

ВИДЫ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

АЛАЛИЯ

Алалия (от греч. а – отрицание, lalio – говорю, речь) – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.

Причины возникновения алалии

В качестве причин, приводящих к возникновению алалии, большинство исследователей указывают патологию протекания беременности. Это может быть токсикоз, несовместимость по резус-фактору, угроза прерывания беременности, инфекционные заболевания матери во время беременности. В то же время исследователи отмечают ведущую роль в возникновении алалии природных черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных. В качестве вредоносных факторов указываются алкоголизм, табакокурение, наркомания родителей. К алалии могут привести также мозговые заболевания и травмы головы в первые годы жизни ребенка.

Алалия – это сложное органическое нарушение, вызванное поражением головного мозга в период внутриутробного развития, во время родов или в первые годы жизни ребенка (до трех лет). Выделение этой возрастной группы основано на том, что до трех лет речь еще окончательно не сформирована, поэтому поражение головного мозга в этот период приводит к *недоразвитию речи*, а не к ее распаду.

Особенности речевого развития при алалии

Речевое развитие детей трех групп соотносится с уровнями недоразвития речи, определенными Р.Е. Левиной в рамках психолого-педагогической классификации: «отсутствие общеупотребительной речи» (1 уровень); «начатки общеупотребительной речи» (2 уровень); «развернутая фразовая речь с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития» (3 уровень).

Выделяются разные степени тяжести алалии: от простой словесной неловкости до полной неспособности пользоваться разговорной речью. Проявления речевых симптомов у детей с алалией колеблется: от полного отсутствия экспрессивной речи или наличия в ней единичных элементов языковой системы (отдельных слов, звуков, флексий и т.д.) до незначительных нарушений в какой-либо одной из подсистем (в синтаксической, морфологической, лексической, фонематической). У детей с моторной алалией отмечаются выраженные трудности в формировании звуковых образов слов: владея на достаточном уровне пассивным словарем, дети испытывают стойкие затруднения в назывании слов.

Для детей с алалией характерно расхождение между количественным составом пассивного и активного словаря: как в обыденной жизни, так и в специально созданных экспериментальных условиях дети понимают значения большинства слов, доступных для их возраста, но не могут найти многих слов при их актуализации в экспрессивной речи или допускают своеобразные ошибки. Следует подчеркнуть, что чаще лексическое нарушение у детей с алалией связано не с понятиями, стоящими за словом, а с процессом поиска слова. Нарушения актуализации слов вызывают разные формы ошибок: отсутствие слов (слова не называются), их замены.

Среди синтаксических нарушений на уровне предложения наиболее показательны следующие. Сложные типы предложений встречаются редко в речи детей с экспрессивной алалией. Дети с алалией часто ставят сказуемое в конец предложения («*шарик несет*»);

пропускают главные члены предложений, преимущественно сказуемых («*дедушка газету* – *дедушка читает газету*»); пропускают союзы и предлоги, неверно их употребляют и др. Дети с более высоким уровнем речевого развития преимущественно используют сочинительную и некоторые формы подчинительной связи – согласование и управление, тогда как примыкание используется крайне редко.

На морфологическом уровне для детей характерно: несогласование в роде и числе («*красный юбка*», «*дети одеваются*»); неверное употребление окончаний множественного числа («*глаз* — *глазы*») и др. Много ошибок допускается в глагольных формах. Вместо формы определенного лица и числа употребляется неопределенная форма («*мальчики кидать (кидают)*»); смешиваются окончания глаголов при изменении по лицам и числам; часто пропускается возвратная частица – *ся* («*катается* — *катает*»); не учитываются изменения, происходящие в слове при спряжении («*он шёл* и *она шёла (шла)*») и др.

Итак, при алалии нарушается процесс актуализации нужного слова по звуковым, семантическим, ритмическим и морфологическим признакам. Характерны нестойкость и разнообразие нарушений слоговой структуры слов, нарушений употребления различных грамматических форм. Анализ высказываний детей с алалией позволяет выделить ряд специфических ошибок: элизии (пропуски звуков и слогов); контаминация (смешение элементов двух и более слов: *белток* – *белок, желток*); персеверация (*татуетка* – *табуретка*).

Наличие выраженного аграмматизма в сочетании с грубым нарушением звукопроизношения, слоговой структуры слова, снижением фонематического слуха приводят к тому, что **речь детей с алалией является малопонятной для окружающих**. Для детей с алалией характерна низкая речевая активность.

При алалии сохраняются мелодика, звукоподражание, псевдослова (т.е. слова «изобретаемые» детьми) и другие невербальные средства звуковой коммуникации: крик, смех, писк и т.п. Овладение письменной речью детям с алалией дается с трудом, и у них часто отмечаются различные формы дислексии и дисграфии.

Неречевая симптоматика при алалии включает моторные, сенсорные и психопатологические симптомы. У детей наблюдается общая моторная неловкость, дискоординация движений, неуклюжесть, замедленность и расторможенность движений. Особенно затруднена мелкая моторика пальцев рук.

Особенности познавательной деятельности детей с моторной алалией более индивидуальны, чем их речевые расстройства. У детей наблюдается недоразвитие высших психических функций (памяти, внимания, мышления и др.), особенно на уровне произвольности и осознанности. Для детей с алалией характерны нарушения зрительной и слуховой (кратковременной и долговременной) видов памяти, особенно это касается произвольной памяти. У детей с алалией наблюдаются расстройства произвольного внимания, отвлекаемость. По характеристикам эмоционально-волевой сферы и личности дети с алалией являются разнородными: для одних характерна сохранность эмоционально-волевой сферы; для других – повышенная возбудимость, гиперактивность, стремление к контактам, отсутствие переживания своего языкового расстройства; а для третьих типична повышенная тормозимость.

ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия - нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной работой нервов, обеспечивающих связь речевого аппарата с центральной нервной системой, то есть недостаточной иннервацией.

Основные проявления дизартрии:

расстройство артикуляции звуков (речь нечеткая, смазанная)
нарушение голосообразования
изменение темпа и ритма речи
изменение интонации.

Выше перечисленные проявления дизартрии проявляются в разной степени и в различных комбинациях в зависимости от локализации поражения в центральной или периферической нервной системе, от тяжести нарушения, от времени возникновения дефекта.

Выделяют так называемую стертую форму дизартрии. Дети со стертыми формами дизартрии не отличаются резко от сверстников. Проявляется стертая дизартрия в стойких расстройствах звукопроизношения и просодики речи, возникающие вследствие невыраженного микроорганического поражения головного мозга.

При данных дефектах логопеды встречаются с большими трудностями и период постановки и автоматизации звуков в речи. Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в длительной, систематической индивидуальной логопедической помощи.

Стертая форма дизартрии

Такая форма дизартрии встречается очень часто в логопедической практике. Основные жалобы при стертой дизартрии: невнятная невыразительная речь, плохая дикция, искажение и замена звуков в сложных по слоговой структуре слов.

Дети, имеющие стертую дизартрию, нуждаются в **длительной, систематической индивидуальной** логопедической помощи.

Стертая дизартрия по своим проявлениям очень похожа на сложную дислалию.

Чаще всего стертая дизартрия диагностируется после пяти лет. Детям, чья симптоматика соответствует стертой дизартрии, необходимо проконсультироваться у невролога для уточнения или подтверждения диагноза и для назначения адекватного лечения, т.к. при стертой дизартрии методика коррекционной работы должна быть комплексной и включать в себя: медицинское воздействие, психолого-педагогическую помощь, логопедическую работу.

Для раннего выявления этой формы дизартрии и правильной организации комплексного воздействия необходимо знать симптомы и причины возникновения, характеризующие это нарушение.

Причинами возникновения стертой дизартрии могут быть:

- отклонения во внутриутробном развитии (токсикозы, гипертония (повышенное давление) нефропатия во время беременности и др);
- инфекционные заболевания (ОРВИ, Грипп, и пр) перенесенные во время беременности ;
- асфиксия новорожденных;

- стремительные или затяжные роды;
- длительный безводный период;
- механическое родовспоможение (щипцы, вакуум).

В первый год жизни такие дети наблюдаются у невролога, им назначаются медикаментозное лечение и массаж. В диагнозе до года стоит ПЭП (перинатальная энцефалопатия). А после года диагноз либо снимают, либо ставят ММД (минимальная мозговая дисфункция).

Развитие после года, как правило, у всех бывает благополучным, невропатологи больше не наблюдают этих детей, и ребенок считается здоровым.

При обследовании детей 5-6 лет со стертой дизартрией выявляются следующие симптомы:

Общая моторика

Дети неловкие, ограничен объем активных движений, быстро утомляемость при нагрузках. Неустойчиво стоят на одной ноге. Плохо подражают при имитации движений: как идет солдат, как летит птица, как режут хлеб и т.д. Особенно заметна моторная несостоятельность на физкультурных и музыкальных занятиях, где дети отстают в темпе, ритме движений, а так же при переключаемости движений.

Мелкая моторика рук

Дети со стертой дизартрией поздно и с трудом овладевают навыками самообслуживания: не могут застегнуть пуговицу, развязать шарф и т.д. На занятиях по рисованию плохо держат карандаш, руки бывают напряжены. Многие не любят рисовать. Особенно заметна моторная неловкость рук на занятиях по аппликации и с пластилином. В работах по аппликации прослеживаются трудности пространственного расположения элементов. Дети затрудняются или просто не могут без посторонней помощи выполнять движение по подражанию, например «замок» - сложить кисти вместе, переплетая пальцы: «колечки» - поочередно соединить с большим пальцем указательный, средний, безымянный, мизинец и другие упражнения пальчиковой гимнастики.

Со слов мам, многие дети до 5-6 лет не интересуются играми с конструктором, не умеют играть с мелкими игрушками, не собирают пазлы.

У детей школьного возраста в первом классе отмечаются трудности при овладении графическими навыками (плохой почерк, медленный темп письма, «зеркальное» письмо, замены букв).

Особенности артикуляторного аппарата

У детей со стертой формой дизартрии наблюдаются следующие особенности артикуляторного аппарата.

Паретичность мышц органов артикуляции проявляются в следующем: вялые губы, углы рта опущены, во время речи губы остаются вялыми. Язык при паретичности тонкий, находится на дне рта, вялый, кончик языка мало активный. При нагрузках (логопедической гимнастике) мышечная слабость увеличивается.

Спастичность мышц проявляется в следующем: лицо амимично, мышцы лица на ощупь твердые, напряженные. Губы в полуулыбке: верхняя губа прижимается к деснам. Многие дети не могут сделать трубочку из губ. Язык при спастическом симптоме чаще изменен по форме: толстый, без выраженного кончика, малоподвижный.

Гиперкинезы при стертой дизартрии проявляются в виде дрожания языка и голосовых связок. Дрожание проявляется при нагрузках. Например, при удержании широкого языка на нижней губе под счет 5-10 язык не может сохранить состояние покоя, появляется дрожание и легкое посинение кончика языка, а в некоторых случаях по языку прокатываются волны в продольном или поперечном направлении. В этом случае ребенок не может удержать язык вне полости рта. Гиперкинезы чаще сочетаются с повышенным тонусом мышц артикуляторного аппарата.

Апраксия проявляется в невозможности выполнения определенных движений артикуляторного аппарата или переключении от одного движения к другому. У некоторых детей отмечается кинестетическая апраксия, когда ребенок производит хаотичные движения, «нашупываая» нужную артикуляционную позу.

Девиация, т.е. отклонения языка от средней линии, проявляется при логопедической гимнастике (при удержании позы, переключении с одного упражнения на другое)

Гиперсаливация (повышенное слюноотделение) определяется лишь во время речи. Дети не справляются саливацией, не сглатывают слюну.

Дети со стертой формой дизартрии по заданию выполняют все движения из логопедической гимнастики, но *качество этих движений страдает*: смазанность, нечеткость движений, слабость напряжения мышц, аритмичность, снижение амплитуды движений, быстрая утомляемость мышц и др. Это и приводит во время речи к искажению звуков, смещению их и ухудшению в целом просодической стороны речи.

Звукопроизношение при стертой дизартрии характеризуется: смешением, искажением, заменой и отсутствием звуков, т. е. те же варианты что и при дислалии. Звуки при стертой дизартрии ставятся теми же способами что и при дислалии, но долго не автоматизируются и не вводятся речь. Наиболее распространенным дефектом звукопроизношения являются нарушения свистящих и шипящих. Достаточно часто отмечается межзубное произнесение, боковые призвуки. Дети испытывают трудности при произношении слов со сложной слоговой структурой, упрощают звуконаполняемость, опуская некоторые звуки при стечении согласных (*митионей* вместо *милиционер*).

