ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ

**СОДЕРЖАНИЕ**

ВЕДЕНИЕ

1. ПОНЯТИЕ РЕЧЕВОГО НАРУШЕНИЯ

2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

. ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность.** Расстройства речи у взрослых - это распад уже сложившейся речи у взрослых, вызванный различными заболеваниями. Причинами расстройств речи у взрослых людей могут быть: инсульт, динамические нарушения кровообращения, травма головы, опухоли, медленно протекающие нервно-психические заболевания, характеризующиеся слабоумием.

Однако дефекты речи могут формироваться и позже как следствие физического и психического переутомления, продолжительных голосовых нагрузок, различных заболеваний и физических травм.

Как правило, люди редко имеют совершенные, не требующие корректировки, речевые данные. Причины отклонений от нормы бывают органическими и функциональными. К органическим относятся серьезные анатомо-физиологические нарушения механизма речи. Это несовершенство строения языка (укороченная подъязычная связка, массивный язык и др.), недостатки зубочелюстной системы (открытый передний или открытый боковой прикус, слишком выдвинутая вперед верхняя или нижняя челюсть, несовершенство строения небной занавески и т.д.). Функциональные причины характеризуются нормальным физиологическим строением речевых механизмов и могут проявляться в нарушениях соотношения процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе. Тяжелые формы функциональных речевых нарушений так же трудно исправимы, как и органические.

Нарушения произносительной стороны речи многообразны. Можно разделить их на группы в зависимости от страдающего звена. Это дефекты: звукопроизношения (дислалии, дизартрии), голоса (дисфонии), темпоритмической стороны речи (ускоренный темп - тахилалия, замедленный темп - брадилалия, заикание) [7,C. 18]. Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях.

Согласно статистике, количество речевых нарушений имеет тенденцию к увеличению. Так, например, в 90-е годы в стране число людей, страдающих заиканием, превысило 5 млн. человек.

Расстройства речи в нейрореабилитационной клинике могут быть связаны не только с афазией, но и с псевдоафазией, возникающей при поражении подкорковых областей доминантного полушария без непосредственного повреждения коры мозга. В российской литературе ее обозначают термином "подкорковая афазия". Характерен смешанный характер речевых расстройств (сенсомоторные нарушения и быстрый темп восстановления).

Нарушение устной и письменной речи часто встречается у больных с инсультом. Эти два понятия не являются синонимами, так как чтение и письмо- в равной степени важные речевые функции.

Начиная с 40-х годов XX столетия, возникает новое представление об афазии в связи с появлением новой науки- нейропсихологии. Основоположник данного направления А.Р. Лурия впервые перешел от простого описания афазии, характерного для классической неврологии XIX века, к ее анализу и квалификации дефекта.

У взрослых можно говорить о самокоррекции. Без самостоятельной работы, без проявления личной заинтересованности, активности и инициативы самих обучаемых высоких результатов достичь невозможно.

Исходя из вышеизложенного, очевидно, что работе по коррекции речи должно уделяться все большее внимание, что определяет актуальность данной курсовой работы.

**Цель работы**. Изучить особенности речевых нарушений у взрослых.

**Задачи работы**. Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

раскрыть понятие речевого нарушения;

выявить основные причины речевых нарушений;

дать краткий обзор основных речевых нарушений у взрослых и определить направления их коррекции;

изучить приемы диагностики периферических нарушений речи у взрослых.

**Предметом исследования** в данной курсовой работе выступает нарушения речи.

**Объектом** - причины возникновения речевых нарушений у взрослых.

**Степень разработанности темы**. Проблемой развития речи, причиной и формой ее нарушении у взрослых, а также способами коррекции занимались, и занимаются многие известные ученые, например, Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Л.Н. Ефименкова, А.В. Ястребова, Г.В. Чиркина, Т.Б. Флерина и мн. др. Тем не менее, и здесь много нерешенного. При написании этой работы использовались исследования Большаковой С.Е., Краузе Е.Н., Поляковой М.А. и др.

**Структура работы** обусловлена поставленными целями и задачами и состоит из введения, трех глав основной части, заключения и списка используемой литературы.

1.

**1. ПОНЯТИЕ РЕЧЕВОГО НАРУШЕНИЯ**

Функциональные системы, обеспечивающие речь представляют собой сложный и многоступенчатый механизм, включающий деятельность многих структур и проводящих путей ЦНС, слухового, зрительного и двигательно-кинестетического анализаторов, мышц речевого аппарата. Для нормальной речь необходимо согласованное функционирование всего головного мозга, и прежде всего корковых речевых зон, расположенных в доминантном полушарии (у правшей в левом).

Различают два вида речь Экспрессивная (моторная) устная речь может выражаться в форме диалога (наиболее часто) и монолога. Устная речь, в отличие от точной и развернутой письменной речь, характеризуется сокращениями, большая роль в ней принадлежит интонации, мимике, жестам. Импрессивная (сенсорная) речь несет функцию понимания смысла слов и предложений. В осуществлении экспрессивной речи важное значение имеет нормальное функционирование нижних лобных отделов доминантного полушария, где формируется двигательная программа речевого высказывания. Нормальный речевой процесс происходит при тесном взаимодействии височных и лобных отделов доминантного полушария, а также при взаимосвязи их через мозолистое тело с корковыми структурами субдоминантного полушария (у правшей правого) и нижележащими мозговыми образованиями с помощью лимбико-ретикулярного комплекса. Последний представляет собой важнейшую интегративную систему организма. Эта система имеет важное значение в формировании мотивации к речевому высказыванию, без которой не может быть речевого общения.

