План

Вступ

. Поняття загального недорозвитку мовлення і причини виникнення

. Порушення звуковимови

.1 Дислалія

.2 Ринолалія

.3 Дизартрія

. Порушення ритму і темпу мовлення

.1 Тахілалія

.2 Брадилалія

.3 Заїкання

. Діагностична модель дослідження порушення мовного розвитку у дітей.

Висновок

Список використаної літератури

Вступ

Протягом перших шести років життя дитина набуває більше знань, ніж за всі інші роки, разом узяті. Особливо бурхливий розвиток відбувається в перші два роки, коли новонароджений малюк, маючи тільки кілька вроджених рефлексів, поступово вчиться сидіти, повзати і ходити, розуміти чужу мову і говорити самостійно і набуває інші важливі вміння.

Розуміти і відтворювати рідну мову дитина вчиться протягом досить тривалого проміжку часу. Існують певні норми мовного розвитку, орієнтуючись на які, батьки можуть вчасно запідозрити у своєї дитини відставання у розвитку.

Загальне недорозвинення мови (ЗНМ) і затримка мовного розвитку - це не одне і те ж. Якщо у другому випадку малюки просто починають говорити трохи пізніше однолітків, то при ЗНМ у дітей спостерігаються мовні розлади, пов'язані як зі змістом, так і зі звучанням.

. Поняття загального недорозвитку мовлення і причини виникнення

Загальне недорозвинення мови зазвичай діагностується у дошкільнят 4-6 років. Як правило, це діти з нормально розвиненим інтелектом, без дефектів слуху. Вони починають говорити пізніше інших, при цьому їх мова часто нерозбірлива, її розуміють лише батьки. Підростаючи, діти починають дуже критично ставитися до дефекту мови, переживати. Саме тому загальне недорозвинення мови потребує лікування, і подолання цієї проблеми цілком реально.

При нормальному мовному розвитку діти до 5 років вільно користуються розгорнутої фразової промовою, різними конструкціями складних речень. Вони мають достатній словниковий запас, володіють навичками словотворення і словозміни. До цього часу остаточно формується правильне звуковимову, готовність до звукового аналізу і синтезу.

Однак не у всіх випадках ці процеси протікають благополучно: у деяких дітей навіть при нормальному слуху та інтелекті різко затримується формування кожного з компонентів мови: фонетики, лексики, граматики. Це порушення вперше було встановлено Р.Є. Льовіной і визначено як загальне недорозвинення мови.

Отже Загальним недорозвитком мовлення прийнято вважати таку форму мовної аномалії, при якій у дитини з нормальним слухом і первинно збереженим інтелектом <http://ua-referat.com/%D0%86%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%82>, виявляються несформованими всі компоненти мовної системи.

Р.Є. Левіна виділила 3 рівня недорозвинення мови:

-й рівень: у дітей або повністю відсутній мова, або наявні лише елементи мови.

Діти цього рівня для спілкування користуються головним чином лепетанням словами, звуконаслідування, окремими іменниками і дієсловами побутового змісту, обривками речень, звукове оформлення яких змазано, нечітко і вкрай нестійке. Нерідко свої "вислови" дитина підкріплює мімікоюі жестами.

-й рівень: діти використовують більш розгорнуті мовні засоби. Однак недорозвинення мови виражено ще більше різко.

Висловлювання дітей зазвичай бідні, дитина обмежується перерахуванням безпосередньо сприймаються предметів і дій. Розповідь по картинці, з питань будується примітивно. Форми числа, роду і відмінка для таких дітей по суті не несуть сенсорозрізняльної функції. При відтворенні слів грубо порушується звуконаповненість: відзначаються перестановки складів, звуків, скорочення звуків при збігу приголосних.

-й рівень: характеризується наявністю розгорнутої фразової мови з елементами лексико-граматичного та фонетико-фонематичного недорозвинення.