Просодика. Интонационно-выразительная окраска речи детей со стертой дизартрией резко снижена. Страдает голос, голосовые модуляции по высоте, силе, ослаблен речевой выдох. Нарушается тембр речи и появляется носовой оттенок. Темп речи чаще ускорен. При рассказывании стихотворений речь ребенка монотонна, постепенно становится менее разборчива, голос угасает. Голос детей во время речи тихий, не удаются модуляции по высоте, по силе голоса (ребенок не может по подражанию менять высоту голоса, имитируя голоса животных: коровы, собаки и пр.)

У некоторых детей речевой выдох укорочен, и они говорят на вдохе. В этом случае речь становится захлебывающейся. Довольно часто выявляются дети (с хорошим самоконтролем), у которых при обследовании речи отклонений в звукопроизношении не проявляется, т. к. произносят слова они скандировано, т.е. по слогам, а на первое место выступает только нарушение просодики.

Логопедическая работа при стертой дизартрии предусматривает обязательное включение родителей в коррекционную работу с ребенком.

На начальных этапах предусматривается работ по нормализации моторики артикуляторного аппарата - логопедический массаж, логопедическая гимнастика. Обязательна работа по укреплению голоса и дыхания.

Обязательным элементом логопедической работы является развитие мелкой моторики рук.

ДИСЛАЛИЯ

Один из самых распространенных дефектов речи – это **дислалия** (нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.) Ребенок либо не может произнести звук (пропускает его или искажает произношение), либо смело заменяет один звук другим.

Дислалия бывает **простая** (дефектно произносится один звук или группа однородных по произношению звуков (например, свистящие с,з,ц) и **сложная** (нарушено произношение звуков разных групп (например, свистящие и шипящие ш,щ,ж).

Чаще всего дефектными являются шипящие звуки *ш, ж, ч, щ*, свистящие - *с,сь, з, ц*, соноры *-р,рь,л,ль*. Реже нарушаются звуки *к,кь,г,гь,х,хь, д, дь,т,ть, й, в,ф*.

Если ребенок не умеет чисто произносить звук *Ш*, то произношение звуков *ж,ч,щ* также страдает. Обычно нарушается вся группа звуков.

До трех лет ставить хромяющие звуки рано, но необходимо готовить ребенка, и его артикуляционный аппарат к правильному произношению речи. Логопедический массаж можно и нужно применять у детей с 2 месяцев, а логопедическую гимнастику - с двух лет.

Физиологическая дислалия - расстройство звукопроизношения, наблюдающееся у детей в возрасте до 5-ти лет и обусловленное недостаточным развитием движений органов артикуляции, а также недостаточной сформированностью фонематического слуха. Физиологическая дислалия иначе называется возрастным нарушением звукопроизношения.

Речь маленьких детей в период её формирования всегда отличается недостатками звукопроизношения. Это вызвано, прежде всего, недостаточным развитием движений органов артикуляционного аппарата: языка, губ, мягкого нёба, нижней челюсти. Ещё одной причиной является недостаточная сформированность речевого (фонематического) слуха. Поэтому в начале и во время дошкольного возраста (3-5 лет) речь ещё недостаточно ясна и чиста по звучанию.

Наиболее типичные возрастные несовершенства звукопроизношения:

- Согласные звуки произносятся смягченно: "лямба" вместо "лампа", "миська" вместо "мишка", "зюбы" вместо "зубы";
- Шипящие фонемы заменяются свистящими: "лоська" вместо "ложка", "сяпка" вместо "шапка", "сётка" вместо "щётка";
- Совсем не произносят звук "р" или заменяют его звуками "л, ль, в, й": "лыба" вместо "рыба", "лёза" вместо "роза", "кавман" вместо "карман", "йак" вместо "рак";
- Звук "л" чаще всего отсутствует (*ампа*, вместо *лампа*), смягчается или заменяется на "й": "люк" вместо "лук", "йампа" вместо "лампа";
- Звуки "к,г,х" или отсутствуют или заменяются на «т» и «д» «п»: "дуси" вместо "гуси", "тоска" вместо "кошка", "тлеб, плеб» вместо "хлеб".

Основные варианты нарушений звукопроизношения:

- нарушение произношения свистящих звуков (С, Сь, З, Зь, Ц);
- нарушение произношения шипящих звуков (Ш, Ж, Ч, Щ);
- нарушение произношения звуков Л и Ль;
- нарушение произношения звуков Р и Рь;
- нарушение произношения заднеязычных звуков (К, Кь, Г, Гь, Х, Хь)

ДИСГРАФИЯ

Дисграфия - частичное специфическое нарушение процесса письма, проявляющаяся в стойких и повторяющихся ошибках в процессе письма, которые можно сгруппировать следующим образом: искажения и замены букв; искажения звукослоговой структуры слова; нарушения слитности написания отдельных слов в предложении; аграмматизмы на письме.

Дисграфия может сопровождаться и неречевой симптоматикой (неврологическими нарушениями, нарушением познавательной деятельности, восприятия, памяти, внимания, психическими нарушениями).

Принято выделять АГРАФИЮ - полную неспособность овладения письмом или его полную утрату и ДИСГРАФИЮ, при которой письмо, хотя и нарушено, однако как средство общения (хоть и в искаженном виде) оно функционирует.

Степень выраженности дисграфии может быть различной (один вид ошибок или многообразие ошибок).

Причины возникновения дисграфии:

- Биологические причины. Недоразвитие или поражение головного мозга в разные периоды развития ребенка (пренатальный, натальный, постнатальный), патологии беременности, травматизация плода, асфиксии, менингоэнцефалиты, тяжелые соматические заболевания и инфекции, истощающие нервную систему ребенка. В результате страдают отделы головного мозга, обеспечивающие психологические функции, участвующие в процессе письма. При наличии органического повреждения головного мозга, дисграфии в большинстве случаев предшествует дизартрия, алалия, афазия или она возникает на фоне ДЦП, ЗПР, умственной отсталости, задержки психомоторного развития.

- Социально-психологические причины. К таким причинам относятся недостаточность речевых контактов, педагогическая запущенность, синдром госпитализма и т. д.

А. Н. Корнев выделяет социальные и средовые факторы дисграфии:

1. Завышенный уровень требований к ребенку в отношении грамотности
2. Возраст начала обучения грамоте (индивидуально)
3. Методы и темпы обучения (в идеале, должны быть индивидуальными для каждого ребенка).

Состояние психологической дезадаптации обычно возникает при сочетании этиологических факторов с неблагоприятными микро- и макросоциальными условиями.

Симптоматика дисграфии:

Главным критерием диагностики дисграфии принято считать наличие на письме так называемых "специфических ошибок".

- пропуски букв, слогов, слов, их перестановки
- замены и смешения букв, близких по акустико-артикуляторным характеристикам соответствующих звуков
- смешения букв, сходных по начертанию
- нарушения грамматического согласования и управления слов в предложении. Иначе говоря, искажения, замены, смешения букв (оптико-артикуляторно-акустический признак), искажение буквенно-слоговой структуры слов (пропуски, перестановки, добавления, разрывы), нарушения структуры предложений (пропуски, разрывы, перестановки слов).
- Аграмматизмы на письме

С точки зрения психофизиологического (анализаторного) подхода дисграфия рассматривается как следствие нарушения аналитико-синтетической деятельности речеслухового, речезрительного, речедвигательного анализаторов.

Первичное недоразвитие анализаторов и межанализаторных связей ведет к недостаточности анализа и синтеза разномодальной и перцептивной информации и к нарушениям перекодирования сенсорной информации из одной модальности в другую (звук переходит в букву). В соответствии с нарушениями того или иного анализатора, исследователи выделили:

- акустическую
- моторную
- оптическую форму дисграфии.

Клинико-психологический и анализаторные подходы не учитывают сложную структуру письменной речи. С точки зрения психолого-педагогического подхода, дисграфия связана с неполноценностью высших психических функций, обеспечивающих процесс письма, а также с несформированностью тех или иных операций процесса письма. С точки зрения этого подхода, дисграфия понимается, прежде всего, как языковое нарушение, требующее специальных психолого-педагогических методов коррекции. Понимание дисграфии, как речевого нарушения, обусловлено:

- письмо - вид речевой деятельности
- письмо формируется на базе устной речи
- у детей наиболее часто встречается дисграфия, связанная с недостаточностью речевого развития

Нарушения письма, обусловленные неполноценностью у детей сенсомоторных функций (акустическая, оптическая, моторная) также могут иметь место. В таком случае принято говорить не о дисграфии (как о языковом расстройстве), а о своеобразном нарушении письма, близком к ней по проявлениям и также нуждающемся в специальной психолого-педагогической коррекции.

Классификация дисграфии:

- артикуляторно-акустическая дисграфия

Обусловлена нарушениями звукопроизношения, отражает косноязычие на письме (косноязычие в устной речи может быть устранено, но четкие кинестетические образы

звуков - артикулеммы, еще недостаточно сформированы). Ребенок пишет с внутренним проговариванием, т. е. у него нет опоры на правильную артикуляцию. Это происходит в том случае, когда косноязычие в устной речи не изжито на момент обучения письму. На письме это выражается в заменах и пропусках букв, соответствующих дефекту устной речи.

- акустическая дисграфия

Обусловлена нарушениями фонемного образования. В зависимости от нарушенной операции фонемного распознавания, можно выделить подвиды:

1. Акустическая дисграфия (обусловлена затруднением в слуховом анализе речи, выделении акустических признаков звука)

2. Кинестетическая дисграфия (обусловлена затруднениями в кинестетическом анализе при переводе акустического образа звука в артикуляторный)

3. Фонематическая дисграфия (обусловлена несформированностью представлений о фонеме, нарушениями операций выбора фонемы (страдают фонематические представления)).

4. Процесс распознавания фонем включает в себя ряд операций:

- слуховой анализ речи, выделение акустического признака;
- перевод акустического образа в артикуляторный;
- соотнесение акустико-артикуляторного образа звука с фонемой, выбор фонемы;

Недостаточность какой-либо из операций влияет на расстройство всего процесса в целом.

Симптоматика: замена букв, соответствующих фонетически близким звукам (свистящие - шипящие, звонкие - глухие, аффрикаты - компоненты, входящие в их состав), неправильное обозначение мягкости согласных на письме, замены гласных.

По характеру ошибок трудно различить артикуляторно-акустическую и акустическую дисграфию, следовательно, при диагностике необходимо исследовать устную речь ребенка и речевой анамнез.

- дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза

Языковой анализ и синтез включает в себя:

1. Анализ предложений на слова

2. Слоговой анализ

3. Фонематический анализ

Симптоматика: при нарушении анализа предложений – слитное написание слов, предлогов со словами, разрывы слов; при нарушении слогового анализа и синтеза искажается слоговая структура слов - пропуски, перестановки слогов, добавление слогов. Перестановки слогов свидетельствуют о серьезных нарушениях письма. При нарушении фонематического анализа нарушается звуко-буквенная структура. Ошибки проявляются в виде пропусков гласных, пропусках согласных букв при стечениях, перестановки и добавление букв.

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза часто сочетается с акустической и артикуляторно-акустической дисграфией. Эта форма дисграфии

характерна для детей с ОНР (резко или нерезковыраженным), алалией, ЗПР, умственной отсталостью.

- аграмматическая дисграфия

Эта форма дисграфии выделена сравнительно недавно и признается не всеми авторами. Ее появление обусловлено недоразвитием у детей грамматического строя речи, морфологических и синтаксических обобщений. Аграмматизмы на письме необязательно связаны с аграмматизмами в устной речи. Уровень письменной речи требует осознанного анализа морфологической структуры слов и их синтаксических связей. Именно на этом уровне могут проявляться аграмматизмы, как свидетельство недостаточной сформированности грамматических обобщений. На письме это выражается искажением морфологической структуры слов, заменой префиксов, суффиксов, изменением падежных окончаний, нарушением предложных конструкций, изменением падежа местоимений, изменением числа существительных, нарушениями согласований, пропусками служебных слов, неумением конструировать предложение.

Аграмматическая дисграфия часто наблюдается у детей с ОНР, алалией.

