Федеральное агентство по образованию

Нижегородский государственный педагогический университет

Психолого-педагогический факультет

Кафедра социальной педагогике, психологии и предметных методик начального образования

**Реферат**

**Патологии речевой активности**

Выполнила: студентка 4 курса

Вихрова Вероника Владимировна

Научный руководитель: к.п.н., доцент кафедры

Серебрякова Татьяна Александровна

Нижний Новгород 2015

**Содержание**

Введение

. Общие представления о нарушениях речи у детей

.1 Основные концепции нарушений высших психологических функций

. Патологии речевой активности

.1 Задержка речевого развития

.2 Общее недоразвитие речи

.3 Дизартрия

.4 Алалия

.5 Фонетико-фонематическое недоразвитие речи

.6 Заикание

.7 Ринолалия

Заключение

Список литературы

# **Введение**

Речь является важной и неотъемлемой составляющей частью человеческой жизни. Благодаря ей люди общаются друг с другом, передают информацию, получают новые знания. При нарушении речевого развития происходит искажение всего процесса речеобразования.

Раннее речевое развитие ребенка - сравнительно новая область изучения в педагогике и психологии. Еще двадцать лет назад важным достижением образовательной системы в нашей стране считалась возможность начать коррекцию речи детей в старшем дошкольном возрасте, до начала обучения в школе.

В раннем возрасте успешное речевое развитие зависит от сложного сочетания и взаимодействия комплекса биологических и социальных факторов. Перечень биологических факторов риска для нарушений речи достаточно обширен и во многом сходен с причинами, вызывающими нарушения слуха и неврологическую патологию у детей раннего возраста. Это связано с тем, что в развитии человечества речь является самой "молодой" и ранимой психической функцией, которая страдает даже под влиянием минимальных патологических факторов, когда другие системы детского организма не затронуты.

Благополучное развитие речи в раннем возрасте в значительной мере определяется такими социальными факторами, как наличие вокруг ребенка нормальной речевой среды, эмоционально близких отношений с матерью, отсутствие психологических стрессов и тяжелых социально-бытовых условий в семье.

# **1. Общие представления о нарушениях речи у детей**

Нарушение речевого развития - одно из наиболее распространенных и тяжелых отклонений в формировании у ребенка высшей психической деятельности, т.е. вид психического дизонтогенеза. Поскольку развитие речи непосредственно связано с психическим развитием в целом, наиболее часто у ребенка имеет место смешанные нарушения психоречевого развития, хотя они могут выступать и изолированно. Для каждого возраста приоритетны свои речевые расстройства, хотя их строгой возрастной отнесенности не существует.

Причины возникновения речевых расстройств в основном те же, что и причины отклонения в неречевых видах психического развития. По характеру они делятся на органические и функциональные, имеющие, в свою очередь, различную этиологию.

Нейропсихологический аспект рассмотрения нарушений речевого развития позволяет дифференцированно подойти не только к структуре дефекта при разных формах расстройств речи, но и к мозговым механизмам, которые их вызывают.

При этом важно, что в речевом развитии, помимо коры мозга, важную роль играют и более элементарные структуры мозга, в частности, глубинные структуры мозга: подкорка, ствол, который включает: ножки мозга и четверохолмие, мост мозга, мозжечок и продолговатый мозг.

Поражение подкорковых базальных ядер приводит к нарушениям движений, преимущественно по типу дискоординаций, имеющих место при отсутствии параличей или парезов двигательной мускулатуры. В речевой сфере они проявляются в виде особой, подкорковой дизартрии.

Основной функцией мозжечка является обеспечение точности целенаправленных движений, поддержание равновесия, координация взаимодействия мышц агонистов, гонистов и антагонистов. Для выполнения этих задач мозжечок имеет разветвленные связи с самыми различными отделами мозга. В координировании сложных речевых движений мозжечок выступает как главный указатель точности движений органов речевого аппарата (объема, силы, направленности). При поражении мозжечка возникает особый вид дизартрии - мозжечковая, проявляющаяся в нарушении тактики ("равновесия") речевых движений.

