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.

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 методамлогопедического 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.

 Работа по формированию звукопроизносительной дифференциации конкретных пар смешиваемых звуков включает два этапа:

1)    предварительный этап работы над каждым из смешиваемых звуков;

2)    этап слуховой и произносительной дифференциации смешиваемых звуков.

На первом этапе последовательно уточняется произносительный образ

каждого из смешиваемых звуков. Работа проводится по следующему плану:

1.    Уточнение артикуляции звука с опорой на зрительное, слуховое, тактильное восприятие, кинестетические ощущения.

2.    Выделение звука на фоне слога. Для этого необходимо научить детей выделять звук из слога на слух и в произношении, различать слоги с заданным звуком и без него.

3.    Формирование умения определять наличие звука в слове. Логопед предлагает слова, включающие данный звук и не имеющие его. Изучаемый звук необходимо связать с соответствующей буквой.

Для определения наличия звука в слове предлагаются следующие упражнения:

1)    Поднять соответствующую букву на заданный звук.

2)    Назвать картинки, из них отобрать те, в названии которых имеется заданный звук. Картинки на смешиваемые звуки не включаются. Например, на первом этапе дифференциации звуков [с] и [ш] исключаются слова со звуками [ш] и другими сходными звуками. Примерные картинки: сова, рыба, лук, косынка, сумка, парта, лопата, лес, собака.

3)    Подобрать к заданной букве картинки, в названии которых имеется соответствующий звук. Картинки при этом не называются.

Это задание является более сложным, чем предыдущее, так как при его выполнении ребёнок опирается не на слуховое восприятие звука или его артикуляцию, а на представления о нём.

4)    Придумать слова, которые включают звук, соответствующий предъявленной букве.

4.    Определение места звука в слове: в начале, в середине, в конце слова, после какого звука, перед каким звуком.

5.    Выделение слова с данным звуком из предложения.

По указанному плану отрабатывается каждый из смешиваемых звуков.

На втором этапе проводится сопоставление конкретных смешиваемых звуков в произносительном и слуховом плане. Основная цель этого этапа – различение звуков, поэтому речевой материал должен включать слова со смешиваемыми звуками.

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

Фонетико-фонематическое недоразвитие это расстройство процессов связанных с формированием произношения у детей, страдающих различными речевыми нарушениями, которые были вызваны дефектами восприятия и произношения фонем.
Самым часто встречающимся нарушением у детей 5-6 и 6-7 лет являются различные дефекты произношения звуков. Старший дошкольный возраст является непосредственной подготовкой к переходу ребёнка на дальнейший, крайне важный этап во всей его жизни  –  поступление в школу. Вследствие этого, одно из главных мест в системе работы с детьми 6-7 лет занимает подготовка к школе.

Всем известно, что грамматически правильная речь это не только показатель того, что ребёнок готов к обучению в школе, но и залог успешности ребёнка в овладении грамотой и чтением. В основе письменной лежит устная речь, соответственно те дети, у которых наблюдается недоразвитие фонематического слуха, находятся в группе потенциальных дисграфиков (расстройство письма) и дислексиков (расстройство чтения).

У детей с ффн фонематическое восприятие не достаточно сформировано, вследствие этого невозможно становление звукового анализа. Звуковым анализом называют процесс разделения различных звуковых комплексов (соединений звуков, слогов, слов) на составляющие их элементы в мысленном плане. Плюс ко всему происходит задержка лексико-грамматического развития.
Дети с ффн могут иметь различный уровень недоразвития фонематического восприятия. Специалисты выделяют следующие его уровни:

Первичный уровень характеризуется первичным нарушением фонематического восприятия. Предпосылки для освоения звукового анализа и уровень его действий развиты у детей не в полной мере.

Соответственно на вторичном уровне наблюдается вторичное нарушение фонематического восприятия. Встречаются дефекты речевых кинестезий, которые возникают в результате анатомических нарушений речевых органов. Имеются нарушения нормального слухопроизносительного взаимодействия главных механизмов развития произношения.

В фонетико-фонематическом недоразвитии речи традиционно выделяют несколько состояний:

затруднения при анализе тех звуков, произношение которых у ребёнка дефектно;

при сохранной артикуляции, ребёнок не может различить звуки, которые относятся к различным группам фонем;

неспособность установить наличие и правильный порядок звуков в слове.

Перечислим главные проявления, которые характеризуют ффн.

Замена детьми некоторых звуков, более лёгкими по артикуляции. Например, звуки Л и Р заменяются звуками И и Л’. Есть и такие дети, которые меняют все свистящие и шипящие звуки на более простые по артикуляции, так называемые «взрывные» звуки – Т, Т’, Д, Д’. Слово «сапоги» превращается в «тапоги», «шапка» изменяется на слово «тапка» и т.д.

Дети затрудняются дифференцированно произносить пары или группы звуков. Происходит замена одним звуков ещё двух или трёх звуков. Например, звук т’ вполне может послужить заменой трём звукам: с, ч, ш (тирень, тяйник, тярик вместо сирень, чайник, шарик).

