предполагает воспитание: а) медленного, спокойного, плавного, строго ритмичного дыхания и голосообразования; б) медленного ритмического чтения; в) спокойной, ритмически упорядоченной речи; г) здоровой установки на коллектив в процессе речевого и общего поведения; д) общего и слухового внимания к речи. Логопедическую работу с подростками и взрослыми, страдающими тахилалией, рекомендуется проводить поэтапно. Первый этап — режим молчания. Логопед знакомится с особенностями речи каждого в условиях коллективного общения, проводит беседу о значении коллектива и логопедических занятий для нормализации темпа речи. Рекомендуется максимум молчания вне занятий и дома, ограничиваться лишь самыми необходимыми фразами. Режим молчания снимает тревожную возбудимость, успокаивает учеников, сосредоточивает их на задачах и правилах занятий. На занятиях с логопедом начинается усвоение медленного темпа на простейшем речевом материале (сопряженная, отраженная речь, ответы на вопросы). Второй этап — работа по усвоению медленного темпа начинается на материале громкого чтения. Сначала образец чтения дает логопед, затем дети читают сопряженно, отраженно, по очереди, с последующим анализом чтения каждого. Каждое занятие начинается с речевой зарядки (счет до 30 или 50), затем проводится индивидуальная и групповая (4—5 человек) самостоятельная речевая работа под руководством одного из занимающихся. Стержневым моментом во всех речевых упражнениях является слитная речь, отрабатываемая в замедленном темпе. Медленный темп приобретает основное значение как со стороны технической работы над речью, так и со стороны психотерапевтического воздействия на личность ученика. Дается установка на замедление не только внешней речи, но и всех других психомоторных процессов. Предлагается замедлить все движения, скорость течения ассоциативных рядов, реакции на внешнюю среду, все поведение в целом. В конце II этапа подводятся итоги работы дома и в группе, дети отчитываются о самочувствии. Третий этап — работа над редактированием высказываемых мыслей, над адекватностью фразы намеченному содержанию. Материал занятий: точные пересказы прочитанного по плану и без него, с произвольной установкой на ту или иную длину, детализацию пересказа; упражнения в произношении различных редакций одной и той же фразы. Четвертый этап — работа над коллективным рассказом/Внимательно слушая своего товарища, каждый включается в рассказ неожиданно, по сигналу логопеда или дежурного. На этом этапе вводится медленное чтение про себя, которое оказывает дисциплинирующее и замедляющее влияние на устную речь занимающихся. Больше времени отводится инди­видуальной работе над речью, которая продолжается и после окончания логопедического курса в течение не менее одного года по 2 раза в день (утром и вечером по 10—30 минут).

**15. Современные представления о заикании: определение, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.**

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. В конце XIX в. наш отечественный психиатр И. А. Сикорский впервые установил, что заикание возникает в большинстве случаев в возрасте от 2 до 5 лет, и в связи с этим назвал его «детской болезнью».По данным ученых, как советских, так и зарубежных, заикаются примерно 2% детей от их общего числа. Причем заикание у мальчиков встречается в четыре раза чаще, чем у девочек.

ПРИЧИНЫ ЗАИКАНИЯ Еще Хр. Лагузен (1838) к причинам заикания относил аффекты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери. И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Решающую роль он отводил наследственности, считая иные психологические и биологические причины (испуг, ушиб, инфекционные болезни, подражание) лишь толчками, нарушающими равновесие неустойчивых у детей речевых механизмов. Таким образом в этиологии заикания отмечается совокупность экзогенных и эндогенных факторов (В. А. Гиляровский, до. Б. Хватцев, Н. А. Власова, Н. И. Красногорский, Н. П. Тяпу-гян, М. Зееман и др.).В настоящее время можно выделить две группы причин: предрасполагающие («почву») и производяшие («толчки»).