При поражении черепных нервов, иннервирующих речевую мускулатуру, возникает бульварная дизартрия. Поражение проводящих путей, соединяющих ядра черепных нервов и кору мозга обусловливает возникновение псевдобульбарной дизартрии.

Если отклонений в речевом развитии избежать не удалось, следует приложить все силы, чтобы максимально использовать здоровые системы организма и помочь ребенку занять свое место в жизни, несмотря на трудности, связанные с неполноценностью психических функций, и в первую очередь, речевой.

Несмотря на высокую степень врожденной готовности к речи, достигнув "речевого возраста", определенная часть детей молчит или начинает говорить плохо, неразборчиво. Их с трудом понимают даже родители.

Логопед в этих случаях ставит такие диагнозы, как. дизартрия, алалия, общее недоразвитие речи, задержка речевого развития. В других случаях констатируется заикание или дислалия (называемая нередко косноязычием или нарушением звукопроизношения).

Дизартрия и алалия являются наиболее тяжелыми видами речевых расстройств, но не только потому, что ребенок не может полноценно общаться с окружающими - без речи не развивается в должной мере его мышление. речь дизартрия недоразвитие заикание

Грамотные, внимательные родители задаются вопросом, почему ребенок "молчит", уже тогда, когда замечают отсутствие у него гуления и лепета. Менее осведомленные обращаются к специалистам значительно позже, когда ребенок уже должен говорить слова и фразы.

Излишне убеждать в том, что раннее обнаружение аномалий речевого развития и своевременное обращение к специалистам крайне важно вовремя принятые необходимые меры могут вернуть ребенку полноценное развитие, и напротив, опоздание может стать роковым.

Среди речевых расстройств есть и безнадежные, при которых даже самые бдительные родители и самые умелые специалисты не в силах спасти положение. Тяжелые расстройства речи, как правило, не выступают изолированно. Они являются частью заболеваний, связанных с органическим поражением центральной нервной системы (ЦНС). Наиболее частое из них (хотя далеко не единственное) - синдром детского церебрального паралича (ДЦП).

В настоящее время нарушения психического и, прежде всего, речевого развития трактуются с позиции различных концепций.

# **.1 Основные концепции нарушений высших психологических функций**

Концепции нарушений речи, не имеющие целью раскрытие мозговых механизмов, изучаются в психологии, лингвистике, педагогике. Концепции, охватывающие не только сами речевые расстройства, но и обусловливающие их мозговые причины, изучаются в нейропсихологии и нейролингвистике.

Основные положения нейропсихологического направления исследований патологии речи было освещено ранее. Не менее важным является нейролингвистический подход к этой проблеме. Нейролингвистика является существенной частью нейропсихологии, поэтому она базируется на ее достижениях, но, кроме того, вносит свой собственный вклад, основанный на привлечении теоретических и практических знаний из области лингвистики. Нейролингвистика, с ее проникновением в тонкие закономерности речевых процессов, позволяет вскрыть факты, которые могут остаться "за кадром" при их нейропсихологическом изучении.

Нейролингвистическое изучение речевой функции было начато Хэдом (Н. Head). Им был рассмотрен такой вид патологии речи, как афазия (потеря речи у взрослых) и ее формы. Этот ракурс изучения речевых расстройств отличался от господствовавшего в то время неврологического (П. Брока, К. Вернике, Л. Лихтгейм (L. Lichtgeim), К. Липманн, П. Мари и др.). Новаторство Г Хэда состояло в том, что он считал нарушения речи прямым следствием поражения самого высокого уровня мозга - символического. Иначе говоря, Г. Хэд считал, что расстройства речи как символической деятельности всегда вызваны поражением того уровня мозга, где локализована способность пользоваться средствами языка. Исследователи, продолжившие начинание Хэда (Р. Якобсон, М. Халле, А.Р. Лурия, Е.Н. Винарская, Т.В. Ахутина и др.), доказали важность и продуктивность нейро-лингвистической концепции афазии.