Нарушения речи - это нарушения коммуникаций, которые связаны со структурными (грубые дефекты) или функциональными (лёгкие нарушения) дефектами [8, C.48]. Такие нарушения могут формироваться при анатомических недоразвитиях органов уха, горла, носа и полости рта, распаде голоса и речи после каких-либо заболеваний. В понятие "нарушения речи" так же включены различные отклонения от принятой в данной языковой среде нормы, полностью или частично препятствующие речевому общению и ограничивающие возможности социальной адаптации человека.

Так сложилось, что нарушениями голоса и речи занимаются как врачи (невролог, психиатр, оториноларинголог, нейрохирург, стоматолог), так и педагоги (логопеды, психологи, дефектологи, нейропсихологии, олигофренопедагоги). В этой связи, в практике используются две классификации.

Речь и спонтанная речевая продукция - это основные функции, необходимые как для социального общения, так и для интеллектуальной жизни. Утрата речи при поражении головного мозга превосходит по тяжести слепоту, глухоту и паралич.

Понятие произношение и речь относятся к сложным и мало изученным видам деятельности головного мозга. Эти термины не синонимы.

Под речью в узком смысле слова понимают использование в общении приобретенных голосовых, мануальных, слуховых и зрительных навыков. К этим навыкам относят способность произносить слова, делать различия в ударении, интонации и мелодичности; воспроизводить письменные знаки с определенной пространственной ориентацией, улавливать речь на слух и распределять ее в отношении говорящего, зрительно распознавать рукописный или печатный текст, особенности зрительного поиска при просмотре текста, а также другие менее специфические особенности [4, C.38]. Недостаток таких навыков затрудняет общение независимо от других речевых расстройств; если эти навыки сохранены, удовлетворяются только лишь элементарные потребности общения, это напоминает разговор двух лиц на разных языках.

Для осуществления моторной устной речь необходимо корковое управление движениями речевых мышц с помощью нисходящих кортико-бульбарных путей, а также восприятие и анализ афферентных двигательных импульсов, возникающих при сокращении мышц речевого аппарата в процессе речевой деятельности. На основе этого анализа происходит сличение выполняемого действия с первично заданной программой. При несоответствии этих программ из ц.н.с. направляются дополнительные нервные импульсы (поправки), координирующие работу речедвигательного механизма. Таким путем формируется речевой праксис целенаправленные автоматические речевые движения, составляющие основу моторной стороны речи.

При поражении центрального звена речедвигательного анализатора (корковых речевых зон) в период, когда устная речь сформирована, утрачивается полностью или частично возможность пользоваться собственной речь. При недоразвитии или поражении этих же отделов коры головного мозга в раннем периоде развития возникает системное недоразвитие речь алалия [15, C. 21]. При поражении левой лобной доли (у правшей) развивается моторная алалия нарушение формирования устной речи при ее понимании; при поражении левой височной доли (у правшей) сенсорная алалия нарушение понимания речи при сохранении элементарного слухового ее восприятия.

При очаговом поражении коры доминантного полушария головного мозга может развиться аграфия нарушение письменной речи, способности писать правильно по смыслу и форме при отсутствии нарушений двигательной функции руки и интеллекта. Аграфия часто сочетается с афазией. У детей с алалией наблюдается специфическая трудность формирования письменной речи дисграфия. Аграфия обычно сочетается с алексией нарушением чтения или трудностями его формирования у детей дислексией развития. У взрослых алексия часто сочетается с сенсорной афазией.

Самые тяжелые нарушения речи отмечаются при распространенных поражениях головного мозга с вовлечением в патологический процесс коры и подкорково-стволовых отделов. В генезе речевых расстройств при церебральных параличах наряду с повреждением определенных структур мозга большое значение имеет вторичное недоразвитие или более позднее формирование тех отделов центральной нервной системы, которые наиболее интенсивно развиваются после рождения, премоторно-лобной и теменно-височной коры большого мозга. Известно, что в функциональной организации этих отделов определяющую роль играют афферентная импульсация от речевых и скелетных мышц, зрительно-слуховые и слухо-зрительно-двигательно-кинестетические связи. Интегрированное восприятие сенсорных сигналов и их обработка, обобщение и формирование понятий возможны только при совместной деятельности правого и левого полушарий. Поэтому при очаговом поражении головного мозга, замедлении темпа его созревания, рассогласования деятельности полушарий отмечаются разнообразные расстройства формирования речи.

В большой степени речевые расстройства обусловлены малой занятостью больных детей предметно-практической деятельностью, сравнительно небольшим жизненным опытом и общением с весьма ограниченным кругом лиц. В наиболее важные для развития речи периоды жизни ребенок с церебральным параличом находится в различных лечебных учреждениях. Если в них не уделяют достаточного внимания педагогической работе, речевое развитие ребенка отстает от нормального. Отрицательно сказываются на развитии речи и реактивные состояния, иногда возникающие у больных детей в связи с изменением привычного образа жизни.