- оптическая дисграфия

Не связана напрямую с уровнем языкового развития ребенка. Традиционно считается, что оптическая дисграфия протекает по аналогии с оптическими расстройствами. Ее появление может быть обусловлено:

- оптико-гностическими нарушениями (ребенок не узнает графический образ)
- оптико-мнестическими нарушениями (с трудом запоминает графический образ)
- нарушениями пространственных представлений

Симптоматика: неусвоение и неразличение графически сходных букв и их смешение (буквы, отличающиеся количеством элементов, пространственным расположением элементов), пропуски элементов (особенно при соединении букв, включающих одинаковые элементы), включение лишних элементов, неправильное расположение элементов, зеркальное написание.

Описанные выше виды дисграфии в чистом виде встречаются редко.

ДИСГРАФИЯ

Дисграфия - частичное специфическое нарушение процесса письма, проявляющаяся в стойких и повторяющихся ошибках в процессе письма, которые можно сгруппировать следующим образом: искажения и замены букв; искажения звукослоговой структуры слова; нарушения слитности написания отдельных слов в предложении; аграмматизмы на письме.

Дисграфия может сопровождаться и неречевой симптоматикой (неврологическими нарушениями, нарушением познавательной деятельности, восприятия, памяти, внимания, психическими нарушениями).

Принято выделять АГРАФИЮ - полную неспособность овладения письмом или его полную утрату и ДИСГРАФИЮ, при которой письмо, хотя и нарушено, однако как средство общения (хоть и в искаженном виде) оно функционирует.

Степень выраженности дисграфии может быть различной (один вид ошибок или многообразие ошибок).

Причины возникновения дисграфии:

- Биологические причины. Недоразвитие или поражение головного мозга в разные периоды развития ребенка (пренатальный, натальный, постнатальный), патологии беременности, травматизация плода, асфиксии, менингоэнцефалиты, тяжелые соматические заболевания и инфекции, истощающие нервную систему ребенка. В результате страдают отделы головного мозга, обеспечивающие психологические функции, участвующие в процессе письма. При наличии органического повреждения головного мозга, дисграфии в большинстве случаев предшествует дизартрия, алалия, афазия или она возникает на фоне ДЦП, ЗПР, умственной отсталости, задержки психомоторного развития.

- Социально-психологические причины. К таким причинам относятся недостаточность речевых контактов, педагогическая запущенность, синдром госпитализма и т. д.

А. Н. Корнев выделяет социальные и средовые факторы дисграфии:

1. Завышенный уровень требований к ребенку в отношении грамотности
2. Возраст начала обучения грамоте (индивидуально)
3. Методы и темпы обучения (в идеале, должны быть индивидуальными для каждого ребенка).

Состояние психологической дезадаптации обычно возникает при сочетании этиологических факторов с неблагоприятными микро- и макросоциальными условиями.

Симптоматика дисграфии:

Главным критерием диагностики дисграфии принято считать наличие на письме так называемых "специфических ошибок".

- пропуски букв, слогов, слов, их перестановки
- замены и смешения букв, близких по акустико-артикуляторным характеристикам соответствующих звуков
 - смешения букв, сходных по начертанию
 - нарушения грамматического согласования и управления слов в предложении. Иначе говоря, искажения, замены, смешения букв (оптико-артикуляторно-акустический признак), искажение буквенно-слоговой структуры слов (пропуски, перестановки, добавления, разрывы), нарушения структуры предложений (пропуски, разрывы, перестановки слов).
- Аграмматизмы на письме

С точки зрения психофизиологического (анализаторного) подхода дисграфия рассматривается как следствие нарушения аналитико-синтетической деятельности речеслухового, речезрительного, речедвигательного анализаторов.

Первичное недоразвитие анализаторов и межанализаторных связей ведет к недостаточности анализа и синтеза разномодальной и перцептивной информации и к нарушениям перекодирования сенсорной информации из одной модальности в другую (звук переходит в букву). В соответствии с нарушениями того или иного анализатора, исследователи выделили:

- акустическую

- моторную
- оптическую форму дисграфии.

Клинико-психологический и анализаторные подходы не учитывают сложную структуру письменной речи. С точки зрения психолого-педагогического подхода, дисграфия связана с неполноценностью высших психических функций, обеспечивающих процесс письма, а также с несформированностью тех или иных операций процесса письма. С точки зрения этого подхода, дисграфия понимается, прежде всего, как языковое нарушение, требующее специальных психолого-педагогических методов коррекции. Понимание дисграфии, как речевого нарушения, обусловлено:

- письмо - вид речевой деятельности
- письмо формируется на базе устной речи
- у детей наиболее часто встречается дисграфия, связанная с недостаточностью речевого развития

Нарушения письма, обусловленные неполноценностью у детей сенсомоторных функций (акустическая, оптическая, моторная) также могут иметь место. В таком случае принято говорить не о дисграфии (как о языковом расстройстве), а о своеобразном нарушении письма, близком к ней по проявлениям и также нуждающемся в специальной психолого-педагогической коррекции.

Классификация дисграфии:

- артикуляторно-акустическая дисграфия

Обусловлена нарушениями звукопроизношения, отражает косноязычие на письме (косноязычие в устной речи может быть устранено, но четкие кинестетические образы звуков - артикулеммы, еще недостаточно сформированы). Ребенок пишет с внутренним проговариванием, т. е. у него нет опоры на правильную артикуляцию. Это происходит в том случае, когда косноязычие в устной речи не изжито на момент обучения письму. На письме это выражается в заменах и пропусках букв, соответствующих дефекту устной речи.

- акустическая дисграфия

Обусловлена нарушениями фонемного образования. В зависимости от нарушенной операции фонемного распознавания, можно выделить подвиды:

4. Акустическая дисграфия (обусловлена затруднением в слуховом анализе речи, выделении акустических признаков звука)

5. Кинестетическая дисграфия (обусловлена затруднениями в кинестетическом анализе при переводе акустического образа звука в артикуляторный)

6. Фонематическая дисграфия (обусловлена несформированностью представлений о фонеме, нарушениями операций выбора фонемы (страдают фонематические представления)).

7. Процесс распознавания фонем включает в себя ряд операций:

- слуховой анализ речи, выделение акустического признака;
- перевод акустического образа в артикуляторный;
- соотнесение акустико-артикуляторного образа звука с фонемой, выбор фонемы;

Недостаточность какой-либо из операций влияет на расстройство всего процесса в целом.

Симптоматика: замена букв, соответствующих фонетически близким звукам (свистящие - шипящие, звонкие - глухие, аффрикаты - компоненты, входящие в их состав), неправильное обозначение мягкости согласных на письме, замены гласных.

По характеру ошибок трудно различить артикуляторно-акустическую и акустическую дисграфию, следовательно, при диагностике необходимо исследовать устную речь ребенка и речевой анамнез.

- дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза

Языковой анализ и синтез включает в себя:

1. Анализ предложений на слова
2. Слоговой анализ
3. Фонематический анализ

Симптоматика: при нарушении анализа предложений – слитное написание слов, предлогов со словами, разрывы слов; при нарушении слогового анализа и синтеза искажается слоговая структура слов -пропуски, перестановки слогов, добавление слогов. Перестановки слогов свидетельствуют о серьезных нарушениях письма. При нарушении фонематического анализа нарушается звуко-буквенная структура. Ошибки проявляются в виде пропусков гласных, пропусках согласных букв при стечениях, перестановки и добавление букв.

Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза часто сочетается с акустической и артикуляторно-акустической дисграфией. Эта форма дисграфии характерна для детей с ОНР (резко или нерезковыраженным), алалией, ЗПР, умственной отсталостью.

- аграмматическая дисграфия

Эта форма дисграфии выделена сравнительно недавно и признается не всеми авторами. Ее появление обусловлено недоразвитием у детей грамматического строя речи, морфологических и синтаксических обобщений. Аграмматизмы на письме необязательно связаны с аграмматизмами в устной речи. Уровень письменной речи требует осознанного анализа морфологической структуры слов и их синтаксических связей. Именно на этом уровне могут проявляться аграмматизмы, как свидетельство недостаточной сформированности грамматических обобщений. На письме это выражается искажением морфологической структуры слов, заменой префиксов, суффиксов, изменением падежных окончаний, нарушением предложных конструкций, изменением падежа местоимений, изменением числа существительных, нарушениями согласований, пропусками служебных слов, неумением конструировать предложение.

Аграмматическая дисграфия часто наблюдается у детей с ОНР, алалией.

- оптическая дисграфия

Не связана напрямую с уровнем языкового развития ребенка. Традиционно считается, что оптическая дисграфия протекает по аналогии с оптическими расстройствами. Ее появление может быть обусловлено:

- оптико-гностическими нарушениями (ребенок не узнает графический образ)
- оптико-мнестическими нарушениями (с трудом запоминает графический образ)
- нарушениями пространственных представлений

Симптоматика: неувоение и неразличение графически сходных букв и их смешение (буквы, отличающиеся количеством элементов, пространственным расположением элементов), пропуски элементов (особенно при соединении букв, включающих одинаковые элементы), включение лишних элементов, неправильное расположение элементов, зеркальное написание.

Описанные выше виды дисграфии в чистом виде встречаются редко.

Заикание

Заикание - это нарушение темпа, ритма, плавности речи, вызываемое судорогами мышц речевого аппарата. При заикании в речи наблюдаются вынужденные остановки или повторения отдельных звуков и слогов. Возникает заикание чаще всего в возрасте от 2 до 5 лет (в период интенсивного развития речи).

В настоящее время считается общепризнанным, что устранять заикание нужно сразу же, как только оно возникнет. В начальной стадии этот дефект имеет обычную легкую форму. Но легкое, едва заметное вначале заикание может со временем усилиться. Чем больше времени проходит с момента начала заикания, тем чаще оно переходит в тяжелый, стойкий дефект и влечет за собой изменения в психике ребенка. Кроме того, заикание лишает ребенка нормальных условий общения и часто препятствует его успешной учебе. Поэтому данный речевой дефект важно устранять еще до поступления ребенка в школу.

Физиологические запинки, а так же запинки, возникшие под неблагоприятным воздействием социума или Задержке речевого развития на фоне быстрой хаотичной речи - это *запинки несудорожного характера*.

Такие запинки характерны для определенного периода развития детей (80% детей по данным Зеймана). Если не происходит осложнений, то такие запинки проходят, как только ребенок приобретает уверенность в себе и в выражении своих мыслей. Таким образом физиологические запинки и повторы - это следствие того что мышление опережает развитие его речевых возможностей. Речевые возможности ограничены периодом формирования активной речи: активный словарь, связная речь и артикуляторные умения не сформированы полностью. Кроме того ребенок много понимает, многое хочет узнать, а общение его происходит на эмоциональном подъеме поэтому речь ребенка с 2 до 5 лет изобилует повторами, перестановками, спотыканиями, хаотичностью.

Однако со временем под влиянием воспитательного процесса, совершенствования речевых знаний, умений и навыков, детская речь выравнивается, ее несовершенства исчезают. Но при воздействии неблагоприятных факторов запинки могут задерживаться. Часто наблюдаются запинки у детей с ЗПР и ОНР.

В возрасте между 2 и 4 -мя годами почти все дети начинают повторять звуки, слоги, слова. Обычно это происходит несколько раз во время речевого высказывания. Это не заикание, а нормальные дублирующие повторы. Чисто повторов у каждого ребенка м.б. различными и связаны с различными ситуациями. Иногда период, когда дети повторяют

звуки, слоги занимает несколько недель, иногда несколько месяцев. Внезапно такие повторения прекращаются. **В это время очень важно терпение и внимание к ребенку!!!**

Как Вы можете помочь ребенку с физиологическими запинками

- Не оказывайте внимания к повторам, ни выражением своего лица, а тем более словами поступками.
- Не просите говорить ребенка медленно, или более понятно.
- Удостоверьтесь в том, что ребенок достаточно отдыхает, питается и двигается.
- Постарайтесь исключить из домашней обстановки все напряженные ситуации (говорите между собой (папа-мама) спокойно, не ругайтесь, меньше эмоций).
- Удостоверьтесь, что Ваш ребенок знает, что: его любят таким, какой он есть, а не только когда он сидит и слушается маму и папу.
- Давайте ребенку время говорить без перерыва.
- Не заставляйте ребенка быть «маленьким взрослым» во всем, что он делает.
- Если Ваш ребенок левша е переучивайте его.
- Будьте спокойны и сдержаны.
- Помните, что запинки и повторы, естественны для ребенка в этом периоде жизни и могут продолжаться некоторое время.

Обратитесь к специалисту, если Ваш малыш:

- употребляет перед отдельными словами лишние звуки (а, и);
- повторяет первые слоги или целые слова в начале фразы;
- делает вынужденные остановки в середине слова, фразы;
- затрудняется перед началом речи.

