

Министерство образования Республики Беларусь
Учреждение образования «Витебский государственный
университет имени П.М. Машерова»
Кафедра коррекционной работы

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ
Теоретико-методологические
основы логопедии

Курс лекций

Витебск
ВГУ имени П.М. Машерова
2019

УДК 376.1-056.264(075.8)

ББК 74.57я73

О-75

Печатается по решению научно-методического совета учреждения образования «Витебский государственный университет имени П.М. Машерова». Протокол № 1 от 28.10.2019.

Составители: доцент кафедры коррекционной работы ВГУ имени П.М. Машерова, кандидат педагогических наук **Е.А. Харитонова**; доцент кафедры логопедии Института инклюзивного образования УО «БГПУ имени Максима Танка» **С.П. Хабарова**

Рецензент:

доцент кафедры педагогики и психологии инклюзивного образования Института инклюзивного образования УО «БГПУ имени Максима Танка», кандидат педагогических наук *О.А. Науменко*

О-75 Основы логопедии: Теоретико-методологические основы логопедии : курс лекций / сост.: Е.А. Харитонова, С.П. Хабарова. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, 2019. – 51 с.

В данном учебном издании представлены материалы лекций по разделу «Теоретико-методологические основы логопедии» дисциплины «Основы логопедии».

Адресовано студентам, обучающимся по специальности «Дошкольное образование».

УДК 376.1-056.264(075.8)

ББК 74.57я73

© ВГУ имени П.М. Машерова, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Тема 1 Логопедия как наука	5
Тема 2 Анатомо-физиологические основы логопедии	24
Тема 3 Развитие речи в онтогенезе	30
Тема 4 Причины нарушений речи	39
Тема 5 Классификация нарушений речи	42

Репозиторий ВГУ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее издание является составляющей лекционного курса учебной дисциплины «Основы логопедии» и адресовано студентам педагогического факультета, обучающимся по специальности «Дошкольное образование».

Данный материал поможет студентам в освоении знаний по следующим темам: «Логопедия как наука», «Анатомо-физиологические основы логопедии», «Развитие речи в онтогенезе», «Причины нарушений речи», «Классификация нарушений речи».

Основное назначение данного издания – раскрыть научно-теоретические основы системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушениями речи, а также предупреждения и выявления речевых расстройств и на этой основе формировать у будущих педагогов умения творчески использовать приобретённые знания в практической работе.

Содержание издания, его структура, выделение и анализ актуальных проблем, список литературы к каждой теме создают условия для активизации самостоятельной и исследовательской работы студентов по учебной дисциплине «Основы логопедии».

ТЕМА 1

ЛОГОПЕДИЯ КАК НАУКА

План лекции

1. Предмет, объект, цель и основные задачи логопедии.
2. Понятийно-категориальный аппарат логопедии.
3. Внутрисистемные и межсистемные связи логопедии.
4. Принципы логопедии как науки.
5. Принципы и методы логопедического обследования и воздействия.
6. Теоретическое и практическое значение логопедии.

Литература:

1. Домашний логопед: полный справочник: причины нарушений речи, ранняя диагностика, самые современные и эффективные методы лечения, в том числе нетрадиционные / О.Д. Абрамович [и др.]; под ред. Ю.Ю. Елисеева. – М., 2007.
2. Краузе, Е. Логопедия / Е. Краузе. – СПб., 2012.
3. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т.Б. Филичевой. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2019. – 608 с.
4. Основы логопедической работы с детьми / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – М., 2002.
5. Ткаченко, Т.А. Логопедическая энциклопедия / Т.А. Ткаченко. – М., 2008.
6. Флёрова, Ж.М. Логопедия / Ж.М. Флёрова. – Ростов н/Д, 2008.
7. Фомичева, М.Ф. Введение в логопедию / М.Ф. Фомичева. – М., 2008.

1 Предмет, объект, цель и основные задачи логопедии

Логопедия – это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Логопедия изучает причины, структуру, симптоматику нарушений речи, их механизмы.

Термин «логопедия» происходит от греч. *logos* – слово, речь и *paideia* – обучение.

Предмет логопедии – нарушения речи вариативного этиопатогенетического происхождения.

Объект логопедии – процесс обучения и воспитания лиц с нарушениями речи.

Логопедия (наряду с олигофренопедагогикой, тифлопедагогикой, сурдопедагогикой) является отраслью коррекционной педагогики. В структуру логопедии входят: логопедия раннего возраста; логопедия дошкольная, логопедия школьная и логопедия подростков и взрослых.

Цель логопедии – разработка системы преодоления и профилактики речевых расстройств, а также изучение, обучение, воспитание людей с нарушениями речи. Из цели вытекают **задачи** логопедии:

- 1) *задачи логопедии, затрагивающие вопросы теории:*
 - изучение этиологии, механизмов, структуры и симптоматики нарушений речи;
 - выявление индивидуальных особенностей развития речи (онтогенез) при различных нарушениях речи;
 - изучение влияния речевых нарушений на личность, эмоционально-волевую сферу, познавательную сферу, на выполнение той или иной деятельности;
 - изучение особенностей формирования речи у детей с различными отклонениями развития (нарушения слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата);

2) задачи логопедии, затрагивающие вопросы практики:

- разработка и совершенствование методов, приёмов и средств выявления и устранения речевых нарушений;
- разработка методов преодоления нарушений речи у детей с различными отклонениями в развитии (нарушения слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата);
- совершенствование методов профилактики речевых расстройств;
- разработка вопросов организации логопедической помощи.

Методы логопедии

Метод (от греч. *methodos* – путь исследования, теория, учение) – способ достижения какой-либо цели, решения конкретной задачи; совокупность приёмов и операций практического или теоретического освоения действительности.

В логопедии можно выделить *несколько групп методов*:

1. *Организационные* – сравнение, изучение в динамике, комплексность.
2. *Эмпирические* – наблюдение, эксперимент, психодиагностические методы (тесты, анкеты, беседы и пр.), биографические методы.
3. *Количественный и качественный анализ* полученных данных.
4. *Интерпретационные* – истолкование, объяснение полученных данных.
5. Анализ литературных данных – изучение медицинской, психологической, педагогической и лингвистической литературы.

1. *Организационные*:

1. сравнительный (с нормой, с патологией);
2. лонгитюдинальный (изучение в динамике);
3. комплексный (разные специалисты).

2. *Эмпирические*:

1. обсервационный (наблюдение);
2. экспериментальный (лабораторный, констатирующий, естественный, формирующий);
3. психодиагностические (анкеты, тесты, беседы, интервью);
4. биографические (сбор и анализ анамнестических данных).

3. *Приёмы обработки данных* (методы математической обработки).

4. *Интерпретационные* (объяснение, теоретическое исследование связей между предметами).

Краткие исторические сведения о логопедии

У истоков логопедии стояли *сурдопедагогика, медицина*.

В самостоятельную дисциплину логопедия выделилась в конце 19 – начале 20 века.

Сурдопедагогика разрабатывала приёмы коррекции речевых нарушений звуковой стороны речи. Из неё в логопедию пришел оптико-тактильный метод. До 17 века понятие *недостатка речи при нормальном слухе и глухоте* не дифференцировались.

Давно (у Плутарха, 1 век н.э., около 46–120 г.г.) появилось описание заикания (оставил воспоминание о расстройстве речи у известного оратора древности Демосфена, 384–322 г.г. до н.э.). Но самого термина не было.

В 19 веке в изучение речевых нарушений активно включились представители *медицины*. В 60-е годы 19 века швейцарский врач Р. Шультес выделил из совокупности речевых нарушений (их называли заиканием) дислалию (косноязычие).

Развитие логопедии связано с именами П. Брока (французский хирург) и К. Вернике (немецкий психоневропатолог). П. Брок в 1861 году обнаружил речедвигательную зону. К. Вернике в 1874 году – сенсорную систему. Во второй половине 19 века началось интенсивное изучение афазии. Этому способствовало развитие естественных наук: Г. Гемгольц (открытия в области физиологии слуха), М. Дакс (в 1836 г. установил

связь между повреждением левого полушария и потерей речи: наблюдая больных с поражением головного мозга, сделал заключение, что каждая половина мозга контролирует свои специфические функции; речь контролируется левым полушарием).

В 30-х гг. 20 столетия речевые нарушения рассматривались как затруднения в движении некоторых мышечных групп, т.е. нарушения артикуляции. Основная коррекция – устранение двигательных дефектов, но не дифференцирование фонемы.

С 50-х гг. 20 века на первое место выдвигается педагогическое содержание логопедии.

Большое значение для развития логопедии имело создание в 1929 году ЭДИ (экспериментального дефектологического института). Здесь начинали работу Л.С. Выготский, Р.Е. Левина. В 1944 году ЭДИ был переименован в НИИ дефектологии АПН РСФСР, затем – в НИИ дефектологии АПН СССР (сейчас – ИКП РАО).

В советское время большой вклад в становление логопедии сделали следующие учёные: Ф.А. (Фёдор Андреевич) Рау (1868–1957), Е.Ф. (Елена Фёдоровна) Рау (1889–1969), Ф.Ф. (Фёдор Фёдорович) Рау, М.Е. (Михаил Ефимович) Хватцев (1883–1977), Б.М. (Борис Моисеевич) Гриншпун (1929–1986), С.С. (Сергей Семёнович) Ляпидевский (1903–1975), О.В. (Ольга Владимировна) Правдина (1894–1977), А.Г. (Анастасия Гавриловна) Ипполитова (1902–1986), Б.Э. (Эсфирь Соломоновна) Бейн (1916–1981), Р.М. (Рахиль Марковна) Боскис (1902–1976), В.К. (Вера Константиновна) Орфинская (1899–1971), Р.Е. (Роза Евгеньевна) Левина (1908–1989), Н.Н. (Наталья Николаевна) Трауготт (1904–1994), Л.С. (Лариса Степановна) Волкова (1930–2004), Р.И. (Раиса Ивановна) Лалаева (1938–2012), А.В. (Алла Васильевна) Ястребова, Л.Ф. (Людмила Фёдоровна) Спирина, Г.В. (Галина Васильевна) Чиркина (29 апреля 1935 – 31 августа 2013), Т.Г. (Татьяна Григорьевна) Визель, Л.С. (Любовь Семёновна) Цветкова (1929–2016), В.А. (Валерий Анатольевич) Ковшиков (1936–2000), Ю.Б. (Юлия Борисовна) Некрасова, Е.Ф. (Елена Филипповна) Архипова, Т.В. (Татьяна Васильевна) Ахутина, Е.Н. (Елена Николаевна) Винарская и др.

Московская школа логопедии. В ЭДИ (НИИД АПН РСФСР, НИИД АПН СССР, ИКП РАО) работали: Л.С. (Лев Семёнович) Выготский (известный русский психолог начала XX века, который связал психологию с педагогикой), А.Р. (Александр Романович) Лурия (в области дефектологии развивал объективные методы исследования аномальных детей), Ж.И. (Жозефина Ильинична) Шиф (много внимания уделила изучению таких вопросов, как развитие умственной деятельности глухих детей при усвоении ими грамматического строя языка, сенсорные предпосылки овладения речью, «аграмматизмы» глухих, их отношение к овладению словесной речью), Г.А. (Галина Амосовна) Каше, Р.Е. (Роза Евгеньевна) Левина (самым крупным достижением является построение концепции общего недоразвития речи), Л.Ф. (Людмила Фёдоровна) Спирина, Н.А. (Наталья Александровна) Власова (заикание), В.И. (Владимир Иванович) Лубовский (основное направление научных исследований связано с проблемами общих и специфических закономерностей психического развития детей с умственными и физическими недостатками), А.Г. (Анастасия Гавриловна) Ипполитова (теоретическая и практическая разработка системы методических приёмов постановки звукопроизношения у детей с псевдобульбарной дизартрией и ринолалией), И.Т. (Игорь Тихонович) Власенко (психологические проблемы афазии и алалии), А.В. (Алла Васильевна) Ястребова (разрабатывала вопросы изучения и коррекции заикания и алалии), Н.А. (Нина Алексеевна) Чевелёва (проблемы заикания), Г.В. (Галина Васильевна) Чиркина (дети с нарушениями артикуляционного аппарата: дизартрия, ринолалия), Е.М. (Елена Михайловна) Мастюкова (исследовательская и консультативная работа по изучению детей с детскими церебральными параличами).

В МГПИ имени В.И. Ленина (МПИУ) трудились Ф.А. (Фёдор Андреевич) Рау (разрабатывал вопросы теории и практики в сурдопедагогике и логопедии, автор и редактор большого числа печатных трудов по сурдопедагогике и логопедии), С.С. (Сергей Семёнович) Ляпидевский (при его непосредственном участии создавались учебные планы и программы, совершенствовалась система подготовки специалистов-дефектологов), О.В. (Ольга Владимировна) Правдина (детская дизартрия), Т.Н. Воронцова (ринолалия, специальная методика русского языка), В.И. (Владимир Ильич) Селивёрстов (первые обобщения по истории логопедии как науки; заикание у подростков; вёл большую научно-методическую и научно-организационную работу), М.Ф. (Мария Фёдоровна) Фомичёва (научно-исследовательская деятельность охватывает широкий круг проблем логопедии), Е.С. (Елена Самсоновна) Алмазова (основной поиск был направлен на изучение и восстановление детского голоса), С.Н. (Светлана Николаевна) Шаховская (моторная алалия; первые обобщения по проблемам теории и практики зарубежной логопедии; активно развивает научную школу, связанную с поиском путей совершенствования теории и практики логопедии, с повышением качества подготовки дефектологических кадров), С.И. Маевская (сенсорная алалия), Л.И. (Лидия Ивановна) Белякова (клинические вопросы заикания), О.С. (Ольга Святославовна) Орлова (коррекция и предупреждение нарушений голоса у педагогов), Е.В. (Елена Викторовна) Лаврова (проблема изучения патологии голоса), Е.В. (Евгений Вазгенович) Оганесян (логопедическая ритмика в коррекционно-педагогической работе со взрослыми заикающимися), О.Н. (Ольга Николаевна) Усанова (специальная психология) и др.

В МГЗПИ (МГУ имени М.А. Шолохова) работали: Е.Ф. (Елена Фёдоровна) Рау (стояла у истоков развития отечественной сурдопедагогике и логопедии), Т.Б. (Татьяна Борисовна) Филичева (вопросы предупреждения и коррекции речевых нарушений детей дошкольного возраста), Н.А. (Нина Алексеевна) Чевелёва (методика устранения заикания у школьников), В.К. (Валентина Константиновна) Воробьёва (работает в русле нового направления в логопедии, связанного с психолингвистическим обоснованием механизмов нарушения речевой деятельности у детей с моторной алалией) и др.

МГУ: Л.С. (Любовь Семёновна) Цветкова (автор многих известных в отечественной и мировой логопедии работ по теоретическим, методологическим проблемам афазии и реабилитации больных с афазией).

Современные учёные (г. Москва):

А.А. (Анна Алексеевна) Алмазова (обучение построению письменного текста школьников с тяжёлыми нарушениями речи), Л.Б. (Людмила Борисовна) Баряева (инновационные технологии обучения, воспитания и коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста), Г.В. (Галина Васильевна) Бабина (проблемы текстовой компетенции, структурно-смыслового анализа текста при чтении, дизорфографии, изучения метаязыковой способности детей с нарушениями речи), О.А. (Ольга Александровна) Безрукова (проблемы обучения языку и развития, коррекции речи детей дошкольного и младшего школьного возраста), Т.В. (Татьяна Владимировна) Волосовец (логопедическая работа с детьми 1–3 лет с врождёнными расщелинами губы и нёба), В.П. (Вадим Петрович) Глухов (Особенности формирования связной монологической речи детей старшего дошкольного возраста с общим речевым недоразвитием), О.Б. (Ольга Борисовна) Иншакова (дисграфия и дислексия), О.В. (Ольга Вячеславовна) Елецкая (изучает проблему нарушений в овладении орфографией у учеников средних классов), М.Н. (Маргарита Николаевна) Русецкая (коррекция нарушений письменной речи у детей), В.В. (Виктория Валентиновна) Ткачёва (психологическая помощь семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии), Т.В. (Татьяна Володаровна) Туманова (формирование звукопроизношения у дошкольников; зам. гл. ред. журналов «Школьный логопед», «Дети с проблемами в развитии»), О.С. (Оксана Семёновна)

Ушакова (разработана теория усвоения языка в дошкольном детстве и психолого-педагогические основы методики развития речи в детском саду).