В современной нейролингвистике можно выделить два основных направления. В рамках первого, открытого Р. Якобсоном и М. Халле, афазия сводится к 2 формам. Первая связывается с нарушением парадигматической стороны языка, реализуемой "задним" мозгом, вторая - с синтагматической, реализуемой "передним" мозгом. Такой подход А.Р. Лурия оценил как весьма продуктивный и разработал собственную нейролингвистическую концепцию афазии.

Второе направление нейролингвистических исследований охватывает вопрос об уровнях мозга, который был поднят, как сообщалось чуть выше, Г Хэдом. В настоящее время оно разрабатывается более активно, чем первое. Это направление лингвистики опирается на важнейшие достижения невро- и -нейрофизиологии (Н.А. Бернштейн, П.К. Анохин), психологии (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев), нейропсихологии (А.Р. Лурия), лингвистики и психолингвистики (Л.В. Щерба, А.А. Леонтьев, Н. Хомский).

Существуют различные классификации нарушений клиническая, психологическая, педагогическая, клинико-психологическая, психолого-педагогическая. В рамках нейропсихологии наиболее адекватной является клиническая классификация, основанная на соотношении разных видов патологии и обусловливающими их мозговыми механизмами. Нарушения речевого развития, помимо медицинского вмешательства, требуют участия ряда других специалистов: дефектологов (логопедов и сурдологов), медицинских психологов социальных работников. Очень важно, чтобы эти специалисты не только лечили и учили ребенка с аномалиями речевого развития, но и определили, какой тип детского учреждения ему необходим.

Однако каждый из названных специалистов, хоть и вносит важную лепту, не в состоянии помочь ребенку полностью. При правильной ранней диагностике некоторые нарушения развития речи у ребенка могут быть предотвращены, другие требуют сложного, длительного комплекса лечебно-психолого-педагогических мероприятий, третьи не поддаются лечению, и тогда на первый план выступает работа по адаптации ребенка к жизни. С этой целью в разных странах существуют специальные учреждения. Это специализированные дома ребенка системы социального обеспечения, школы для умственно отсталых детей, слепых, глухих, школы для тех детей, у которых процесс речевого развития не укладывается в рамки нормы.

# **2. Патологии речевой активности**

Понятие патологии речи определимо только на основе трех взаимосвязанных критериев.

Первый из них - это социально-психологический подход. Подойдем к понятию патологии через понятие нормы. Человек занимает в обществе систему социальных позиций, играет систему социальных ролей. В каждой из ролей есть набор функций, определяемых как социально значимые: общество предъявляет к каждому из своих членов известные требования, в соответствии с которыми эти функции должны осуществляться. В тех случаях, когда поведение человека отвечает этим требованиям, можно говорить о его соответствии социальным нормам. Понятие социальной нормы предполагает некоторое усредненное представление о минимальных функциях, которые призван осуществить человек в данном обществе и данной социальной ситуации, находясь в определенной позиции и выступая как носитель определенной социальной роли. Исходя из такого понимания, к патологии можно отнести отклонения от средней нормы.

Итак, второй подход - психофизиологический, подход с точки зрения функционального нарушения, в котором патологию следует понимать как некоторую результирующую определенного функционального нарушения и требований к функции со стороны общества.

Опираясь на такое понимание патологии, патологию речи можно определить как нарушение речевой деятельности, обусловленное несформированностью или разладкой психофизиологических механизмов, обеспечивающих усвоение, производство, воспроизводство и адекватное восприятие языковых знаков членом языкового коллектива, причем такое нарушение, которое воспринимается обществом (социальной группой) и самим человеком как отступление от социальной нормы. Таким образом, то, что весьма широко и неопределенно обозначается как патология речи, при учете третьего психолингвистического подхода может быть обозначено как нарушение (патология) языковой способности.