Неблагоприятное влияние на развитие речи оказывают допускаемые иногда родителями существенные ошибки в процессе воспитания. Если родители чрезмерно опекают ребенка, стремятся многое делать за него, предупреждают все его желания или выполняют их в ответ на жест и взгляд, потребность в деятельности, в частности в речевой, угасает. В таких случаях ребенок лишен важного для него речевого общения, которое является предпосылкой развития речи. Все перечисленные факторы в комплексе с двигательной патологией, ограничивающей возможности передвижения, определяют специфику нарушений доречевого и речевого развития детей с церебральными параличами. Жизненный опыт ребенка с церебральным параличом крайне беден, а окружающие его предметы и явления действительности настолько разнообразны, что без помощи взрослого и специального обучения он не может осмыслить то, что воспринимают его органы чувств. Словесное обозначение окружающих предметов закрепляется с трудом из-за слабости ощущения "двигательного образа слова" органами артикуляции. Вследствие глазодвигательных расстройств, слабости ощупывающих движений рук, а также АШТ-рефлекса одновременное функционирование зрения и осязания затруднено, ассоциативные связи между зрительным и двигательно-кинестетическим анализаторами не образуются [15, C.66]. В связи с этим, а также с нарушением манипулятивной деятельности и слабостью кинестетических ощущений уже с первых лет жизни отмечается аномальное развитие процесса чувственного познания окружающей действительности. Фонетико-фонематичеекие нарушения, замедляющие общий темп речевого развития ребенка, усиливают специфические трудности развития у него целостного представления о предмете, что способствует недоразвитию лексико-семантической системы языка.

Речь в широком смысле слова (язык) имеет более широкое значение, оно подразумевает выбор и расположение отдельных слов в соответствии с правилами, позволяющими человеку использовать речевые модальности для смены одной манеры разговора на другую и для выражения того плохо изученного вида деятельности головного мозга, которая называется мышлением. Нарушение речи при расстройстве деятельности головного мозга, обычно возникающее вместе с нарушением способности к речевому общению, называют афазией, или более точно дисфазией [9].

**2. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ**

Все причины речевых нарушений принято делить на две большие группы - органические и функциональные.

К органическим относятся те причины, действие которых может приводить к нарушению анатомического строения речевого аппарата в его периферическом или центральном отделах. В частности, к органическим повреждениям речевых отделов головного мозга может приводить нарушение нормальных условий внутриутробного развития плода, некоторые виды механической помощи при родах, состояние длительной асфиксии новорожденного и т. п. Аномалии в строении периферического отдела речевого аппарата могут быть обусловлены наследственно или явиться результатом неблагоприятного протекания беременности (лицевой скелет закладывается на втором- третьем ее месяце), а также могут быть приобретены уже после рождения ребенка.

К функциональным причинам принято относить такие, действие которых не приводит к изменению самого строения речевого аппарата, а лишь нарушает его нормальную работу (функцию). В роли таких причин могут выступать разного рода стрессовые ситуации, частые и длительные заболевания ребенка в раннем возрасте, истощающим образом действующие на его нервную систему и организм в целом, неправильные приемы перевоспитания левшей (сама целесообразность такого перевоспитания теперь большинством специалистов отрицается), неблагоприятное в речевом отношении социальное окружение и т. п [3, C.288]

Однако разграничение причин речевой патологии на органические и функциональные носит чисто условный характер и наиболее применимо лишь в отношении случаев грубых органических повреждений речевых органов.

Особенно затруднено такое разграничение тогда, когда речь идет о центральном отделе речевого аппарата: трудно представить себе чисто функциональные изменения при полностью нормальной структуре головного мозга. По-видимому, во многих случаях органические изменения в нем могут быть настолько незначительными, что их просто не удается обнаружить современными методами исследования. Поэтому неслучайно в последние десятилетия так много говорится о минимальной мозговой дисфункции с характерными для нее микроорганическими поражениями мозгового вещества.

По И.П. Павлову, о функциональных нарушениях мозговой клетки речь может идти лишь тогда, когда она повреждена неглубоко и еще способна выйти из тормозного состояния, то есть когда ее изменение носит обратимый характер. В случае обеспечения благоприятных условий эта клетка еще может вернуться к нормальному функционированию [15, C.4]. При органических же поражениях повреждение клетки является необратимым.

Особенно важно учитывать следующее: длительно существующие функциональные нарушения могут принимать необратимый характер и тем самым как бы переходить в органические.

Таким образом, вопрос о причинах речевой патологии достаточно сложен и требует одновременного учета многих неблагоприятных факторов в их взаимодействии, что необходимо принимать во внимание логопедам.

Дефектами речи у нас отмечено 60% взрослого населения[14, C.18]. К речи вообще стали относиться легкомысленно. Вслушайтесь, как чудовищно говорят даже на радио, телевидении. Речь - сложнейший механизм, в котором задействовано четыре жизненно важных элемента: интеллект, эмоции, интуиция, энергетика. И если речь нарушена, это свидетельствует о том, что во внутреннем царстве человека непорядок, вместо гармонии - дисгармония.

Нарушение звукопроизношения - дислалия - родом из детства, заикание - зачастую тоже. Третья категория дефектов речи у взрослых - это нарушения, возникающие в результате травм, в основном головы, или болезней, например, инсульта.