Заикание или запинки судорожного характера

Если заикание все же возникло и от начала его возникновения прошло несколько дней или 2-3 недели (не дольше) - такое заикание считается первичным и для его преодоления Вам необходимо соблюсти нескорые рекомендации:

Ребенку с первичным заиканием необходим домашний охранительный режим!

- Снижение раздражающих факторов, спокойная обстановка дома, устранение волнений. Взрослые дома должны говорить не громко. Исключит просмотр телевизора, радио. Прекратить на время контакты с окружающими (не ходить самим в гости, не принимать гостей у себя, меньше походов в магазины и т.п.). Лучше соблюдать режим молчания (насколько это возможно) или использовать шепотную речь.
- Ни в коем случае не говорить в присутствии ребенка о заикании, не обсуждать случившееся. Не задаривать ребенка подарками и не уступать капризам ребенка. Не исправлять ребенка в момент его не правильного произношения, тем самым не фиксировать его внимание на дефекте.
- Проконсультироваться с неврологом и педиатром по поводу назначения ребенку успокаивающих, общеукрепляющих, снотворных (если это необходимо) средств.
- Строгое соблюдение режима дня, с обязательным дневным сном и прогулками не мене 2 раз в день.
- Рекомендуются обтирания теплой водой, успокаивающие ванны, расслабляющий массаж.
- Режим питания: 4 -5 раз в день, пища должна быть разнообразной, но рекомендуется острая пища
- Чаще всего при соблюдении этих рекомендаций заикание исчезает.
- Но если этого не случилось, то Вашему ребенку будет необходим лечебно-педагогический комплекс мероприятий, предусматривающий воздействие на нервную систему и организм в целом, на его общую и речевую моторику, на речь и личность.

Необходима содружественная работа логопеда, психоневролога и родителей.

Для устранения рецидивов возникновения заикания следует придерживаться некоторых правил:

- Нельзя чрезмерно баловать детей, исполнять любые их прихоти, так как в этом случае психической травмой для ребенка может послужить даже незначительное противоречие ему, например, отказ в чем-то желаемом. Требования, предъявляемые к ребенку, должны соответствовать его возрасту, быть всегда одинаковыми, постоянными со стороны всех окружающих как в семье, так и в детском саду, в школе.
- Нужно быть всегда одинаково ровным и требовательным к ребенку. Следует сблизить такого ребенка с наиболее уравновешенными, хорошо говорящими детьми, чтобы, подражая им, он учился говорить выразительно и плавно. Нельзя вовлекать заикающихся детей в игры, которые возбуждают и требуют от участников индивидуальных речевых выступлений. Вместе с тем, им полезно участвовать в хороводных и других играх, требующих хоровых ответов.
- Нельзя читать детям много книг, не соответствующих их возрасту. Вредно чтение на ночь страшных сказок, так как это может вызвать у ребенка чувство постоянного страха: он боится увидеть Бабу Ягу, лешего, черта и т.п.
- Не следует разрешать часто и долго смотреть телевизионные передачи. Это утомляет и перевозбуждает ребенка. Особенно отрицательно действуют передачи, не соответствующие его возрасту и просмотренные перед сном.
- Не следует перегружать ребенка большим количеством впечатлений (кино, чтение, просмотр телепередач и т.п.) в период выздоровления после перенесенного заболевания. Несоблюдение режима и требований правильного воспитания в это время может легко привести к возникновению заикания.
- Нельзя запугивать ребенка, наказывать, оставляя одного в помещении, особенно плохо освещенном. В виде наказания можно заставить его спокойно посидеть на стуле, лишиться участия в любимой игре и т.п.
- Не фиксировать внимание ребенка на его недостатке и следить, чтобы его не дразнили другие дети.
- Говорить с таким ребенком надо четко, плавно (не отрывая одно слово от другого), не торопясь, но ни в коем случае не по слогам и не нараспев.
- Если ребенок не может начать говорить или начал, но плохо, запинаясь, помогите ему произнести слово (фразу) или отвлечь его внимание другим вопросом, не дав возможности говорить с запинками.
- На празднике надо предоставить ребенку возможность спеть песню вместе с другими детьми, чтобы не лишать радости выступить, не подчеркивать его недостаток, а, наоборот, вселять уверенность в свои силы.
- Для заикающегося ребенка очень важны занятия музыкой и танцами, которые способствуют развитию правильного речевого дыхания, чувства темпа, ритма. Полезны дополнительные занятия по пению.
- Заикающийся ребенок все время должен находиться под наблюдением логопеда и психоневролога.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи

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

Основные проявления, характеризующие ФФНР:

- Недифференцированное произношение пар или групп звуков, т.е. один и тот же звук может служить для ребенка заменителем двух или более звуков. Например, вместо звуков "с", "ч", "ш" ребенок произносит звук "ть": "тюмка" вместо "сумка", "тяска" вместо "чашка", "тяпка" вместо "шапка";

- Замена одних звуков другими, имеющими более простую артикуляцию, т.е. сложные звуки заменяются простыми. Например, группа свистящих и шипящих звуков может заменяться звуками "т" и "д", "р" заменяется на "л", "ш" заменяется на "ф". "Табака" вместо "собака", "лыба" вместо "рыба", "фуба" вместо "шуба";

- Смешение звуков, т.е. неустойчивое употребление целого ряда звуков в различных словах. Ребенок в одних словах может употреблять звуки правильно, а в других заменять их близкими по артикуляции или акустическим признакам. Например, ребенок умеет правильно произносить звуки "р", "л" и "с" изолированно, но в речевых высказываниях вместо "столяр строгаёт доску" говорит "старял стлагает дошку";

Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные внешние (экзогенные), внутренние (эндогенные) и условия окружающей среды.

Выделяют следующие причины речевой патологии:

1. Внутриутробная патология (тяжелый токсикоз при беременности, вирусные и эндокринные заболевания матери, интоксикации, травмы, несовместимость крови по резус-фактору). Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 недель до 4 мес., что приводит к нарушению строения неба, губ (расщелины неба, губ, раздвоенная губа, высокое "готическое" небо), дефектам прикуса. На поздних стадиях беременности патологические воздействия ведут не к пороку развития, а к задержке созревания нервной системы.

2. Патология во время родов (родовая травма, асфиксия), которые приводят к внутричерепным кровоизлияниям. Эти кровоизлияния могут захватывать речевые зоны коры головного мозга обширно (тогда возникает системное недоразвитие речи) или локально, что приводит к нарушению одной из сторон речи.

3. Различные заболевания в первые годы жизни ребенка – вирусные, инфекционные, соматические, что приводит к ослаблению или замедлению деятельности процессов коры головного мозга; травмы головного мозга.

4. Наследственные факторы имеют определенное значение, но значительно меньшее, чем при других нарушениях. Часто они являются предрасполагающими и реализуются в речевую патологию в сочетании с другими, даже незначительными факторами.

5. Различные неблагоприятные влияния окружающей среды: отсутствие, недостаточность или дефектность речевого окружения, общения, эмоционального контакта в период созревания речевой системы ребенка (нарушения речи у родителей, глухие родители у слышащих детей; острые или длительные психотравмирующие ситуации; частые длительные госпитализации детей).

Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут вызвать нарушения различных сторон речи.

Большое значение имеет ранняя диагностика различных аномалий развития речи, т.к. ранняя медицинская и педагогическая коррекция значительно повышает вероятность полноценного обучения в школе.

Ринолалия

Ринолалия (гнусавость) - это нарушение тембра голоса (он приобретает носовой оттенок) и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Определить гнусавость можно:

- на слух
- при поднесении зеркала к носу (если при произнесении слов безносовых звуков зеркало запотеваает - открытая гнусавость; при произнесении слов с носовыми звуками зеркало не запотеваает - закрытая).

Причины возникновения ринолалии можно разделить на:

1. Органические центрального, к ним относятся мозговые кровоизлияния, черепно-мозговые травмы, нарушения питания головного мозга, центральный или периферический паралич, экстрапирамидные нарушения, приводящие к нарушению иннервации мышц мягкого неба и обуславливающие его парезы и параличи;

Могут быть врожденные и приобретенные:

- укороченное мягкое небо
- отсутствие маленького язычка
- укороченный или раздвоенный мягкий язычок
- полипы, аденоиды, опухоли, искривления носовой перегородки, гипертрофия слизистой носа, травмы неба, последствия операций и болезней (перфорации, рубцовые изменения)
- расщелины неба и губы различной величины и формы

1. Функциональные центральные

Вызывают гипер- и гипотрофию неба, т. е. неправильное его функционирование (можно наблюдать после перенесенных психических потрясений, при невротических расстройствах, как последствия операций)

2. Функциональные периферические

Нарушения дыхательных процессов, привычно опущенное мягкое небо (например, после постдифтерийного пареза, после аденотомии, операционных травм), подражание гнусавой речи окружающих, болезни евстахиевой трубы, нервномышечно связанной с мягким небом, дефекты слухового контроля.

Виды врожденных расщелин.

Расщелины неба (различают по размеру и расположению):

- сквозные (одно- и двусторонние). Несращение захватывает губы, альвиолярный отросток, твердое и мягкое небо. Двусторонние расщелины идут по обе стороны от середины твердого неба
- несквозные (полные и неполные). При несквозных полных несращение доходит до области резцового отверстия, при неполных не захватывает резцового отверстия, может быть незначительным по величине. Несквозные расщелины также могут быть одно- и двусторонние
- субмукозные (несквозные, подслизистые, скрытые). При этих расщелинах наблюдается недоразвитие пластин небных костей, недоразвитие мышечной системы мягкого неба при достаточном развитии слизистых оболочек.

Расщелины губы:

- частичные - несращение только в крае губы, не доходит до нижнего носового отверстия
- полные - расщелины затрагивают нижний отдел носового отверстия и нередко передний край дна носового хода.

Появление врожденных расщелин обусловлено неблагоприятными эндо- и экзогенными факторами. Они могут иметь наследственный характер, могут быть обусловлены радиоактивным облучением кого-либо из родителей, дефицитом микроэлементов в организме беременной женщины, могут являться следствием лекарственного воздействия (противосудорожные, антипаразитарные препараты, гормоны, избыток витамина А, кортизон в критические сроки беременности). Причиной появления расщелин могут стать биологические факторы: грипп, кривая краснуха и т. д., воздействие химических веществ (кислоты, фенолы, бензин), а также психические потрясения беременной женщины в критические периоды (время закладки лицевого скелета: 4-8 недели беременности). Характер повреждений зависит от времени воздействия вредных факторов.

Классификация ринолалии.

В настоящее время выделяют 3 основных формы ринолалии:

- открытая
- закрытая
- смешанная

Общий признак открытой ринолалии: проход в носовую полость по тем или иным причинам остается открытым, вследствие чего все звуки произносятся с носовым оттенком.

Общий признак закрытой ринолалии: проход в носовую полость всегда оказывается закрыт, в том числе и для носовых звуков, голос имеет глуховатый оттенок, как при насморке.

При смешанной ринолалии наблюдается комбинация проявлений, характерных для открытой и закрытой ринолалии.

Открытая ринолалия.

Характеризуется дефектной артикуляцией и акустическим эффектом нозализации речевых звуков. Во время речи воздушная струя проходит одновременно через рот и через нос, вследствие чего возникает носовой резонанс при произнесении всех звуков. Аномальный акустический эффект создается специфическим тембром голоса. В рамках открытой ринолалии можно выделить органическую и функциональную ринолалию.

Органическая открытая ринолалия: чаще всего является следствием врожденных дефектов неба - расщелин. Расщелины обуславливают частичное или полное соединение двух резонаторных полостей - рта и носа. Во время речи нарушается направление воздушной струи при образовании звуков. Возникает специфический нозальный акустический эффект.

Ринолалия при расщелине неба характеризуется своеобразным комплексом симптомов:

- изменение положения и активности языка. Все тело языка оттянуто назад (западает к глотке), корень и спинка приподнята кверху (отмечается высокий тонус), кончик языка обычно развит плохо, паретичен. Причина таких изменений заключается в том, что дети с первых дней жизни испытывают трудности при кормлении. Ребенок сосет корнем языка, напрягая лицевую мускулатуру. Позже эти трудности сохраняются: дети инстинктивно удерживают корень языка вверху, по возможности прикрывая им расщелину при питании и дыхании, вследствие чего корень языка гипертрофируется, кончик языка развивается слабо, пассивно втянут вглубь ротовой полости. Ребенку доступны только элементарные, недифференцированные движения языка. Изменение положения языка является своеобразным приспособлением ребенка к своему состоянию.