Ленинградская школа логопедии. Известные советские учёные: Д.В. (Давид Владимирович) *Фельдберг* (советский, российский логопед и сурдопедагог, один из основателей высшего дефектологического образования в России), *М.Е.* (Михаил Ефимович) *Хватцев* (изучал причины возникновения нарушений речи; разрабатывал классификацию речевых нарушений; много сделал для создания системы коррекции нарушений звукопроизношения; автор первого учебника логопедии для специалистов, работающих в области патологии речи), *Н.Н.* (Наталья Николаевна) *Трауготт* (изучала работу слухового анализатора при детской тугоухости, алалии и афазии), *В.В.* (Варвара Владимировна) *Опель* (исследовала лингвистические аспекты алалии и афазии), *Л.Г.* (Людмила Григорьевна) *Парамонова* (предупреждение и устранение дисграфии у детей, повышение грамотности учащихся), *В.А.* (Валерий Анатольевич) *Ковшиков* (рассматривал алалию с современных лингвистических и психолингвистических позиций), *Р.И.* (Раиса Ивановна) *Лалаева* (разработала классификацию дислексии и дисграфий; под её руководством сформировалась научная школа по изучению структуры сложного речевого дефекта у детей с интеллектуальной недостаточностью; работала в русле психолингвистического подхода к анализу механизмов речевой патологии), *Л.С.* (Лариса Степановна) *Волкова* (разработала новое направление в логопедии: изучение и коррекция системных речевых расстройств у детей с нарушениями зрения), *Г.А.* (Галина Анатольевна) *Волкова* (изучала возможности игровой деятельности в устранении заикания; является автором учебника по логопедической ритмике; разработала новую дисциплину *логопатофизиологии*), *В.К.* (Вера Константиновна) *Орфинская* (сравнительное лингвистическое изучение алалии и афазии), *Е.Ф.* (Евгения Фёдоровна) *Соботович* (изучение механизмов алалии), *В.М.* (Виктор Маркович) *Шкловский* (проблемы заикания; фундаментальные исследования в области нейрореабилитации больных с последствиями cerebrovascularных болезней, травматических поражений головного мозга, нейроинфекции, нарушений глотания и других заболеваний ЦНС), *Е.С.* (Евгений Сергеевич) *Иванов* (исследовал психопатологические синдромы, астенические состояния у детей, задержки психического развития, нарушенное поведение умственно отсталых школьников, аутизм), *Л.Я.* (Леон Яковлевич) *Миссуловин* (психотерапевтические методики и приёмы устранения заикания у различных категорий нервно-психических больных) и др.

Современные учёные (г. Санкт-Петербург):

В.А. (Виктор Александрович) *Колягин* (изучение личности заикающихся), *И.В.* (Инна Васильевна) *Королёва* (проблемы пациентов после кохлеарной имплантации), *Л.В.* (Людмила Владимировна) *Лопатина* (проблемы дизартрии, просодическая сторона речи, звукопроизношение); *Е.А.* (Елена Александровна) *Логинова* (нарушения письма у младших школьников с ЗПР), *И.В.* (Ирина Владимировна) *Прищепова* (проблемы дисграфии и дизорфографии), *С.Б.* (Сергей Борисович) *Яковлев* (классификация нарушений письменной речи), *Н.В.* (Наталья Валентиновна) *Нищева* (выстроила собственную оригинальную систему коррекционной работы по преодолению общего недоразвития речи (ОНР) у детей), *И.В.* (Ирина Владимировна) *Прищепова* (дизорфография младших школьников).

В Беларуси весомый вклад в дело становления логопедии внесли: *К.Г.* (Клара Гавриловна) *Ермилова* (изучение речевой деятельности у разных категорий детей с особенностями психофизического развития), *Л.А.* (Людмила Афанасьевна) *Зайцева* (область научных интересов – ранняя коррекционно-развивающая помощь детям с психофизическими нарушениями; обучение русскому языку учащихся с тяжёлыми нарушениями речи на компетентностной основе; социальная адаптация и интеграция в общество лиц с нарушениями речи),

Современные учёные (РБ): Ю.К. (Юрий Константинович) Шергилашвили (коррекция недостатков грамматического строя речи у учащихся младших классов вспомогательной школы в процессе логопедических занятий), И.С. (Игорь Станиславович) Зайцев (методика педагогической профилактики социальной дезадаптации старшекласников с тяжёлыми нарушениями речи), И.Н. (Инна Николаевна) Логинова (психолого-педагогическая диагностика лиц с нарушениями речи), Е.А. (Елена Александровна) Харитоновна (формирование фразовой речи у детей с общим недоразвитием речи в процессе сюжетно-ролевой игры), С.П. (Светлана Петровна) Хабарова (формирование готовности к овладению чтением дошкольников с общим недоразвитием речи), О.А. (Оксана Анатольевна) Науменко (формирование основ знаково-символической деятельности у старших дошкольников с общим недоразвитием речи), Н.В. (Нина Викторовна) Дроздова (формирование речевой активности старших дошкольников с общим недоразвитием речи на логопедических занятиях), И.В. (Инна Владимировна) Филипович (консультативно-коррекционная технология, как средство педагогической помощи детям раннего возраста с факторами риска в речевом развитии), Н.Н. (Наталья Николаевна) Баль (дифференцированный подход к преодолению аграмматизма у учащихся с тяжёлыми нарушениями речи), И.В. (Инга Владиславовна) Кижло (коррекция нарушений просодической стороны речи младших школьников с тяжёлыми нарушениями речи на занятиях по логопедической ритмике) и др.

За рубежом в области логопедии работали *Милослав Зеeman (Чехия), Клаус-Петер Беккер (ГДР), Милош Совак, А. Митринович-Моджеевска (Польша).*

2 Понятийно-категориальный аппарат логопедии

Обязательным условием функционирования любой науки является наличие собственного *понятийно-категориального аппарата*.

Норма речи – общепринятые варианты употребления языка в процессе речевой деятельности. При нормальной речевой деятельности всегда сохранены психофизиологические механизмы речи.

Нарушения речи – отклонения в речи говорящего от языковой нормы, принятой в данной языковой среде. Такие отклонения от языковой нормы обусловлены расстройством нормального функционирования механизмов речевой деятельности. С точки зрения коммуникативной теории, *нарушение речи* – есть нарушение вербальной коммуникации.

Речевые нарушения характеризуются следующими *особенностями*:

- они не соответствуют возрасту говорящего;
- не являются диалектизмами, безграмотностью;
- связаны с отклонениями в функционировании механизмов речи;
- оказывают отрицательное влияние на психику ребёнка;
- носят устойчивый характер и самостоятельно не исчезают;
- требуют логопедического воздействия.

Нарушения речи иначе еще называют *«расстройство речи», «дефекты речи», «недостатки речи», «речевая патология», «речевые отклонения»*.

Недоразвитие речи – качественно низкий уровень сформированности речевой функции или речи в целом.

Общее недоразвитие речи (ОНР) – речевая аномалия, при которой нарушено формирование всех компонентов речи (лексической стороны речи, грамматического строя, фонетико-фонематической стороны речи).

Общее недоразвитие речи может наблюдаться при различной речевой патологии: алалии, ринолалии, дизартрии. Это такие случаи нарушений речи, при которых страдают все компоненты речи, но при этом сохранен слух и нормальный интеллект.

Общее недоразвитие речи может возникнуть само по себе, например, вследствие социально-педагогической депривации, соматической ослабленности, мозговой дисфункции.

«Общее недоразвитие речи» (ОНР) – собирательный термин для ряда сходных состояний.

В логопедическом заключении ребёнку до 3-х лет не пишут «Общее недоразвитие речи», а пишут «Задержка речевого развития».

Системное недоразвитие речи (СНР) – это различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к её звуковой и смысловой стороне, у детей с особенностями психофизического развития.

Задержка речевого развития (ЗРР) – это более позднее в сравнении с возрастной нормой овладение устной речью детьми. ЗРР характеризуется качественным и количественным недоразвитием словарного запаса, несформированностью экспрессивной речи, отсутствием у ребёнка фразовой речи к 2-м годам и связной речи к 3-м годам.

Распад речи – утрата имевшихся речевых навыков вследствие локальных поражений мозга (при афазии), в результате инсульта, опухоли мозга, травмы.

Этиология нарушений речи – это учение о причинах и условиях, которые обуславливают возникновение нарушений речевой деятельности.

Симптоматика нарушения речи – это совокупность признаков (или, проявлений) нарушения речевой деятельности.

Симптом нарушения речи – это признак (или, проявление) какого-либо нарушения речи.

Механизм нарушения речи – характер отклонений в функционировании процессов и операций, которые обуславливают возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

Патогенез – патологический механизм, обуславливающий возникновение и развитие нарушений речевой деятельности.

Структура речевого дефекта – совокупность речевых и неречевых симптомов нарушения речи. В ней выделяют первичный дефект и вторичный дефект. Они находятся в причинно-следственных отношениях. Соотношение речевых и неречевых симптомов бывает различным. Так, *неречевой симптом* может быть *первичен* по отношению к речевому симптому, *например*, при дизартрии нарушены движения, следовательно, – нарушена речь). Но чаще *неречевой симптом* является *вторичным* по отношению к речевому симптому. *Например*: при заикании имеет место вторичное нарушение эмоционально-волевой сферы, познавательной деятельности.

Профилактика – совокупность мероприятий, направленных на предупреждение речевых нарушений. Это одна из актуальных проблем логопедии.

Логопедическое воздействие – педагогический процесс, который направлен на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности.

Логопедическое воздействие может быть направлено на: устранение нарушений речи (нарушение письменной речи), исправление (нарушение звукопроизношения), преодоление отрицательных черт, связанных с речевым дефектом (негативизма), преодоление концентрации на своем дефекте.

Коррекция – исправление или ослабление симптоматики речевых нарушений.

Компенсация психических функций – перестройка психических функций; *возмещение* недоразвитых или нарушенных психических функций путём *использования сохранных функций* или *перестройки частично нарушенных функций*. Включает в себя *восстановление* и *замещение*. Огромную роль при ней играет центральная нервная система.

Выделяют два типа компенсации функций. Первый – это *внутрисистемная компенсация*, которая осуществляется за счёт привлечения сохранных нервных элементов пострадавших структур, например, при потере слуха развитие остаточного слухового восприятия. Второй – это *межсистемная компенсация*, которая осуществляется путём перестройки функциональных систем и включения в работу новых элементов из других структур за счёт выполнения ранее несвойственных им функций. Например, компенсация функций зрительного анализатора у слепорождённого ребёнка происходит за счёт развития осязания, т.е. деятельности двигательного и тактильного анализаторов.

Адаптация – приспособление ребёнка с патологией к условиям общества.

Обучение – процесс усвоения определённых знаний, умений и навыков под руководством специального лица (учителя, логопеда, воспитателя), включающий активную познавательную деятельность детей; двухсторонний процесс: целенаправленная деятельность педагога и ученика.

Воспитание – целенаправленное, систематическое управление процессом формирования личности.

В процессе **перевоспитания** осуществляется коррекция и компенсация личностных особенностей лиц с нарушениями речевой деятельности. Одновременно идёт развитие тех функций, формирование которых вторично задерживается.

Развитие – изменение, переход из одного состояния в качественно новое, более совершенное, движение вперёд.

Восстановительное обучение – восстановление нарушенных речевых и неречевых функций, т.е. обратное развитие речи (например, при афазии).

3 Внутрисистемные и межсистемные связи логопедии

Логопедия связана со многими науками. Традиционно связи логопедии делят на *внутрисистемные* и *межсистемные*.

К *внутрисистемным* относятся связи с педагогикой, различными отраслями коррекционной педагогики: сурдопедагогикой, тифлопедагогикой, олигофренопедагогикой; методиками обучения родному языку, математике; с логопедической ритмикой, общей и специальной психологией. К *межсистемным* связям относятся связи с медико-биологическими и лингвистическими науками.

Внутрисистемные связи.

Логопедия связана:

с педагогическими науками:

с педагогикой – наукой о воспитании человека. Педагогика раскрывает сущность, цели, задачи и закономерности воспитания, его роль в жизни общества и развитии личности, процесс образования и обучения; включает теорию воспитания, дидактику, школоведение;

коррекционной педагогией – отраслью педагогики, изучающей особенности развития, обучения и воспитания детей с аномалиями развития. Коррекционная педагогика включает олигофренопедагогическую (науку о развитии, обучении и воспитании детей с интеллектуальными нарушениями), сурдопедагогическую (науку о развитии, обучении и воспитании детей с нарушениями слуха), тифлопедагогическую (науку о развитии, обучении и воспитании детей с нарушениями зрения):

методикой обучения русскому языку;

логопедической ритмикой;

с психологическими науками:

психологией (общей, возрастной, педагогической, социальной);

специальной психологией;

психодиагностикой; патопсихологией; нейропсихологией.

Межсистемные связи представлены *медико-биологическими* и *лингвистическими* науками.

Медико-биологические науки:

анатомия и физиология детей и подростков;

нейрофизиология и высшая нервная деятельность;

невропатология; клиника умственной отсталости;

оториноларингология; педиатрия; генетика; психопатология.

Лингвистические науки:

языкознание; фонетика; лексика; грамматика; психолингвистика.

Взаимосвязь логопедии со всеми перечисленными науками обусловлена необходимостью знаний о речи и личности ребёнка, об этиологии и механизмах речевых расстройств, особенностях коррекционной работы и профилактических мероприятиях.

Связь логопедии с *общей педагогикой*. В логопедии используются те же принципы, но они специфичны. Например, принцип *наглядности*. На первоначальных этапах работы в качестве наглядности используется зеркало, чтобы ребёнок мог следить за артикуляцией (при постановке звука), речь логопеда (при заикании).

Принцип последовательности, системности. Определённая последовательность в звуках, слогах, словах, последующая дифференциация, постепенная автоматизация. Предусматривает усложнение форм речи при заикании (сопряжённая, вопросительно-ответная, спонтанная речь).

Воспитывающий характер обучения – коррекция личностных форм, коррекция отрицательных черт характера, предупреждение отрицательных черт, формирование трудолюбия, любовь к животным.

Связь логопедии с *сурдопедагогикой*. Материальная основа речи – слух. Самые незначительные нарушения слуха ведут к нарушению речи.

Связь логопедии с *тифлопедагогикой*. У многих незрячих, слабовидящих детей овладение речью характеризуется особенностями. В оформлении звуковой стороны речи есть трудности, ребёнок не видит артикуляции. Ребёнок, лишенный зрения, не видит предметы (не возникает зрительно-слуховой связи).

Связь логопедии с *олигофренопедагогикой*. Речь связана с основными высшими психическими процессами. Основной момент в психике при интеллектуальной недостаточности – нарушение аналитико-синтетической деятельности коры головного мозга. Нарушения речи у детей с интеллектуальной недостаточностью закономерны (для речи нужен интеллект). У всех детей с интеллектуальной недостаточностью имеется системное недоразвитие речи.

Педагогу необходимы *психологические знания* для установления контакта с ребёнком, для *выбора адекватных методов психолого-педагогического обследования* детей разного возраста, *эффективных методов и приёмов логопедического воздействия*, наиболее подходящих для данного ребёнка. Очень важно анализировать речевое нарушение в структуре личности ребёнка. Знание психологии помогает логопеду видеть не только само речевое расстройство, а, прежде всего, ребёнка, правильно понимать взаимосвязь его речевых нарушений с особенностями психического развития в целом.