Такая интерпретация, как представляется, позволяет достаточно четко противопоставить собственно речевую патологию отклонениям и отступлениям от культурно-речевых норм речевого употребления, наблюдающихся у отдельных членов общества. Если в случаях патологии речи мы встречаемся с нарушениями как навыков, так и умений, то в остальных случаях - лишь с несформированностью отдельных элементов речевого процесса, невладением какими-то элементами языка. Если в случаях патологии речи человек (пациент) нуждается в специально организованной реабилитирующей помощи (восстановительной терапии, системе коррекционного воздействия), то в остальных случаях достаточно текущей коррекции отступления от нормы.

В случаях патологии речи перед нами стоит вопрос о возможности или невозможности общения (общения вообще или адекватного, эффективного общения). В остальных случаях речь идет только о том, правильно ли, хорошо ли, красиво ли говорить, так или иначе.

Патологию речи следует противопоставлять остальным отклонениям от норм речевого употребления типа оговорок, перестановок элементов слов, смешений, ошибочных употреблений слов (парафазии). Это важно потому, что факты, наблюдаемые при изучении патологии речи, и факты такого же рода, наблюдаемые при изучении нормальной речи, могут оказаться тождественными.

# **.1 Задержка речевого развития**

Задержка развития речи (ЗРР) характеризуется более медленными по сравнению с нормой темпами усвоения родного языка. Причем отставание равномерно в формировании всех компонентов языка.

Причины задержки речевого развития разнообразны: проблемы в развитии слухового, зрительного и тактильного восприятия; интеллектуальная недостаточность, наследственный тип позднего развития речи. Среди возможных причин следует также отметить соматическую ослабленность, болезненность ребенка, из-за которой задерживается формирование всех психических функций; и социальные факторы, а именно отсутствие адекватных условий для развития речи малыша. В условиях гиперопеки речевая функция часто остается невостребованной, так как окружающие понимают ребенка без слов и предупреждают все его желания. Возможна первичная задержка развития речи в тех случаях, когда родители постоянно сопровождают свои обращения к ребенку жестами и действиями, и малыш привыкает реагировать не на слова, а на жесты. Крайне вредно пребывание ребенка в избыточно информированной речевой среде, когда он слышит речь взрослых, общающихся между собой, а также радио, телевидение и привыкает не вслушиваться в речь и не придавать значения слову. В этом случае ребенок может произносить длинные бессмысленные псевдофразы, имитируя полноценную речь, а развитие истинной речи будет задерживаться. Как правило, в неблагополучных семьях, где у взрослых нет ни времени, ни желания общаться с детьми, речевое развитие последних также задерживается.

В настоящее время детей с задержкой речевого развития не оставляют без логопедической помощи, так как именно на дошкольный возраст приходится сензитивный период развития речи, и упущенное в это время можно не наверстать уже никогда.

Родителям следует помнить, что, если речевое развитие их ребенка значительно задерживается, а в течение беременности, родов или в период раннего развития малыша отмечались некоторые отклонения, не стоит затягивать с обращением к специалистам: неврологу, психологу, логопеду. Нужно вовремя провести необходимые исследования, определить причины задержки речевого развития и оказать ребенку помощь, начать занятия с психологом и логопедом.

При этом остается немаловажной роль домашних занятий с малышом. Необходимо стимулировать любые проявления активности крохи, радоваться каждому произнесенному им звуку. Следует использовать различные дидактические игры (составление целого из частей - разрезные картинки, кубики с картинками, пазлы, игрушки-собирайки, игрушки-вкладыши), продуктивную деятельность, общение в быту. Играя, рассказывайте крохе, что вы делаете: "Возьмем кубики, Машенька. Вот кубики. Будем строить дом!" Оречевляйте весь процесс ухода за ребенком. Говорите с малышом постоянно: "Сейчас мы будем мыть ручки. Что мы будем делать? Правильно. Мыть ручки. Катя хочет спать. Сейчас мы пойдем спать" и т. п. Используйте повторы языкового материала, пусть Ваш ребенок постоянно слышит знакомые словосочетания. Пойте крохе колыбельные, рассказывайте небольшие потешки-пестушки и самые простые народные сказки ("Курочка Ряба", "Репка"), рассматривайте картинки в книжках. Следует помнить, что общение и деятельность являются важнейшими факторами формирования словаря.