На даному етапі діти вже користуються всіма частинами мови, вживають прості граматичні форми, намагаються будувати складносурядні і складнопідрядні пропозиції. Поліпшуються вимовні можливості дитини. Однак ретельне вивчення стану всіх сторін мовлення дозволяє виявити виражену картину недорозвинення кожного з компонентів мовної системи: лексики, граматики, фонетики. Недостатній розвиток фонематичного слуху і сприйняття призводить до того, що у дітей самостійно не формується готовність до звукового аналізу і синтезу слів, що згодом не дозволяє їм успішно оволодіти грамотою в школі без допомоги логопеда.

Аналізуючи всі три рівні загального недорозвинення мови, можна говорити, що у цих дітей є типові прояви, що вказують на системне порушення мовної діяльності. Одним з провідних ознак є більш пізній початок промови. Мова аграмматична і недостатньо фонетично оформлена. Найбільш виразним показником є відставання експресивного мовлення при відносно благополучному, на перший погляд, розумінні зверненої мови. Спостерігається недостатня мовна активність, яка з віком, без спеціального навчання, різко падає. Однак діти достатньо критичні до свого дефекту.З дітьми з ОНР повинна проводитися регулярна логопедична робота. Крім того, необхідний контроль психолога і іноді невролога. Дітям з цим діагнозом надзвичайно важливо підвищений батьківську увагу і підтримка, без яких подолання захворювання неможливо.

В етіології ЗНМ виділяються різноманітні фактори як біологічного, так і соціального характеру. До біологічних чинників відносять:

· хронічна гіпоксія плоду;

· гострі і хронічні захворювання матері в період вагітності;

· мінімальні ураження нервової системи при резус-конфліктних ситуаціях матері і плоду;

· легка асфіксія;

· родові травми;

· гострі інфекційні захворювання новонароджених;

Разом з тим ЗНМ може бути обумовлено несприятливими умовами виховання і навчання, може бути пов'язано з психічною депривації в сензитивні періоди розвитку мовлення. У багатьох випадках ЗНМ є наслідком комплексного впливу різних факторів, наприклад, спадкової схильності, органічної недостатності ЦНС (іноді легко вираженою), несприятливого соціального оточення. Найбільш складним і стійким варіантом є ЗНМ, обумовлене раннім органічним ураженням мозку.

В наш час порушення мови вивчено досить добре і багато з них виліковуються з великим успіхом. Щоб своєчасно розпізнати проблему, необхідно мати загальне уявлення про мовленнєві порушення.

. Порушення звуковимови

Звуковимова - процес утворення мовних звуків, здійснюваний енергетичним (дихальним), генераторним (голосоутворювальні) і резонаторних (звукоутворювальними) відділами мовного апарату при регуляції з боку центральної нервової системи.

Порушення звуковимови - група дефектів вимови, що включає такі нозологічні форми як дислалія, ринолалія (палатолалія), дизартрія і, частково, афазія. Порушення звуковимови слід диференціювати з діалектним говіркою і неправильним вимовою в результаті низької культури мови і грамотності.

.1 Дислалія

недорозвиток мовлення заїкання тахілалія

Дислалія - це часткове порушення мови. Особливістю цього, самого розповсюдженого порушення, являється дефектна вимова деяких звуків (пропуск, спотворення або заміна одного звука іншим), яке зустрічається в

При функціональній дислалії і слух, ібудова артикуляційного апарата в нормі, а причина порушення в слабкості нервових процесів. Найчастіше причина в тому, що дитина не володіє в досконалості своїм артикуляційним апаратом. Простіше кажучи, його «неслухняний язичок» неправильно розміщується в роті, від чого і проходить заміна одного звука іншим, а також пом’якшення, пропуск звуків.

Причини дислалії:

загальна фізична слабкість дитини із-за перенесених захворювань;

слабкість м’язів мовленнєвого апарату;

затримка мовленнєвого розвитку із-за дорослих, які недосить багато розмовляють з дитиною, повторюють за нею неправильно слова, або постійним співбесідником дитини являється людина з порушенням виови.