Дети смешивают звуки, то есть неустойчиво используют ряд звуков в произношении различных слов. В некоторых словах ребёнок может правильно употреблять звуки, а в других менять их на слова близкие по артикуляции. Например, правильно произносимые звуки л, р и с в изолированном виде, в словах и фразах произносятся дефектно: «Столял стлогает дошку» вместо Столяр строгает доску.

Искажённое произношение детьми некоторых звуков. Дети могут дефектно произносить от двух до четырёх звуков или иметь грамматически правильную речь, но на слух не видеть различий между множеством звуков, относящихся к разным группам. Сильное недоразвитие фонематических процессов может хорошо маскироваться под относительно правильным звукопроизношением.

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

Коррекция звукопроизношения.

Уточнение произносительного и слухового образа каждого из смешиваемых звуков.

Дифференциация смешиваемых звуков.

Формирование представлений о звукобуквенном составе слова; формирование навыков анализа и синтеза звуко-слогового состава слова.

Развитие языкового анализа и синтеза.

Дальнейшее развитие и совершенствование грамматического оформления речи.

Уточнение значений имеющихся у детей слов и дальнейшее обогащение словарного запаса.

Развитие навыков построения связного высказывания.

Развитие и совершенствование психологических предпосылок к обучению, коммуникативной готовности к обучению; формирование полноценных учебных умений.

Содержание коррекционно-логопедического воздействия строится с учётом основных теоретических положений ( принципов).

Патогенетический принцип предполагает учёт коррекции нарушенных механизмов. Поскольку одним из механизмов, приводящим к трудностям при обучении грамоте, является недоразвитие различных операций фонематического анализа и синтеза, работа логопеда направлена на развитие у учеников фонематического восприятия, представления, фонематического анализа и синтеза.

Онтогенетический принцип предполагает учёт той последовательности и тех закономерностей формирования функций фонематической системы, которые имеют место в онтогенезе. С первых занятий ведётся работа по формированию фонематического восприятия, т.к. данная функция в процессе становления речи учеников формируется одной из первых и является основной для развития операций анализа и синтеза.

Принцип дифференцированного подхода осуществляется на основе этиологии, симптоматики нарушения с учётом уровня сформированности высших психических функций и особенностей эмоционально-волевой сферы, а также с учётом сложности речевого материала.

Принцип постепенного усложнения заданий и речевого материала предполагает постепенное включение сложного материала в коррекционную работу с учётом уровня ближайшего развития каждой речевой функции: занятия начинаются с того уровня знаний и умений, которым ребёнок владеет достаточно прочно.

Принцип поэтапного формирования умственных действий. При овладении фонематическим анализом определение места звука в слове, последовательности звуков в слове, положение звука по отношению к другим звукам в слове происходит постепенно, сначала с опорой на вспомогательные средства (фишки, готовые схемы слов), затем в плане громкой речи и — как заключение – формирование во внутреннем плане.

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

В качестве причин возникновения ОНР у детей можно назвать: различные инфекции, интоксикации (токсикоз) матери в период беременности, несовместимость резус-фактора крови или групповой принадлежности матери и ребёнка, травмы при родах и патология в родах, различные заболевания ЦНС, травмы головного мозга в начале жизни.

Кроме этого общее недоразвитие речи у детей может быть вызвано неподобающими условиями воспитания и обучения, психической депривацией (невозможность удовлетворения жизненно необходимых потребностей) в наиболее подходящие для этого стадии [развития речи](http://xn--80afddbaofbdrg0bdbq2bya0g9hc.xn--p1ai/narushenie-sredstv-obsheniy/obshee-nedorazvitie-rechi/189-razvitie-rechi.html). Очень часто ОНР возникает вследствие комплексного влияния разнообразных факторов, например, таких как наследственная предрасположенность, органическая недостаточность центральной нервной системы, неблагоприятная социальная среда.

ОНР у детей имеет разную степень выраженности: от полной неспособности группировать слова в целые фразы до отдельных изъянов фонетико-фонематического и лексико-грамматического плана.

Рассмотрим основные уровни ОНР:

Речь детей с ОНР на 1 уровне подразумевает практически полное отсутствие речи (такие дети получили название «безречевые дети»).

Детьми используются лепетные слова, звукоподражательные комплексы, некоторые существительные и глаголы бытового характера, неполные лепетные предложения, звуковая форма которых имеет смазанную и непостоянную структуру. В большинстве случаев ребёнок «помогает» себе мимикой, жестами. У детей с первого уровня речевого недоразвития отмечается превышение объёма пассивного словаря (набор слов, которые дети знают и понимают) над активным (слова, которые ребёнок употребляет в своей речи). Также они используют дифференцированные жесты и довольно выразительную мимику при выражении собственных мыслей. Об ограниченности активного словарного запаса у детей с ОНР говорит замена нескольких понятий каким-либо одним лепетным словом («бобо» - больно, делать укол, врач; «биби» - самолёт, машина, ехать).

Характерно также преобладание однословных предложений в течение очень долгого времени. Предложение может расшириться в объёме до двух-четырёх слов, но при этом его конструкция имеет полностью неправильное оформление (Матик тиде туя – Мальчик сидит на стуле).

Бедность опыта и плохо систематизированные знания об окружающей жизни также затрудняют речевое развитие ребёнка.