Дефект произношения может быть легким, когда не получаются лишь отдельные звуки, и органическим, связанным с поражением центральной нервной системы после родовой травмы или наследственным фактором. Типичный пример органического нарушения речи - "каша во рту". Сейчас сплошь и рядом встречается такое нарушение как позднее речевое развитие. И детей, которые начинают поздно говорить, с каждым годом становится все больше. Причем, это дети с нормальным интеллектом и абсолютно нормальной психикой, а затем, это просто сопровождает человека и во взрослой жизни.

С годами дефектное "р" или иной звук превращаются в дополнительную психологическую нагрузку, человек начинает комплексовать. Тут никакой психиатр не поможет, надо идти к логопеду и ставить звук. Звукопроизношение зависит от подвижности языка. Чтобы язык активизировать, надо его размассировать, поставить в правильное положение, что логопед и делает за несколько сеансов с помощью специальных инструментов.

Скажем, чтобы вывести "р" из горла, язык придерживают зондом в определенном положении, которое человек должен прочувствовать. Дальше логопед на специальном материале автоматизирует произношение, делает этот звук родным - так человек осваивает его. Взрослым это дается труднее, чем детям, процесс растягивается порой на многие месяцы.

У некоторых людей подъязычная связка (уздечка) слишком коротка, из-за чего язык не достает до верхнего нёба и правильное произношение того же "р" невозможно [2, C.23]. Единственный способ - подрезать эту связку. Несложную операцию - подсечку - делают стоматологи.

Что касается заикания, то, прежде всего надо определиться с тем, что это не заболевание, потому что лекарствами или посредством хирургического вмешательства не лечится. Это состояние, которое зависит от особенностей нервной системы. Бывает едва заметное или функциональное, когда речь элементарно не развита, или когда запинки провоцирует двуязычие и недостаточный словарный запас. У взрослых этот дефект связан с очень распространенным сегодня психиатрическим диагнозом - паническим синдромом. Кто-то начинает заикаться после травмы, когда поражается речевой центр. Заикание носит волнообразный характер - в каком-то возрасте ослабевает, в каком-то - усиливается, где-то может и вовсе сойти на нет, но так или иначе проявит себя вновь. Среди заикающихся больше мальчиков и мужчин. Это связано с особенностями их более ранимой нервной системы.

Справиться с заиканием в зрелом возрасте сложно, потому что у человека сложились характер и отношение к нарушению речи. Некоторые люди умудряются сделать его частью своего имиджа, хотя полностью принять, все равно не в силах. Невропатолог может снять общий нервный фон, но по-настоящему поможет лишь логопед.

**3. ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ВЗРОСЛЫХ**

Трудности заключаются и в том, что одно и то же нарушение может вызываться разными причинами и, наоборот, одна и та же причина может вызывать различные нарушения речи. Так, например, косноязычие может возникнуть вследствие неправильной работы периферического речевого аппарата, а может быть вызвано и более серьезными, органическими нарушениями центрального или периферического речевого аппарата.

В основу классификации речевых нарушений берут обычно причины, которыми эти нарушения вызываются. Поэтому очень важно выяснить самый характер этих причин. Это дает возможность лучше уяснить и классификацию речевых нарушений.

К нарушениям темпа речи относятся тахилалия и брадилалия. Эти дефекты могут выражаться в разной степени. Легкая и средняя степени мало беспокоят. При тяжелой степени нарушается процесс коммуникации, и расстройства темпа речи определяются как патологические. Развитие, проявления и методы коррекции этих дефектов различны. Исследования показывают, что тахилалия и брадилалия могут быть лишь внешним проявлением изменения мозговых процессов [11, C.88]. Поэтому для их преодоления необходимы неврологическое обследование и комплексное воздействие: медикаментозное, психотерапевтическое, логопедическое.

Тахилалия - патологически ускоренный темп речи (при этом вместо 10-12 звуков в секунду произносится 20-30), не сопровождающийся резкими искажениями звукопроизношения. Речь отличается неудержимой стремительностью. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, неясность произношения фраз и т.д. Однако при привлечении внимания к речи запинки исчезают.

В зависимости от ситуации речевого общения меняется степень выраженности симптоматики при тахилалии. Наибольшие затруднения испытываются в жизненно значимых ситуациях, в общении с авторитарными людьми, в незнакомой обстановке, в моменты возбуждения, спора.

Тахилалия часто сопровождается нарушениями обшей моторики, вегетативной нервной системы, лексических процессов, эмоционально - волевой сферы.

Поэтому преодоление тахилалии следует начинать с нормализаиии общих движений:

замедления их темпа;

тренировки координации;

формирования ритмичности, плавности [1, C. 299].

Полезны регулярные спортивные нагрузки, традиционные общеукрепляющие процедуры (физиотерапия, закаливание и др.) в сочетании с рекомендованными врачом медикаментозными средствами, консультации психотерапевта. Важно обратить внимание на режим дня и спокойный сон.

Параллельно необходимо выполнять специальные упражнения на тренировку зрительного, слухового, речевого внимания, памяти, логики мышления.