- Нарушения деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого неба. Движения мягкого неба неполноценны не только при речи, но и при актах жевания, глотания. Мягкое небо не выполняет своей основной функции: разделение носовой и ротовой полостей, его смыкание с задней стенкой глотки не осуществляется.

- Изменение взаимодействия мышц всего периферического отдела речедвигательного анализатора. Нарушения взаимодействия артикуляционной и мимической мускулатуры: измененные движения лицевых мышц в процессе артикуляции, наличие синкинезий. В ряде случаев отмечают тикообразные движения лицевых мышц. Также нарушается взаимодействие между артикуляционными и дыхательными мышцами.

- Особенности речевого дыхания: ускоренное, поверхностное, учащенное. Это связано с тем, что количество воздуха, выдыхаемого через нос, возрастает до 74% от всего выдыхаемого воздуха. Речевой выдох неравномерен, неравномерно распределен на протяжении произносимого слова или фразы. Страдает плавность и направленность выдоха, ритм речевого дыхания.

Необходимо отметить, что осуществление вдоха через расщелину обуславливает частые простудные заболевания у таких детей. До 80% детей с органической открытой ринолалией страдают снижением слуха. Это связано с частыми простудами, насморками, воспалениями евстахиевой трубы, ведущими к заболеваниям уха.

При органической открытой ринолалии все звуки произносятся с носовым оттенком. Наиболее дефектны гласные звуки, так как для них требуется самый сильный небно-глоточный затвор. Артикуляция согласных сдвигается кзади, звуки искажаются, приобретают хрипловатый оттенок. Характерно большое количество замен звуков, причем звуки-субституты также являются искаженными. Нарушаются согласные звуки, требующие наиболее высокого ротового давления. Таким образом, органическая открытая ринолалия, обусловленная расщелинами, характеризуется рядом патологических изменений в функции артикуляционного аппарата. Наиболее яркое из них - дефектное положение языка в полости рта и нарушение мышечного взаимодействия всего артикуляционного аппарата.

Вследствие снижения слуха, нечеткости собственной артикуляции, у детей с открытой ринолалией часто наблюдается недоразвитие фонематического слуха; вторичным следствием этого могут быть трудности овладения звуковой структурой слов. Это также может повлечь недоразвитие словарного запаса детей, неполноценность грамматического строя речи, т.е. синдром ОНР.

При органической открытой ринолалии могут наблюдаться вторичные психологические наслоения: ребенок начинает осознавать дефектность своей речи, начинать ее стесняться, что может вызвать замкнутость, речевой негативизм, специфические особенности поведения.

Функциональная открытая ринолалия: дефект речи может быть обусловлен гипокенезом мягкого неба, вследствие частых заболеваний носоглотки, слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости, нарушением контроля за собственной речью при сниженном слухе, подражанием нозальной речи. Иногда функциональная открытая ринолалия может иметь место после преодоленной органической открытой ринолалии, в таких случаях мягкое небо привычно опущено. Также такая форма ринолалии может иметь место при истерии, в данном случае ее особенность – проходящий характер. При истерии может возникать временная стрессовая гнусавость, обусловленная проходящими истерическими параличами. Функциональная открытая ринолалия встречается реже, чем органическая.

Закрытая ринолалия: обусловлена направлением речевого выдоха только через рот при произнесении всех звуков речи. При закрытой ринолалии страдают артикуляционные и акустические характеристики носовых звуков и тембра голоса. Закрытая ринолалия является следствием дефекта в носоглотке или носовой полости (гипертрофия слизистой носа, гипертрофия мягкого неба и т. д.). Выделяют две формы закрытой ринолалии:

- органическая
- функциональная

Закрытая органическая ринолалия обусловлена дефектами областей зева, носа, носоглотки. Формы закрытой органической ринолалии дифференцируют в зависимости от локализации дефекта:

- передняя закрытая органическая ринолалия. Причины: гипертрофия слизистой носа вследствие хронических насморков, полипы и опухоли носовой полости, искривление носовой перегородки.
- Задняя закрытая органическая ринолалия. Причины: механические препятствия в области носоглотки (аденоидные разрастания, сращение мягкого неба с задней стенкой глотки, рост глоточной непарной миндалины). Для таких детей характерно постоянное ротовое дыхание, полуоткрытый рот.

Функциональная закрытая ринолалия: обусловлена гиперфункцией мягкого неба, которое преграждает путь воздушной струи через нос. Эта форма возникает при ненарушенном носовом дыхании, при хорошей носовой проходимости. Гиперфункция мягкого неба может быть обусловлена результатами операции по удалению аденоидов, недостатками слухового контроля, подражанию гнусавой речи окружающих. При этой форме голос имеет тусклый, мертвенный оттенок. Смешанная ринолалия: обусловлена утечкой воздуха через нос при патологически сниженном носовом резонаторе. В результате этого страдают артикуляторно-акустические характеристики всех звуков, значительно искажается тембр голоса. При этой форме наблюдается комбинация факторов, вызывающих открытую и закрытую ринолалию. Характер проявления речевого дефекта зависит от преимущественного нарушения. При этой форме отчетливо слышен носовой оттенок голоса и отсутствуют носовые звуки.

Ринолалия

Ринолалия (гнусавость) - это нарушение тембра голоса (он приобретает носовой оттенок) и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Определить гнусавость можно:

- на слух
- при поднесении зеркала к носу (если при произнесении слов безносовых звуков зеркало запотеваает - открытая гнусавость; при произнесении слов с носовыми звуками зеркало не запотеваает - закрытая).

Причины возникновения ринолалии можно разделить на:

2. Органические центрального, к ним относятся мозговые кровоизлияния, черепно-мозговые травмы, нарушения питания головного мозга, центральный или периферический паралич, экстрапирамидные нарушения, приводящие к нарушению иннервации мышц мягкого неба и обуславливающие его парезы и параличи;

Могут быть врожденные и приобретенные:

- укороченное мягкое небо
- отсутствие маленького язычка
- укороченный или раздвоенный мягкий язычок
- полипы, аденоиды, опухоли, искривления носовой перегородки, гипертрофия слизистой носа, травмы неба, последствия операций и болезней (перфорации, рубцовые изменения)
- расщелины неба и губы различной величины и формы

3. Функциональные центральные

Вызывают гипер- и гипотрофию неба, т. е. неправильное его функционирование (можно наблюдать после перенесенных психических потрясений, при невротических расстройствах, как последствия операций)

4. Функциональные периферические

Нарушения дыхательных процессов, привычно опущенное мягкое небо (например, после постдифтерийного пареза, после аденотомии, операционных травм), подражание гнусавой речи окружающих, болезни евстахиевой трубы, нервно-мышечной связанной с мягким небом, дефекты слухового контроля.

Виды врожденных расщелин.

Расщелины неба (различают по размеру и расположению):

- сквозные (одно- и двусторонние). Несращение захватывает губы, альвиолярный отросток, твердое и мягкое небо. Двусторонние расщелины идут по обе стороны от середины твердого неба
- несквозные (полные и неполные). При несквозных полных несращение доходит до области резцового отверстия, при неполных не захватывает резцового отверстия, может быть незначительным по величине. Несквозные расщелины также могут быть одно- и двусторонние
- субмукозные (несквозные, подслизистые, скрытые). При этих расщелинах наблюдается недоразвитие пластин небных костей, недоразвитие мышечной системы мягкого неба при достаточном развитии слизистых оболочек.

Расщелины губы:

- частичные - несращение только в крае губы, не доходит до нижнего носового отверстия
- полные - расщелины затрагивают нижний отдел носового отверстия и нередко передний край дна носового хода.

Появление врожденных расщелин обусловлено неблагоприятными эндо- и экзогенными факторами. Они могут иметь наследственный характер, могут быть обусловлены радиоактивным облучением кого-либо из родителей, дефицитом микроэлементов в организме беременной женщины, могут являться следствием лекарственного воздействия (противосудорожные, антипаразитарные препараты, гормоны, избыток витамина А, кортизон в критические сроки беременности). Причиной

появления расщелин могут стать биологические факторы: грипп, кривая краснуха и т. д., воздействие химических веществ (кислоты, фенолы, бензин), а также психические потрясения беременной женщины в критические периоды (время закладки лицевого скелета: 4-8 недели беременности). Характер повреждений зависит от времени воздействия вредных факторов.

Классификация ринолалии.

В настоящее время выделяют 3 основных формы ринолалии:

- открытая
- закрытая
- смешанная

Общий признак открытой ринолалии: проход в носовую полость по тем или иным причинам остается открытым, вследствие чего все звуки произносятся с носовым оттенком.

Общий признак закрытой ринолалии: проход в носовую полость всегда оказывается закрыт, в том числе и для носовых звуков, голос имеет глуховатый оттенок, как при насморке.

При смешанной ринолалии наблюдается комбинация проявлений, характерных для открытой и закрытой ринолалии.

Открытая ринолалия.

Характеризуется дефектной артикуляцией и акустическим эффектом нозализации речевых звуков. Во время речи воздушная струя проходит одновременно через рот и через нос, вследствие чего возникает носовой резонанс при произнесении всех звуков. Аномальный акустический эффект создается специфическим тембром голоса. В рамках открытой ринолалии можно выделить органическую и функциональную ринолалию.

Органическая открытая ринолалия: чаще всего является следствием врожденных дефектов неба - расщелин. Расщелины обуславливают частичное или полное соединение двух резонаторных полостей - рта и носа. Во время речи нарушается направление воздушной струи при образовании звуков. Возникает специфический нозальный акустический эффект.

Ринолалия при расщелине неба характеризуется своеобразным комплексом симптомов:

- изменение положения и активности языка. Все тело языка оттянуто назад (западает к глотке), корень и спинка приподнята вверх (отмечается высокий тонус), кончик языка обычно развит плохо, паретичен. Причина таких изменений заключается в том, что дети с первых дней жизни испытывают трудности при кормлении. Ребенок сосет корнем языка, напрягая лицевую мускулатуру. Позже эти трудности сохраняются: дети инстинктивно удерживают корень языка вверх, по возможности прикрывая им расщелину при питании и дыхании, вследствие чего корень языка гипертрофируется, кончик языка развивается слабо, пассивно втянут вглубь ротовой полости. Ребенку доступны только элементарные, недифференцированные движения языка. Изменение положения языка является своеобразным приспособлением ребенка к своему состоянию.

- Нарушения деятельности мышц, осуществляющих движение мягкого неба. Движения мягкого неба неполноценны не только при речи, но и при актах жевания, глотания. Мягкое небо не выполняет своей основной функции: разделение носовой и ротовой полостей, его смыкание с задней стенкой глотки не осуществляется.

- Изменение взаимодействия мышц всего периферического отдела речедвигательного анализатора. Нарушения взаимодействия артикуляционной и мимической мускулатуры: измененные движения лицевых мышц в процессе артикуляции, наличие синкинезий. В ряде случаев отмечают тикообразные движения лицевых мышц. Также нарушается взаимодействие между артикуляционными и дыхательными мышцами.
- Особенности речевого дыхания: ускоренное, поверхностное, учащенное. Это связано с тем, что количество воздуха, выдыхаемого через нос, возрастает до 74% от всего выдыхаемого воздуха. Речевой выдох неравномерен, неравномерно распределен на протяжении произносимого слова или фразы. Страдает плавность и направленность выдоха, ритм речевого дыхания.

Необходимо отметить, что осуществление вдоха через расщелину обуславливает частые простудные заболевания у таких детей. До 80% детей с органической открытой ринолалией страдают снижением слуха. Это связано с частыми простудами, насморками, воспалениями евстахиевой трубы, ведущими к заболеваниям уха.

При органической открытой ринолалии все звуки произносятся с носовым оттенком. Наиболее дефектны гласные звуки, так как для них требуется самый сильный небно-глоточный затвор. Артикуляция согласных сдвигается кзади, звуки искажаются, приобретают хрипловатый оттенок. Характерно большое количество замен звуков, причем звуки-субституты также являются искаженными. Нарушаются согласные звуки, требующие наиболее высокого ротового давления. Таким образом, органическая открытая ринолалия, обусловленная расщелинами, характеризуется рядом патологических изменений в функции артикуляционного аппарата. Наиболее яркое из них - дефектное положение языка в полости рта и нарушение мышечного взаимодействия всего артикуляционного аппарата.

Вследствие снижения слуха, нечеткости собственной артикуляции, у детей с открытой ринолалией часто наблюдается недоразвитие фонематического слуха; вторичным следствием этого могут быть трудности овладения звуковой структурой слов. Это также может повлечь недоразвитие словарного запаса детей, неполноценность грамматического строя речи, т.е. синдром ОНР.