У детей с ОНР наблюдается сокращение количества слогов при воспроизведении сложных слов («ават» - кроватка, «бака» - собака, «обус» - автобус). Дети данного уровня не понимают задания по звуковому анализу, т.е. не различают звуки входящие в состав слова.

2 уровень речевого недоразвития отмечается прибавлением к жестам и лепетным словам неверных, но имеющих постоянный характер общеупотребительных слов.

Вместе с тем дети со вторым уровнем ОНР начинают различать некоторые грамматические формы слов, имеющих ударные окончания. Тем не менее, данный процесс ещё очень неустойчив и недоразвитие речи у таких детей имеет выраженный характер. Речевые высказывания отличаются бедностью. Ребёнок просто перечисляет те предметы и действия, которые непосредственно им воспринимаются.

Такие дети не обращают особого внимания на число, род и падеж употребляемых слов и изменяют их довольно хаотично, бессистемно («Гуяю папа» - Гуляю с папой).

Одним словом называется множество предметов, объединённых по форме, назначению и т.д. Словарный запас имеет ограниченный объём в связи с тем, что дети не знают многих слов.

Союзные слова и частицы редко употребляются в речи. Дети переставляют местами звуки, слоги, слова, укорачивают слова при стечении согласных.

На 3 уровне речевого недоразвития появляется развёрнутая речь, где ребёнок уже использует целые фразы, но наблюдаются нарушения лексико-грамматического и фонетико-фонематического характера.

В присутствии знакомых взрослых дети могут общаться с окружающими, поясняющими речь детей. Происходящее общение нельзя назвать свободным. Даже те звуки, которые правильно произносятся детьми изолированно, в спонтанной речи могут не приобретать чёткую форму.

Дети на третьем уровне ОНР могут заменять несколько звуков одной фонетической группы одним звуком («сярф» - шарф).

Но, несмотря на вышеперечисленные сложности, дети используют в общении все части речи, правильно применяют несложные грамматические формы, строят сложносочинённые и сложноподчинённые речевые конструкции.

Повышается уровень произносительных умений. Дети свободно называют те предметы, признаки, свойства и качества которые им знакомы. Они способны составить короткий рассказ о себе, своей семье, событиях в жизни.

Но, несмотря на явные улучшения, речевое недоразвитие у этих детей всё ещё выражено в лексике, грамматике, фонетике.

Общаясь с таким ребёнком можно заметить, что он старается обойти все трудные для него слова, но если всё же произносит их, ошибки видны очень чётко.

Словарный запас быстро увеличивается в объёме, но дети совсем не знают значений некоторых слов, неправильно понимают и употребляют часть слов.

Звуковое оформление всё ещё не доходит до нормы, наблюдаются ошибки в звуконаполняемости слов.

У таких детей недостаточно развит фонематический слух, в связи с этим возникают проблемы со звуковым анализом и синтезом. Это значительно понижает уровень подготовки к школе, так как без помощи логопеда овладеть грамотой они не могут.

Для того чтобы предотвратить любые вариации общего недоразвития речи, необходимо как можно раньше выявить отклонения в речевом развитии ребёнка и вовремя начать работу с[логопедом](http://xn--80afddbaofbdrg0bdbq2bya0g9hc.xn--p1ai/logoped.html).

Логопедическая работа должна быть построена комплексно, т.е. должна включать:

- лечение лекарственными препаратами;

- занятия с логопедом;

- работу с психологом;

- активное участие родителей.

Всегда нужно помнить, что нормальное развитие возможно в том случае, если занятия с детьми ОНР будут как общеразвивающие, так и логопедические. Так как развитие детей с речевыми нарушениями должно происходить и на обычных занятиях, где дети получают знания об окружающем их мире, приобретают разнообразные умения и навыки, что, несомненно, способствует наиболее успешному преодолению речевых расстройств.

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

На занятиях с детьми упор делается на наглядность. В работе по всем разделам используются карточки-схемы. На занятиях по обучению грамоте используются рабочие листы, составленные на основе материалов Е.В.Новиковой, Н.Павловой, В.В.Коноваленко, творчески доработанные и дополненные учителем-логопедом. На занятиях логопеда и воспитателей применяются рабочие листы в виде раздаточного материала и плакаты в виде демонстрационного материала. Весь этот материал адаптирован логопедом для конкретных возрастных групп.

Учитывая, что для детей с ОНР характерны отвлекаемость, пониженная наблюдаемость к языковым явлениям, плохое запоминание речевого материала, в системе коррекционного обучения предусмотрены специальные упражнения, направленные на развитие внимания и произвольного запоминания, а также проведение в середине занятия динамической паузы.

Коррекция звукопроизношения осуществляется по общепринятой схеме над звуком с учётом характера нарушения артикуляционного праксиса (Т.В.Филичева, М.Ф.Фомичева, М.Е.Хватцев, П.А.Чевелева, Г.В.Чиркина). Вначале уточняется артикуляция гласных и простых согласных звуков, а затем с помощью различных методов постановки звуков усваивается артикуляция отсутствующих и неправильно произносимых звуков. После этого они закрепляются в слогах, словах, фразах, автоматизируются в стихотворениях, коротких текстах и скороговорках. На индивидуальные занятия логопеда с детьми выносится работа над артикуляционной и пальчиковой моторикой, задания на развитие мышления, памяти и внимания, а также фонетические упражнения для уточнения правильного произношения сохранных звуков с разной силой голоса и длительностью.