Логопедия использует знания *общей анатомии и физиологии, нейрофизиологии о механизмах речи, мозговой организации речевого процесса, о строении и функционировании анализаторов, принимающих участие в речевой деятельности*.

Методологической основой логопедии является учение И.П. Павлова о взаимодействии первой и второй сигнальных систем. Слово является сигналом особого свойства, средством обобщения, абстрагирования. Учёт сложных нейрофизиологических механизмов речевой деятельности позволяет более эффективно строить логопедиче-

скую работу по коррекции нарушений речи, по компенсации нарушенных речевых и неречевых функций.

Для понимания механизмов речевых нарушений и выявления закономерностей коррекционного процесса важными являются *знания о динамической локализации ВПФ, о мозговой организации речи*. Различные зоны головного мозга по-разному участвуют в речевом процессе. Поражение какого-либо его участка приводит к специфическим симптомам нарушений речевой деятельности. Данные о мозговой организации речевого процесса дают возможность уточнить представления об этиологии и механизмах нарушений речевой деятельности.

В формировании высших психических функций принимают участие различные отделы головного мозга. *Речь* – высшая функция коры головного мозга. Ее *особенности*:

- речь – сложноорганизованный условно-рефлекторный акт, в нем принимают участие различные анализаторы;
- речь социальна по своему происхождению;
- речь опосредована по своему строению, т.е. первоначальное восприятие опосредуется речью;
- речь произвольна по способу функционирования.

Среди *корковых функций* выделяют три группы:

- 1) *праксис*;
- 2) *гнозис*;
- 3) *речь*.

Праксис – практическое (предметное) действие: умение действовать с предметами; способность выполнять (произвольные) движения органами артикуляции (как разновидность праксиса). Нарушение праксиса носит название *апраксия*. Апраксия впервые в 19 веке была описана немецким неврологом К. Липманном. Он характеризует апраксию как утрату действий без паралича и пареза. Принципиально важно, что больные с апраксией теряют способность выполнять движения и действия именно произвольно. Непроизвольно эти же действия могут быть ими легко выполнены. В речевой практике встречается *двигательная и оральная апраксия* (неумение выполнить движение органами артикуляции).

Гнозис – это предметное восприятие. Термин «гнозис» переводится с греческого языка как «узнавание». Нарушение гнозиса – *агнозия*. При речевой патологии может иметь место *зрительная агнозия* (не различает близкие предметы) и *слуховая агнозия* (близкие звуки не различаются; наблюдается при сенсорной афазии).

Речь: в неё входят и практические, и гностические компоненты. Нарушения праксиса и гнозиса ведут к нарушениям речи.

Связь логопедии с *невропатологией, психопатологией, клиникой олигофрении, патологией органов слуха, речи и зрения* необходима для дифференциальной диагностики нарушений речи. Так, диагностика *нарушений речи при снижении слуха и сенсорной алалии* требует тщательного обследования состояния слуховой функции; диагностика *нарушений речи при олигофрении и алалии* невозможна без определения состояния интеллекта, особенностей психического и сенсомоторного развития.

Данные *патологии органов слуха и речи* (например, при нарушениях голоса) дают возможность не только определить этиологию нарушений, но и позволяют правильно сочетать логопедическую работу с медицинским воздействием (медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, оперативным вмешательством и др.). Эти данные являются необходимыми при изучении и устранении расстройств голоса, ринолалии, нарушений речи при сниженном слухе и др. В частности, расстройства голоса могут вызываться различными органическими повреждениями гортани и голосовых складок (опухоли, узелки, папилломы, рубцовые изменения голосовых складок и др.). Устране-

ние нарушений голоса в этих случаях невозможно без нормального физиологического функционирования голосового аппарата, что обеспечивается медикаментозным, хирургическим, физиотерапевтическим, психотерапевтическим воздействием. Многие виды речевых нарушений связаны с органическим поражением центральной нервной системы, и их диагностика возможна только совместными усилиями логопеда и *врача-невропатолога или психоневролога*. При речевых расстройствах могут наблюдаться различные *нарушения психической деятельности*: отставание психического развития, поведенческие и эмоциональные нарушения, нарушения внимания, памяти, умственной работоспособности и др. Их оценка в структуре речевых расстройств, анализ механизмов их возникновения, разграничение первичных нарушений, связанных с поражением центральной нервной системы, и вторичных нарушений психической деятельности в связи с речевым нарушением, являются компетенцией врача-психоневролога. Врач-психоневролог даёт заключение о состоянии интеллекта ребёнка, устанавливает клинический речевой диагноз, проводит соответствующее лечение. Эти данные имеют важное значение для правильного педагогического анализа речевого нарушения и организации логопедической работы, выбора профиля специального учреждения.

Знание *медицинских наук* помогает правильно проанализировать анамнестические сведения (сведения о развитии ребёнка), что позволяет более точно и дифференцированно сделать *логопедическое заключение*, а также наметить наиболее *эффективные пути коррекционного воздействия*.

Логопедия тесно связана с *лингвистическими науками и психолингвистикой*.

Речь предполагает использование языковых единиц различного уровня и правил их функционирования. Они могут по-разному нарушаться при различных расстройствах речи. Знание законов и последовательности усвоения ребёнком *норм языка* способствует уточнению логопедического заключения, является необходимым для разработки системы логопедического воздействия. Нормы языка и последовательность их усвоения ребёнком – важный аспект при дифференциальной диагностике речевых нарушений.

При изучении и устранении системных речевых нарушений в современной логопедии широко используются данные *психолингвистики*. Психолингвистика изучает устройство и функционирование речевых механизмов человека.

При изучении речевых нарушений важно определить, какая из операций порождения речевого высказывания нарушена. Психолингвистический подход при изучении, *например, алалии* позволяет глубже вскрыть механизм речевого нарушения, уточнить структуру дефекта, определить это нарушение как языковое расстройство.

Изучение состояния различных операций восприятия и порождения речевого высказывания при *афазии* даёт возможность определить специфику их нарушения при различных её формах.

Психолингвистический подход способствует большей эффективности логопедической работы по коррекции речевых нарушений, а также пониманию взаимодействия языковой и речевой структур в рамках единой системы.

Нейролингвистика возникла на стыке нейропсихологии и психолингвистики, изучает основные механизмы речевой деятельности и те изменения речевых органов, которые возникают при локальных поражениях мозга.

4 Принципы логопедии как науки

При изучении закономерностей проявления и коррекции нарушений речи логопедия опирается на следующие *принципы*:

- 1) системности;
- 2) комплексности;

- 3) развития;
- 4) деятельностного подхода;
- 5) онтогенетический;
- 6) учёта механизма, структуры, симптоматики нарушений;
- 7) этиологический;
- 8) обходного пути (используются приёмы, которые позволяют корректировать недостаток);
- 9) общедидактические.

Принцип системности опирается на представление о речи как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии. При обследовании, коррекции следует обратить внимание на все стороны речи, какие бы жалобы ни были.

Принцип комплексности. Речевые нарушения во многих случаях включаются в синдром нервного и нервно-психического нарушения (дизартрия, заикание, алалия). Чтобы точно поставить диагноз, необходимо провести корреляционный анализ, выяснение взаимосвязи речевых и неречевых симптомов. Выяснить, что первично страдает: речь или интеллект? Выявление и устранение дефектов должны носить медико-психолого-педагогический характер.

Принцип развития предполагает выделение в процессе обследования и в процессе логопедической работы тех задач, трудностей, которые находятся в зоне ближайшего развития (приходить ребёнку на помощь) и смотреть, как он реагирует на неё – то, что ребёнок сделает после нашей помощи. Должна быть запись об оказании видов помощи (сколько раз и т.д.), а не просто констатировать факт или принцип динамичности.

При выявлении речевого нарушения и в логопедической работе нужно учитывать ведущий вид деятельности – *деятельностный принцип*. По игре можно судить о нарушении интеллекта, по учёбе – о нарушении письма.

Онтогенетический принцип. Разработка методики коррекционно-педагогической работы осуществляется в соответствии с последовательностью появления форм и функций речи, а также видов деятельности. Учёт последовательности появления функций речи – номинативная, коммуникативная, обобщающая, регулирующая.

Учёт механизма, симптоматики. Возникновение речевого нарушения обусловлено сложным взаимодействием социальных и биологических факторов. В каждом случае нужно определить механизм, причину, симптомы (заикание на фоне общего недоразвития речи (ОНР) и перегрузки речевой информацией).

5 Принципы и методы логопедического обследования и воздействия

Логопедическое обследование – это комплекс мероприятий, направленных на выявление нарушений речи у обследуемого путём всестороннего и полного изучения речи, её отдельных компонентов, с учётом данных развития личности с раннего возраста.

Логопедическое обследование имеет важное значение для выбора наиболее рациональных путей преодоления речевых нарушений.

Основной *целью* логопедического обследования является определение структуры дефекта, а также психофизических и социальных условий развития личности.

Заключение о состоянии речи ребёнка, его психологических особенностях будет считаться правильным и обоснованным лишь в том случае, если в процессе изучения ребёнка будут соблюдены основные *принципы обследования*:

- комплексность и всесторонность;
- целостность и конкретность;
- индивидуальный подход в установлении контакта;

- изучение в процессе обучения;
- выявление положительных возможностей.

Принцип комплексности и всесторонности предполагает, что ребёнок должен быть обследован разными специалистами: врачами, психологами, педагогами. Следовательно, комплексность и всесторонность означает чётко разграниченное, но связанное между собой обследование каждого специалиста. Исходя из природы речевого нарушения, участие разных специалистов при обследовании детей с различной речевой патологией неравноценно. Так, при обследовании детей с ринолалией необходимо не только участие логопеда, но и отоларинголога, хирурга-стоматолога и ортодонта. При обследовании детей с дизартрией, заиканием важное значение имеют данные обследования невропатолога и психиатра.

Принцип целостности предполагает исследование речи как сложной функциональной системы, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии, т.е. выясняется не только какой компонент речевой деятельности нарушен (лексика, грамматика, фонетика), но и какова его взаимосвязь с другими компонентами речи.

Особое внимание следует уделять реализации *принципа конкретности*, заключающегося в том, что применительно к каждому конкретному случаю обследование должно быть индивидуализировано, с выборочным, в зависимости от характера и тяжести речевого нарушения, использованием заданий. В частности, при обследовании детей с ринолалией особое внимание следует обратить на строение и функцию речевого аппарата, слуховое восприятие, так как нередко у этих детей наблюдается снижение слуха. При обследовании детей с дизартрией важными являются данные о состоянии общей и речевой моторики, особенностях психического развития. Обследование *заикающихся* предполагает изучение не только проявлений заикания, а, прежде всего, тщательного изучения особенностей эмоционально-волевой сферы, так как известно, что эффективность устранения заикания зависит не столько от тяжести заикания, сколько от психологических особенностей заикающихся. При обследовании детей с алалией большое значение должно придаваться изучению познавательной деятельности, особенно мышления, что весьма важно для дифференциальной диагностики сходных состояний.

Принцип индивидуального подхода и установления контакта предполагает учёт всех личностных особенностей ребёнка, помогает раскрыть характер динамики нарушения, своеобразие формирования психологических особенностей, выяснить, какую роль играют нарушения речи в судьбе ребенка, как они отражаются на трудовой деятельности, на взаимоотношениях с окружающими. В связи с этим при обследовании необходимо создать благоприятные условия для деятельности. Например, если логопед затягивает обследование, ребёнок утомляется, и результаты обследования могут быть значительно ниже реальных. Или, если логопед начинает обследование с предъявления ребёнку заданий, требующих большой речевой активности, то ребёнок может замкнуться, затормозиться, и результат обследования окажется неверным. Это прежде всего относится к детям, страдающим дизартрией, алалией, заиканием.

Принцип динамичности предполагает выявление компенсаторных возможностей ребенка, определение зоны его ближайшего развития. Необходимо вмешиваться в процесс работы ребёнка, оказывать ему помощь, которая должна быть продумана. При этом следует обратить внимание, насколько улучшается работа ребёнка при оказании ему помощи. Соблюдение этого принципа особенно необходимо при обследовании детей с системными нарушениями речи, так как это способствует дифференциальной диагностике общего недоразвития речи от недоразвития речи при умственной отсталости и задержке психического развития. Этот принцип имеет значение и для дифференциальной диагностики невротического и невротоподобного заикания, так как обнаружено,

что темп психического развития детей с неврозоподобной формой заикания замедлен по сравнению с детьми, страдающими невротическим заиканием.

Принцип выявления положительных возможностей предполагает обращение внимания не только на недостатки ребёнка, а, прежде всего, на положительные стороны его деятельности, поведения, на которые можно будет потом опереться в процессе коррекционно-воспитательной работы, так как уже в дошкольном возрасте должна проводиться работа по повышению уровня компенсации дефекта, социальной адаптации к окружающей среде.

Следует помнить, что наличие таких качеств личности, как самостоятельность, целенаправленность, организованность, собранность составляют тот компенсаторный фонд, который при устранении неблагоприятных средовых влияний, способствует эффективному устранению речевых нарушений, особенно заикания. Для правильного логопедического заключения, для отграничения различных форм речевых нарушений от сходных состояний, связанных с интеллектуальной недостаточностью, эмоциональными и поведенческими расстройствами, для выбора рациональных путей устранения речевых нарушений необходим дифференцированный подход к обследованию детей с различной речевой патологией. *Например, при обследовании детей, страдающих дизартрией, следует обратить особое внимание на изучение их психического развития (восприятия, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы и т.д.). Прежде всего, необходимо изучение особенностей восприятия (слухового, зрительного, тактильного). При дизартрии часто наблюдается не только нарушение фонематического слуха, но и снижение остроты слуха, особенно при гиперкинетической форме дизартрии, а также в ряде случаев имеет место повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (гиперакузия). Среди нарушений зрительной функции у этих детей наиболее часто имеет место недостаточность фиксации взора, сужение поля зрения, нистагм, что приводит к зрительным агнозиям (предметной, цветовой, симультанной и др.). Нарушено и тактильное восприятие, наблюдаются астереогнозии. У детей с дизартрией наблюдается своеобразие развития различных видов памяти (слуховой, зрительной). При этом следует знать, что зрительная память страдает больше, чем слуховая. Известно, что контингент детей с дизартрией по уровню мыслительной деятельности крайне неоднороден. Одни из них близки к нормально развивающимся сверстникам, у других наблюдается задержка психического развития, у третьих – олигофрения. Следовательно, изучение различных форм мыслительной деятельности (наглядно-действенной, наглядно-образной, словесно-логической) имеет важное значение для диагностики нарушений познавательной деятельности. При обследовании детей с алалией особое внимание надо обратить на состояние импрессивной и экспрессивной сторон речи с целью дифференциальной диагностики моторной и сенсорной алалии, на состояние слуха, что важно для отграничения детей с сенсорной алалией от слабослышащих, на особенности познавательной деятельности, особенно мышления, что позволяет разграничить алалию от умственной отсталости, задержки психического развития. При исследовании мыслительной деятельности следует больше опираться на невербальные задания.*

Содержание обследования включает два раздела:

1) изучение анамнестических сведений, педагогической, психологической, медицинской документации;

2) обследование самого ребёнка.

Данные заносятся в *речевую карту*, которая заполняется на каждого ребёнка.

Прежде всего, в речевую карту заносятся *анкетные данные*:

1. Фамилия, имя ребёнка.
2. Возраст.

3. Национальность. Обратит внимание на наличие или отсутствие в семье двуязычия, так как последнее затрудняет работу над речью.

4. Посещает или посещал ребёнок дошкольное учреждение.

5. Профессия и место работы родителей.