Дуже часто важкими у вимові являються шиплячі, свистячі, сонорні звуки; рідше - інші звуки. Звичайно порушення розповсюджується на всю групу звуків.

Розрізняються дислалія і за кількістю порушення звуків. Якщо дефект вимови відноситься лише одного звука або групи однорідних за вимовою звуків, то це проста дислалія. При порушені вимови звуків різних груп - складна.

Функціональна дислалія легко коригується при своєчасному звернені до спеціаліста.

Механічна форма деслалії - більш важке порушення мови, яке зв’язане з вродженим проблемами будови носової і ротової порожнин (губ, зубів,ньоба, носових ходів). При механічній дислалії часто не тільки страждає артикуляція, але і відбувається порушення тембру голоса, ритма мови, але і відсутність розуміння мови інших людей.

Лікування потрібно починати з виправлення фізичних дефектів, а також звернутися до логопеда відносно того, які вправи потрібно виконувати для постановки звуку.

.2 Ринолалія

Ринолалія - порушення тембру голосу і звуковимови виникає із-за анатомо-фізіологічних дефектів мовного апарату.

Ознаки:

· гугнявість - під час розмови струмінь повітря потрапляє в порожнину носу і там вібрує;

· всі звуки спотворюються, мова дитини малозрозуміла і монотонна;

· страждає вимова не тільки приголосних, але і голосних звуків.

Причини виникнення:

· вроджена або набута аномалія розвитку мовного апарату;

· всілякі захворювання носоглотки.

В залежності від характеру порушення виділяють відкриту і закриту форму ринолалії.

Відкрита ринолалія виникає при розщелині твердого і м’якого ньоба(«вовча паща»), травмі носової і ротової порожнині, паралічі м’якого ньоба, струмінь повітря проходить під час мовлення і через ніс, і через рот.

Способи вирішення проблеми. Протяжність і об’єм лікування залежить від тяжкості патології, тому такі діти потребують в систематичному лікарському спостереженню і лікуванню. Може задобитися хірургічне втручання. Обов’язкова допомога логопеда.

Закрита ринолалія може з’явитися із-за аденоїдів, поліпів, скривлення носового ходу в результаті чого повітря не потрапляє в ніс і дитина, вимовляє будь-який звук, видихаючи через рот; міняючи вимову звуків

Способ вирішення проблеми. В кожному з випадків потрібно звертатися до отоларинголога і логопеда, щоб визначити причину і привести необхідне лікування. Лікар усуне аденоїди, а логопед займеться вправами для язика.

.3 Дизартрія

Дизартрія - це порушення вимови, яке виникає в наслідок травми центральної нервової системи, запальних процесів або порушення кругообігу мозку.

Ознаки дизартрії:

· проблеми в годуванні груддю і внаслідок - твердою їжею;

· помічені порушення сну, безпричинний плач в ранньому віці;

· відсутність лепетного періоду;

· окремі слова з’являються в 2 - 3 роки;

· короткі фрази, часто неправильно побудовані, дитина почина вимовляти лише в 5 - 6 років; в цілому мовлене вий розвиток затримується, або зовсім відстає;

· після шести років словарний запас збільшується, але мовлення так і залишається незрозуміле і монотонне;

· всі рухи дитини, в тому числі і артикуляційні, повільні і незграбні;

· жування і ковтання завдає проблем, тому часто спостерігається сильне слиновиділення;

· важко даються такі рухи, як витягування губ трубочкою та надування щік;

· голос тихий, глухуватий іноді зовсім зникає;

· темп мовлення повільний, з нерівномірними паузами.

Деякі спеціалісти вважають, що у дітей, які страждають дизартрією, існує лише затримка розвитку інтелекту, напряму зв’язану з руховим і мовленнєвим порушенням, і при правильно побудованій корекційній роботі діти с дизартрією можуть добре навчатися. Такі діти знаходяться, обов’язково, на обліку у невропатолога.