Коррекцией речевого и общего развития детей занимается не только логопед, но и воспитатели. Работа логопеда и воспитателей всегда проходит в тесной взаимосвязи. Логопед на основании своего перспективного плана определяет лексическую тему на неделю, словарь для данной темы и круг заданий. Логопед развивает и совершенствует речевое общение детей, а воспитатель закрепляет их речевые навыки, полученные на логопедических занятиях. Каждое занятие воспитателя, каждый режимный процесс подчинены особым коррекционным задачам.

Вся работа воспитателей строится в двух направлениях: коррекционно-развивающее и общеобразовательное, но первое направление является ведущим.На занятиях по развитию элементарных математических представлений воспитатель ставит своей целью активизацию речи детей, закрепление основных грамматических категорий, над которыми работает учитель-логопед. Проводятся специальные дидактические игры и упражнения, в ходе которых педагог закрепляет не только количественный счёт, но и грамматические категории, предусмотренные коррекционной программой. Существенное место отводится дидактическим играм и упражнениям, направленным на развитие когнитивных процессов, тематика которых также совпадает с изучаемой лексической темой. В конце занятий изобразительной деятельности педагоги используют игровые упражнения, в ходе которых закрепляются те или иные грамматические категории, предусмотренные коррекционной программой. При организации театрализованной деятельности воспитатель не только заучивает с детьми стихотворения, потешки, но и обыгрывает их с использованием разных видов театров. Для самостоятельной деятельности детей в группе создана разнообразная предметная среда, обеспечивающая каждому ребёнку максимум условий для контактов со сверстниками.

Коррекционная работа с детьми ОНР проводится и на занятиях узких специалистов.

Музыкальные занятия подчинены целям коррекции общего недоразвития речи и личности ребёнка. На занятиях происходит усложнение лингвистического материала – от пропевания отдельных гласных звуков до участия детей в театрализованных постановках и музыкальных сказках. Используются различные попевки, прибаутки, скороговорки, пропевание на слогах.

На занятиях по физическому развитию задания по развитию общих двигательных умений и навыков дополняются заданиями на коррекцию и исправление двигательных нарушений, характерных для детей с ОНР. Для развития координации движений в сетку занятий с детьми ОНР включены занятия ритмикой, которые дают положительный эффект.  Подвижные игры планируются в соответствии с лексическими темами логопедических занятий и работой воспитателя. В этом учебном году нашим учреждением было организовано и проведено методическое объединение для инструкторов по физической культуре по теме «Система физкультурно-оздоровительной работы с детьми ОНР в условиях ДОУ».

Еженедельно с детьми группы ОНР проводятся занятия логопедической ритмики по тематике занятий, запланированными учителем-логопедом.

Работу с детьми ОНР также проводит педагог-психолог, деятельность которого направлена на профилактику, а в ряде случаев на преодоление уже возникших нежелательных психологических образований. На таких занятиях решаются и речевые задачи согласно коррекционной программе.

Между логопедом, воспитателем и родителями установлена система непрерывной и эффективной обратной связи, которая превращает семью в активного субъекта коррекционного процесса и способствует осуществлению контроля за ходом и качеством проведения необходимой работы в семье. В процессе работы с родителями используются разнообразные средства: специальные «логопедические уголки», информационные стенды, папки-передвижки, проводятся консультации и т.д. Работа воспитателя с родителями осуществляется в значительно большем объеме: объясняет задания логопеда, находящегося в индивидуальной рабочей папке ребёнка, логопедические термины, принцип выполнения задания. Особенно тщательно проводится такая работа в начале обучения.

С целью предупреждения недостатков речи у дошкольников в общеразвивающих группах проводится профилактическая работа. По проведению такой работы учитель-логопед проводит консультации для всех педагогов дошкольного учреждения.

Построенный таким образом педагогический процесс даёт возможность выстроить систему совместных целенаправленных и вместе с тем специфических действий всех специалистов дошкольного учреждения с целью диагностико-коррекционной  работы с детьми ОНР и профилактической работы с детьми общеразвивающих групп.

39. Основные направления развития речи младших школьников с ОНР.

I этап Цель: Формирование навыка связной речи с опорой на демонстрацию действий, включает следующие этапы работы: 1.Формирование навыка воспроизведения рассказа, составленного по демонстрируемым действиям; 2. Формирование навыка составления рассказа по демонстрируемым действиям. II этап Цель: Формирование навыка связной речи с опорой на картинный материал, включает следующие этапы работы: 1.Формирование навыка пересказа: 1.1. по серии сюжетных картинок; 1.2.по сюжетной картинке; 1.3. по набору предметных картинок. 2. Формирование навыка составления рассказа: 1.1. по предметно-графической схеме; 1.2.  по серии сюжетных картинок; 1.3.  по сюжетной картинке. 3.  Формирование навыка составление рассказа-описания по картинке: 1.1. формирование навыка составления простого рассказа-описания; 1.2. формирование навыка составления развернутого рассказа-описания. III этап Цель: Формирование навыка связной речи без зрительной опоры, включает следующие этапы работы: 1. Формирование навыка пересказа литературного произведения. 2. Формирование навыка составления рассказа: 1.1. по опорным словам; 1.2. по сюжетам из личного опыта детей; 1.3. творческие рассказы. 3. Формирование навыка составления рассказа-описания по представлению.