Следуйте советам врачей после проведенных исследований, не отказывайтесь от медикаментозного лечения. Помните, что самый активный период в развитии речи выпадает на первые три года жизни ребенка. Часто в более поздние сроки наверстать упущенное в полной мере уже не удается.

# **.2 Общее недоразвитие речи**

Общее недоразвитие речи (ОНР) - это сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речи, касающихся и звуковой, и смысловой сторон, при нормальном слухе и интеллекте.

Речевая недостаточность при ОНР неоднородна: от полного отсутствия речи до развернутой фразовой речи с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития.

Принято выделять четыре уровня речевого развития при ОНР. При I уровне речевые средства ограничены, активный словарь практически не сформирован и состоит из звукоподражаний и звукокомплексов ("ись" - "киска", "ака" - "собака", "нини" - "штаны"). В активной речи могут быть фразы из двух лепетных слов, не оформленные грамматически ("Ись иди" - "Киска сидит"). Характерна также и многозначность употребляемых слов ("ись": "киска", "мишка", "мышка"). При этом возможна замена наименования предметов названиями действий и наоборот. Например, слово "пи" (часть глагола "пить") может обозначать чашку, воду, сок, молоко. А слово "дей" ("дверь") - глаголы "открыть", "закрыть". Широко используя жесты и мимику, дети с первым уровнем развития речи при ОНР понимают обращенную речь в хорошо знакомой ситуации. Произношение большинства звуков у ребенка с первым уровнем развития речи нарушено, многие из них искажаются, смягчаются, опускаются и т. п.

При переходе ко II уровню речевая активность ребенка возрастает. Если у детей с первым уровнем речевого развития преобладают двусложные слова, то ребенок со вторым уровнем может использовать трех- и даже четырехсложные слова ("асина" - "машина", "Ибуаська" - "Чебурашка"). При этом следует отметить грубое нарушение слоговой структуры и звуконаполняемости слов ("итоти" - "цветочки", "какоки" - "колготки"). Активная речь состоит из простых предложений из двух, трех, четырех слов ("Азя тоит а тое" - "Ваза стоит на столе"). Отмечаются грубые ошибки в использовании грамматических конструкций: пропуск предлогов, отсутствие согласования прилагательных с существительными, смешение падежных форм ("Ем оська" - "Ем ложкой"). У детей со вторым уровнем речевого развития при ОНР значительно развивается понимание обращенной речи. Фонетическая сторона характеризуется многочисленными искажениями звуков. Отмечаются дефекты озвончения, смягчения, нарушения произношения свистящих ([с], [с'], [з], [з'], [ц]), шипящих ([ш], [ж]), сонорных ([р], [р'], [л], [л']) и других звуков.уровень речевого развития при ОНР характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Дети используют распространенные предложения, пытаются употреблять сложносочиненные и сложноподчиненные конструкции. Словарь таких детей включает все части речи. Наблюдается неточное употребление многих лексических значений ("кружка" - "чашка", "стакан"; "штаны" - "брюки", "шорты"). Появляются первые навыки словообразования ("стол" - "столик", "шел" - "пришел"), но дети не могут производить прилагательные от существительных ("сок из яблок" - "яблочный", "крыша из соломы" - "соломенная"), образовывать глаголы с тонкими смысловыми оттенками действий приставочным способом ("красил" - "покрасил", "выкрасил"). Недостатки произношения выражаются в смешении, замене и искажении звуков, причем замены могут быть нестойкими.

У детей с IV уровнем речевого развития нет грубых нарушений звукопроизношения, а имеет место лишь недостаточно четкое различение звуков в речи. Эти дети допускают перестановки слогов и звуков, сокращения согласных при их стечении, замены и пропуски слогов в речевом потоке. У них недостаточно внятная дикция, вялая артикуляция, "каша во рту".