Далее изучаются *анамнестические данные* (по истории развития ребёнка, путём бесед с родителями). Данные о нервно-психическом, соматическом и психомоторном развитии выписываются из медицинской карты или протокола медико-педагогической комиссии. В ходе *беседы с родителями* важно получить следующие сведения:

– наследственность (данные о речевых нарушениях у родителей, родственников, о наличии у них нервно-психических и соматических заболеваний до рождения ребёнка);

– протекание беременности и родов у матери (от какой по счёту беременности родился ребёнок, как протекала беременность, особенно в первые три месяца, болезни матери во время беременности, проводилась ли лекарственная терапия, рентгеновское обследование, было ли радиоактивное облучение; время наступления родов, их длительность, применялись ли пособия при родах – наложение щипцов, использование вакуум-экстрактора, закричал ли ребёнок или родился в асфиксии, ее длительность);

– раннее общее развитие ребёнка (вес и рост при рождении, брал ли грудь, как вскармливался, когда начал держать голову, сидеть, стоять, ходить, какие заболевания перенёс);

– раннее речевое развитие (когда появилось гуление, лепет, первые слова, фразовая речь). Речевая активность, характер использования жестов, понимание речи окружающих;

– психические особенности ребёнка (как ориентируется в окружающей среде, отношение ребёнка к своему дефекту – речи и внешнему облику – особенно при ринолалии и дизартрии);

– отношение к ребёнку в семье, детском саду, характер общего и речевого воспитания (слишком строгое обращение, угрозы, физические наказания, гиперопека, несогласованность, противоречивость, непоследовательность в воспитании; культивирование несовершенств детской речи, отсутствие контроля за формированием правильной речи, перегрузка речевой информацией).

При обследовании ребенка с ринолалией необходимо выяснить, ограничивали ли родители речевое общение ребёнка, или, наоборот, стимулировали. Некоторые родители считают, что не следует закреплять назализованную, малопонятную речь и стимулируют «язык жестов», стараются ограничить его речевую практику до хирургического вмешательства;

– занимался ли с логопедом (где, когда, в течение какого времени), были ли положительные результаты.

После уточнения сведений о развитии ребёнка, истории возникновения и особенностей протекания речевого нарушения проводится *непосредственное обследование самого ребёнка*.

Собственно обследование включает следующие пункты:

– *первичная беседа и первичное тестирование,*

– *исследование восприятия (зрительное, слуховое),*

– *праксис (пространственный, конструктивный, рече-динамический),*

– *моторика (общая, тонкая),*

– *артикуляционный аппарат и мимика,*

– *общее звучание речи,*

– *звукопроизношение,*

– *слоговая структура речи,*

– *фонематика: восприятие, анализ, синтез,*

- лексико-грамматический строй,
- понимание речи (рассказ),
- лексика (активный и пассивный словарь),
- словоизменение,
- словообразование,
- связная речь (рассказ по картинке, предмету (предметные, сюжетные), рассказ по серии сюжетных картин, пересказ, заучивание стихотворений,
- консультации других специалистов.

В ходе логопедического обследования используются различные *методы и приёмы*, например, выполнение инструкций, поручений, показ предметов, картинок (изучение импрессивной речи), приём повторения слов за взрослым, приём завершения предложения за взрослым (изучение экспрессивной речи).

Для проведения обследования устной речи детей отводятся две первые недели сентября и две последние недели апреля. В апреле, как правило, логопед определяет детей, которые будут посещать логопедические занятия в следующем учебном году, и формирует списки к зачислению на пункт коррекционно-педагогической помощи.

Логопедическое воздействие – это педагогический процесс, осуществляемый с помощью следующих *средств*: обучения, воспитания, коррекции, компенсации, адаптации, профилактики речевых нарушений. Логопедическое воздействие при необходимости может сочетаться с *медицинским воздействием*: медикаментозным, физиотерапевтическим, психотерапевтическим и т.п.

Принципы логопедической работы – это общие исходные положения, которые определяют деятельность логопеда и детей в процессе коррекции нарушений речи.

В процессе организации корригирующего обучения большое значение придаётся *общеобразовательным принципам*: воспитывающего характера обучения, научности, систематичности и последовательности, доступности, наглядности, сознательности и активности, прочности, индивидуального подхода.

Логопедическое воздействие опирается на *специальные принципы*:

- *этиопатогенетический* (учёта *этиологии и механизмов речевого нарушения*),
- *системности и учёта структуры речевого нарушения*;
- *комплексности*;
- *дифференцированного подхода*;
- *поэтапности*;
- *развития*;
- *онтогенетический*;
- *учёта личностных особенностей*;
- *деятельностного подхода*;
- *использования обходного пути*;
- *формирования речевых навыков в условиях естественного речевого общения*.

При устранении речевых нарушений необходимо учитывать совокупность *этиологических факторов*, обуславливающих их возникновение. Это *внешние, внутренние, биологические и социально-психологические факторы*.

Содержание логопедического воздействия зависит от *механизма* речевого нарушения. При одинаковой симптоматике нарушений речи возможны различные механизмы.

Принцип *системного подхода* предполагает необходимость учёта в логопедической работе структуры дефекта, определения ведущего нарушения, соотношения первичных и вторичных симптомов.

Сложность структурно-функциональной организации речевой системы обуславливает расстройство речевой деятельности в целом при нарушении даже отдельных её

звеньев. Это и определяет значимость воздействия на все компоненты речи при устранении речевых расстройств.

Речевые нарушения во многих случаях включаются в синдром нервных и нервно-психических заболеваний (например, дизартрия, алалия, заикание и др.). Устранение речевых нарушений в этих случаях должно носить комплексный, медико-психолого-педагогический характер. Таким образом, при изучении и устранении речевых расстройств большое значение имеет **принцип комплексности**.

Система логопедической работы по устранению различных форм нарушений речи носит дифференцированный характер с учётом множества определяющих его факторов. **Дифференцированный подход** осуществляется на основе учёта этиологии, механизмов, симптоматики нарушения, структуры речевого нарушения, возрастных и индивидуальных особенностей ребенка. В процессе коррекции нарушения речи учитываются общие и специфические закономерности развития аномальных детей.

Логопедическое воздействие представляет собой целенаправленный, сложно организованный процесс, в котором выделяются различные **этапы**. Каждый из них характеризуется своими целями, задачами, методами и приёмами коррекции. Последовательно формируются предпосылки для перехода от одного этапа к другому.

Принцип развития предполагает выделение в процессе логопедической работы тех задач, трудностей, этапов, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка.

Исследование детей с нарушениями речи, а также организация логопедической работы с ними осуществляются **с учётом ведущей деятельности ребёнка** (предметно-практической, игровой, учебной).

Разработка методики коррекционно-логопедического воздействия ведётся с учётом последовательности появления форм и функций речи, а также видов деятельности ребенка в онтогенезе (**онтогенетический принцип**).

В процессе компенсации нарушенных речевых и неречевых функций, перестройки деятельности функциональных систем используется **принцип обходного пути**, т.е. формирования новой функциональной системы в обход пострадавшего звена.

С учётом ведущей деятельности ребёнка в процессе логопедической работы моделируются различные ситуации речевого общения. Для закрепления правильных речевых навыков в условиях естественного речевого общения необходима тесная связь в работе логопеда, учителя, воспитателя, семьи. Логопед информирует педагогов, родителей о характере речевого нарушения у ребёнка, о задачах, методах и приёмах работы на данном этапе коррекции, добивается закрепления правильных речевых навыков не только в логопедическом кабинете, но и на уроках, во внеклассное время под контролем педагогов и родителей.

Эффективность логопедического воздействия обусловлена следующими **факторами**:

- степенью выраженности нарушения,
- возрастом ребёнка,
- соматическим состоянием ребёнка,
- особенностями психики,
- особенностями эмоционально-волевой сферы,
- влиянием микросоциального окружения,
- сроками начала логопедической работы и её продолжительностью,
- возможностью использования комплексного воздействия,
- профессионализмом педагога.

Логопедия использует разнообразные **методы** – способы воспитания и обучения детей с речевой патологией. Методы логопедии как педагогической науки в основном совпадают с теми, которые применяет общая дошкольная педагогика. Но в процессе коррекционно-воспитательной работы изменяются и сами методы, и их сочетания.

По форме воздействия на ребёнка можно выделить следующие методы: словесные, наглядные и практические.

Словесные методы представляют собой инструкцию, рассказ, беседу, сообщение, описание и т. п.

Наглядные методы – наблюдение и обследование предметов и явлений окружающего мира при помощи анализаторов.

Практические методы представляют собой разные способы организации детской деятельности.

Организация логопедического воздействия предусматривает планомерность, поэтапность и целенаправленность. Логопедическое воздействие – это сложно организованный, целенаправленный процесс, в котором реализуются коррекционные, профилактические, образовательные и воспитательные задачи. В ходе решения этих задач у детей с патологией речи происходит обобщение ранее накопленного жизненного опыта, развитие познавательных способностей, активизация умственной деятельности, формирование и развитие личности в целом.

В данном процессе различают внешнюю и внутреннюю стороны. Изложение материала логопедом или воспитателем, различного рода указания к предлагаемым заданиям, а также восприятие детьми излагаемого материала, ответы на вопросы, выполнение заданий и инструкций – всё это составляет внешнюю сторону логопедического воздействия, т.е. то, что можно непосредственно наблюдать. Внутренняя сторона данного процесса, его сущность – это овладение детьми знаниями, умениями и навыками в их единстве, формирование и развитие речи и личности. Внутренняя и внешняя стороны логопедического воздействия взаимосвязаны и взаимообусловлены.

Логопедическое воздействие реализуется на логопедических занятиях (уроках).

Основными задачами логопедических занятий, как они сформулированы Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной, являются:

1. Развитие понимания речи; воспитание умения наблюдать и осмысливать предметы и явления окружающей действительности, что даёт возможность уточнить и расширить запас конкретных представлений ребёнка; формирование обобщающих понятий; формирование практических навыков словообразования и словоизменения; воспитание умения употреблять простые распространённые предложения и некоторые виды сложных семантических структур.

2. Формирование правильного произношения звуков; развитие фонематического слуха и восприятия; закрепление навыков произнесения слов различной звукослоговой структуры; контроль за внятностью и выразительностью речи; подготовка к усвоению элементарного звукового анализа и синтеза.

3. Обучение детей самостоятельному высказыванию. На основе сформированных навыков использования различных типов предложений вырабатывается умение передавать впечатления об увиденном, о событиях окружающей действительности, в логической последовательности пересказывать содержание сюжетных картин и их серий, составлять рассказ-описание.

Логопедические занятия (уроки) различаются по видам: фронтальные (групповые), подгрупповые и индивидуальные. Необходимость проведения занятий всех видов обуславливается едиными учебными программами, коррекционной направленностью логопедического воздействия и развитием индивидуальных способностей детей.

Под фронтальными подразумеваются такие занятия, когда все воспитанники группы (учащиеся класса) выполняют одну и ту же работу.

Подгрупповые занятия предусматривают дифференцированные задания для подгруппы детей, имеющих сходство в структуре нарушения.

Индивидуальные занятия проводятся логопедом или воспитателем с одним ребёнком. В ходе индивидуальных занятий выполняются индивидуализированные микро-

программы, разработанные логопедом на основании результатов логопедического обследования ребёнка в начале учебного года.

С точки зрения дидактической классификации все типы логопедических занятий (уроков) делятся на:

занятие (урок) с целью овладения новыми знаниями: при этом дети накапливают фактический материал, изучают языковые явления и процессы, что в дальнейшем обеспечивает формирование понятий;

занятие (урок) с целью совершенствования, формирования практических умений и навыков: при этом предусматривается проведение упражнений, направленных на длительное и многократное повторение;

занятие (урок) с целью обобщения знаний, умений и навыков: при этом систематизируются и воспроизводятся наиболее существенные вопросы из ранее пройденного материала, восполняются имеющиеся пробелы в знаниях детей; такие занятия проводятся в конце изучения отдельных тем и разделов программы;

занятие (урок) с целью повторения, на котором, учитывая особенности психических процессов детей с речевой патологией, закрепляются приобретённые знания, умения и навыки;

занятие (урок) комбинированное, на котором одновременно решаются несколько дидактических и коррекционных задач. Данный тип занятия в логопедической практике применяется наиболее часто.

Традиционно в структуре логопедического занятия выделяются: *организационный момент, повторение пройденного, изложение* логопедом или воспитателем *нового материала, закрепление нового материала, обобщение изученного материала и задание на вторую половину дня.*

В зависимости от типа занятия, от коррекционных и воспитательных задач логопед и воспитатель, формируя структуру занятия, подбирают те или иные компоненты, как приведённые выше, традиционные, так и творчески переработанные, модифицированные с учётом структуры речевого нарушения, возрастных и индивидуальных особенностей детей. *Например, при планировании занятия по овладению новыми знаниями может быть намечена следующая его структура: воспроизведение и актуализация опорных знаний детей; сообщение темы, цели и задач занятия, мотивация деятельности; восприятие и первичное осознание нового материала; обобщение и систематизация знаний; подведение итогов занятия и сообщение задания на вторую половину дня.*

С целью повышения эффективности логопедических занятий необходимо обращать *особое внимание на развитие коммуникативной функции речи,* для чего при проведении занятий создаются *специальные условия,* стимулирующие общение детей (свободное размещение во время занятий – лицом друг к другу, полукругом).

К логопедическим занятиям предъявляются определенные *требования.* Логопед и воспитатель при подготовке и проведении занятий *должны:*

сформулировать тему и цель занятия,
определить поэтапность занятия, взаимозависимость и целенаправленность каждого этапа,

последовательно усложнять лексический и грамматический материал, предъявляемый детям,

разнообразить занятие при помощи игр и игровых приёмов,

учитывать зону ближайшего развития ребёнка,

учитывать индивидуальные и возрастные особенности речи и личности,

формулировать инструкции, даваемые детям, кратко и чётко,

использовать красочный и яркий наглядный материал,

уметь создавать эмоциональный фон занятия, планируя эмоциональные подъёмы с учётом увеличения сложности излагаемого материала.

6 Теоретическое и практическое значение логопедии

Логопедия имеет важное *теоретическое и практическое значение*, которое обусловлено социальной сущностью языка, тесной связью развития речи, мышления и всей психической деятельности.

Речевая функция – одна из важнейших психических функций. В процессе речевого развития формируются *высшие формы познавательной деятельности, способность к понятийному мышлению*.

Овладение *способностью к речевому общению* создаёт условия для специфически человеческих *социальных контактов*. С помощью речи передается опыт.

Овладение речью способствует осознанию, регуляции своего поведения, создаёт необходимые предпосылки для овладения различными формами деятельности.

Вопросы и задания для самостоятельной работы:

1. Определите логопедию как науку.
2. Раскройте предмет и объект изучения в логопедии, её предмет, объект, цели, задачи, значение.
3. Определите структуру современной логопедии.
4. Теоретический и практический аспект логопедии.
5. Изложите краткие исторические сведения о логопедии.
6. Внутрисистемные и межсистемные связи с другими науками. С какими науками связана логопедия и в чём эта связь проявляется? Раскройте понятие о логопедии как о разделе коррекционной педагогики.
7. Дайте характеристику принципам, используемым в логопедии.
8. Назовите методы, используемые в логопедии. Охарактеризуйте их.
9. Определите основной понятийно-категориальный аппарат логопедии как науки.

ТЕМА 2

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

План лекции

1. Условия, необходимые для успешного формирования речи.
2. Речевая функциональная система.
3. Строение и функционирование центральной и периферической части речевого аппарата.

Литература:

1. Беккер, К.-П. Логопедия / К.-П. Беккер, М. Совак; под ред. проф. Н.А. Власовой. – М.: Медицина, 1981. – 288 с. – С. 14–16
2. Логопедия: учебник для студентов дефектолог. факультетов. пед. высш. учеб. завед. / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 680 с. – С. 55–69.
3. Митринович-Моджевска, А. Патологическая физиология речи, голоса и слуха / А. Митринович-Моджевска. – Варшава, 1965.
4. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студентов сред. пед. учеб. завед. / М.Ф. Фомичева [и др.]; под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 200 с. – С. 13–15.

5. Основы логопедической работы с детьми: учеб. пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.

6. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1967. – 368 с.

7. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селивёрстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.

8. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с. – С. 11–12.

1 Условия, необходимые для формирования речевой деятельности

Речь – сложный продукт социального воспитания ребёнка.

Условия формирования речевой деятельности:

1) сохранность *физиологических факторов*: а) сохранность рецепторов, б) наличие сохранного материального субстрата речевой функции (мозга); в) сохранность моторного аппарата, необходимого для артикуляции;

2) сохранность *психологических факторов*: сохранность всех познавательных процессов – восприятия, памяти, мышления, внимания;

3) сохранность *социальных факторов*: создание правильного речевого и эмоционального окружения. Проблема билингвизма влияет на формирование речи.

2 Речевая функциональная система

Учение о локализации высших корковых функций сначала развивалось по *двум направлениям: локализационисты и антилокализационисты*. К *первому (узкий локализационизм, или психоморфологическая концепция)* относятся П. Брока и К. Вернике, ко *второму (антилокализационизм, или концепция эквипотенциальности)* – французский невролог, исследователь заболеваний нервной системы Пьер Мари, физиологи М. Флуранц, К. Гольдштейн, К. Лешли и др.

Основные положения узкого локализационизма:

– функция рассматривалась как неразложимая на компоненты психическая способность, которая соотносится с определённым участком мозга;

– мозг, в свою очередь, представляет собой совокупность различных "центров", каждый из которых целиком заведует определённой функцией;

– под локализацией понималось непосредственное наложение психического на морфологическое.

Представители данного подхода не могли объяснить хорошо известные клинические факты: почему при поражении отдельных участков мозга возможно нарушение одновременно нескольких психических функций и почему одна и та же функция страдала при поражении разных участков.

Основные методологические положения антилокализационистов:

– психическая функция есть неразложимая на компоненты психическая способность;

– локализация функции представляет собой непосредственное соотнесение психического и морфологического;

– мозг – это однородное целое, равноценное и равнозначное для всех психических функций во всех своих отделах;

– психическая функция равномерно связана со всем мозгом. Открытия тех или иных «мозговых центров» в 70–80-е годы XIX в. поставили под сомнение правомер-

ность представлений о мозге как примитивной, недифференцированной нервной массе. Оппонентом как узких локализационистов, так и их противников стал английский невролог *Дж. Хьюлингс Джексон*, высказавший предположение, что к мозговой организации сложных форм психических процессов следует подходить с позиции уровня их построения, и предложивший иерархический подход к строению нервных центров. Эти положения были развиты позже (в первой половине XX в.) К.Н. Монаковым (1914), Г. Хэдом (1926) и К. Гольдштейном (1927). Они попытались объединить оба подхода, что привело к появлению **эkleктической концепции**, согласно которой локализовать в определённых участках можно лишь относительно элементарные сенсорные или моторные функции. Однако высшие психические функции (речь, гнозис, праксис) связаны со всем мозгом равномерно, разлиты по всей коре.

Кроме того, существовала и откровенно **идеалистическая концепция**, которой придерживались такие крупные физиологи, как Г. Гельмгольц, Ч. Шерингтон, Э. Эдриан, Дж. Экклз, отрицавшие саму возможность связать мозг и психику. Ни одно из рассмотренных направлений исследования не позволяло выявить подлинные механизмы психической деятельности человека. Для решения этой задачи необходимо было пересмотреть методологическую основу изучения взаимосвязи психических функций и мозга. Итогом стало появление *теории системной динамической локализации психических функций* А.Р. Лурия.

Можно выделить *основные положения теории системной динамической локализации высших психических функций*:

- каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и обеспечивается мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции;
- различные элементы функциональной системы могут находиться в достаточно удалённых друг от друга участках мозга и при необходимости замещают друг друга;
- при повреждении определённого участка мозга возникает «первичный» дефект – нарушение определённого физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре;
- как результат поражения общего звена, входящего в разные функциональные системы, могут возникать «вторичные» дефекты.

В настоящее время **теория системной динамической локализации высших психических функций** является *основной теорией*, объясняющей взаимосвязь психики и мозга. Данная концепция основана на понимании *психических явлений как системных качеств физиологических функций*. Основополагающим является *принцип динамической организации психических функций*, сформулированный И.П. Павловым и развитый А.Р. Лурия и Л.С. Выготским.

И.П. Павлов выделил в коре больших полушарий «*ядерные зоны анализаторов*» и «*рассеянную периферию*» и совместно с А.А. Ухтомским сформулировал *принцип динамической локализации функций как сложного взаимодействия возбуждательного и тормозного процессов на различных элементах системы анализатора*, благодаря чему создается ответная деятельность организма. *Рефлекторный принцип работы больших полушарий мозга*. И.П. Павлов дал новое направление теории локализации функций, опровергнув мнение авторов, что существуют локальные центры.

В последнее время сделано много открытий в неврологии, они подтверждают взаимодействие различных участков коры головного мозга.

А.Н. Леонтьев, П.К. Анохин, А.Р. Лурия, И.Н. Филимонов внесли вклад в изучение высших корковых функций человека. П.К. Анохин, А.Р. Лурия определили корковые функции как деятельность специальных функциональных систем. Функция, деятельность не определяются работой какого-то одного центра. В формировании речевой функции

принимают участие различные участки, объединённые механизмом рефлекса. Ведущее значение имеют такие отделы, как лобная зона коры, височная, теменная, затылочная доли.

Материальным субстратом речевой функции являются функциональные системы, которые не появляются в готовом виде, а формируются в процессе общения и предметной деятельности. Речевая функциональная система основывается на деятельности многих мозговых структур головного мозга, каждая из которых выполняет определённую операцию речевой деятельности.

Теория динамической локализации высших психических функций, по А.Р. Лурия.

1. *Высшие психические функции человека (ВПФ)* – это сложные саморегулирующиеся процессы, социальные по своему происхождению, опосредствованные по своему строению и сознательные, произвольные по способу своего функционирования.

2. Материальной основой ВПФ выступает весь мозг как постоянно дифференцирующаяся и развивающаяся динамическая система психофизиологических функций. Любая ВПФ представляет собой сложную функциональную систему, опирающуюся на нейродинамические отношения между различными отделами мозга.

3. Объяснить локализацию ВПФ в мозге человека можно только путём исследования процессов их прижизненного формирования, которые задаются внешними формами деятельности и общения. Мозговая локализация ВПФ обеспечивается путём созревания и формирования в онтогенезе новых функциональных нейронных систем в мозге, имеющих системно-динамическую локализацию. На разных этапах онтогенеза строение ВПФ может изменяться; при этом изменяется и их мозговая организация.

4. Реализация ВПФ обеспечивается тремя взаимосвязанными функциональными блоками мозга.

А.Р. Лурия выделяет три функциональных блока в деятельности головного мозга:

1) *блок регуляции тонуса и бодрствования:* ретикулярная формация, подкорковые образования, лобные отделы мозга; 2) *блок приёма, переработки и хранения информации:* затылочные, теменные и височные отделы коры головного мозга; 3) *блоком программирования, регуляции и контроля деятельности:* лобные отделы коры головного мозга.

5. Функциональная организация коры головного мозга имеет *иерархическое строение:*

– *первичные проекционные зоны коры головного мозга:* а) служат проекцией в мозговой коре той или иной рецепторной или эффекторной системы; б) обеспечивают чётко фиксированные рецепторные или эффекторные функции; в) входят как обязательные компоненты в построение сложных функциональных систем;

– *вторичные проекционные зоны коры головного мозга:* а) служат интеграции процессов, происходящих в первичных проекционных зонах;

– *третичные проекционные зоны коры головного мозга:* а) служат интеграции процессов, происходящих во вторичных проекционных зонах; б) обеспечивают объединение результатов деятельности разных анализаторов и эффекторов в целостные образы и программы поведения.

Основные речевые механизмы мозга.

Формирование речевой функциональной системы связано с высшей нервной деятельностью (ВНД). Механизмы речи связаны с целостной иерархической организацией деятельности мозга, включающей несколько звеньев, каждое из которых вносит специфический вклад в характер речевой деятельности.

Выделяются *три звена в речевой функциональной системе:*

1) *воспринимающие исходную информацию рецепторные приборы* (слух, зрение и рецепторы чувствительности). Главную роль играет *слух*. При его недостаточности процесс формирования речи нарушается. В приёме речевого сообщения принимает участие и *зрительная система*. Особо важное значение зрение имеет в начальные периоды формирования речи (ребёнок подражает артикуляции). К системе начального

рецепторного звена относятся и *кинестетические ощущения* (кинестезии – ощущение положения, движения), которые сигнализируют о положении органов артикуляции и всего тела. При недостаточности речевых кинестезий нарушается произнесение звуков;

2) *сложные корковые системы*, которые осуществляют переработку, хранение поступающей информации, выработку программы ответного действия и перевод исходной семантической записи в схему развёрнутого речевого высказывания;

3) реализует *передачу речевых сообщений*, т.е. речевая артикуляция осуществляется в комплексной деятельности пирамидной, экстрапирамидной, мозжечковой системы с участием кинестетической афферентации.

При *поражении первого звена* возникают различные отставания в развитии речи, имеющие специфический характер, зависящий от структуры ведущего дефекта. Наиболее выраженные нарушения – при нарушении слуха. Наименее – при нарушении зрения.

При *поражении второго звена* возникают расстройства коркового генеза (у детей – алалия, у взрослых – афазия). Прежде всего, страдает кодирование (производство) и декодирование (восприятие) речи.

При *поражении третьего звена* нарушается иннервация речевой мускулатуры, расстраивается двигательный механизм речи, т.е. возникает дизартрия, которая имеет различные проявления в зависимости от локализации поражения (корковая дизартрия, подкорковая дизартрия, бульбарная дизартрия).

3 Строение и функционирование центральной и периферической части речевого аппарата

Речедвигательный анализатор имеет следующее строение: *периферическая часть, центральная часть, проводниковая часть*.

Центральный отдел речедвигательного анализатора находится в лобных областях доминантного по речи полушария (*центр Брока*). *Функция* речедвигательного анализатора – *продуцирование речи*. Речедвигательный анализатор обеспечивает моторную сторону речи, выполняет функции статической и динамической координации движений, отвечает за точность произношения, просодию. *Умение произносить звуки* (т.е. создание артикулем, уклад звука) обеспечивается с помощью *эфферентного звена*, а соединение звуков в слоги осуществляется с помощью *эфферентного звена*. Значит, эфферентное звено осуществляет переключение.

<i>Речевой аппарат</i>				
<i>центральный (регулирующий)</i>		<i>периферический (исполняющий)</i>		
кора мозга	головного	дыхательный (энергетический) отдел	голособразующий (генераторный) отдел	артикуляторный (резонаторный)

Проводящие пути речедвигательного анализатора – 5, 7, 8, 9, 10 ядра черепно-мозговых нервов.

Периферический отдел речедвигательного анализатора состоит из *трёх частей*: *дыхательный (энергетический) отдел; голосообразующий (генераторный) отдел; артикуляторный (резонаторный) отдел*.

1. *Дыхательный (энергетический) отдел* – грудная клетка, лёгкие, трахея, бронхи. Его роль: а) подача энергии в виде воздушной струи; б) дозировка подачи воздушной струи в зависимости от смысла речи.

Произношение складывается из *двух частей*: *моторная* (определённая позиция, постоянная), *аэродинамическая* (воздушное звено, регуляция силы воздушного потока).

Особенности речевого дыхания: речевое дыхание включено в процесс речи, обслуживает речь, является основой голосообразования, образования звуков. Выдох длиннее, чем при физиологическом дыхании.

Дыхание страдает у детей с ринолалией, с дизартрией, с заиканием, с нарушением голоса, с нарушением слуха. *Например: при заикании – чрезмерное наполнение лёгких, неэкономное использование воздуха, речь на вдохе; при ринолалии – слабое речевое дыхание, нужно сделать длительный ротовой выдох.*

2. *Голосообразующий (генераторный) отдел* – гортань с голосовыми складками, мышцы, хрящи. При обычном дыхании голосовая щель широко раскрыта и имеет форму равнобедренного треугольника. Вдыхаемый и выдыхаемый воздух свободно проходит. При фонации истинные голосовые складки находятся в сомкнутом состоянии, струя воздуха раздвигает их в сторону, а затем складки возвращаются на место.

Свойства голоса: сила, высота, тембр. *Сила* зависит от амплитуды колебаний голосовых складок, *высота* – от частоты колебаний голосовых складок. *Тембр голоса* – это своеобразная окраска голоса, определённые сочетания основных тонов и обертонов.

Особенности детского голоса:

- а) детский голос звонкий, так как складки короткие; грудной тип дыхания;
- б) мало обертонов;
- в) диапазон голоса невелик (у детей голос не более двух звуков одной октавы);
- г) небольшая сила голоса.

3. *Артикуляторный (резонаторный) отдел* – глотка, носовая и ротовая полости. Основная функция – усиление звучания и образование звуков речи.

Глотка (её роль открыл Н.И. Жинкин, «Механизмы речи») – это место образования слогов, т.е. на уровне глотки сочетается *два положения*:

- обеспечивается *слоговое квантование* (последовательное формирование слогов);
- при произнесении слога в глоточной трубке происходит *упреждение предстоящей двигательной позиции и удержание предшествующей* (ещё до фонации глотка занимает определённое положение).

Глоточная трубка занимает в системе речевых органов центральное и промежуточное положение, входя одновременно как часть в резонаторную и дыхательную систему. Вследствие регулировки аэродинамических условий она влияет на генерацию звука. В связи с этим глоточная трубка является органом, посредством которого осуществляется первичный синтез признаков речевого звука, т.е. глоточная трубка является *первичным синтезатором речевого звука*.

Полость носа усиливает звучание голоса.

Ротовая полость имеет наиболее существенное значение. В ней есть активные и пассивные органы произношения. При нарушении строения артикуляционного аппарата возникает механическая дислалия и ринолалия.

Речеслуховой анализатор включает *три отдела: центральный* (в височной области коры доминантного полушария), *периферический* (наружное, среднее, внутреннее ухо), *проводниковый* (слуховой нерв).

Функция речеслухового анализатора – осуществляет восприятие звучащей речи на базе сформированного в онтогенезе слуха.

Вопросы и задания для самостоятельной работы:

1. Охарактеризуйте условия, необходимые для успешного формирования речи.
2. Уточните, пользуясь «Дефектологическим словарем», «Понятийно-терминологическим словарем логопеда», значения терминов, используемых при характеристике речевой функциональной системы.

ТЕМА 3

РАЗВИТИЕ РЕЧИ В ОНТОГЕНЕЗЕ

План лекции

1. Этапы речевого развития ребёнка в процессе онтогенеза.
2. Формирование речевой деятельности на подготовительном этапе.
3. Формирование речевой деятельности на дошкольном этапе.
4. Формирование речевой деятельности на дошкольном этапе.
5. Формирование речевой деятельности в период школьного обучения.
6. Закономерности формирования речевой деятельности в дошкольном возрасте.
7. Критические периоды в развитии речевой функции.

Литература:

1. Бадалян, Л.О. Невропатология: учебник для студентов дефектол. факультетов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология» / Л.О. Бадалян. – 2-е изд., перераб. – М.: Просвещение, 1987. – 317 с.: ил.
2. Краузе, Е. Логопедия / Е. Краузе. – СПб., 2012.
3. Логопедия: учебник для студентов. дефектол. факультетов пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002 – 680 с. – С. 28–43.
4. Мастюкова, Е.М. Ребёнок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992 – 95 с.: ил. – С.7–12.
5. Нейман, Л.В. Нарушение слуха и его влияние на формирование речи / Л.В. Нейман, О.В. Правдина // Расстройства речи у детей и подростков / под ред. С.С. Ляпидевского. – М.: Медицина, 1969.
6. Основы логопедической работы с детьми: учеб. пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с. – С. 12–14.
7. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – М.: ООО «Изд-во АСТ», СПб.: «Дельта», 1997. – 464 с. – С. 9–44.
8. Пейпер, А. Особенности деятельности мозга ребёнка / А. Пейпер. – Л.: Медиз, 1962.
9. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
10. Ткаченко, Т.А. Логопедическая энциклопедия / Т.А. Ткаченко. – М., 2008.
11. Флёрова, Ж. М. Логопедия / Ж.М. Флёрова. – Ростов н/Д, 2008.
12. Хватцев, М.Е. Логопедия / М.Е. Хватцев. – М.: Учпедгиз, 1959. – С. 30–38.
13. Фомичёва, М.Ф. Введение в логопедию / М.Ф. Фомичёва. – М., 2008.