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

- развитие мыслительных операций синтеза, анализа, обобщения, сравнения;
- развитие зрительной памяти, зрительного анализа, восприятия;
- коррекция нарушений моторного развития, особенно нарушений артикуляционной и ручной моторики;
- коррекция искажений звуковой структуры слова, нарушений звукопроизношения;
- развитие лексики: уточнение значений слова, обогащение словаря, формирование структуры значения слова, лексической системности, закрепление связей между словами;
- формирование синтаксической и морфологической системы языка;
- развитие фонематического синтеза, анализа, представлений;
- формирование анализа структуры предложений;
- развитие регулирующей, познавательной и коммуникативной, функции речи.

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

Развитию у детей с интеллектуальными нарушениями основных функций речи способствует использование различных дидактических игр и упражнений, направленных на формирование устной монологической речи. Лалаева Р.И. считает, что система работы по формированию связной речи должна строиться с учетом самостоятельности при планировании серий развернутых высказываний [4]. В связи с этим формирование связной речи проводится в следующей последовательности: пересказ с опорой на серию сюжетных картинок; пересказ по сюжетной картинке; пересказ без опоры на наглядность; пересказ на основе деформированного текста; рассказ по серии сюжетных картинок; рассказ по сюжетной картинке; самостоятельный рассказ.

В ходе изучения методической литературы нами были отобраны различные дидактические игры и упражнения. Речевой и наглядный материал для упражнений, направленных на формирование монологической речи должен подбираться с учетом речевого опыта, а также индивидуальных особенностей и возможностей каждого ребенка. Например: игра «Рассказываем поочередно» (цель: формировать умение составлять описательный рассказ об игрушке по образцу (образец дается поэтапно); преобразование предложений (детям предлагаются два простых предложения, из которых нужно сделать одно сложное, используя союзы а, но, и, когда); педагог демонстрирует детям сюжетные картинки и предлагает составить предложения по их сюжету (цель: составление простых и сложных предложений по сюжетным и предметным картинкам); работа с серией сюжетных картин (цель: обучение составлять связный рассказ по серии сюжетных картин).

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

− развитие и коррекцию слухового восприятия,

− развитие и коррекцию зрительного восприятия,

− развитие и коррекцию речеслухового и речедвигательного анализаторов.

Логопедическая работа строится с учетом возраста ребенка, тяжести поражения артикуляционного аппарата, степени задержки доречевого и речевого развития, возрастных и интеллектуальных особенностей ребенка, общего соматического и неврологического состояния. Эффективность работы с детьми самого раннего возраста во многом зависит от того, насколько учитель-логопед сумеет правильно организовать не только специальные индивидуальные занятия, но и воспитание, и развитие доречевой и речевой активности во все режимные моменты. Ранняя логопедическая работа должна быть составной частью общей комплексной работы с детьми с церебральными параличами.

Целью коррекционно-педагогической работы в доречевой период при ДЦП является последовательное развитие функций доречевого периода, обеспечивающих своевременное формирование речи и личности ребенка. Основные направления коррекционно-педагогической работы:

− нормализация состояния и функционирования органов артикуляции посредством дифференцированного и точечного массажа, артикуляционной гимнастики;

− развитие зрительного и слухового восприятия;

− развитие эмоциональных реакций;

− развитие движений руки и действий с предметами;

− формирование подготовительных этапов развития понимания речи.

Выделяются IV уровня доречевого развития при ДЦП: отсутствие голосовой активности, наличие недифференцированной голосовой активности, гуление, лепет.

Основная задача коррекционно-педагогической работы с детьми, находящимися на I доречевом уровне развития – стимуляция голосовых реакций. Работа проводится по следующим направлениям:

− нормализация тонуса мышц и моторики артикуляционного аппарата;

− вокализация выдоха;

− развитие «комплекса оживления» с включением в него голосового компонента;

− стимуляция голосовых реакций;

− развитие зрительной фиксации и прослеживания;

− выработка слухового сосредоточения;

− формирование зрительно-моторной координации.

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

Основной формой коррекционной работы считаются [логопедические занятия](http://xn--80afddbaofbdrg0bdbq2bya0g9hc.xn--p1ai/narusheniy-razvitiy-rechi/226-logopedicheskie-zanytiy.html). Они имеют огромное значение для становления коммуникативной стороны речи, а также для подготовки ребёнка к школе. Индивидуальные занятия по развитию детей с речевыми нарушениями обязательны, так как такие дети имеют некоторые особенности, например, неустойчивое внимание, пониженный познавательный интерес, не достаточно сформирована игровая деятельность.
На занятиях по развитию речи в зависимости от формы нарушения, для каждого ребёнка подбирают комплекс артикуляционных упражнений, с помощью которых можно устранить нарушения звукопроизношения у ребёнка. На индивидуальных занятиях создаются прекрасные условия для установления эмоционального контакта с ребёнком, логопед может постоянно контролировать речь малыша, корректировать нежелательные особенности ребёнка, связанные с речевым дефектом (речевой негативизм, фиксация на дефекте). В ходе логопедических занятий ребёнок начинает правильно произносить каждый звук, произносить его изолированно, произносить его как в прямом, так и в обратном слоге, а затем в несложных  словах. Таким образом, логопед готовит ребёнка к усвоению содержания, которое даётся на подгрупповых занятиях.