**Формы заикания.** По типу судорог, периодически возникающих в различных отделах периферического речевого аппарата, различают три формы (или вида) заикания: клоническую, тоническую, смешанную. Наиболее ранняя и легкая форма заикания — клоническая, при которой повторяются звуки или слоги *(к-к-к-кошка, б-б-б-ба-бушка, со-ба-ба-бака).* Со временем она нередко переходит в более тяжелую форму — тоническую, при которой в речи появляются длительные остановки в начале или середине слова *(к...нижка, каранд...аш, зм...ея).* Встречается и смешанный вид заикания: клоно-тонический или тоно-клонический (по преобладающему характеру судорог). **Степени заикания.** Различают три степени заикания: слабую (умеренную), среднюю и сильную (тяжелую). Четких критериев определения степеней заикания нет. В практике обычно считают слабой степенью такую, при которой заикание проявляется едва заметно и не мешает речевому общению. Сильной считается такая степень, при которой в результате длительных судорог речевое общение становится невозможным. Кроме того, при сильной степени проявляются также сопутствующие движения и эмболофразия (см. ниже) Сопутствующие движения. Заикание не сразу сопровождается сопутствующими движениями. Они, как правило, появляются в процессе его развития, когда дефект прогрессирует и принимает все более тяжелые формы. Сопутствующие движения — это судорожные явления, которые возникают в различных группах мышц внеречевой мускулатуры: лица, шеи, туловища, конечностей. Движения самые разнообразные: зажмуривание глаз, моргание, раздувание крыльев носа (рефлекс Фрёшельса), опускание или откидывание головы, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, притопывание ногами, различные движения туловища. Различают *непроизвольные,* т. е. не зависящие от воли говорящего, сопутствующие движения и *произвольные.* По мере развития заикания появляются новые уловки — речевые. Заикающийся начинает для мнимого облегчения речи добавлять стереотипные слова или звуки, например: «а-а», «э-э», «ну», «вот это», «вот так», «это», «вот», «как это» и т. п. Такое явление называется эмболофразией. Медицинская классификация: Заикание часто является симптомом разных в этиопатогенетическом и клиническом отношении расстройств. Сочетаясь с другими нарушениями, заикание может входить в рамки 2-х наиболее частых синдромов поражения речи: 1) логоневроза и неврозоподобного речевого синдрома -логосиндром (термины М. И. Буянова-отечественный психиатр). Клиническая картинаскладывается при логоневрозе: - из логофобии, - невротического заикания, невротический мутизм и др. невротические симптомы (тики), которые могут по-разному сочетаться и выражаться, а некоторые могут отсутствовать. 2) логосиндром: - тахилалия, - дислалия, - неврозоподобное заикание и некоторые другие расстройства наследственного или остаточного происхождения. Иногда картина может усложняться за счет присоединения невротических наслоений. 2-я классификация: В. В. Ковалев, Н. М. Асатиани — выделили невротическое и неврозоподобное заикание. Невротическое заикание — возникает в условиях психической травматизации в возрасте 2,5-3 лет и в дальнейшем характеризуется волнообразностью течения. Раннее речевое развитие соответствует возрастным срокам. В отдельных случаях может опережать их. Речевые судорожные проявления бывают разными. Чаще отмечаются клонические артикуляционные судороги, усиливающиеся при эмоциональном напряжении, а также тоно-клонические судороги в начале речи. Личностная реакция на дефект проявляется в виде волнения перед речью, отказов от речевого общения. Помимо заикания обнаруживаются невротические проявления: - капризность, страхи, колеб. Настроения, впечатлительность, тревожность. Неврозоподобное заикание — возникает на фоне остаточных явлений целебрально-органической недостаточности на ранних этапах онтогенеза. Признаки целебрально-органической недостаточности обнаруживаются рано и проявляется в виде рассеянной неврологической симптоматики и в различной степени выраженности целебрастеническим синдромом. Целебрастенический синдром проявляется в виде утомляемости, истощаемости, повышенной раздражительности, двигательной расторможенности. В некоторых случаях диагностируется психопатоподобный синдром, который характеризается трудности поведения и явлениями двигательной расторможенности. Заикание возникает вне связи с психогенными моментами (фоном) на фоне наиболее интенсивного развития фразовой речи и утяжеляется постепенно. Речь ухудшается при утомлении и после соматогений. Заикание имеет тенденцию к стойкому монотонному или прогредиентному течению в отличие от невротического. Дети с неврозоподобным заиканием имеют наличие или выраженные формы дизартрии, дислалии, иногда на фоне ОНР. **В настоящее время условно выделяются две группы симптомов, находящихся в тесной взаимосвязи: биологические (физиологические) и социальные (психологические).**  К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим — речевым запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фик-сированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности. Основным внешним симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд. Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по частоте. При тонических судорогах наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц — тонус: «т-ополь»1. При клонических судорогах наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц — клонус: «то-то-тополь». Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосо-артикуляцион-ный аппарат, так как его функция управляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое. В зависимости от преобладания судорог в тех или иных органах речи различают дыхательные, голосовые и артикуляционные. Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: экспираторная (судорожный выдох), инспираторная (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием) и респираторная (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

В экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются фоне-тико-фонематические и лексико-грамматические нарушения. Распространенность фонетико-фонематических нарушений заикающихся дошкольников составляет 66,7%, среди младших школьников — 43,1%, средних — 14,9% и старших — 13,1%. Среди заикающихся дошкольников, помимо нарушений звуко-произношения, в 34% случаев отмечаются отклонения в развитии речи, в сроках появления слов, формирования фразовой речи. Нарушаются словесное ударение, интонация, ритм. Речь прерывиста, с необоснованными паузами, повторениями, изменяются громкость и темп произношения, сила, высота и тембр голоса, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоянием заикающегося.