Речевая работа по преодолению тахилалии предполагает формирование:

медленного, плавного, ритмичного дыхания;

правильного голосоведения;

ритмического чтения в небыстром темпе;

плавного, "чистого", "безошибочного" письма;

спокойной, внятной, упорядоченной речи с правильным интонированием, паузацией и установкой логических ударений;

нового общего и речевого поведения в коллективе;

внимания к речи, преодоления трудностей в выборе слов и выражении своих мыслей [3, C.38].

Брадилалия - неестественно замедленный темп речи, чтения и письма, монотонность голоса, длительные паузы между словами, растянутое произношение звуков речи. При устранении брадилалии логопедические приемы направлены на воспитание: более быстрых и четких речевых движений, темпов письма и чтения, правильного ритма, пауз, ударений.

Рекомендуются также медикаментозная, психологическая помощь, занятия спортом, выполнение упражнений на координацию, точность, смену скорости и ритма движений, активизация мыслительной деятельности (неречевое и речевое мышление, быстрое словесное оформление мысли), внимания, памяти, восприятия, переключений.

Заикание - это нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата [13, C. 193]. Чаще всего заикание возникает в детском возрасте на фоне раннего психического и речевого развития, эмоциональной неустойчивости, общей ослабленности, неврологических изменений.

При заикании нарушаются дыхание, голос, артикуляция. Кроме того, заикающиеся имеют психологические особенности: страх речи, скованность, фиксированность на своем дефекте, избегание речевого общения и другое.

Поэтому лечение заикания должно проводиться комплексно, с участием психотерапевта, невропатолога, психолога, логопеда. Но решающим является участие самого заикающегося в процессе реабилитации, его настрои на лечение и самостоятельная работа над своей речью.

Логопедическая работа имеет следующие цели:

снятие напряжения с органов артикуляционного аппарата;

отработка правильного речевого дыхания;

тренировка "трудных" звуков: гласных, согласных, "энергетических" звуков - И, Е, Ё, Ю, Я;

выработка четкости произношения;

совершенствование интонационной выразительности речи;

- работа над голосом [12, C. 48].

Заикающемуся необходимо овладеть навыками общего мышечного расслабления. Осваивать его лучше сначала по контрасту, через напряжение. При этом напряжение должно быть коротким, а расслабление длительным.

Важно запоминать приятное состояние расслабленных мышц.

Применение методик аутогенной тренировки также способствует снятию общего и психологического напряжения, усталости, помогает владеть собой, своей речью независимо от эмоционального состояния.

Регулярные спортивные нагрузки (плавание, лыжи, бег, коньки, гимнастика), длительно проводящиеся под контролем тренера, снимают вегетативные расстройства (общую напряженность, возбудимость, истощаемость, склонность к потливости, покраснению, дрожанию) и нормализуют мозговые процессы.

Поскольку у заикающихся органы артикуляционного аппарата находятся в состоянии напряжения, повышенного тонуса, особое значение нужно уделять расслабляющим упражнениям. Расслабление нижней челюсти и языка должно быть доведено до полного автоматизма.

Еще один важный вид работы - упражнения на интонацию.

Отработка различных речевых интонаций производится в определенной последовательности. Сначала необходимо тренировать интонации приказа, требования, призыва. Постепенно можно перейти к интонациям убеждения, приглашения. В конце нужно заниматься интонациями просьбы и приветствия.

Наконец, самым сложным видом речевой работы при заикании является тренировка речи в различных ситуациях. Как правило, существует определенный ряд ситуаций, сложных для заикающихся в речевом и психологическом отношении. Мы предлагаем продумать свое поведение и речь, отрепетировать и разыграть следующие сюжеты:

интервью: ответы на вопросы, которые обычно провоцируют заикание;

телефонный разговор: звонок-осведомление, сообщение, предупреждение, приглашение, угроза и др;

разговоры в магазине, в институте, в кафе, на улице, в транспорте;

ситуации на работе: взять отпуск за свой счет у раздраженного начальника летом; спор с непосвященным человеком, с неспециалистом, который не хочет вас понимать;

заказать билет на самолет, когда билетов нет;

знакомство с девушкой;

переубедить собеседника;

остановить кричащего на вас человека, пользуясь не громкостью и силой голоса, а приобретенными навыками;

объяснить на шумной улице или при плохой телефонной слышимости, как доехать куда-либо [3, C. 98]

Дизартрия - это нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата ("иннервация" - снабжение нервной энергией) [13, C. 84].

Такое нарушение возникает вследствие пареза (неполного паралича) органов артикуляции: языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, дыхательных мышц. Дизартрия может проявиться после инсульта, черепно-мозговой травмы, нейроинфекции.

Основным дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизношения. Для образования звуков необходимы тонкие, согласованные движения органов артикуляции. Когда это невозможно, речь становится нечеткой, замедленной, звуки - искаженными.

Выразительность также страдает. Это проявляется в однообразии интонаций, монотонности, некоторой "скандированности" речи.

Вследствие пареза голосовых складок голос теряет силу и гибкость.

Небная занавеска либо ослаблена, либо чрезмерно напряжена, и речь приобретает носовой оттенок.

Из-за пареза мускулатуры диафрагмы, бронхов, легких речевое дыхание осуществляется неправильно. Много воздуха во время говорения уходит "впустую", его не хватает до конца фразы.

При дизартрии также могут проявляться нарушения темпа и ритма речи (патологическое убыстрение, "спотыкание", "рваная" речь с неожиданными выкриками и др.).