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

Использование специальной наглядности, крупной фронтальной (до 15-20 см) и дифференцированной индивидуальной (от 1 до 5 см); использование фонов, улучшающих зрительное восприятие при демонстрации объектов; преобладание пособий красного, оранжевого, желтого цвета, подставок, позволяющих рассматривать объекты в вертикальном положении;

Выбор методов и приемов с учетом не только возрастных и индивидуальных возможностей, но и состояния зрительных функций, уровня развития восприятия, периода лечения. Быстрая утомляемость детей требует смены деятельности. Как обязательная часть любого занятия вводятся физкультминутки;

Индивидуальный и дифференцированный подход с учетом рекомендаций тифлопедагога, уровня развития и возможностей ребенка. В индивидуальной работе необходимо учитывать остроту зрения и в зависимости от этого возможности ребенка, скорость вхождения в контакт в процессе обучения, темп выполнения задания, реакцию на оценку деятельности, устойчивость внимания;

Создание условий для лучшего зрительного восприятия при проведении фронтальных занятий с детьми, размещение наглядного материала на фоне других объектов. Следует рассаживать детей как можно ближе к рассматриваемому объекту, использовать индивидуальную наглядность для детей с низкой остротой зрения. Размещать на доске предметы размером от 10 до 15 см в количестве не более 8-10 шт., а объекты размером 20-25 см – не более 5 шт. одновременно. Размещать объекты следует так, чтобы они не сливались в единую линию или пятно, а выделялись и могли быть рассмотрены по отдельности;

Условия для полного и точного восприятия демонстрируемого объекта:

выбор адекватного фона;

выбор оптимального цвета;

постоянное использование указки для уточнения;

ребенок с окклюзией находится при показе у доски со стороны открытого глаза;

педагог находится у доски справа, обязательно лицом к детям;

объекты на рассматриваемой картине имеют четкий контур;

непрерывная зрительная нагрузка составляет не более 10 мин.

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

Коррекционная направленность программного материала в первую очередь проявляется в области речевого развития детей, поскольку, как говорилось ранее, важнейшая цель уроков русского языка — формирование речи как средства общения, как способа коррекции познавательной деятельности учащихся и облегчения их адаптации после окончания школы.

В процессе обучения проводится работа над устранением недостатков всех сторон речи ребенка. На специальных логопедических занятиях и непосредственно на уроках русского языка коррегируются дефекты произношения, формируются фонетико-фонематические представления. Не случайно на протяжении шести лет обучения в программу входит специальный раздел «Звуки речи», который предусматривает проведение упражнений на звуковой анализ и синтез, на дифференциацию оппозиционных фонем (с — ш, с — з, р—л, ч — ц, м—м' др.), на соотнесение звуков и их графических обозначений, а также на ознакомление с некоторыми фонетическими понятиями.

Неточность и бедность словаря, неправильное употребление грамматических форм, синтаксических конструкций устраняются на всех занятиях по русскому языку, будь то уроки, посвященные развитию устной речи, чтению, практическим грамматическим упражнениям или грамматике и правописанию.

Принимая во внимание неполноценность личного опыта школьников в любом виде деятельности, программа выделяет на всех этапах обучения пропедевтические периоды, в течение которых у детей коррегируют недостатки прошлого опыта, готовят учащихся к усвоению последующих разделов программы. Так, обучению грамоте предшествует добукварный период, направленный на коррекцию сенсомоторной сферы, сложных недостатков речи, неправильных представлений об окружающем мире, без чего невозможно приступать к формированию навыков чтения и письма.

Этап элементарного систематического курса грамматики в старших классах предваряется периодом практических грамматических упражнений, в процессе которых у умственно отсталых детей формируют первоначальные языковые обобщения в области фонетики, лексики, морфологии, синтаксиса. Эти занятия базируются на специально организованных наблюдениях за речью, на выполнении системы устных и письменных заданий. Сформированные таким образом первоначальные языковые обобщения будут служить опорой в усвоении грамматических понятий и орфографических правил.

Объяснительное чтение художественных произведений (2— 6-й классы), которые подобраны в соответствии с конкретной тематикой, освещающей жизнь детей и взрослых, их поступки и дела, сезонные изменения в природе и т.п., подводит учащихся к литературному чтению (7—9-й классы), т.е. к чтению произведений русских и зарубежных писателей, представленных в книгах для чтения в хронологической последовательности.