1 Этапы речевого развития ребёнка в процессе онтогенеза

Онтогенез – развитие индивида.

Онтогенез речи – процесс становления и развития речи отдельного индивида.

Овладение языком – длительный, многоступенчатый процесс развития языковой способности.

Речевой онтогенез необходимо знать для того, чтобы:

- а) отличить норму от патологии в речевом развитии;
- б) процесс усвоения речи при речевой патологии должен строиться с учётом закономерностей её развития в нормальных условиях.

Сензитивный период в развитии речи – от 1,5 до 5 лет.

Исследователи выделяют *разное количество этапов в развитии речи детей*: Г.Л. Розенгарт-Пупко, М.И. Лисина – 2 этапа; М.М. Кольцова – 3 периода; А.А. Леонтьев – 3 этапа, А.Н. Леонтьев – 4 этапа.

Наиболее общим является выделение в речевом онтогенезе *двух возрастных этапов*, которые резко различаются по используемым ребёнком средствам общения. На *дословесном этапе* (первый год жизни) это голосовые реакции (вокализации) и жесты, в дальнейшем, *после появления первых слов и развития грамматики* – собственно языковые средства (Н.И. Лепская, Т.Н. Ушакова).

Некоторые исследователи *первый этап* в развитии речи рассматривают как *подготовительный* и включают в него не только стадию предречевых реакций, но и стадию появления первых слов; в этом случае подготовительный период завершается к полутора или даже двум годам, далее начинается *этап становления речи* (М.И. Лисина, Г.Л. Розенгарт – Пупко).

А.Н. Гвоздевым выделяются *этапы формирования у ребёнка грамматического строя русского языка*: 1) *период предложений, состоящих из аморфных слов-корней*, которые употребляются всегда в неизменном виде (1,3–1,10); 2) *период усвоения грамматической структуры предложения*, связанный с формированием грамматических категорий и их внешнего выражения (1,10–3); 3) *период усвоения морфологической системы русского языка*, характеризующийся усвоением типов склонений и спряжений (3–7).

А.А. Леонтьев выделяет *три основных этапа* в речевом развитии ребёнка до трёх лет: 1) *доречевой, разделяемый*, в свою очередь, на период гуления и период лепета (примерно 0,2–0,5 и 0,5–0,11); 2) *дограмматический*, или этап первичного освоения языка (0,11 – конец второго года); 3) *этап усвоения грамматики* (третий год жизни).

А.Н. Леонтьев установил *четыре этапа* в становлении речи детей: 1) *подготовительный* (до одного года); 2) *преддошкольный этап первоначального овладения языком* (до 3 лет); 3) *дошкольный* (от 3 до 7 лет); 4) *школьный* (от 7 до 17 лет).

2 Формирование речевой деятельности на подготовительном этапе

Особенностью этого этапа является то, что закладывается *основа речи: безусловные слуховые, двигательные, зрительные рефлексы*. Если в подготовительный период нарушено формирование этих рефлексов, то в дальнейшем могут быть нарушения речи.

Формирование слухового анализатора в норме. Реакция на звуковые раздражители есть уже в *первые дни жизни*: вздрагивание, расширение зрачка, мигание, изменение дыхания, пульса.

На *второй неделе жизни* звуковые раздражители начинают вызывать задержку общих движений ребёнка. Наблюдается затихание, если кричал.

К *концу четвёртой недели* наблюдается успокаивающее действие колыбельной песни. Это *врождённые, безусловные рефлексы*.

На *третьем месяце жизни* появляются *первые условные рефлексы* (по Н.И. Касаткину): поворот головы в сторону, назад – в направлении источника звука. Поворачивание головы – реакция, которая выражает способность ребёнка локализовать звук в пространстве. Реакции на звук, на голос можно получить экспериментально уже на *1-м месяце жизни*, если постоянно проводить тренировки.

На *2–3-м месяце жизни* ребёнок начинает дифференцировать качественно различные звуки. На *3-м месяце* дифференцирует голос (ласковый, грубый).

В *7–8 месяцев* появляется адекватная реакция на слово, на его контуры, интонацию.

Сначала ребёнок понимает не отдельные слова, а целые фразы. Но для того, чтобы ребёнок отреагировал на фразу, необходим ряд раздражителей. Постепенно их число сокращается.

Возраст	Положение тела	Зрительный компонент		Слуховой компонент	
		обстановка	вид говорящего	интонация	слово
7–8,5 мес.	+	+	+	+	–
8,5–9,5 мес.	–	+	+	+	–
9,5–10 мес.	–	–	+	+	–
10–10,5мес.	–	–	–	+	+
10,5–12мес.	–	–	–	–	+

К году речь освобождается от решающей роли интонации. Зарождение подлинного понимания слов начинается на втором году жизни.

Становление речи связано с развитием *двигательного анализатора*. *Формирование двигательных функций* совершается очень медленно. Все движения вначале проявляются как врождённые. Сразу есть *хватательный рефлекс*. К концу месяца хватательный рефлекс угасает. К 4-му месяцу ребёнок хватается игрушки, но это уже результат обучения.

С первых дней жизни у ребёнка есть *плавательный рефлекс, шагательный рефлекс*. Около 3-х месяцев они исчезают. И как самостоятельные навыки появляются к году, к 1,2 месяцам.

К *врождённым* относятся и *мимические реакции*. В возрасте 2–6 месяцев выражено *подражание мимики взрослого*. На 7-м месяце безусловная рефлекторная имитация мимики исчезает и как условный рефлекс появляется около 2-х лет.

Для развития речи имеет значение соответствующее *положение головы и туловища* ребёнка. Когда ребёнок *поднимает голову* (1 месяц), *освобождается голосовая щель*. Когда ребёнок *сидит* (6 месяцев), происходит *становление голосового аппарата*. Дальнейшие изменения происходят, когда ребёнок начинает *стоять* (к 10 месяцам), *ходить* (к году).

Движение руки тесно связано с речью и способствует её развитию.

Возникали вопросы: «В какой степени зависит развитие моторной речи (то, что мы говорим) от развития общей моторики?», «Какие факторы могут наиболее эффективно стимулировать развитие речи ребёнка?».

Окружающая среда не оказывает такого влияния на развитие речи, как движения.

Ответ на этот вопрос дала *М.М. Кольцова*. Она взяла 19 здоровых детей (без отклонений в развитии). С *первой группой* проводились занятия по звукоподражанию. Дети были неговорящие (1,1–1,3 месяца). *Первая группа* имела возможность в течение 20 минут свободно *передвигаться по полу*. *Вторая группа* находилась в манеже. После некоторого времени было обнаружено, что *голосовая реакция у детей первой группы* появилась на 7-й день, а на 20-й день – точные попытки звукоподражания. *Во второй группе* голосовые реакции появились на 13-й день, и после 30 дней существенных изменений в речи не отмечалось.

Т.е. свобода передвижения, развитие общей моторики способствует в какой-то мере развитию речи, но не в такой мере, как развитие мелкой моторики.

Был проведён *ещё один опыт*: в *первой группе*, кроме звукоподражания, *не проводились никакие движения*; во *второй группе* в течение 20 минут свободно передвигались по комнате; в *третьей группе* – каждый день проводились занятия по развитию мелкой моторики рук. *Дети третьей группы* стали давать голосовые реакции на *третьей день*, в *первой группе* – на 20-й день.

Вывод: есть все основания рассматривать кисть руки как орган речи, такой же, как артикуляторный аппарат. «Проекция кисти руки – это ещё одна речевая зона в коре головного мозга».

Уровень развития детей постоянно коррелирует со степенью развития движений пальцев рук (т.е. прямая зависимость).

В период подготовки ребёнка к активной речи нужно иметь в виду не только тренировку артикуляторного аппарата, но и пальцев рук. Тренировка пальцев рук на 2,5 месяца ускоряет созревание речевых зон в коре головного мозга. Речевая область формируется под влиянием импульсов от пальцев рук. Работу по тренировке пальцев рук нужно начинать с рождения.

Формирование зрительного анализатора, становление зрительной функции оказывает влияние на развитие речи.

В возрасте *1 месяца* ребёнок может сосредоточиться на предмете. На *2-м месяце* следит за движущимися предметами. *После 3-х месяцев* движения головы определяются движением глаз; формируется зрительно-слуховая связь (следит за артикуляцией говорящего). *В 7 месяцев* безусловно-рефлекторная имитация мимики угасает.

Первый год жизни – самый *сензитивный* период для развития всех видов восприятия.

Первой голосовой реакцией является крик (это врождённый, безусловный рефлекс, не требует обучения), он не зависит от подражания.

К месяцу появляется *гуление* – это недифференцированные голосовые реакции. На 3–4-м месяце изменяется характер *гуления*, оно становится тягучим и приобретает разные интонации. Первые звуки одинаковы у всех народов. *Гуление* (как и лепет) – это не речь, оно формируется по своим внутренним законам.

Лепет появляется к 5–6 месяцам. Это подражательное повторение и накапливание отдельных слогов. В это время лепет не является реакцией на внешние сигналы, т.е. лепет (и гуление) – не есть средство общения. Это подготовительный этап. Лепету придаётся огромное значение в процессе развития речи: это период становления, развития механизма речи. В 6–7 месяцев в механизм лепета начинает включаться слуховой анализатор. Начинается период подражания на слуховой основе (после 6–8 месяцев).

Е.Н. Винарская выделяет *5 периодов врождённых речевых реакций:*

- 1) 0–3 месяцев – период *младенческих криков*;
- 2) 3–5–6 месяцев – период *гуления*;
- 3) 5–6–10 месяцев – период *раннего лепета*;
- 4) 10–12 месяцев – период *лепетных псевдослов* (лепет несёт сигнальную функцию);
- 5) 12–20 месяцев – период *позднего мелодичного лепета*.

Ведущую роль в формировании лепета после 8 месяцев берёт слуховой анализатор. Именно в этот период у глухих детей пропадает лепет, так как они не слышат речи окружающих.

Звуковой лепет слышащих детей изучен в *исследованиях А.Д. Салаховой*. Она наблюдала, как развивается лепет у 4-х слышащих детей в период формирования лепета. Был сделан *основной вывод: развитие лепета не зависит от влияния речевого окружения, лепет развивается по своим внутренним законам*. Доказательством этого служит то, что в лепете детей большое разнообразие звуков, близких по артикуляции к звукам других языков (французского, немецкого, английского). Согласных звуков русского языка в лепете примерно 50%, тогда как близких к английскому – 80%.

Из гласных звуков первыми появляются: «а», «о», «у», «э», «и», «ы». В лепете рано появляются эти же звуки, но с перемещенной назад артикуляцией. Среди согласных

первыми появляются «б», «п», «м» (обусловлено актом сосания), «к», «х», «г» (обусловлено актом глотания).

Условия, которые необходимы для стимулирования появления гуления и лепета:

1) ребёнок должен быть сухим, сытым, должен иметь эмоциональное общение со взрослыми (на фоне положительно окрашенного эмоционального общения, радостного оживления голосовые реакции становятся стойкими, длятся 10–15 минут);

2) не должно быть внешних помех (музыки, крик, шум). Иначе ребёнок не будет слышать ни себя, ни взрослых;

3) ребёнок должен хорошо видеть лицо взрослого;

4) правильное питание.

3 Формирование речевой деятельности на дошкольном этапе

С появлением первых слов начинается период первоначального овладения языком (от одного года до трёх лет).

Со второго года начинает интенсивно развиваться речь. Всё более приобретает значение *речевой контакт*. В ходе развития формируются все компоненты речи (лексический, грамматический, фонетико-фонематический). *Рецептивная речь* (импрессивная, пассивная, декодирование, воспроизводство) опережает *продуктивную речь* (экспрессивную, кодирование, активную).

В усвоение звуковой стороны речи входят два взаимосвязанных процесса: процесс развития восприятия звуков (развитие фонематического слуха) и процесс произнесения звуков речи.

В развитии восприятия звуков существует: 1) *дофонемный этап* (понимание строится не на восприятии фонем, а слова и словосочетания воспринимаются как целый словесный образ, как единый, нерасчленённый звук, важная роль принадлежит интонации) и 2) *фонемный этап*, когда в восприятии речи большое значение имеет восприятие фонем; характеризуется быстрым нарастанием пассивного словаря и развитием продуцирования речи. В норме фонематический слух должен быть сформирован к 2-м годам. До овладения правильным звукопроизношением ещё далеко.

Одновременно с интенсивным развитием фонемного восприятия происходит овладение правильным произношением звуков.

Из согласных звуков: смычные звуки «б», «п», усваиваются раньше щелевых («ф», «в», «с», «з», «ш», «ж», «х») и раньше слитных («ц», «ч», «щ»); глухие звуки усваиваются раньше звонких; мягкие переднеязычные звуки усваиваются раньше твёрдых; свистящие звуки усваиваются раньше шипящих звуков.

Показателем бурного роста речи является рост *активного словаря*. Сначала формируется *номинативная функция речи* (1–1,5 года), с 1,5 лет – *коммуникативная функция речи*. *Познавательная функция речи* формируется к 3-м годам.

Со второго года жизни у ребёнка активно развиваются процессы *обобщения и абстрагирования*, и к 3-м годам формируются познавательные понятия, речь становится основным и существенным средством общения. К 3-м годам речь в основном сформирована.

С формированием словаря формируется и *слоговая структура слова*. Вначале ребёнок произносит *односложные слова* и осмысленные *лепетные звуко сочетания* («ба»), *двухсложные лепетные слова* с одинаковыми слогами («бо–бо», «ма–ма», «па–па»). Эти первые двухсложные слова ребёнка имеют *ударение на первом слоге*. В словах, которые состоят из двух неоднородных слогов (*тётя*), наблюдается *слоговая элизия* – опускание одного из слогов. Чаще всего элизии возникают в 3-х-, 4-х-сложных словах. Главная причина, по мнению А.Н. Гвоздева, – их сравнительная сила. Как правило, со-

храняется ударный слог (собака – «бака»). Иногда в слове ребёнок сохраняет *неударный слог*, если ударный слог включает трудный для произнесения звук (болит – «бо»). Многие дети овладевают ритмической структурой слова и пренебрегают его фонетическим составом (огонек – «нананёк»). Те дети, которые допускают элизии и долго пренебрегают фонетическим составом, в дальнейшем, скорее всего, будут испытывать трудности при дифференциации фонем.

Словарный запас. В. Штерн приводит следующие данные о количестве слов у детей:

1,2–1,6 месяцев – 100 слов;

2 года – 300–400 (200–400) слов;

3 года – 1000–1100 слов;

4 года – 1600 слов;

5 лет – 2200 слов;

6 лет – 2500–3000 слов.

Большое значение имеет развитие *значений* слов. Словарный запас – строительный материал, который при сочетании слов в предложении может служить целям общения.

В развитии речи ребёнка более существенным является *формирование грамматического строя речи*.

В возрасте 1,3 месяцев до 3-х лет *А.Н. Гвоздев* выделяют **2 периода формирования предложений**:

1) 1,3–1,10 месяцев – **период предложений, составленных из аморфных слов-корней**. Аморфные слова (слова-корни) – «ам», «бах».

Этот период имеет два этапа:

1) *время однословных предложений* (1,3–1,8 мес.): «папа», «мама», обозначение животных («кися»), частей тела, часто – обозначение действий («бух», «ам», «ди»);

2) *время предложений из нескольких слов-корней* (1,8–1,10 мес.): «мама дай», «папа неси»; повеление выполнить действие и объект действия – «дай мока»; субъект действия и совершаемые им действия – «ляля бай-бай».