**16. Современный комплексный подход к преодолению заикания. Особенности логопедической работы по устранению заикания у лиц различных возрастных категорий.**

Становлению современного комплексного подхода к преодолению заикания предшествовал поиск различных приемов и средств преодоления дефекта. 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. Опираясь на исследования отечественных физиологов — И. М. Сеченова, И. П. Павлова и их последователей, ученые и специалисты-практики преодолели тенденциозность разработанных ранее приемов устранения заикания, отобрали из них все лучшее, рациональное и определили современный комплексный подход к преодолению заикания. В. А. Гиляровский, Ю. А. Флоренская, Ф. A. Pay, Н. П. Тяпугин, М. Е. Хватцев, Н.А. Власова, М. И. Панкин, В. С. Кочергина, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, В. И. Селиверстов и другие своими исследованиями и практической деятельностью способствовали развитию комплексного медико-педагогического подхода к преодолению заикания. **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 реадаптация и адаптация заикающегося. Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздействия на заикающихся можно условно разделить на две составные части: лечебно-оздоровительную и коррекционно-цедагогическую. Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья заи­кающегося; устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативно нервной системы, нарушений моторики и др.). Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является: устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организует содружественную медико-педагогическую работу необходимых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся. 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. Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоровление психики заикающегося — осуществляется через: 1) воспитание полноценной личности, 2) воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду, 3) воздействие на микросоциальную среду. Оздоравливающее воздействие на заикающегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое. Прямая психотерапия — лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную (по Дюбуа), или разъяснительную (по В. М. Бехтереву), психотерапию; 2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка). Педагогическую часть комплексного подхода составляют коррекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая включает систему логопедических занятий,

Курс логопедических занятий представляет завершенную, целостную по времени, задачам и содержанию систему работы с заикающимися и разделяется на периоды (подготовительный, тренировочный, закрепительный). В каждом периоде можно выделить ряд этапов (например, молчания, сопряженной, отраженной речи, речеручного режима и т. д.). Каждый этап логопедической работы состоит из связанных между собой занятий. МЕТОДИКИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Работа со школьниками имеет свои особенности. 1. Меняется тип ведущей деятельности главной является Учебная деятельность, хотя элементы игровой деятельности сосуществуют с учебой. 2. Игровая форма занятий заменяется уроком. 3.   Если у дошкольников вся работа ведется через семью воспитателей, то в школьном возрасте логопедическое воздействие осуществляет логопед в содружестве с учителем. 4.   В дошкольном возрасте все элементы речи воспитываются на основе подражания логопеду в процессе игровой деятельности, в школьном возрасте большее значение приобретает установка на сознательное преодоление дефекта,  на самостоятельные упражнения над речью.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ПОДРОСТКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ В подавляющем большинстве у подростков и взрослых заикание является следствием длительно протекающего процесса, возникшего в детстве. В данные возрастные периоды речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, Методика устранения заикания у подростков в условиях медицинского стационара, разработанная сотрудниками ГНИИ уха, горла и носа под руководством проф. С. С. Ляпидевского, содержит 6 основных этапов логопедической работы: 1) подготовительный (2—3 дня); 2) установочный (вступительная конференция, специальный инструктаж в плане Психотерапии); 3) максимальное ограничение речи (10—14 Дней); 4) активная перестройка речевых навыков (3—4 недели); 5) закрепление правильных речевых навыков (3—4 не-Дель); 6) заключительный этап (выпускная конференция, специальный инструктаж).

В. М. Шкловский подчеркивает необходимость диспансеризации и профилактики как важных разделов работы, без которых не может быть решена проблема лечения заикания. Для заикающихся с глубокими невротическими нарушениями и резко выраженной вегетативной дистонией автор советует проводить санаторно-курортное лечение с использованием климато-бальнеологического воздействия, ЛФК и физиотерапевтических мероприятий. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ Эффективность комплексной лечебно-педагогической работы зависит от многих условий, которые следует учитывать при реализации коррекционного курса. 1.       Учет этиологии заикания. Например, Н. А. Власова считает, что заикание, возникшее в результате инфекции, психической травмы или вследствие подражания, устраняется более ус­пешно. Объясняется это тем, что инфекции в большинстве случаев вызывают лишь функционально-динамические сдвиги, не дают органических изменений центральной нервной си­стемы. При заикании, возникшем вследствие психотравмы, имеются лишь единичные факты испуга заикающегося ребенка (гудок паровоза, окрик, лай собаки и т. п.). Менее эффективно и успешно устранение заикания в тех случаях, когда оно возникло вследствие запоздалого развития речи, неправильных методов воспитания в семье, вследствие подражания родителям. 2.       Учет возрастного фактора. У детей дошкольного возраста устранение заикания наиболее эффективно. По данным Н. А. Власовой, 70% детей дошкольного возраста полностьюизбавляются от заикания, 30%  — имеют остаточные явления. По данным Е. Ф. Pay, в 60% случаев достигается полный успех, в 19% — значительное улучшение, в 13% — отсутствие успешности, в 8% — рецидивы.По данным Г. А. Волковой, у заикающихся детей 4—7 лет непосредственно по окончании занятий речь без заикания отмечается в 70,2% случаев, значительное улучшение - - в 26,3% , заметное улучшение — в 3,5% случаев.Лучшие результаты зафиксированы у детей дошкольного и младшего школьного возраста и менее хорошие — у подростков 16—17 лет. По данным М. Е. Хватцева, 15% школьников полностью освобождаются от заикания, 82% школьников в разной степени улучшают свою речь, 3% не дают положительного результата.

**17. Основные средства, приемы и методы формирования темпо-ритмической организации речи при заикании.**