Робота по покращенню звуковикові здійснюється за двома напрямками: розвиток мовленнєвого апарату, зміцнення загальної і дрібної моторики.

. Порушення ритму і темпу мовлення

.1 Тахілалія

Тахілалія патологічно швидкий темп мовлення без вагомого спотворення фонетичного оформлення, лексики і граматичного строю.

Таке мовлення важко зрозуміти. Навіть при відсутності явних спотворювань в вимовлянні звуків. При квапливості мовлення можуть з’явитися порушення мовленнєвої уваги, повторення, запинки, проковтування, перестановка складів, слів, незрозумілість промовленої фрази. А якщо не звертати уваги на дефект, від швидкого висловлювання виникає спотворювання звуків, а іноді і слів.

При тахілалії мовлення дитини не тільки швидке, але і наполегливе. Вона говорить дуже швидко, часто пропускає склади або подвоює їх, спотворює звуки і цілі слова. Таке особливе мовлення виникає у активних, легко збуджуваних, рвучких дітей. Тут грає роль як спадковість, так і неправильне виховання - постійне обмеження, жорстке покарання, а також наслідування швидкорозмовляючим дорослим. Але дитина, як правило, цього не помічає. Вона часто недослухає співбесідника і спішить висказатися сама. Інколи швидке мовлення супроводжується швидкими безладними рухами рук, ніг і всього тіла. Увага нестійка, недостатній об’єм зорової і слухової пам’яті, порушений темп загальних рухів. Під час сну такі діти неспокійні.

Вирішення проблеми проходить комплексно логопедом і лікарем-психотерапевтом.

.2 Брадилалія

Брадилалія - це патологічне уповільнення темпу мовлення. Повільне мовлення дитини: дуже монотонна, уповільнена, з розтягуванням голосних звуків, з в’ялою не чіткою артикуляцією і довгими паузами між словами. Більшості дітей с такою патологією властиво загальна в’ялість, заторможеність, повільність. Часто відмічається уповільнений темп не тільки зовнішнього мовлення, але й внутрішнього.

Причина - збій в функціонуванню центральної нервової системи, коли процеси гальмування переважають над процесами збудження.

У дітей з бардилалієй часто спостерігається також порушення загальної моторики, уваги, пам’яті, мислення.

Бардилалія може бути і самостійним порушенням темпу мовлення.

Ознаки бардилалії:

· уповільнений темп мовлення;

· монотонний голос, інколи з носовім відтінком;

· збільшення пауз між словами;

· розтягнуте вимовляння звуків.

Дитина з порушенням темпу мовлення обов’язково потребують спостережені логопеда. Як правило таким дітям призначається медикаментозне укріплення нервової системи і лікувальна фізкультура, а також психологічна допомога.

.3 Заїкання

Заїкання - це порушення мови, яке характеризується частим повторенням або пролонгацією звуків, складів або слів; або частими зупинками або нерішучістю в промові, що розривала її ритмічне перебіг. Діагноз ставиться, коли ці симптоми значні. У вітчизняній логопедичної літературі встоялося більш просте, але тільки узагальнююче визначення заїкання, як «порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовленого судорожним станом м'язів мовного апарату»

Формально прийнято виділяти дві форми заїкання: тонічеську, при якій виникає пауза в мові, або якийсь звук розтягується, і клонічну, що характеризується повторенням окремих звуків, складів або слів. Також виділяють змішану форму заїкання, при якій спостерігаються і тонічні, і клонічні судоми.

В іншій класифікації розрізняють неврозоподібну і невротичну форму заїкання. Неврозоподібна форма заїкання має на увазі виражений неврологічний дефект, зокрема, порушення моторики в цілому і артикуляції зокрема; типова коморбідність з дизартрією. При цьому можливе виникнення невротичних реакцій, але протягом заїкання мало залежить від них. Діти, які страждають неврозоподібним заїканням, зазвичай пізно починають говорити, взагалі розвиваються трохи повільніше однолітків. ЕКГ в більшості випадків виявляє патологічне або обмежене функціонування головного мозку.