2. 1,10 мес. – 3 года – **период усвоения грамматической структуры предложения** (мамины, папины). Он делится на *три этапа*:

1) *время формирования первых форм* (1,10–2,1 мес.): именительный падеж + глагол (киска пьёт); глагол и управляемое им существительное (дай карандаш);

2) *время использования окончаний для выражения синтаксических связей слов* (2,1–2,3 мес.): появляются дательный и творительный падежи («мальчик пойдёт Лене»; «пойду моком» – без предлога); у глагола усваивается категория лица и числа («сизу», «ушла», «ушли»); формируется *будущее время* («буду есть»); категория возвратности («зиматься буду») и появляются первые частицы («не дам каландаш», «дай-ка мне»);

3) *время использования служебных слов* (2,3–3 года): появляются предлоги и союзы, и сложные предложения становятся союзными.

Союзы появляются в 2,4 месяца;

до 2,6 месяца появляются союзы: «а», «и», «а то», «потому что», «когда», «значит»;

2,6–2,8 года – те же + «как, только»;

2,8–2,10 года – те же + «где», «чтобы», «если»;

2,10–3 года – те же + «который», «какой».

Предлоги появляются раньше, чем *союзы*. К 2-м годам появляются предлоги «в», «на», «у». Сложные предлоги «из-за», «из-под» появляются к 3-м годам.

К 2-м годам – сформировывается фонематический слух. К 3-м годам – сформировывается речь, усвоен грамматический строй речи, у некоторых формируется правильное звукопроизношение, но у большинства наблюдаются фонологические нарушения.

В норме до 5 лет активно развивается *словотворчество* – одна из важнейших особенностей развития речи ребёнка. У детей с речевой патологией, с интеллектуальной недостаточностью, задержкой психического развития нет словотворчества. С 3-х лет этот процесс (*словотворчество*) усиливается.

Т.Н. Ушакова выделяет *три принципа, по которым дети образуют слова*:

- 1) часть какого-нибудь нового слова используется как целое слово – «осколки слов»: «прыг» – прыжок; «леп» – что-то слеплено;
- 2) к корню одного слова прибавляют окончание другого – «чужие» окончания: «помогание» – помощь, «страшность» – страшное;
- 3) одно слово составляется из двух – «синтетические слова»: «бананас» – банан и ананас, «бабезьяна» – бабушка обезьяны.

У всех детей к 5 годам словотворчество начинает угасать. Ребёнок точно выделяет грамматические формы, свободно ориентируется.

4 Формирование речевой деятельности на дошкольном этапе

Ведущий вид деятельности – *игра*. В процессе игры ребёнок берёт на себя разнообразные роли. Эти новые потребности деятельности дают новый толчок к развитию речи. Речь ребёнка становится все более связной. Если до 3-х лет речь носила *ситуативный характер*, то потом она постепенно начинает уступать место *контекстной речи*. *Контекстная речь* – связная речь, понимание которой возможно только на основе средств языкового контекста. Контекстная речь не вытесняет до конца речь ситуативную. На основе этого постепенного перехода развивается *диалогическая речь*. Она начинает формироваться с первых слов. Значительно расширяется круг жизненных отношений ребёнка. Он знакомится с жизнью и деятельностью людей. Всё больше в его жизни занимают слова, предметы, люди, отношения, с которыми он знакомится из рассказов взрослых, книг. В этот период возникает *новая задача общения* – *передача своих впечатлений*. Активно начинает развиваться *монологическая форма речи* (с 3-х лет).

Специальные исследования проводились *А.М. Леушиной*: как развивается связная речь у детей с нормальной речью. Наибольшей ситуативностью у детей дошкольного возраста отличается речь *на тему своего быта*. Ситуативность снижается в *пересказах*. А когда вводятся картинки, речь снова становится ситуативной. К 5–6 годам ситуативность снижается, и речь в этот период в основном становится контекстной. Контекстная речь не является возрастной особенностью. В норме с возрастом снижаются показатели ситуативности.

Вывод: первичная форма речи – диалог, а не монолог.

В этот период активно формируется новая функция речи – *регулирующая функция речи* (к 4-м годам). Речь как регулятор поведения становится к 4–5 годам. *Слово взрослого* регулирует деятельность ребёнка. Формирование регулирующей функции речи связано с развитием *внутренней речи* (программирует интеллектуальную деятельность).

Как указывает *Л.С. Выготский*, *внутренняя речь* (речь «про себя» – ребёнок овладевает ею к 3-м годам) вначале имеет форму внешней речи, постепенно переходит во внутреннюю и служит средством *планирования и коррекции поведения* ребёнка.

Таким образом, формы и функции речи развиваются и усложняются.

При *недоразвитии регулирующей функции речи* действия ребёнка отличаются *импульсивностью*, ребёнок затрудняется в выполнении тех или иных *интеллектуальных операций*, не замечает своих ошибок, легко переключается на побочные раздражители.

Формирование регулирующей функции речи тесно связано с созреванием лобных отделов мозга. Когда задерживается созревание лобных отделов (при алалии), наблю-

дается *недоразвитие регулирующей функции речи*, что ведёт к *недоразвитию внутренней речи*, и, как следствие, к *недоразвитию речевого мышления*.

В связи с вопросом о возникновении *планирующей функции речи* представляют интерес данные о *понимании* детьми дошкольного возраста *словесной инструкции в отношении предстоящей деятельности*. На протяжении дошкольного возраста происходят существенные сдвиги в отношении детей к словесной инструкции. Вначале ребёнок дошкольного возраста способен *выполнить инструкцию вслед за её предъявлением*. А в дальнейшем возрастают возможности *отсроченного выполнения инструкции*. Появляется следование не только *указаниям на тему задания*, но и *указаниям на способы действия*. Отсроченное выполнение указаний, относящихся к теме (предмету) и, главным образом, к способам выполнения задания, является свидетельством того, что способы действия уже выделились для ребёнка из самого процесса выполнения и что, следовательно, появились возможности *предварительного планирования своих действий*.

Речь приобретает *регулирующую и планирующую функции в практической деятельности*.

В этот период ребёнок овладевает *разговорно-бытовым стилем речи*, происходит *овладение основными средствами языка*, идёт активное *совершенствование грамматического строя речи* – это *период усвоения морфологической системы русского языка* (усвоение склонений и т.д.) Идёт активное усвоение *союзов и предлогов*. Из 39 союзов и союзных слов, которые употребляет ребёнок в сложных предложениях, 24 он усваивает после 3-х лет, 28 – начинает употреблять в речи до 4-х лет (по данным А.Н. Гвоздева). Также идёт усвоение *словесного состава речи*. Эту проблему (усвоение *словесного состава речи*, т.е. умеет ли ребёнок *выделять слова из предложения*) изучала С.Н. Карпова. Усвоение *словесного состава речи* происходит очень медленно. Младшие школьники относятся к предложению как *нерасчленённому целому*. В 6–7 лет дети (необученные дети) справляются с этой задачей в *небольшом количестве*.

В период от 3 до 5 лет заканчивается *формирование правильного звукопроизношения*, а *развитие всей фонематической системы* (в *фонематическую систему входит фонематический слух, фонематический анализ, фонематический синтез*) – к 5–6 годам. Тогда появляется *интерес к буквам*. Звуковому анализу слов ребёнка надо обучать.

Усвоение звуков находится в *прямой зависимости от усвоения словаря и грамматического строя речи* (чем богаче словарь, тем лучше звукопроизношение).

5 Формирование речевой деятельности в период школьного обучения

К 7-ми годам ребёнок *полностью овладевает речью*, уровень овладения языком высокий. Вся сложная *система грамматики* (и *синтаксическая*, и *морфологическая*) усвоена. К этому периоду ребёнок овладел *разговорно-бытовым стилем*. В период школьного обучения совершенствуются все функции и формы речи, совершенствуется *монологическая форма речи*, ребёнок овладевает *письменной речью*.

6 Закономерности формирования речевой деятельности в дошкольном возрасте

Анализ развития речи в онтогенезе позволяет выделить ряд *закономерностей*, которые необходимо учитывать при построении *логопедического воздействия*:

1) *опережающее развитие импрессивной речи* по отношению к речи экспрессивной. На основе импрессивной речи обогащается активный словарь. *Так, при любой тяжёлой речевой патологии всегда нужно начинать работу с развития пассивного словаря*;

2) *неравномерность развития структурных компонентов речи (лексическая сторона речи, грамматическая: морфологические и синтаксические обобщения, фонетико-фонематическая), их зависимость от потребностей общения. В первую очередь для общения необходимы и развиваются лексическая сторона речи, грамматический строй. В последнюю очередь шлифуется фонетико-фонематическая сторона речи.* В работе с детьми, у которых имеется системное недоразвитие речи, на начальных этапах не следует проводить работу по развитию правильного звукопроизношения, так как раньше других компонентов развивается лексический строй речи, затем грамматический строй речи;

3) существует определённая *последовательность развития функций речи* в норме: *номинативная, коммуникативная, познавательная, регулирующая. Познавательная функция* формируется в 3 года. Следует сначала сформировать коммуникативную функцию речи, затем – познавательную;

4) существует *определённая последовательность в развитии форм речи*: *речь развивается от речи внешней – к речи внутренней; от речи ситуативной – к речи контекстной, от речи диалогической – к речи монологической* (эти сведения в своё время систематизировал Б.М. Гриншпун); в случае речевой патологии нужно проходить с ребёнком этот путь;

5) *опережающее развитие смысловой стороны речи по отношению к формальной стороне* (окончания, правильное произношение звуков). Звукобуквенный анализ (звук – буква – слог – слово – предложение) предложения нужно проводить после того, как у ребёнка будет сформирована смысловая сторона речи, т.е. проводить звукобуквенный анализ на понятных словах;

6) существует определённая *последовательность в развитии фонематического слуха*: от грубых – к более тонким дифференцировкам. Звуки оппозиционные («с», «з», «ц»).

Знание закономерностей развития речи в онтогенезе позволяет моделировать воспитание речевой деятельности в случае её аномального развития.

7 Критические периоды в развитии речевой функции

Выделяют **три критических** периода в развитии речевой функции:

Первый (1–2 годы жизни) – формируются предпосылки речи и начинается речевое развитие; складываются основы коммуникативного поведения; движущей силой развития речи становится потребность в общении. В этом возрасте происходит наиболее интенсивное развитие корковых речевых зон, в частности зоны Брока. Любые неблагоприятные факторы, действующие в этом периоде, могут отразиться на развитии речи ребёнка;

Второй критический период (3 года) – интенсивно развивается связная речь; происходит переход от ситуационной речи к контекстной, что требует большой согласованности в работе центральной нервной системы (речедвигательного механизма, внимания, памяти, произвольности и т. д.). Возникающая некоторая рассогласованность в работе центральной нервной системы, в нейроэндокринной и сосудистой регуляции приводит к изменению поведения, наблюдается упрямство, негативизм и т. д. Все это определяет большую ранимость речевой системы. Могут возникать заикание, мутизм, отставание речевого развития. Ребёнок отказывается от речевого общения, появляется реакция протеста на завышенные к нему требования взрослых.

Третий критический период (6–7 лет) – начало развития письменной речи. Возрастает нагрузка на центральную нервную систему ребёнка. При предъявлении повышенных требований могут происходить «срывы» нервной деятельности с возникновением заикания.

Любые нарушения речевой функции, имеющиеся у ребёнка, в эти критические периоды проявляются наиболее сильно. Кроме того, могут возникнуть и новые речевые расстройства. Педагог должен хорошо знать критические периоды в развитии речи ребёнка и учитывать их в своей работе.

Вопросы и задания для самостоятельной работы:

1. Проанализируйте схему системного развития нормальной детской речи (по А.Н. Гвоздеву).
2. Что означает комплексный подход к анализу речевых нарушений?
3. Общедидактические и специальные принципы логопедического воздействия, их характеристика.
4. Формы логопедического воздействия (воспитание, обучение, коррекция, компенсация, абилитация, реабилитация, адаптация).

ТЕМА 4 ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

План лекций

1. Основные причины патологии детской речи.
2. Биологические и социально-психологические причины нарушений речи.
3. Органические и функциональные причины нарушений речи.

Литература:

1. Жукова, Н.С. Логопедия / Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева. – М., 1999.
2. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студентов сред. пед. учеб. заведений / М.Ф. Фомичева [и др.]; под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 200 с.
3. Парамонова, Л.Г. Логопедия для всех / Л.Г. Парамонова. – М.: ООО «Изд-во АСТ», СПб.: «Дельта», 1997. – 464 с.
4. Правдина, О.В. Логопедия / О.В. Правдина. – М., 1973.
5. Психолого-медико-педагогическое обследование ребёнка: комплект рабочих материалов / под ред. М.М. Семаго. – М., 1999.
6. Хватцев, М.Е. Логопедия / М.Е. Хватцев. – М., 1959.
7. Хрестоматия по логопедии / под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М., 1997. – Ч. I, II.

1 Основные причины патологии детской речи

Под *причиной нарушений речи* понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть.

Этиология нарушений речи обуславливается воздействием как *причин, непосредственно вызывающих то или иное расстройство*, так и *условий, которые благоприятствуют возникновению*. Поэтому возникновение речевого нарушения является следствием *ведущей причины и предрасполагающих факторов*.

Причины речевых расстройств многочисленны и разнообразны.

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

Причины речевых нарушений подразделяют на *биологические и социально-психологические*.

С учётом характера поражения речевого аппарата различают причины *органические и функциональные*.

В зависимости от времени воздействия патогенных факторов выделяют *перинатальную (внутриутробную), натальную (повреждение при родах), постнатальную (воздействие различных неблагоприятных факторов после рождения) патологию*.

2 Биологические и социально-психологические причины нарушений речи

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают выделяют *биологические и социально-психологические факторы риска*.

Биологические причины развития речевых нарушений представляют собой патогенные факторы, воздействующие главным образом в период *внутриутробного развития и родов* (гипоксия плода, родовые травмы и др.), а также *в первые месяцы жизни после рождения* (мозговые инфекции, травмы и др.) Особую роль в развитии речевых нарушений играют такие факторы, как *семейная отягощённость речевыми нарушениями, леворукость и правшество*.

Биологические факторы:

1) пороки развития мозга, связанные с *хромосомными абберациями (мутациями, перестройками)*, т.е. *генетическими изменениями*;

2) *патология беременности*: паразитарные заболевания (токсикоз, токсоплазмоз); вирусные заболевания (краснуха, грипп), эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотериоз и др.); сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, венерологические заболевания (сифилис), туберкулез.

Первые триместр беременности – наиболее раннее время для плода. Чем раньше действует патологический фактор, тем больше страдает плод;

3) *физические факторы (радиоактивное облучение)*;

4) *химические факторы (алкоголь, курение, влияние наркотических средств, недобудуманный приём лекарственных препаратов, гипо- и гипervитаминозы, авитаминоз, недостаток микроэлементов, экологическое состояние окружающей среды)*;

5) *родовая травма, асфиксия, гипоксия* (быстрые роды – разница давления, тяжёлые роды, применение вспомогательных средств – вакуум-экстракция плода, наложение акушерских щипцов);

6) заболевания в первые годы жизни (дизентерия, коклюш, рахит, менингоэнцефалит – особенно опасно, приводит к ДЦП, парезам, параличам, грубым нарушениям речи; травмы мозга: сотрясение, контузия);

7) неблагоприятная наследственность, отягощённая речевой патологией (у заикающихся в семье; врождённого заикания нет; передача по наследству невропатического фона характера родителей и подражание).

Социально-психологические факторы риска связаны главным образом с *психической депривацией* детей. Особое значение имеет недостаточность эмоционального и речевого общения ребёнка со взрослыми.