Умственно отсталые дети с большими затруднениями усваивают сложные системы понятийных связей и легче — простые. Поэтому программа с 1-го по 9-й класс построена на основе концентрического принципа размещения материала, при котором одна и та же тема изучается в течение нескольких лет с постепенным наращиванием сведений. Концентрическое расположение мате­риала дает возможность разъединять сложные грамматические понятия и умения на составляющие элементы и каждый отрабатывать отдельно. В результате постепенно увеличивается число связей, лежащих в основе понятия, расширяется языковая и речевая база для отработки умений и навыков. Концентризм программы также создает условия для постоянного повторения ранее усвоенного материала. Например, тема «Предложение» проходит через все годы обучения начиная с 1-го класса. Первоклассники составляют предложения, ориентируясь на выполненные действия, сюжетную картину, вопросы учителя. Неоднократно упражняясь в составлении предложений, школьники постепенно привыкают к термину «предложение» и начинают соотносить его с законченным отрезком речи. Сначала составляя нераспространенные предложения, первоклассники затем дополняют их именами существительными (с предлогами или без них) для обозначения места действия, его направления или объекта («был в школе», «пришел в класс», «взял книгу»), всякий раз ориентируясь на реально воспринятый объект или действие.

46. Особенности литературного развития детей с тяжелыми нарушениями речи.

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

Особенности речевой деятельности отражаются на формировании у детей сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер. Отмечается недостаточная устойчивость внимания, ограниченные возможности его распределения. При относительной сохранности смысловой памяти у детей снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. У детей низкая мнемическая активность может сочетаться с задержкой в формировании других психических процессов. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития проявляется в специфических особенностях мышления. Обладая полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными по возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением. У части детей отмечается соматическая ослабленность и замедленное развитие локомоторных функций; им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы – недостаточная координация движений, снижение скорости и ловкости их выполнения. Наибольшие трудности возникают при выполнении движений по словесной инструкции. Часто встречается недостаточная координация пальцев кисти руки, недоразвитие мелкой моторики.

У детей с тяжелыми речевыми расстройствами отмечаются отклонения в эмоционально-волевой сфере. Детям присущи нестойкость интересов, пониженная наблюдательность, сниженная мотивация, негативизм, неуверенность в себе, повышенная раздражительность, агрессивность, обидчивость, трудности в общении с окружающими, в налаживании контактов со своими сверстниками. У детей с тяжелыми нарушениями речи отмечаются трудности формирования саморегуляции и самоконтроля. Указанные особенности в развитии детей с тяжелыми нарушениями речи спонтанно не преодолеваются. Они требуют от педагогов специально организованной коррекционной работы. Таким образом, нарушения речи у детей групп с ТНР можно классифицировать и кодифицировать следующим образом: расстройство экспрессивной речи (моторная алалия); расстройство рецептивной речи (сенсорная алалия), приобретенная афазия с эпилепсией (детская афазия), расстройства развития речи и языка неуточненные (неосложненный вариант общего недоразвития речи – ОНР невыясненного патогенеза), заикание.

47. Основные принципы обучения математике детей с речевыми нарушениями.

Первая группа – это темы, связанные с методикой работы над теоретическим материалом, относящимся к арифметическим действиям. Изучается следующее: цели, задачи и система изучения арифметических действий в начальном курсе математики; методика ознакомления учащихся с различным смыслом действий сложения, вычитания, умножения и деления, со свойствами арифметических действий, правилами, связью между компонентами и результатами арифметических действий, терминологией и символикой.

Вторая группа – это темы, посвященные методике ознакомления с приемами устных и письменных вычислений в разных концентрах и методике формирования вычислительных навыков у учащихся с речевыми нарушениями.

Данное учебное пособие содержит курс лекций по всем темам второй группы.

Во введении раскрывается специфика и принципы обучения младших школьников в школе для детей с ТНР; общие направления, характеризующие коррекционно-развивающую направленность построения учебного процесса в начальных классах специальных школ.

Тема 1 раскрывает общую методику работы над вычислительными приемами в коррекционной школе и методику формирования вычислительных навыков у детей с проблемами в развитии.

Последующие темы (№ 2 – 9) конкретизируют общую методику работы применительно к основным разделам программы речевой школы.

При раскрытии содержания каждой темы рассматриваются задачи, этапы и методика работы над приемами устных или письменных вычислений. Основное внимание уделяется коррекционно-развивающей направленности обучения, приемам работы с детьми, имеющим нарушения в познавательной сфере, речевые дефекты и другие проблемы в развитии.

При разработке курса лекций мы исходили из общих принципов коррекционно-развивающего обучения, реализуемых не только в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи (коррекционной школе V вида), но и в коррекционной школе VII вида для детей с задержкой психического развития (ЗПР), а также классах КРО (коррекционно-развивающего обучения).

Программы по математике, предназначенные для обучения младших школьников в этих коррекционных школах и классах, построены на основе программы для общеобразовательной школы. Но, сохраняя основное содержание программы для массовой школы, они отличаются своеобразием, предусматривающим коррекционную направленность обучения, учитывают специфику усвоения учебного материала детьми, испытывающими трудности в обучении. И для школьников с ЗПР, и для школьников с тяжелыми нарушениями речи характерны нарушения познавательной деятельности, проблемы, связанные с речевым развитием. Именно поэтому имеется общность в методике обучения математике учащихся разных типов коррекционных школ и классов.

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.