Перечисленные расстройства произносительной сферы могут сопровождаться неречевыми симптомами: повышенное слюноотделение, поперхивание при еде, насильственные смех или плач.

Указанные нарушения проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы: от легкой "смазанности" до полной невозможности речи. В каждом случае необходимы обследование невропатолога и логопеда для определения вида дизартрии и, соответственно, характера речевых нарушений.

Работу по преодолению этих расстройств нужно вести под контролем логопеда. Каждое занятие обычно начинается с массажа. Как показывает практика, его применение сокращает сроки речевой работы в несколько раз. Массаж улучшает кровообращение и обменные процессы в тканях, нормализует тонус мышц, координирует их движения, оказывает благоприятное воздействие на нервную систему.

Эти нарушения обозначаются термином "дислалия".

Дислалия - это нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата [13, C. 85]. Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в ее звуковом оформлении при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в дефектах воспроизведения звуков речи: искаженном (ненормативном) их произнесении, заменах одних звуков другими, в их пропусках.

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

Как правило, дизартрия не является следствием патологических изменений корковых центров. Больные с дизартрией в состоянии понимать услышанное, читать и писать, хотя и не могут произнести членораздельно ни одного слова.

Спастическая и ригидная дизартрия встречаются чаще яаретической. Патологические процессы, в которые вовлекается кортико-бульбарный путь, обычно вследствие сосудистой патологии или поражения двигательного нейрона, одномоментно или постепенно приводят к псевдобульбарному параличу. У больного, ранее перенесшего малый инсульт с односторонним поражением коротико-бульбарных волокон, могут не возникать расстройства речи и глотания, так как все мышцы, иннервируемые ядрами продолговатого мозга, по-видимому, представлены в коре головного мозга с обеих сторон. Если развивается инсульт, поражающий оставшийся кортико-бульбарный путь и, возможно, кортико-спинальный путь на уровне моста, среднего мозга или внутренней капсулы, у больного возникает анартрия или дизартрия и дисфагия. Кроме того, часто развивается двусторонняя слабость мимической мускулатуры. В отличие от бульбарного паралича при поражении периферических двигательных нейронов это состояние не влечет за собой атрофии или фасцикуляций в парализованных мышцах; оживляются челюстной и другие лицевые рефлексы; сохраняются рефлексы с мягкого неба; отмечает плохой контроль за эмоциями (патологический смех и плач); временами возникает периодическое (чейн-стоксово) дыхание [6, C.98]. В случае поражения только лобной покрышки расстройство речи может характеризоваться изолированной дизартрией, обычно без изменений эмоциональной сферы. Вначале может отмечаться тотальная анартрия и афония, но если состояние больного начинает улучшаться или поражения не столь обширны, речь становится замедленной, хриплой и неразборчивой, напоминающей таковую при неполном бульбарном параличе.

Афазией называют состояние, при котором возникает в основном потеря продуктивной речи и/или понимания обращенной речи. Она возникает вследствие приобретенных поражений головного мозга. Чаще возникает менее выраженное расстройство, называемое дисфазией.

Большинство поражений, приводящих к афазии, затрагивает область, окружающую сильвиеву борозду (лобную, височную и теменную) доминантного полушария, т. е. левую сторону у правшей. Локализация поражения может быть установлена с помощью компьютерно-томографического (КТ) или магнитно-резонансного (МРТ) методов исследования [4, C. 119]. Поражения поверхностного серого вещества головного мозга приводят к более значительному неврологическому дефициту, чем поражения белого вещества: опухоли, расположенные преимущественно в белом веществе, обычно достигают значительных размеров, прежде чем возникнут расстройства речи. Инфаркты или травматические повреждения, при которых очаг поражения имеет диаметр 1см и более, приводят к временному неврологическому речевому дефициту, который сглаживается до функционально незначимого состояния в течение нескольких недель или месяцев.

Сочетание расстройств, способности говорить и понимать речь, в меньшей степени связано с поражением определенных образований. По морфологическим признакам расстройства речи можно разделить на две большие группы. Обширные поражения передних отделов, включая большую часть лобной покрышки (ту область, которая располагается под островком) и сам островок, приводят к аграмматизму, характеризующийся сокращением структуры предложения, отсутствием большинства односложных слов и сохранением слов, обеспечивающих преимущественно предикативные, восклицательные и субстантивные функции [4, C. 116]. Больной может произнести лишь "эй", "нет", "хеллоу" или использовать простые существительные, например мяч, верх, ключ. При обширных поражениях образований, лежащих кзади от сильвиевой борозды, возникает почти противоположная симптоматика с путанием простых элементов речи или их заменой, при которой высказанное лишь приблизительно напоминает желаемое (парафазии). Эти ошибки могут заключаться в неправильном произношении (литеральные парафазии) или ошибочном подборе слов (вербальные парафазии). Вербальные парафазии могут проявляться в замене нужного слова сходными звуками или близкими по звучанию словами (формальные вербальные парафазии), например "сток" (stock-ствол) вместо "стоп" (stop), или сходство значения (семантические вербальные парафазии), например "слоу" (slow-медленный) вместо "стоп" (stop-задержка). В обоих случаях происходит нарушение понимания устной и письменной речи.