При органической открытой ринолалии могут наблюдаться вторичные психологические наслоения: ребенок начинает осознавать дефектность своей речи, начинать ее стесняться, что может вызвать замкнутость, речевой негативизм, специфические особенности поведения.

Функциональная открытая ринолалия: дефект речи может быть обусловлен гипокенезом мягкого неба, вследствие частых заболеваний носоглотки, слабости нервных импульсов или общей мышечной вялости, нарушением контроля за собственной речью при сниженном слухе, подражанием нозальной речи. Иногда функциональная открытая ринолалия может иметь место после преодоленной органической открытой ринолалии, в таких случаях мягкое небо привычно опущено. Также такая форма ринолалии может иметь место при истерии, в данном случае ее особенность – проходящий характер. При истерии может возникать временная стрессовая гнусавость, обусловленная проходящими истерическими параличами. Функциональная открытая ринолалия встречается реже, чем органическая.

Закрытая ринолалия: обусловлена направлением речевого выдоха только через рот при произнесении всех звуков речи. При закрытой ринолалии страдают артикуляционные и акустические характеристики носовых звуков и тембра голоса. Закрытая ринолалия

является следствием дефекта в носоглотке или носовой полости (гипертрофия слизистой носа, гипертрофия мягкого неба и т. д.). Выделяют две формы закрытой риноплазии:

- органическая
- функциональная

Закрытая органическая риноплазия обусловлена дефектами областей зева, носа, носоглотки. Формы закрытой органической риноплазии дифференцируют в зависимости от локализации дефекта:

- передняя закрытая органическая риноплазия. Причины: гипертрофия слизистой носа вследствие хронических насморков, полипы и опухоли носовой полости, искривление носовой перегородки.
- Задняя закрытая органическая риноплазия. Причины: механические препятствия в области носоглотки (аденоидные разрастания, сращение мягкого неба с задней стенкой глотки, рост глоточной непарной миндалины). Для таких детей характерно постоянное ротовое дыхание, полуоткрытый рот.

Функциональная закрытая риноплазия: обусловлена гиперфункцией мягкого неба, которое преграждает путь воздушной струи через нос. Эта форма возникает при ненарушенном носовом дыхании, при хорошей носовой проходимости. Гиперфункция мягкого неба может быть обусловлена результатами операции по удалению аденоидов, недостатками слухового контроля, раздражению гнусавой речи окружающих. При этой форме голос имеет тусклый, мертвенный оттенок. Смешанная риноплазия: обусловлена утечкой воздуха через нос при патологически сниженном носовом резонаторе. В результате этого страдают артикуляторно-акустические характеристики всех звуков, значительно искажается тембр голоса. При этой форме наблюдается комбинация факторов, вызывающих открытую и закрытую риноплазию. Характер проявления речевого дефекта зависит от преимущественного нарушения. При этой форме отчетливо слышен носовой оттенок голоса и отсутствуют носовые звуки.

Нарушения темпа речи

К нарушениям темпа речи относятся брадилалия и тахилалия. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания.

Тахилалия - патологически быстрый темп речи (20-30 звуков в секунду вместо 10-12) без существенных искажений фонетического оформления, лексики и грамматического строя.

Такую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Но часто от быстроты высказывания происходит повторение слогов или, наоборот, их пропуск, искажение звуков, а иногда слов. Но всего этого говорящий, как правило, не замечает. Он часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Бурный поток звуков и слов произносится без передышки, до полного вдоха. Иногда неумеренно быстрый темп речи сопровождается быстрыми, подчас беспорядочными движениями рук, ног или всего тела.

Наряду с нарушением внешней речи наблюдаются сходные расстройства внутренней речи, чтения и письма. В памяти человека возникает именно требуемое слово, но оно тотчас же, еще до произнесения, вытесняется другим. На письме и в чтении наблюдаются

замены, перестановки букв, звуков, слогов. Целые слова заменяются другими, родственными по звучанию или по написанию.

При тахилалии затрагивается операция построения речи в целом. В речи сохраняется ряд отдельных целеустановок, не объединенных ясной целеустремленностью.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, вегетативной нервной системы, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, в отклонениях поведения.

У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Дети с тахилалией вспыльчивы, легко возбудимы. Во время возбуждения появляются вазомоторные реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, похолодание и потливость рук. Дети становятся эмоционально лабильными и недисциплинированными. Быстрая речь производит на незнакомых неблагоприятное впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка, формировании его личности. В старшем возрасте проявляется разное отношение к дефекту:

- 1) одни оценивают неудержимую стремительность в речи как естественную и единственно приемлемую для них форму, гармонирующую со всем психомоторным складом их личности;
- 2) другие переживают стремительность речи как заикание, и у них нередко диагностируют поздние формы заикания;
- 3) третьи столь отрицательно переживают ускоренный темп речи, что это доводит их до полного изнеможения: «Как будто кто-то подгоняет и заставляет все больше и большее убыстрять речь».

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики при тахилалии. Наибольшие затруднения люди с тахилалией испытывают в жизненно значимых для них ситуациях, в общении с авторитарными людьми, в незнакомой обстановке, в моменты возбуждения, спора. Имеет значение также манера речи собеседника, построение им фраз. Страдающие тахилалией стараются избегать длинных фраз и длинного связного текста. Короткие фразы они произносят почти хорошо, а длинные — в ускоренном темпе, подбирая подходящие выражения, повторяя одни и те же слоги.

Брадилалия - патологически замедленный темп речи. Речь чрезмерно замедленная, с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Большинству больных с такой патологией свойственна общая вялость, заторможенность, медлительность. Часто отмечается замедленный темп не только внешней, но и внутренней речи. У детей с брадилалией обычно бывают и нарушения общей моторики, внимания, памяти, мышления.

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией

(замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Как самостоятельное нарушение брадилалия встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, где они являются обычной формой речи.

Речевая характеристика (симптоматика) брадилалии многообразна: замедленность темпа внешней (экспрессивной) и внутренней речи, замедленность процессов чтения и письма, монотонность голоса, интер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова).

Звуки и слова сменяют друг друга менее быстро, чем при нормальных условиях, хотя образуются правильно. Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится скандированной. Может нарушаться артикулирование звуков, но не расстраивается координация слогов или слов.

При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется вверх или вниз.

Дети с брадилалией произносят фразу с паузами между словами, растягивая слоги на гласных звуках, смазывая артикуляцию. Такая речь неэстетична и мешает общению с окружающими, так как вызывает у них напряжение и истощение внимания, неприятные ощущения и утомление.

Указанные выше симптомы наблюдаются в различных формах самостоятельной речи: в диалоге, пересказе по картинке и по серии картин, пересказе текста, рассказе на заданную тему, чтении. Зрительное восприятие текста не способствует нормализации темпа речи при чтении. Дети произносят слова правильно, но медленно. Также медленно они записывают слова и тем более фразы.

При слабой выраженности брадилалии указанные речевые и неречевые симптомы самими детьми не замечаются. В более тяжелых случаях появляется осознание нарушения речи и связанные с ним психологические переживания.

Названные виды речевых нарушений могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени расстройства мало беспокоят ребенка. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации и расстройства темпа речи определяются как патологические.

Нарушения темпа речи

К нарушениям темпа речи относятся брадилалия и тахилалия. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания.

Тахилалия - патологически быстрый темп речи (20-30 звуков в секунду вместо 10-12) без существенных искажений фонетического оформления, лексики и грамматического строя.

Такую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Но часто от быстроты высказывания происходит повторение слогов или, наоборот, их пропуск, искажение звуков, а иногда слов. Но всего этого говорящий, как правило, не замечает. Он часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Бурный поток звуков и слов произносится без передышки, до полного вдоха. Иногда неумеренно быстрый темп речи сопровождается быстрыми, подчас беспорядочными движениями рук, ног или всего тела.

Наряду с нарушением внешней речи наблюдаются сходные расстройства внутренней речи, чтения и письма. В памяти человека возникает именно требуемое слово, но оно тотчас же, еще до произнесения, вытесняется другим. На письме и в чтении наблюдаются замены, перестановки букв, звуков, слогов. Целые слова заменяются другими, родственными по звучанию или по написанию.

При тахилалии затрагивается операция построения речи в целом. В речи сохраняется ряд отдельных целеустановок, не объединенных ясной целеустремленностью.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, вегетативной нервной системы, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, в отклонениях поведения.

У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Дети с тахилалией вспыльчивы, легко возбудимы. Во время возбуждения появляются вазомоторные реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, похолодание и потливость рук. Дети становятся эмоционально лабильными и недисциплинированными. Быстрая речь производит на незнакомых неблагоприятное впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка, формировании его личности. В старшем возрасте проявляется разное отношение к дефекту:

- 1) одни оценивают неудержимую стремительность в речи как естественную и единственно приемлемую для них форму, гармонирующую со всем психомоторным складом их личности;
- 2) другие переживают стремительность речи как заикание, и у них нередко диагностируют поздние формы заикания;
- 3) третьи столь отрицательно переживают ускоренный темп речи, что это доводит их до полного изнеможения: «Как будто кто-то подгоняет и заставляет все больше и большее убыстрять речь».

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики при тахилалии. Наибольшие затруднения люди с тахилалией испытывают в жизненно значимых для них ситуациях, в общении с авторитарными людьми, в незнакомой обстановке, в моменты возбуждения, спора. Имеет значение также манера речи собеседника, построение им фраз. Страдающие тахилалией стараются избегать длинных фраз и длинного связного текста. Короткие фразы они произносят почти хорошо, а длинные — в ускоренном темпе, подбирая подходящие выражения, повторяя одни и те же слоги.

Брадилалия - патологически замедленный темп речи. Речь чрезмерно замедленная, с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Большинству больных с такой патологией свойственна общая вялость, заторможенность, медлительность. Часто отмечается замедленный темп не только внешней, но и внутренней речи. У детей с брадилалией обычно бывают и нарушения общей моторики, внимания, памяти, мышления.

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Как самостоятельное нарушение брадилалия встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, где они являются обычной формой речи.

Речевая характеристика (симптоматика) брадилалии многообразна: замедленность темпа внешней (экспрессивной) и внутренней речи, замедленность процессов чтения и письма, монотонность голоса, интер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова).

Звуки и слова сменяют друг друга менее быстро, чем при нормальных условиях, хотя образуются правильно. Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится скандированной. Может нарушаться артикулирование звуков, но не расстраивается координация слогов или слов.

При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу.

Дети с брадилалией произносят фразу с паузами между словами, растягивая слоги на гласных звуках, смазывая артикуляцию. Такая речь неэстетична и мешает общению с окружающими, так как вызывает у них напряжение и истощение внимания, неприятные ощущения и утомление.

Указанные выше симптомы наблюдаются в различных формах самостоятельной речи: в диалоге, пересказе по картинке и по серии картин, пересказе текста, рассказе на заданную тему, чтении. Зрительное восприятие текста не способствует нормализации темпа речи при чтении. Дети произносят слова правильно, но медленно. Также медленно они записывают слова и тем более фразы.

При слабой выраженности брадилалии указанные речевые и неречевые симптомы самими детьми не замечаются. В более тяжелых случаях появляется осознание нарушения речи и связанные с ним психологические переживания.

Названные виды речевых нарушений могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени расстройства мало беспокоят ребенка. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации и расстройства темпа речи определяются как патологические.

Нарушения темпа речи

К нарушениям темпа речи относятся брадилалия и тахилалия. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания.

Тахилалия - патологически быстрый темп речи (20-30 звуков в секунду вместо 10-12) без существенных искажений фонетического оформления, лексики и грамматического строя.

Такую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Но часто от быстроты высказывания происходит повторение слогов или, наоборот, их пропуск, искажение звуков, а иногда слов. Но всего этого говорящий, как правило, не замечает. Он часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Бурный поток звуков и слов произносится без передышки, до полного вдоха. Иногда неумеренно быстрый темп речи сопровождается быстрыми, подчас беспорядочными движениями рук, ног или всего тела.

Наряду с нарушением внешней речи наблюдаются сходные расстройства внутренней речи, чтения и письма. В памяти человека возникает именно требуемое слово, но оно тотчас же, еще до произнесения, вытесняется другим. На письме и в чтении наблюдаются замены, перестановки букв, звуков, слогов. Целые слова заменяются другими, родственными по звучанию или по написанию.

При тахилалии затрагивается операция построения речи в целом. В речи сохраняется ряд отдельных целеустановок, не объединенных ясной целеустремленностью.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, вегетативной нервной системы, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, в отклонениях поведения.