Лексические ошибки проявляются в замене слов, близких по значению ("Мальчик чистит метлой двор" - вместо "Мальчик подметает метлой двор"), в смешении признаков ("большой дом" вместо "высокий дом"). В грамматическом оформлении речи детей данной категории отмечаются ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа ("Дети увидели Медведев, воронов"). Имеют место нарушения согласования прилагательных с существительными ("Я раскрашиваю шарик красным фломастером и красным ручком"). Но все ошибки детей, которых можно отнести к IV уровню речевого развития при ОНР, встречаются в незначительных количествах и носят непостоянный характер. Причем если предложить детям сравнить верный и неверный ответы, то ими будет сделан правильный выбор.

# **.3 Дизартрия**

Дизартрия возникает в результате органического поражения центральной нервной системы, головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка и проявляется в нарушении произносительной стороны речи, обусловленном повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы.

Основными клиническими признаками дизартрии являются нарушение мышечного тонуса в речевой мускулатуре, ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за парезов или параличей, нарушение голосообразования и дыхания. Основными показателями при диагностике дизартрии по степени поражения являются мимика, дыхание, голосообразование, рефлекторные движения языка, произвольные движения языком и губами, гиперкинезы (насильственные движения), синкинезии (сопутствующие движения), звукопроизношение.

Речевое развитие детей с дизартрией протекает своеобразно. Дети-дизартрики поздно начинают говорить, поэтому они имеют ограниченный речевой опыт. Грубые нарушения звукопроизношения приводят к недостаточному накоплению активного словаря и отклонениям в формировании и развитии грамматического строя речи. Активный и пассивный словарный запас этих детей значительно различаются по объему. Пассивный словарь шире активного, но из-за трудностей произношения дети не могут использовать в активной речи многие известные им слова. В грамматическом строе речи дизартриков можно выделить такую специфическую ошибку, как пропуск предлогов ("кига езыт тое" - "книга лежит на столе"), что также связано с трудностями произношения многих звуков.

В физическом статусе детей-дизартриков отмечаются общая физическая слабость, маленький рост, узкая грудная клетка, двигательная недостаточность, проявляющаяся в нарушениях равновесия и координации движений. В вегетативной нервной системе изменения проявляются в потливости верхних и нижних конечностей, повышенном слюноотделении и слюнотечении.

В психологическом статусе возможны нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в пугливости, повышенной возбудимости ребенка, чрезмерной чувствительности ко всем раздражителям или наоборот в вялости, пассивности, безынициативности, двигательной заторможенности. Для дизартриков характерны повышенная утомляемость, низкая работоспособность, неустойчивое, рассеянное внимание, трудности в переключении, ослабленная память, низкий интеллектуально-познавательный уровень.

# **.4 Алалия**

Алалия - это отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения коры головного мозга во внутриутробном или в раннем периодах развития ребенка. Многие ученые отмечали ведущую роль в возникновении алалии родовых черепномозговых травм и асфиксии новорожденных. Причем в большинстве случаев и травмы, и асфиксия являются следствием внутриутробной патологии, вызывающей хроническое кислородное голодание плода (внутриутробную гипоксию). Среди этиологических факторов выделяют также внутриутробные энцефалиты, менингиты, интоксикации плода, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнениями на мозг.

Некоторые западные исследователи подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии.

Нельзя считать алалию просто временной функциональной задержкой речевого развития. При этом нарушении весь процесс становления речи протекает в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Речь ребенка, возникающая с опозданием, формируется на патологической основе. Для алалии характерны позднее развитие речи, медленное накопление словаря, нарушение слоговой структуры слова, запоздалое формирование фразовой речи с выраженными аграмматизмами, недостаточное или полное отсутствие коммуникативной функции речи. Развитие лингвистической системы у ребенка с алалией носит специфический характер, и это отражается не столько на количестве, сколько на качестве речи. При алалии нарушены все компоненты речи: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй. Среди неречевых расстройств можно выделить моторные, сенсорные и психопатологические симптомы.

Для детей с моторной алалией характерны ограниченность и неустойчивость внимания и восприятия. Дети как бы скользят взглядом по предметам, объектам, картинкам, не улавливая существенных деталей, поэтому предметные и сюжетные картинки для занятий с этими детьми должны быть простыми, без отвлекающих подробностей, четкими, яркими.