Поражения, расположенные на значительном расстоянии от сильвиевой борозды, не вызывают подобных расстройств или приводят к вторичным нарушениям речи. Примером последнего может служить поражение передних отделов лобных долей, особенно в средней доле и глазничной части, при котором ухудшаются все виды двигательной активности и часто возникает потеря внимания и восприимчивости (абулия), что напоминает состояние акинетического мутизма. Речь бывает лаконичной, с долгими паузами между высказываниями, отмечается неспособность вести монолог и рассказывать о чем-либо подробно. При обширных очагах в затылочной области нарушается процесс чтения и снижается использование всех зрительных лексических стимулов. При поражении зрительного бугра и глубоких отделов головного мозга меняется уровень настороженности и периодически возникают состояния невнимательности и дезориентации, что приводит к фрагментации слов (неологизмы) и фраз, а также к длительному неконтролируемому разговору (логорея) [5, C. 7]. Мощная стимуляция вызывает мгновенное повышение уровня настороженности и бодрствования, что свидетельствует о сохранности механизмов речи.

Субдоминантное полушарие контролирует двигательные реакции подражания, социальное предвидение (улыбка, пожатие руки) и самообслуживание (умывание, прием пищи); изменения поведения в ответ на надпороговые раздражения; способность к зрительному согласованию текста и унков. Из этого следует, что тексты, выявляющие эти особенности поведения, не свидетельствуют о функциях доминантного полушария.

Некоторые расстройства речи могут повлечь за собой изменения голоса. Парез дыхательной мускулатуры, как это бывает при полиомиелите и остром инфекционном полиневрите, а также нарушение координации как часть экстрапирамидного поражения оказывают влияние на силу голоса, так как не обеспечивается достаточное количество воздуха для фонации и речевой продукции. Как правило, при ограничении экскурсии дыхательной мускулатуры сила голоса снижается, больной может говорить только шепотом. Близкая шепоту речь является также характерным признаком ступора, однако в этом случае интенсивное надпороговое раздражение может привести к усилению голоса.

К полной афонии приводит парез обеих голосовых связок. Голос пропадает, становится беззвучным. Поскольку в норме голосовые связки во время вдоха расходятся, невозможность этого в случае паралича может приводить к инспираторному стридору. При параличе одной голосовой связки голос становится хриплым, низким и скрипучим. Одностороннее поражение блуждающего нерва, например, опухолью может привести к появлению носового оттенка голоса, так как задние носовые ходы не закрываются во время фонации. Согласные звуки "б", "п", "н" и "к" возникают при прохождении воздуха через носовые ходы. Патологические изменения голоса могут быть менее выраженными у человека, находящегося в положении лежа, и усиливаться при наклоне головы вперед. Осиплость голоса может возникнуть и при органических изменениях голосовых связок, вызванных курением, хроническими воспалительными процессами, полипами и т. д.

К малоизученным неврологическим заболеваниям, сходным с дистонией, относится спастическая дисфония у большинства больных среднего и старшего возраста (в остальном здоровых), постепенно нарушается способность говорить спокойно и плавно. Любая попытка заговорить вызывает сокращение мышц речедвигательного аппарата, что приводит к искажению голоса и затрудняет фонацию. Подобные люди не страдают неврозами, поэтому психотерапия и логопедические занятия не приносят пользы. Данное состояние отличается от стридора, возникающее вследствие спазма мышц гортани при тетании. Спастическая дисфония не прогрессирует, однако может сочетаться с экстрапирамидными заболеваниями, ограничивающими подвижность мышц, например с блефароспазмом и спастической кривошеей. Установлено, что хирургическая перерезка верхнего гортанного нерва с одной стороны, по меньшей мере, частично уменьшает ригидность.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Наиболее опасными нарушениями речи считаются нарушения у детей, поскольку вместе с утратой нормальной речи нарушается их адаптация к окружающему миру, поскольку им трудно воспринимать речь на слух, а соответственно, в дальнейшем, читать и писать. В этом плане с взрослыми проще. У взрослых нарушения речи не разрушают восприятия речи на слух. Как человек слышал и понимал сказанное, так и после обретения какого либо органического нарушения речи, он все понимает. И читает так же, как читал раньше. И на его письменных способностях болезнь не отразилась. Изменилась речь.

Причинами возникновения нарушения речи у взрослых могут быть несколько факторов.

Во-первых, это инсульт (нарушение кровообращения в головном мозге). Это самая распространенная причина нарушения речи у взрослых. Среди прочих причин можно назвать сосудистые нарушения, воспаления и опухоли головного мозга, болезнями Альцгеймера (постепенным разрушением центральной нервной системы), Паркинсона (хроническим прогрессирующим заболеванием центральной нервной системы), Хантингтона (генетическим заболеванием нервной системы). В этот список можно добавить рассеянный склероз и астенический бульбарный паралич.

Гораздо реже нарушение речи возникает в результате травм головы, отравлений (свинцом или угарным газом) или передозировки приема лекарства. Закончат этот перечень инфекции и токсины, вызванные употреблением наркотиков и алкоголя. Как видим, в отличие от детей, дизартрия у взрослых может возникнуть и от "сознательных" актов.