Составление перспективных и текущих планов фронтальных форм логопедической работы: планы проведения фронтальных логопедических занятий по формированию фонетической стороны речи, по формированию лексико-грамматических категорий и развитию связной речи. Работа по формированию первоначальных навыков звукового и слогового анализа. Развитие смысловой стороны речевой деятельности, обучение навыкам связной речи. Отбор и структурирование речевого, дидактического и наглядного материала к конкретным занятиям: подбор дидактических игр на развитие фонематических процессов; подбор лексико-грамматических игр и упражнений.

Содержание урока . В начале урока каждый ученик полу­ чает вырезанный из картона квадрат. Учитель показывает узоры в полосе, составленные из неслож­ных изобразительных форм. Внимание учащихся обращается на чередование изображений по форме и цвету (например, зеленый листочек — красная вишенка, зеленая елочка — гриб с красной шляпкой, оранжевый цветок — красная ягода клубники и т.п.). Учитель объясняет и показывает на доске порядок выполнения рисунка, после чего дети приступают к работе. Они рисуют широ­кую полосу (соединяют прямыми линиями заранее поставленные в тетради точки), а затем делят ее на части с помощью мерки (квадрата, сторона которого равна ширине полосы). В первом квад­рате рисуют один декоративный элемент, во втором — другой. Затем порядок рисунков меняется. Перед тем как приступить к раскрашиванию узора, учитель об­ращает внимание детей на красоту цветовых сочетаний, на необ­ходимость соблюдать цветовой ритм.

1-я задача - сенсорное воспитание ребенка, направленное на формирование ощущений, восприятия, представлений на основе использования всех сохранных анализаторов и их компенсаторных возможностей.

2-я задача - формирование у детей представлений о воспринятом, сочетание воспринятого со словом, накопление образов (зрительных, двигательных, осязательных), которыми ребенок может оперировать и которые он может актуализировать по слову.

3-я задача - эстетическое воспитание детей (имеется в виду формирование хорошего вкуса, умения правильно оценить доступное по содержанию произведение искусства, эмоционально отнестись к прекрасному и т. п.)

4-я задача - формирование у детей умений и навыков изобразительной деятельности в той мере, в которой они необходимы для правильного отражения воспринятого. Учебная программа по изобразительному искусству преду­сматривает следующие виды занятий: декоративное рисование, рисование с натуры, рисование на темы, беседы об изобрази­тельном искусстве. Все они тесно связаны между собой, допол­няют и обогащают друг друга и, несмотря на элементарный характер изобразительных задач, имеют исключительно важное значение в общей системе коррекционно-воспитательной рабо­ты с умственно отсталыми школьниками.

50. Технологии обследования речи детей.

Прежде чем приступить к обследованию импрессивной стороны речи, логопед должен убедиться в том, что у обследуемого ребенка полностью сохранен физический слух. Имея объективные данные о нормальном состоянии физического слуха, логопед приступает к исследованию фонематического слуха. Напомним, что грубое нарушение фонематического слуха, являясь одним из главных признаков сенсорной афазии, не остается изолированным ее симптомом, а приводит к целому ряду вторичных расстройств, составляющих ее структуру. В этих случаях испытуемый не в состоянии выделить смыслоразличительные признаки речевых звуков, и они воспринимаются нечленораздельно. Этот первичный дефект приводит к непониманию смысла слов. Дети с первичными сенсорными расстройствами — редкое явление в логопедической практике, и описание структуры их речевого дефекта требует особого рассмотрения.

У детей с частичным нарушением фонематической системы особенности импрессивной стороны речи во всех ее звеньях могут быть весьма различными. Кроме того, у детей с первичным дефектом моторной стороны речи вторично страдает понимание сложных форм импрессивной речи.

Подчеркнем, что и в этих случаях исследование степени понимания речи является необходимым, т.к. до сих пор встречается определение нарушения речи по типу «моторной алалии» как дефекта, при котором дети хорошо понимают обращенную речь, но испытывают большие трудности только в самостоятельном пользовании речью. Логопеды часто проводят обследование таких детей лишь со стороны более выраженного дефекта активной речи. Вопрос о понимании речи у детей этой категории был впервые поставлен в специальном исследовании Г. И. Жаренковой, свидетельствующем о том, что у детей с общим речевым недоразвитием, к которым могут быть отнесены и дети с моторной алалией, имеется целый ряд отклонений в понимании речи. Часто это остается незамеченным благодаря хорошей ориентировке и опоре детей на ситуацию общения и относительной сохранности лексических значений. Однако детальное обследование с использованием специальных приемов, которые исключают опору на ситуацию, дает возможность выявить различные степени отклонения в понимании грамматических форм («импрессивный аграмматизм»).

Трудно обследовать раздельно экспрессивную и импрессивную речь ребенка. Целесообразнее чередовать приемы, направленные на выявление особенностей собственной речи ребенка и понимание им речи окружающих. Это обусловлено сложным системным строением речевой функции, при котором нарушение фонематического восприятия приводит к вторичному нарушению артикулирования и влияет на экспрессивную речь, а нарушение артикуляторных механизмов сказывается на восприятии речи и понимании ее смысла.

Проводя обследование, логопед должен учитывать, что в зависимости от того, какие стороны речи окажутся наиболее нарушенными, дефект речи ребенка будет квалифицироваться по-разному, анаправления коррекционной работы будут также различными.