При невротичної формі заїкання типово нормальний, або раннє мовленнєвий і моторний розвиток. Запинки спочатку виникають на тлі стресу, як однократного (переляк), так і хронічного. У таких дітей відсутні виражені неврологічні порушення, їх ЕКГ відображає більш гармонійне функціонування мозку, ніж у попередній групі. При цьому вираженість заїкання вкрай залежить від функціонального стану: ці люди найчастіше майже чисто говорять в спокійній обстановці, але в разі стресу (публічний виступ, розмова з незнайомою людиною, раптово задане питання) не можуть сказати ні слова через сильні мовні судоми. Також наголошується сильна вираженість логофобії (страху мовлення) і уникає поведінки. В цілому стан цих хворих відповідає критеріям неврозу, тому для невротичної форми заїкання частіше застосовують термін «логоневроз», проте деякі автори використовують його просто як синонім слова «заїкання».

Заїкання клонической форми супроводжується перериваннями мови, які можуть виражатися в повторенні окремих звуків, складів або цілих фраз, в неприродних розтягуваннях звуків (при клонической формі заїкання звуки, склади повторюються, наприклад: «м-м-м-м-м-м-м -м-м-м'ячик »,« па-па-па-па-па-паровоз », при тонической формі заїкання часто виникають паузи в мові, наприклад:« м ... .ячік »,« авт ... обус »).

Заїкання майже завжди супроводжується напругою, тривогою і страхом перед промовою. При цьому можливі неприродні рухи, гримаси особи або тіки, за допомогою яких заїкається людина намагається подолати заїкання.

Часто при заїкання спостерігаються різного роду фобії, наприклад соціофобія, пов'язана зі страхом перед промовою.

Причини виникнення заїкання точно не встановлені. Передбачається, що виникнення заїкання обумовлюється сукупністю генетичних і неврологічних чинників. У кожному разі, заїкання супроводжується підвищенням тонусу і виникненням судомної готовності рухових (моторних) нервових мовних центрів, включаючи центр Брока. Також є цілком обґрунтована думка, що заїкання виникає внаслідок переляку в ранньому віці у дітей. Так наприклад багато заїкающихся стверджують, що дефект мови з'явився в ранньому віці внаслідок сильного переляку. У дорослих людей заїкання може з'явитися внаслідок контузії, таке заїкання може пройти з часом. Будь-яке відхилення від нормативного розвитку мовлення здатне привести до виникнення заїкання: раннє мовленнєвий розвиток з бурхливим накопиченням словникового запасу; або, навпаки, затримка психомовного розвитку, алалія, загальне недорозвинення мови, які характеризуються низьким обсягом знань і уявлень про світ, малим словниковим запасом; стерта форма дизартрії, дислалія, ринолалія. Виникненню і закріплення заїкання у дітей сприяють патологічне виховання, порушення сімейних ролей і функціональності сім'ї в цілому, а також характерологічні риси батьків заїкуватих. Заїкання найчастіше виникає після перенесених інфекційних захворювань і може бути супутнім діагнозом при захворюваннях центральної нервової системи, найчастіше ДЦП .

Заїкання викликається спазмами мовного апарату: мови, ньоба, губ або ж м'язів гортані. Все, крім останнього - артикуляційні судоми, судоми м'язів гортані - голосові (звідси назва «заїкання» - спазми нагадують гикавку). Також існують дихальні судоми, при яких порушується дихання і виникає відчуття нестачі повітря. Механізм виникнення спазмів пов'язують з поширенням надмірного збудження від рухових мовних центрів головного мозку до сусідніх структурам, включаючи суміжні рухові центри кори і центри, відповідальні за емоції.