У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Дети с тахилалией вспыльчивы, легко возбудимы. Во время возбуждения появляются вазомоторные реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, похолодание и потливость рук. Дети становятся эмоционально лабильными и недисциплинированными. Быстрая речь производит на незнакомых неблагоприятное впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка, формировании его личности. В старшем возрасте проявляется разное отношение к дефекту:

- 1) одни оценивают неудержимую стремительность в речи как естественную и единственно приемлемую для них форму, гармонирующую со всем психомоторным складом их личности;
- 2) другие переживают стремительность речи как заикание, и у них нередко диагностируют поздние формы заикания;
- 3) третьи столь отрицательно переживают ускоренный темп речи, что это доводит их до полного изнеможения: «Как будто кто-то подгоняет и заставляет все больше и большее убыстрять речь».

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики при тахилалии. Наибольшие затруднения люди с тахилалией испытывают в жизненно значимых для них ситуациях, в общении с авторитарными людьми, в незнакомой обстановке, в моменты возбуждения, спора. Имеет значение также манера речи собеседника, построение им фраз. Страдающие тахилалией стараются избегать длинных фраз и длинного связного текста. Короткие фразы они произносят почти хорошо, а длинные — в ускоренном темпе, подбирая подходящие выражения, повторяя одни и те же слоги.

Брадилалия - патологически замедленный темп речи. Речь чрезмерно замедленная, с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Большинству больных с такой патологией свойственна общая вялость, заторможенность, медлительность. Часто отмечается замедленный темп не только внешней, но и внутренней речи. У детей с брадилалией обычно бывают и нарушения общей моторики, внимания, памяти, мышления.

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Как самостоятельное нарушение брадилалия встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, где они являются обычной формой речи.

Речевая характеристика (симптоматика) брадилалии многообразна: замедленность темпа внешней (экспрессивной) и внутренней речи, замедленность процессов чтения и письма, монотонность голоса, интер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова).

Звуки и слова сменяют друг друга менее быстро, чем при нормальных условиях, хотя образуются правильно. Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится скандированной. Может нарушаться артикулирование звуков, но не расстраивается координация слогов или слов.

При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу.

Дети с брадилалией произносят фразу с паузами между словами, растягивая слоги на гласных звуках, смазывая артикуляцию. Такая речь неэстетична и мешает общению с окружающими, так как вызывает у них напряжение и истощение внимания, неприятные ощущения и утомление.

Указанные выше симптомы наблюдаются в различных формах самостоятельной речи: в диалоге, пересказе по картинке и по серии картин, пересказе текста, рассказе на заданную тему, чтении. Зрительное восприятие текста не способствует нормализации

темпа речи при чтении. Дети произносят слова правильно, но медленно. Также медленно они записывают слова и тем более фразы.

При слабой выраженности брадилалии указанные речевые и неречевые симптомы самими детьми не замечаются. В более тяжелых случаях появляется осознание нарушения речи и связанные с ним психологические переживания.

Названные виды речевых нарушений могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени расстройства мало беспокоят ребенка. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации и расстройства темпа речи определяются как патологические.

Нарушения темпа речи

К нарушениям темпа речи относятся брадилалия и тахилалия. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания.

Тахилалия - патологически быстрый темп речи (20-30 звуков в секунду вместо 10-12) без существенных искажений фонетического оформления, лексики и грамматического строя.

Такую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Но часто от быстроты высказывания происходит повторение слогов или, наоборот, их пропуск, искажение звуков, а иногда слов. Но всего этого говорящий, как правило, не замечает. Он часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Бурный поток звуков и слов произносится без передышки, до полного вдоха. Иногда неумеренно быстрый темп речи сопровождается быстрыми, подчас беспорядочными движениями рук, ног или всего тела.

Наряду с нарушением внешней речи наблюдаются сходные расстройства внутренней речи, чтения и письма. В памяти человека возникает именно требуемое слово, но оно тотчас же, еще до произнесения, вытесняется другим. На письме и в чтении наблюдаются замены, перестановки букв, звуков, слогов. Целые слова заменяются другими, родственными по звучанию или по написанию.

При тахилалии затрагивается операция построения речи в целом. В речи сохраняется ряд отдельных целеустановок, не объединенных ясной целеустремленностью.

Неречевая симптоматика проявляется в нарушениях общей моторики, вегетативной нервной системы, психических процессов, эмоционально-волевой сферы, в отклонениях поведения.

У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления. Дети с тахилалией вспыльчивы, легко возбудимы. Во время возбуждения появляются вазомоторные реакции: покраснение лица, ушей, появление пота на лице, похолодание и потливость рук. Дети становятся эмоционально лабильными и недисциплинированными. Быстрая речь производит на

незнакомых неблагоприятное впечатление, что отражается и на дальнейшей жизни ребенка, формировании его личности. В старшем возрасте проявляется разное отношение к дефекту:

- 1) одни оценивают неудержимую стремительность в речи как естественную и единственно приемлемую для них форму, гармонирующую со всем психомоторным складом их личности;
- 2) другие переживают стремительность речи как заикание, и у них нередко диагностируют поздние формы заикания;
- 3) третьи столь отрицательно переживают ускоренный темп речи, что это доводит их до полного изнеможения: «Как будто кто-то подгоняет и заставляет все больше и большее убыстрять речь».

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики при тахилалии. Наибольшие затруднения люди с тахилалией испытывают в жизненно значимых для них ситуациях, в общении с авторитарными людьми, в незнакомой обстановке, в моменты возбуждения, спора. Имеет значение также манера речи собеседника, построение им фраз. Страдающие тахилалией стараются избегать длинных фраз и длинного связного текста. Короткие фразы они произносят почти хорошо, а длинные — в ускоренном темпе, подбирая подходящие выражения, повторяя одни и те же слоги.

Брадилалия - патологически замедленный темп речи. Речь чрезмерно замедленная, с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Большинству больных с такой патологией свойственна общая вялость, заторможенность, медлительность. Часто отмечается замедленный темп не только внешней, но и внутренней речи. У детей с брадилалией обычно бывают и нарушения общей моторики, внимания, памяти, мышления.

Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр.

Как самостоятельное нарушение брадилалия встречается чаще всего у лиц флегматичных, медлительных, вялых. Сходные с брадилалией особенности речи наблюдаются у жителей северных стран, где они являются обычной формой речи.

Речевая характеристика (симптоматика) брадилалии многообразна: замедленность темпа внешней (экспрессивной) и внутренней речи, замедленность процессов чтения и письма, монотонность голоса, интер- и интравербальное замедление (удлинение пауз между словами или замедленное, растянутое произношение звуков речи и удлинение пауз между звуками слова).

Звуки и слова сменяют друг друга менее быстро, чем при нормальных условиях, хотя образуются правильно. Если слоги разделяются между собой короткими паузами, то речь становится скандированной. Может нарушаться артикулирование звуков, но не расстраивается координация слогов или слов.

При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу.

Дети с брадилалией произносят фразу с паузами между словами, растягивая слоги на гласных звуках, смазывая артикуляцию. Такая речь неэстетична и мешает общению с окружающими, так как вызывает у них напряжение и истощение внимания, неприятные ощущения и утомление.

Указанные выше симптомы наблюдаются в различных формах самостоятельной речи: в диалоге, пересказе по картинке и по серии картин, пересказе текста, рассказе на заданную тему, чтении. Зрительное восприятие текста не способствует нормализации темпа речи при чтении. Дети произносят слова правильно, но медленно. Также медленно они записывают слова и тем более фразы.

При слабой выраженности брадилалии указанные речевые и неречевые симптомы самими детьми не замечаются. В более тяжелых случаях появляется осознание нарушения речи и связанные с ним психологические переживания.

Названные виды речевых нарушений могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени расстройства мало беспокоят ребенка. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации и расстройства темпа речи определяются как патологические.

ОНР (общее недоразвитие речи)

ОНР (общее недоразвитие речи) - различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, т.е. звуковой стороны (фонетики) и смысловой стороны (лексики, грамматики). Общее недоразвитие речи может наблюдаться при сложных формах детской речевой патологии: алалии, афазии (всегда), а также ринолалии, дизартрии (иногда). Несмотря на различную природу дефектов, у детей с ОНР имеются типичные проявления, указывающие на системные нарушения речевой деятельности:

- Более позднее начало речи: первые слова появляются к 3-4, а иногда и к 5 годам;
- Речь аграмматична и недостаточно фонетически оформлена;
- Экспрессивная речь отстаёт от импрессивной, т.е. ребёнок, понимая обращенную к нему речь, не может сам правильно озвучить свои мысли;
- Речь детей с ОНР малопонятна.

Чаще всего, говоря про ОНР, подразумевают речевые расстройства детей с нормальным интеллектом и слухом. Дело в том, что при нарушениях слуха или интеллекта недоразвитие речи, разумеется, возникает в большинстве случаев, однако при этом ОНР уже носит характер вторичного дефекта. Поэтому важно различать ОНР от других состояний как более легких, например, от темповой задержки речевого развития (ЗРР), обычно не относящегося к ОНР (разные авторы трактуют этот вопрос по-разному), так и от более тяжелых расстройств, например, олигофрении или задержки речевого развития детей со сниженным слухом, при которых ОНР выступает уже в качестве вторичного дефекта.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Общее недоразвитие речи характеризуется нарушением формирования всех компонентов речевой системы в их единстве (звуковой стороны речи, фонематических процессов, лексики, грамматического строя речи) у детей с нормальным слухом и относительно сохранным интеллектом.

Общее недоразвитие речи может наблюдаться при различных формах речевой патологии: моторной, сенсорной алалии, детской афазии, дизартрии, в том числе при стертой форме дизартрии.

Причиной возникновения ОНР могут быть: инфекции или интоксикации (ранний или поздний токсикозы) матери во время беременности, несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности, патология натального (родового) периода (родовые травмы и патология в родах), заболевания ЦНС и травмы мозга в первые годы жизни ребенка и др.

Вместе с тем ОНР может быть обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, может быть связано с психической депривацией (лишение или ограничение возможностей удовлетворения жизненно важных потребностей) в сензитивные (возрастные интервалы индивидуального развития, при прохождении которых внутренние структуры наиболее чувствительны к специфическим влияниям окружающего мира) периоды развития речи. Во многих случаях ОНР является следствием комплексного воздействия различных факторов, например, наследственной предрасположенности, органической недостаточности ЦНС (иногда легко выраженной), неблагоприятного социального окружения.

Наиболее сложным и стойким вариантом является ОНР, обусловленное ранним поражением мозга, возникшее во время беременности, родов и первый год жизни ребенка.

У всех детей с ОНР всегда отмечается нарушение звукопроизношения, недоразвитие фонематического слуха, выраженное отставание в формировании словарного запаса и грамматического строя.

Недоразвитие речи у детей может быть выражено в различной степени: от полного отсутствия речи до незначительных отклонений в развитии. С учетом степени несформированности речи выделяют четыре уровня ее недоразвития.

I уровень речевого развития характеризуется отсутствием речи (так называемые «безречевые дети»).

Дети этого уровня для общения пользуются главным образом лепетными словами, звукоподражаниями, отдельными существительными и глаголами бытового содержания, обрывками лепетных предложений, звуковое оформление которых смазано, нечетко и крайне неустойчиво. Нередко свои «высказывания» ребенок подкрепляет мимикой и жестами.

Значительная ограниченность активного словарного запаса проявляется в том, что одним и тем же лепетным словом или звуко сочетанием ребенок обозначает несколько разных понятий («биби» - самолет, самосвал, пароход; «бобо» - болит, смазывать, делать укол). Отмечается также замена названий действий названиями предметов и наоборот («ада» - карандаш, рисовать, писать; «туй» - сидеть, стул).

Характерным является использование однословных предложений. Период однословного предложения, может наблюдаться и при нормальном речевом развитии ребенка. Однако он является господствующим только в течение 5-6 мес. и включает небольшое количество слов. При тяжелом недоразвитии речи этот период задерживается надолго. Дети с нормальным речевым развитием начинают рано пользоваться грамматическими связями слов («дай хлеба» - *дай хлеба*), которые могут соседствовать с бесформенными конструкциями, постепенно их вытесняя. У детей же с общим

недоразвитием речи наблюдается расширение объема предложения до 2-4 слов, но при этом конструкции предложений остаются полностью неправильно оформленными («Матик тиде туя» - *Мальчик сидит на стуле*). Данные явления никогда не наблюдаются при нормальном речевом развитии.