Вопрос об интеллекте детей с моторной алалией решается неоднозначно. Многие исследователи сходятся на том, что интеллект у таких малышей вторично изменен в связи с состоянием речи, и можно говорить о вторичной задержке умственного развития. Следует отметить примитивизм, конкретность мышления детей с моторной алалией.

# **.5 Фонетико-фонематическое недоразвитие речи**

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) - это нарушение процессов формирования произносительной стороны родного языка у детей с различными речевыми расстройствами, связанными с дефектами восприятия и произношения звуков.

К этой категории относятся дети с нормальным слухом и сохранным интеллектом.

Специалисты выделяют несколько групп детей с данным диагнозом:

• дети, у которых возникают затруднения только в различении нарушенных в произношении звуков;

• дети, у которых нарушено различение большого количества звуков из разных фонетических групп;

• дети с глубоким фонематическим недоразвитием, которые вообще не различают отношения между звуковыми элементами, не способны выделить звуки из состава слова и определить их последовательность.

Речь ребенка с ФФНР характеризуется множественными пропусками, искажениями и заменами звуков. Иногда ребенок может неправильно произносить 15-20 звуков.

Нарушение воспроизведения звуков у ребенка с такой патологией связано с недостаточным различением как тех звуков, произношение которых нарушено, так и тех, которые произносятся правильно, но относятся к разным фонетическим группам. Наряду с этим у ребенка отмечаются ошибки в слоговой структуре ("пуговица" - "пувица", "сковорода" - "кода") и звуконаполняемости слов ("книга" - "нига", "мост" - "мот").

В ходе специальных коррекционных занятий логопед учит такого ребёнка узнавать и различать звуки родного языка, формирует их правильные уклады, закрепляет должное произношение и различение звуков в свободной речевой деятельности, формирует умение производить звуко-слоговой анализ слова, что помогает ребенку в дальнейшем избежать стойких ошибок при овладении письменной речью.

# **.6 Заикание**

Заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Судороги являются основным внешним симптомом заикания.

Механизмы возникновения заикания неоднородны. В одних случаях оно появляется в результате сшибки нервных процессов в коре головного мозга, расстройства темпа речевых движений (голоса, дыхания и артикуляции). В других случаях заикание является результатом зафиксированного рефлекса неправильной речи, возникшего вследствие различных речевых затруднений. Возможно возникновение заикания вследствие дисгармоничного развития личности. Но в любом случае необходимо учитывать нарушения физиологического и психологического характера, составляющие единство.

В настоящее время выделяют две группы причин возникновения заикания: предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим причинам относят неврологическую отягощенность родителей (нервные, инфекционные и соматические заболевания, ослабляющие нервную систему), невропатические особенности самого заикающегося (ночные страхи, энурез, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность), конституциональную предрасположенность (заболевание вегетативной нервной системы, подверженность психическим травмам), наследственную отягощенность (врожденная слабость речевого аппарата, передающаяся по наследству), поражение головного мозга.

В группе производящих причин выделяют анатомо-физиологические (физические заболевания с энцефалитическими последствиями, травмы и сотрясения головного мозга, заболевания, ослабляющие нервную систему; несовершенство звукопроизносительного аппарата при дислалии и дизартрии), психические и социальные (психическая травма, избалованность, неровное воспитание, хронические конфликтные переживания, длительные отрицательные эмоциональные переживания, перегруженность детей младшего дошкольного возраста речевым материалом, не соответствующее возрасту усложнение речевого материала, многоязычие, подражание заикающимся и т. п.) факторы.

Выделяют физиологические и социальные симптомы заикания. К физиологическим относят речевые судороги, нарушения центральной нервной системы, соматическую ослабленность, нарушения общей и речевой моторики. К психологическим - речевые уловки, сопутствующие движения, феномен фиксированности на дефекте, фобии (страхи) и т. п.