Лікування заїкання в будь-якому випадку є прямий або непрямий вплив на мовну функцію, що приводить до поліпшення стану в результаті компенсаторної реакції організму на той чи інший вид корекційного впливу. З огляду на те, що заїкання має виражену функціональну, особистісну і соціальну боку, його лікування обов'язково містить терапевтичну, педагогічну та реабілітаційну складові. При цьому значимість і результативність педагогічного та реабілітаційного компонентів знаходяться в залежності від індивідуальних здібностей пацієнта сприймати корекцію. Тому лікування заїкання - складний і суперечливий процес, далеко не завжди залежить від якості застосовуваного методу.

. Діагностична модель дослідження порушення мовного розвитку у дітей

Теоретично обґрунтована і експериментально розроблена трирівнева діагностика порушень мовленнєвого розвитку у дітей.

Перший рівень діагностичного дослідження передбачає обґрунтування і реалізацію психодіагностичного комплексу, спрямованого на вивчення психічного розвитку дитини, і на основі клінікопсихологіческіх критеріїв аналізу віднесення виявленого варіанту до однієї з типологічних груп порушеного розвитку. Це дозволяє виявити тип психічного дизонтогенезу та визначити роль порушення мови в загальній структурі комунікативно пізнавальных розладів.

Другий рівень діагностичного вивчення дитини з порушенням мовної комунікації передбачає визначення провідного порушення в речемислітельной механізмі. У процесі <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81> системного аналізу визначається функціональна достатність мовленнєвомислительного механізму в цілому і його окремих складових.

При цьому здійснюється дослідження операційного складу порушень сприйняття і смислової переробки вербальної інформації, а також процесу <http://ua-referat.com/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B5%D1%81> продукування власного висловлювання дитини, його фонаціонної реалізації лінгвістичними, паралінгвістичними і кінетичними засобами.

Третій рівень має на меті визначення основного адаптивнокомпенсаторного механізму розвитку мовлення в патологічних <http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F> умовах, управління розвитком особистості на основі збережених механізмів <http://ua-referat.com/%D0%9C%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%D1%96%D0%B7%D0%BC%D1%96> психічної діяльності.

Кінцевою метою реалізації комплексного психодіагностичного підходу є обґрунтування педагогічної <http://ua-referat.com/%D0%9F%D0%B5%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D0%BE%D0%B3%D1%96%D0%BA%D0%B0> (логопедичної) стратегії, що є частиною реабілітаційної програми

Висновок

Таким чином, діти із загальним недорозвиненням мови , володіють зниженою здатністю як сприймати відмінності у фізичних характеристиках елементів мови, так і розрізняти значення, які укладені в лексико-граматичних одиницях мови, що в свою чергу, обмежує їх комбінаторні можливості і здібності, необхідні для творчого використання конструктивних елементів рідної мови в процесі побудови мовного висловлювання.

Отже, сукупність перерахованих прогалин в фонетико-фонематичного і лексико-граматичному ладі мови, у розвитку дрібної моторики загальної координації рухів дитини служить серйозною перешкодою для оволодіння ними програми загальноосвітньої школи.

Список використаної літератури

1. Основи дефектології: Навч. Посібник - К.: Вища школа., 1994 р. - 143 с.

. Основы дефектологии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. - М.: Просвещение, 1991 г. - 143 с.

3. Коррекционная педагогика в начальном образовании: Учеб. Пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/ Г.Ф. Кумарина, М.Э. Вайнер, Ю.Н. Вьюнкова и др.; Под ред. Г.Ф. Кумариной - М.: Издательский центр «Академия», 2003 г. - 320 с

. В.А. Липа. Основы коррекционной педагогики: Учебное пособие. - Донецк: Лебідь, 2002. - 327 с.

5. Логопедия: практическое пособие/ авт.-сост. В.И. Руденко. - Изд.10-е. - Ростов н/Д.:Феникс, 2012. - 287с.