Низким речевым возможностям детей сопутствуют и бедный жизненный опыт, и недостаточно дифференцированные представления об окружающей жизни (особенно в области природных явлений).

Отмечается непостоянность в произношении звуков. В речи детей преобладают в основном 1-2-составные слова. При попытке воспроизвести более сложную слоговую структуру количество слогов сокращается до 2-3 («ават» - *кровать*, «амида» - *пирамида*, «тика»-*электричка*). Трудности при отборе сходных по названию, но разных по значению слов (*молоток* - *молоко*, *копает* - *катает* - *купает*). Задания по звуковому анализу слов детям данного уровня непонятны (из каких звуков состоит слово).

Переход к **II уровню речевого развития** (зачатки общеупотребительной речи) знаменуется тем, что, кроме жестов и лепетных слов, появляются хотя и искаженные, но достаточно постоянные общеупотребительные слова («Алязай. Дети алязай убиляют. Капутн, лидоме, лябака. Литя сдают землю» - *Урожай. Дети урожай убирают. Капусты, помидоры, яблоки. Листья падают на землю*).

Одновременно намечается различие некоторых грамматических форм. Однако это происходит лишь по отношению к словам с ударными окончаниями (*стол* - *столы*; *поет* - *поют*) и относящимся лишь к некоторым грамматическим категориям. Этот процесс носит еще довольно неустойчивый характер, и грубое недоразвитие речи у данных детей проявляется достаточно выражено.

Высказывания детей обычно бедны, ребенок ограничивается перечислением непосредственно воспринимаемых предметов и действий.

Рассказ по картине, по вопросам строится примитивно, на коротких, хотя и грамматически более правильных, фразах, чем у детей первого уровня. При этом недостаточная сформированность грамматического строя речи легко обнаруживается при усложнении речевого материала или при возникновении необходимости употребить такие слова и словосочетания, которыми ребенок в быту пользуется редко.

Формы числа, рода и падежа для таких детей по существу не несут смысловозначительной функции. Словоизменение носит случайный характер, и потому при использовании его допускается много разнообразных ошибок («Игаю мятику» - *Играю мячиком*).

Слова нередко употребляются в узком значении, уровень словесного обобщения очень низкий. Одним и тем же словом могут быть названы многие предметы, имеющие сходство по форме, назначению или другим признакам (*муравей*, *муха*, *паук*, *жук* - в одной ситуации - одним из этих слов, в другой - другим; *чашка*, *стакан* обозначаются любым из этих слов). Ограниченность словарного запаса подтверждается незнанием многих слов, обозначающих части предмета (*ветки*, *ствол*, *корни* дерева), посуду (*блюдо*, *поднос*, *кружка*), транспортные средства (*вертолет*, *моторная лодка*), детенышей животных (*бельчонок*, *ежата*, *лисенок*) и др.

Отмечается отставание в использовании слов-признаков предметов, обозначающих форму, цвет, материал. Часто появляются замены названий слов, обусловленные

общностью ситуаций (*режет - рвет, точит - режет*). При специальном обследовании отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических форм:

1. замены падежных окончаний («катался гокам» - *катается на горке*);
2. ошибки в употреблении форм числа и рода глаголов («Коля питяля» - *Коля писал*); при изменении существительных по числам («да памидка» - *две пирамидки*, «де кафи» - *два шкафа*);
3. отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными («асинь адас» - *красный карандаш*, «асинь ета» - *красная лента*, «асинь асо» - *красное колесо*, «пат кука» - *пять кукол*, «тиня пато» - *синее пальто*, «тиня кубика» - *синий кубик*; «тиня ката» - *синяя кофта*).

Много ошибок дети допускают при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, при этом существительное употребляется в исходной форме («Кадас ледит аёпка» - *Карандаш лежит в коробке*), возможна и замена предлогов («Тетатка упая и тая» - *Тетрадь упала со стола*). Союзы и частицы в речи употребляются редко.

Произносительные возможности детей значительно отстают от возрастной нормы: наблюдаются нарушения в произношении мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, сонорных, звонких и глухих («тупаны» - *тюльпаны*, «Сина» - *Зина*, «тява» - *сова* и т. п.); грубые нарушения в передаче слов разного слогового состава. Наиболее типично сокращение количества слогов («тевики» - *снеговики*).

При воспроизведении слов грубо нарушается звуконаполняемость: отмечаются перестановки слогов, звуков, замена и уподобления слогов, сокращения звуков при стечении согласных («ровотник» - *воротник*, «тена» - *стена*, «виметь» - *медведь*).

Углубленное обследование детей позволяет легко выявить недостаточность фонематического слуха, их неподготовленность к освоению навыков звукового анализа и синтеза (ребенку трудно правильно выбрать картинку с заданным звуком, определить позицию звука в слове и т. д.). Под влиянием специального коррекционного обучения дети переходят на новый - III уровень речевого развития, что позволяет расширить их речевое общение с окружающими.

III уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития.

Дети этого уровня вступают в контакты с окружающими, но лишь в присутствии родителей (воспитателей), вносящих соответствующие пояснения («Мамой ездил асыпак. А потом ходила, де летька, там зьвана. Потом аспальки не били. Потом посьли пак» - *С мамой ездил в зоопарк. А потом ходила, где клетка, там обезьяна. Потом в зоопарке не были. Потом пошли в парк*).

Свободное же общение крайне затруднено. Даже те звуки, которые дети умеют произносить правильно, в их самостоятельной речи звучат недостаточно четко.

Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном свистящих, шипящих, аффрикат и соноров), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной фонетической группы. Например, ребенок заменяет звуком с', еще недостаточно четко произносимым, звуки с («сяпоги» вместо сапоги), ш («сюба» вместо шуба), ц («сяпля» вместо цапля).

Вместе с тем на данном этапе дети уже пользуются всеми частями речи, правильно употребляют простые грамматические формы, пытаются строить сложносочиненные и сложноподчиненные предложения («Кола посол в лес, помал маленькую белку, и тыла у Коли кетка» - Коля пошел в лес, поймал маленькую белку, и жила у Коли в клетке).

Улучшаются произносительные возможности ребенка (можно выделить правильно и неправильно произносимые звуки, характер их нарушения), воспроизведение слов разной слоговой структуры и звуконаполняемости. Дети обычно уже не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков, качеств и состояний, хорошо знакомых им из жизненного опыта. Они могут свободно рассказать о своей семье, о себе и товарищах, событиях окружающей жизни, составить короткий рассказ («Кошка пошья куёуке. И во она хоует сыпьятках ешть. Они бежать. Кошку погана куицг Сыпьятках мого. Шама штоит. Куица хоёша, она погана кошку» - *Кошка пошла к курице. И вот она кочет цыпляток есть. Они бежать. Кошку прогнала курица. Цыпляток много. Курица хорошая, он прогнала кошку*).

Однако тщательное изучение состояния всех сторон речи позволяет выявить выраженную картину недоразвития каждого из компонентов языковой системы: лексики, грамматики, фонетики.

В устном речевом общении дети стараются «обходить» трудные для них слова и выражения. Но если поставить таких детей в условия, когда оказывается необходимым использовать те или иные слова и грамматические категории, пробелы в речевом развитии выступают достаточно отчетливо.

Хотя дети пользуются развернутой фразовой речью, но испытывают большие трудности при самостоятельном составлении предложений, чем их нормально говорящие сверстники.

На фоне правильных предложений можно встретить и аграмматичные, возникающие, как правило, из-за ошибок в согласовании и управлении. Эти ошибки не носят постоянного характера: одна и та же грамматическая форма или категория в разных ситуациях может использоваться и правильно, и неправильно.

Наблюдаются ошибки и при построении сложноподчиненных предложений с союзами и союзными словами («Мишя зпякаль, атому упал» - *Миша заплакал, потому что упал*). При составлении предложений по картине дети, нередко правильно называя действующее лицо и само действие, не включают в предложение названия предметов, которыми пользуется действующее лицо.

Несмотря на значительный количественный рост словарного запаса, специальное обследование лексических значений позволяет выявить ряд специфических недочетов: полное незнание значений ряда слов (*болото, озеро, ручей, петля, бретельки, локоть, ступня, беседка, веранда, подъезд* и др.), неточное понимание и употребление ряда слов (*подшивать - зашивать - кроить, подрезать - вырезать*).

Среди лексических ошибок выделяются следующие:

а) замена названия части предмета названием целого предмета (*циферблат* - «часы», *доньшко* - «чайник»);

б) подмена названий профессий названиями действия (*балерина* - «тетя танцует», *певец* - «дядя поёт» и т. п.);

в) замена видовых понятий родовыми и наоборот (*воробей* - «птичка»; *деревья* - «ёлочки»);

г) взаимозамещение признаков (*высокий, широкий, длинный* - «большой», *короткий* - «маленький»).

В свободных высказываниях дети мало пользуются прилагательными и наречиями, обозначающими признаки и состояние предметов, способы действий.

Недостаточный практический навык применения способов словообразования обедняет пути накопления словарного запаса, не дает ребенку возможности различать морфологические элементы слова.

Многие дети нередко допускают ошибки в словообразовании. Так, наряду с правильно образованными словами появляются ненормативные («столёнок» - *столлик*, «кувшинка» - *кувшинчик*, «вазка» - *вазочка*). Подобные ошибки в качестве единичных могут встречаться у детей в норме на более ранних ступенях речевого развития и быстро исчезают.

Большое число ошибок приходится на образование относительных прилагательных со значением соотнесенности с продуктами питания, материалами, растениями и т. д. («пухлый», «пухавый», «пуховный» - платок; «клюкин», «клюкный», «клюконный» - кисель; «стекляшкин», «стекловый» - стакан и т. п.).

Среди ошибок грамматического оформления речи наиболее специфичны следующие:

а) неправильное согласование прилагательных с существительными в роде, числе, падеже («Книги лежат на большими (большие) столах» - *Книги лежат на больших столах*);

б) неправильное согласование числительных с существительными («три медведем» - *три медведя*, «пять пальцем» - *пять пальцев*; «двух карандаши» - *двух карандашей* и т. п.);

в) ошибки в использовании предлогов - пропуски, замены, недоговаривание («Ездили магазин мамой и братиком» - *Ездили в магазин с мамой и братиком*; «Мяч упал из полки» - *Мяч упал с полки*);

г) ошибки в употреблении падежных форм множественного числа («Летом я был деревне у бабушки. Там речка, много деревьев, гуси»).

Звуковое оформление речи у детей с III уровнем речевого развития значительно отстает от возрастной нормы: у них продолжают наблюдаться все виды нарушений звукопроизношения (отмечаются нарушения произношения свистящих, шипящих, Л, ЛЬ, Р, РЬ, дефекты озвончения и смягчения).

Отмечаются стойкие ошибки в звуконаполняемости слов, нарушения слоговой структуры в наиболее трудных словах («Гимнасты выступают в цирке» - *Гимнасты выступают в цирке*; «Топовотик чинит водовот» - *Водопроводчик чинит водопровод*; «Такиха тёт тань» - *Ткачиха ткёт ткань*).

Недостаточное развитие фонематического слуха и восприятия приводит к тому, что у детей самостоятельно не формируется готовность к звуковому анализу и синтезу слов, что впоследствии не позволяет им успешно овладеть грамотой в школе без помощи логопеда.

Характеристика IV - го уровня: незначительные изменения всех компонентов языка. У детей нет ярких нарушений звукопроизношения имеется лишь недостатки дифференциации звуков [Р - Р'], [Л - Л'], [j], [Щ - Ч - Ш], [Т' - Ц - С - С'] и др. и

характеризуется своеобразием нарушения слоговой структуры, ребенок понимает значение слова не удерживает в памяти фонематический образ, в следствии чего искажения звуконаполняемости в разных вариантах:

- персеверации (упорное повторение какого-либо слога) «блиблиотекарь» - библиотекарь;
- перестановки звуков и слогов «комосновт» - космонавт;
- элизии (сокращение гласных при стечении);
- парафазии (замены слогов) «мотокилист» - мотоциклист;
- в редких случаях опускание слогов «велопедист» - велосипедист;
- добавление звуков «игруша» - груша, и слогов «воваци».

Степень отставания в употреблении сложных по структуре слов в спонтанном проговаривании и речевом контакте.

Все это прослеживается в сравнении с нормой, т.о. четвертый уровень определяется в зависимости от соотношения нарушений слоговой структуры и звуконаполняемости.

Совокупность перечисленных пробелов речи ребенка служит серьезным препятствием для овладения им программой детского сада общего типа, а в дальнейшем и программой общеобразовательной школы.