Причины возникновения нарушений речи мы обозначили, а дальше та же история, что и у детей. Речевой аппарат, как у ребенка, так и у взрослого человека требует слаженной одновременной работы ряда систем. И нарушение в любом звене системы (или взаимодействия систем) может привести к дизартрии.

Основной способ лечения различных нарушений речи у взрослых - лечение того заболевания, которое ее вызвало. Но чаще всего, этого оказывается недостаточно. Лучше всего сразу начать тренировать все системы, участвующие в формировании речи.

Для того, чтобы усилить (натренировать) дыхательную систему довольно часто используют упражнения системы А.Н. Стрельниковой. Эту дыхательную систему еще называют парадоксальной. В чем ее парадоксальность? В том, что она идет в разрез с общепринятыми дыхательными гимнастиками. Мы привыкли к тому, что наклоняясь - делаем выдох. А распрямляясь - вдох. У Стрельниковой все наоборот: наклон, и резкий вдох; выпрямляясь - выдох.

Артикуляционная система тоже поддается тренировке. Мы уже описывали несколько комплексов артикуляционных упражнений, с помощью которых можно "научить" правильным действиям органы речеобразования. Конечно же, нужно делать массажи: при спазме мышц расслабляющие; при чрезмерном расслаблении мышц наоборот, активизируем.

Центральная нервная система тоже "тренируется", как ни странно это звучит. Ее тренинги проходят одновременно с тренировками артикуляционной и дыхательной системы. Параллельно и незаметно глазу. То есть, выполняя артикуляционные и дыхательные упражнения автоматически "создаются" поврежденные связи между участками мозга.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абелева И.Ю. и др. В помощь взрослым заикающимся. / И.Ю. Абелева. - М: Приор - Издат., 2009 - 949 с.

2. Арнольд И.В. Дар редчайший, дар бесценный : Советы психолога / Арнольд И.. // VITA. Традиции. Медицина. Здоровье. - 1999. - N 3. - С. 22-24.

. Большакова С.Е. Речевые нарушения у взрослых и их преодоление./С.Е. Большакова - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002.- 160 с.

. Винарская Е.Н., Пулатов A.M. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга./Е.Н. Винарская, А.М. Пулатов - М,: Медицина, 2008 - 388 с.

. Дмитриев Л.Б. Телеляева Л.М. и др. Фониатрия и фонопедия./Л.Б. Дмитриев, Л.М. Теляева. - М. Феникс, 2009 - 438 с.

. Дьякова В.А. Логопедический массаж, Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. / В.А. Дьякова М., Издательский центр "Академия", 2003 - 323с

. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Логопедия./ Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. - М.: Феникс, 2003.- 290с.

. Краузе Е.Н. Логопедия. /Е.Н. Краузе. Санкт-Петербург, Корона принт, 2002. 485с

9. Левина Р.Е. Основы теории и практики логопедии // <http://www.pedlib.ru/Books/4/0286/4\_0286-1.shtml>

10. Логопедия. Методическое наследие. /Под ред. Л.С. Волковой. - Кн. V: Фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи. - М., 2003. 543с

11. Основы теории и практики логопедии / Под ред, Р,Е. Левиной. - М.,1968.

12. Полякова М.А. Самоучитель по логопедии Популярная логопедия./ М.А. Полякова - М.: Айрис - Пресс, 2011 - 372 с.

. Понятийно-терминологический словарь логопеда /Под ред. В.И. Селиверстова. - М.: Владос, 1997.-284с.

. Флоренская Ю. Избранные работы по логопедии./Ю. Флоренская. - М.: АСТ. - 2007 - 224 с.

. Зайцев И.С., Зайцева Л.А., Левяш С.Ф., Ясова И.Н. Нарушения произносительной стороны речи и их коррекция. - Мн., 2001.

. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. - М., 2003.

. Горчакова А.М. Использование клинического и психолого-педагогического аспектов при обосновании логопедического заключения // Современная логопедия: теория, практика, перспективы: Материалы междунар. науч.-практ. конф., 12-14 сентября 2002 г. / Моск. гос. откр. пед. ун-т. - М., 2002. - С. 65-67.

. Грибова О.Е. Приём научного моделирования как средство изучения речевых нарушений // Дефектология. - 2001. - № 1. - С. 3-10.

. Грибова О.Е. Психолингвистика и логопедия: вопросы, предложения // Дефектология. - 1999. - № 3. - С. 3-11.

. Жинкин Н.И. Механизмы речи. - М.: Акад. пед. наук РСФСР, 1958. - 370 с.

. Методические рекомендации по использованию Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра в диагностической деятельности центров коррекционно-развивающего обучения и реабилитации / М-во образования Респ. Беларусь. - Минск, 2002. - 21 с.

. Речевые и сенсорные системы. Теоретический курс авторизированного изложения /Л.Б. Халилова, С.Н. Шаховская, М., 1994.

. Российская Е.Н., Гаранина Л.П. Произносительная сторона речи: Практи ческий курс. - М., 2003.

24. Фотекова Т.А., Ахутина Т.В. Диагностика речевых нарушений с использованием нейропсихологических методов. - М., 2002.

. Куровец Г.В., Маевская С.И. Генезис, клиника и основные направления работы при моторной алалии. //Недоразвитие и утрата речи вопросы теории и практики. - М., 1985.

произносительный речь расстройство слабоумие