В настоящее время для преодоления заикания применяется комплексный метод, включающий в себя целый ряд медико-педагогических мероприятий:

• терапевтическое лечение (медикаментозное и немедикаментозное),

направленное на оздоровление нервной системы и организма

в целом;

• психотерапевтическое воздействие;

• коррекционные занятия с логопедом;

• обеспечение благоприятного социального окружения и создание нормальных бытовых условий.

# **.7 Ринолалия**

Ринолалия (гнусавость) - это нарушения тембра голоса и произношения всех звуков речи, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (расщелинами нёба, рубцовыми изменениями, парезами и параличами мягкого нёба).

Специалисты выделяют две формы ринолалии: открытую и закрытую. При открытой форме ринолалии все ротовые звуки приобретают назальность, то есть носовой оттенок. Особенно изменяется тембр гласных звуков [и], [у]. При произнесении шипящих звуков прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Звуки [п], [б], [д], [т], [к], [г] звучат неясно.

При открытой ринолалии голосовыдыхательная струя проходит в полость носа и получает в ней резонанс. Речь ребенка неразборчива, монотонна. При закрытой ринолалии понижен физиологический носовой резонанс, страдает, прежде всего, произношение звуков [м], [м'], [н], [н'].

В возникновении ринолалии играют роль как генетические, так и внешние нарушения в раннем периоде внутриутробного развития ребенка, а также биологические (грипп, паротит, краснуха, токсоплазмоз) и химические (действие ядохимикатов, кислот) факторы, эндокринные заболевания, психические травмы, употребление алкоголя и наркотиков, курение матери.

Ребенку с ринолалией необходимо длительное согласованное лечение у хирурга и ортодонта, систематические и длительные коррекционные занятия с логопедом. Иногда ему необходима помощь и других специалистов: стоматолога, оториноларинголога, невропатолога. При необходимости операции на нёбе (хейлопластика) осуществляются до 6 лет, работа по устранению остаточных дефектов - до 14 лет.

# **Заключение**

Все дети проходят определенные этапы в развитии речи: сначала ребенок гулит, затем лепечет, говорит слова и, наконец, фразы. Важную роль в прохождении этих периодов играют родители, которые разговаривают с малышом, рассказывают ему об окружающих предметах и явлениях, побуждают кроху отвечать. Но иногда бывает так, что ребенок мало гулит и лепечет, у него поздно появляются первые слова и фразы. Задержка речевого развития малыша беспокоит родителей, и, пытаясь решить эту проблему, они обращаются к разным специалистам, как правило к педиатрам или невропатологам. Все родители, узнав от специалистов, что у ребенка есть проблемы с развитием речи, стремятся понять, чем они вызваны. Этот вопрос становится особенно важным, если в семье ни у кого из ближайших родственников не было нарушений речи. Они могут возникнуть под влиянием неблагоприятных обстоятельств, или, как говорят специалисты, внешних и внутренних вредоносных факторов, нередко сочетающихся друг с другом.

Родителям не следует надеяться, что проблемы, связанные с задержкой речи, рассосутся сами собой. Если родитель испытывает сомнения, то лучше обратится к специалисту (невропатолог, психолог, дефектолог, логопед, лор-врач, а иногда и психиатр). Но также взрослый должен дейстыовать самостоятельно. Необходимо создавать мотивационную среду для развития речи, эмоционального поощрения ребенка за успехи, нужно произносить слова четко и без скороговорки.

Активные пальчиковые игры с ребёнком также имеют место быть. Необходимо проводить ежедневно артикуляционную гимнастику, развивать мелкую моторику, разговаривать с ребенком не с высоты своего роста, а на уровне его глаз, слушать, и повторяйте различные звуки.

Мотивация одна из важнейших деталей развития речевого механизма. Главное, не следует запускать ситуацию, ведь потом может быть поздно.

# **Список литературы**

. Визель Т.Г., "Основы нейропсихологии".

. Ковалева М.Н., "Психологические условия развития речевой активности младших школьников".

. Лурия А.Р., "Основы нейропсихологии".

. Ушакова Т.Н., "Проблема внутренней речи в психологии и психофизиологии".

. http://gendocs.ru/v13878/лекции\_по\_нейропсихологии