Социально-психологические факторы:

1) неправильная речь окружающих (заикание, тахилалия у родителей);

2) неадекватный тип воспитания ребёнка;

3) педагогическая запущенность, недостаточное внимание к развитию речи ребёнка;

4) повышенная требовательность к речи ребёнка, излишняя стимуляция речевого развития ребёнка;

5) подлаживание под речь ребёнка взрослого (с ребёнком надо разговаривать нормальным языком);

6) дефицит или недостаточность речевых контактов (*социальная депривация*);

7) необходимость усвоения ребёнком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем: двуязычие, или билингвизм.

В результате действия этих причин у ребёнка могут наблюдаться нарушения развития различных сторон речи.

Эти причины действуют в *пренатальный период*, *натальный* и *постнатальный*. В *пренатальный* (дородовой) – патология беременности, *натальный* – патология родов, *постнатальный* – *социально-психологические факторы*.

3 Органические и функциональные причины нарушений речи

Характер поражения речевого аппарата может иметь *органический* и *функциональный* характер.

Органические поражения сопровождаются более или менее выраженными *структурными нарушениями анатомо-физиологических механизмов речи*, т.е. органическими повреждениями речевого аппарата.

Они могут быть: *центральные* (связанные с неправильным строением мозга: опухоли, травмы, кровоизлияния) и *периферические* (связанные с расщелинами твёрдого и мягкого нёба, губы).

Если поражение локализуется в *периферическом отделе* – это *механическое* поражение, а если в *центральном отделе* – то *органическое* поражение. К периферическим нарушениям относятся *дислалия* и *ринолалия*.

Среди *органических причин* (связаны с повреждением органов речи) можно выделить:

– *наследственные причины*: когда нарушения речи наследуются от родителей.

– *врождённые причины*: когда речевые расстройства обусловлены приёмом лекарств или осложнениями во время беременности.

– *перинатальные причины*: причиной нарушений речи являются осложнения во время родов.

– *постнатальные причины*: речевые расстройства появляются после рождения, например, в результате преждевременных родов.

Функциональные нарушения речи. Нет никаких анатомических изменений, а имеет место *неправильное функционирование речевого аппарата*. К *функциональным нарушениям речи* относят *заикание* (в большинстве случаев), *функциональную дислалию*, некоторые *нарушения голоса* (например, *ринофонию*).

Среди *функциональных причин* (*патология работы задействованных в речи органов*) можно выделить:

– *эндокринные причины* – в основном связаны с психомоторным развитием ребёнка;

– *причины, связанные с окружающей средой* (на лингвистические характеристики человека влияет его окружение);

– *психосоматические причины* (играют важную роль в развитии речевых расстройств, поскольку мысли могут спровоцировать аномальную устную речь; и, наоборот, трудности и нарушения речи могут негативно влиять на мышление; всё это затрудняет корректное говорение и понимание речи).

Такое деление несколько *условно*, так как, с одной стороны, функция органа зависит от *анатомо-физиологического строения*: если страдает структура, то нарушается и функция; с другой стороны, длительное *неправильное функционирование* может привести к *мышечной атрофии органа*.

Вопросы и задания для самостоятельной работы:

1. Определите термин «этиология».
2. Каковы основные причины речевых нарушений?
3. На какие группы можно разделить все причины речевых нарушений?
4. Выделите причины речевых нарушений биологического и социального характера.
5. Расскажите о делении причин нарушений речи на органические и функциональные.
6. Охарактеризуйте предрасполагающие условия к возникновению речевых расстройств.

ТЕМА 5 КЛАССИФИКАЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

План лекции

1. Клинико-педагогический и психолого-педагогический подходы к классификации речевых нарушений.
2. Виды речевых нарушений, выделяемых в клинико-педагогической классификации.
3. Нарушения речи, выделяемые в психолого-педагогической классификации.

Литература:

1. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: сборник методических рекомендаций. – СПб.: Детство-Пресс, 2002. – С. 5–14.
2. Логопедия: учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 680 с. – С. 55–69.
3. Логопедия. Теория и практика / под ред. Т.Б. Филичевой. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2019. – С. 17–25
4. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / М.Ф. Фомичева [и др.]; под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Изд. центр «Академия», 2002. – 200 с. – С. 13–15.
5. Основы логопедической работы с детьми: учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
6. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1967. – 368 с.
7. Понятийно-терминологический словарь логопеда / под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр «ВЛАДОС», 1997. – 400 с.
8. Создание специальных условий для детей с особенностями психофизического развития в учреждениях общего среднего образования (первая ступень) с учетом инклюзивных подходов : учеб.-метод. пособие для студентов учреждений высш. образо-

вания: в 3 ч. / Н.Н. Баль, Т.В. Варенова, С.Е. Гайдукевич. – Минск: Белорус. гос. пед. ун-т, 2018. – Ч. 3. – С. 6–56 .

9. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 1989. – 223 с. – С. 11–12.

1 Клинико-педагогический и психолого-педагогический подходы к классификации речевых нарушений.

На начальных этапах становления логопедии как науки она не располагала собственной классификацией нарушений речи, полностью принимала медицинскую классификацию речевых расстройств. Одним из первых медицинскую классификацию речевых расстройств критически проанализировал А. Куссмауль в 1877 г. Проанализировав данные о речевых нарушениях, он упорядочил терминологию.

Эта классификация легла в основу множества клинических классификаций. Но ни в одну из них не был заложен определённый принцип. Это привело к разночтению видов и форм речевых нарушений не только в классификациях разных авторов, но и внутри одной классификации. На рубеже веков, с развитием физиологии высшей нервной деятельности, психологии, медицины, лингвистики и педагогики, эти противоречия стали особенно заметны. К пересмотру классификации речевых нарушений подключились М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский, пополнив содержательную характеристику речевых расстройств.

В процессе разработки методов логопедического воздействия, пригодных для работы с коллективом детей, клиническая классификация нарушений речи была подвергнута критическому анализу, позволившему ввести новую группировку речевых нарушений (психолого-педагогическая классификация нарушений речи).

В настоящее время в логопедии есть *две классификации нарушений речи: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая.*

По мнению Б.М. Гриншпуна, которое поддерживается и другими исследователями, **клинико-педагогическая классификация** опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, но, в отличие от чисто клинической, выделяемые в ней виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний. В данной классификации все виды нарушений речи делятся на *две группы* в зависимости от того, *какого вида речь* нарушена: *устная или письменная.*

К нарушениям устной речи относятся:

дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата;

ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (в том числе, врождёнными расщелинами нёба);

дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Характеризуется голосовыми, просодическими и артикуляционно-фонетическими дефектами;

дисфония, афония – расстройство или отсутствие фонации, нарушение силы, высоты и тембра голоса вследствие патологических изменений голосового аппарата;

заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;

брадилалия – патологически замедленный темп речи;

тахилалия – патологически ускоренный темп речи.

Все вышеперечисленные нарушения устной речи относятся к группе *расстройств фонационного (внешнего) оформления высказывания*. Кроме них, в нарушениях устной речи ещё есть *нарушения структурно-семантического оформления высказывания*:

алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка;

афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Нарушения письменной речи подразделяются на:

дислексию – частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, в аграмматизмах;

дисграфию – частичное специфическое нарушение процесса письма, проявляющееся в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослового состава слова и структуры предложений;

дизорфографию – специфическое нарушение процессов усвоения и применения орфографических правил.

Психолого-педагогическая классификация возникла в результате критического анализа клинической классификации с точки зрения применения её в педагогическом процессе. Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений была разработана в 1960 г. коллективом сотрудников НИИ дефектологии АПН СССР под руководством Р.Е. Левиной на основе педагогических, лингвистических и психологических критериев, среди которых в большей степени учитывались структурные компоненты речевой системы, функции речи, соотношение видов речевой деятельности.

В соответствии с *психолого-педагогической классификацией* (по Р.Е. Левиной) нарушения речи подразделяются на *две группы*.

Первая группа – нарушения средств общения:

фонетические нарушения речи – нарушения произносительной стороны речи у детей с различными речевыми расстройствами;

фонетико-фонематическое недоразвитие речи – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие недостатков восприятия и произнесения фонем;

общее недоразвитие речи – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой её сторонам.

Вторая группа – нарушения в применении средств общения:

заикание, рассматриваемое как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформированных средствах общения.

Обе классификации нарушений речи отражают современное состояние теории логопедии. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга. Признаки, положенные в основание психолого-педагогической классификации, позволяют организовать групповые формы коррекционно-воспитательного процесса и логопедической работы при разных формах речевых нарушений, но при общности проявлений речевых нарушений.

Научное обоснование представлений о формах и видах речевых нарушений являются исходным материалом для разработки эффективных методов коррекционной работы.

2 Виды речевых нарушений, выделяемых в клинико-педагогической классификации

В основе *клинико-педагогической классификации* лежит изучение *причин и патологических проявлений* речевой недостаточности. В соответствии с клинико-педагогической классификацией, анализ любого речевого нарушения предполагает учёт основных *аспектов: медицинского, логопедического (педагогического), психологического, психолингвистического.*

Медицинский аспект классификации предполагает учёт того, *какой из речевых анализаторов нарушен* (речедвигательный или речеслуховой), *в каком отделе* имеется нарушение, *время появления* нарушения.

Логопедический аспект ориентирует на то, *какое звено речевой системы* пострадало.

Психологический аспект предполагает учёт того, *в какой мере* нарушена коммуникативная функция речи, *какими личностными отклонениями* сопровождается речевое нарушение, *какие тенденции спонтанного развития*, *какой прогноз* при том или другом речевом расстройстве.

Психолингвистический аспект – предполагает изучение состояния различных операций восприятия и порождения речевых высказываний. Используется *при изучении системных нарушений речи* (алалия, афазия).

В настоящее время все речевые нарушения в этой классификации делятся на *две группы: нарушения устной и письменной речи.*

Нарушения устной речи в свою очередь делятся на *два типа:*

– *нарушения фонационного (внешнего) оформления высказывания, или нарушение произносительной стороны речи;*

– *структурно-семантические нарушения, или нарушения внутреннего оформления высказывания (системные нарушения, или полиморфные).*

В свою очередь *нарушения фонационного оформления* делятся на:

– *нарушение голосообразования* – дисфония, афония;

– *нарушение темпо-ритмической организации высказывания* – заикание;

– *нарушения интонационно-мелодической организации высказывания* – брадилалия, тахилалия;

– *звукопроизносительные нарушения* – дислалия, ринолалия, дизартрия.

Структурно-семантические нарушения: алалия и афазия.

Нарушения письменной речи – дислексия, дисграфия, дизорфография.

Выделяются 12 форм нарушений речи: 9 нарушений устной речи (дисфония, тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия, алалия, афазия) и 3 нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия, дизорфография).

Речевые нарушения могут иметь различную *динамику, течение.* Выделяют следующие *типы течения: стационарный характер* (симптоматика носит стабильный характер – дислалия, дизартрия); *прогрессирующее течение* (степень выраженности симптоматики речевого нарушения усиливается с течением времени – заикание, нарушение голоса); *регрессирующее* (степень выраженности речевого расстройства ослабляется – заикание, афазия); *волнообразный тип* (с последующим чередованием усиления или ослабления симптоматики – заикание, ринолалия) и *рецидивирующее* (появление симптомов речевого расстройства после полного устранения – заикание, ринолалия).

Нарушения звукопроизносительной стороны речи – дислалия, ринолалия, дизартрия.

Дислалия – это нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Дислалия – нарушение звукопроизношения, связанное: с *анатомическими дефектами артикуляционного аппарата*; с нарушениями *фонематического слуха*; с *неблагоприятными условиями развития речи*. Причиной возникновения нарушения звукопроизношения могут быть как отдельные из них, так и их сочетание.

Выделяют две формы дислалии: *функциональная* и *механическая*.

Функциональная дислалия.

Медицинский аспект. *Функциональная дислалия* – расстройство произношения, обусловленное функциональными нарушениями

Время возникновения – функциональная дислалия возникает в период формирования речи и проявляется в *пропусках, заменах, смешениях, искажениях звуков*.

Педагогический аспект. Страдает только *фонетическая сторона речи*, другие стороны речи сохранены (нарушаются только согласные звуки позднего онтогенеза – шипящие, свистящие, сонорные).

Психологический аспект. Функция *общения* не страдает. При функциональной дислалии *интеллект* у ребёнка всегда сохранен, нет особых нарушений *эмоционально-волевой сферы*.

Прогноз: всегда благоприятный, звуки могут быть исправлены логопедом.

Механическая дислалия.

Медицинский аспект. *Механическая дислалия* – это расстройство произношения, обусловленное врождёнными или приобретёнными нарушениями периферической части речедвигательного анализатора.

Время возникновения. Чаще встречается *врождённая механическая дислалия*, например, *короткая подъязычная уздечка (врождённый органический дефект артикуляционного аппарата)*. Реже встречается *приобретённая механическая дислалия*, например, *в результате травмы*.

Педагогический аспект. Нарушается только *произношение звуков*.

Психологический аспект. Иногда страдает *эмоционально-волевая сфера, функция общения* у ребёнка сохранна, *интеллект* сохранен.

Прогноз: спонтанно правильное звукопроизношение не исправляется. Чаще наблюдается закрепление нарушенного произношения звука.

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

Медицинский аспект. *Ринолалия* связана с повреждением периферической части речедвигательного анализатора (аномалии губы в сочетании с расщелинами неба).

Время возникновения. Чаще – до начала формирования речи (действие вредоносных факторов в пренатальном периоде вызывает врождённое нарушение). Повреждение речедвигательного анализатора при ринолалии может быть и приобретённым, например, *в результате травмы*.

Педагогический аспект. Страдают и *гласные, и согласные звуки*, часто наблюдается *вторичное недоразвитие основных компонентов речи*. При ринолалии часто наблюдается снижение слуха.

Психологический аспект. *Коммуникативная функция речи* резко нарушена. Речь не понятна окружающим. Страдает *эмоционально-волевая сфера*, появляется *страх перед речью, уход от общения*. Если ринолалия осложнена общим недоразвитием речи (ОНР), страдает и *познавательная деятельность*.

Прогноз: спонтанно речь не исправляется. Эффективность исправления зависит не только от *работы логопеда*, но и от качества *медицинской помощи – хейлопластики*

(операции по устранению расщелины губы) и *уранопластики* (операции по устранению расщелины неба).

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Это нарушение звукопроизношения и просодики (интонации, мелодики и т.д.)

Медицинский аспект. Дизартрия связана с повреждением *центральной части* речевого аппарата: *чаще* страдают *проводящие пути*; *реже* встречается поражение различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи (ядер, корешков или периферических стволов черепно-мозговых нервов).

Время возникновения. Чаще всего дизартрия – действие любого вредоносного фактора в пренатальном или раннем постнатальном периоде, *например, дизартрия у ребёнка с ДЦП.* Но дизартрия может появиться и после того, как речь сформировалась, *например, вследствие заболеваний (инсульт, менингоэнцефалит и др.).*

Педагогический аспект. Нарушается *звукопроизношение и гласных, и согласных звуков, речевое дыхание, голос, просодическая сторона речи.* Вторично могут страдать все компоненты речи.

Психологический аспект. Коммуникативная функция грубо нарушена из-за невнятности речи. *При тяжёлых поражениях центральной нервной системы* речь становится невозможной. Такие нарушения называются *анартрией* – тяжёлая степень дизартрии (вместо речи – мычание, отдельные звуки). По *клинико-психологической характеристике* дети с анартрией представляют *неоднородную группу* (дизартрия у детей с нормальным психофизическим развитием, дизартрия у детей с церебральным параличом, дизартрия у детей с интеллектуальной недостаточностью и др.). У детей с ДЦП часто бывает нарушен *интеллект.*

Прогноз: спонтанно речь не исправляется. При длительной систематической логопедической работе прогноз чаще благоприятный.

Расстройства голосообразования.

Дисфония – расстройство фонации (звукообразования) вследствие патологического изменения голосового аппарата.

Афония – полное отсутствие голоса при сохранной шёпотной фонации.

Медицинский аспект. Нарушения голоса связаны с патологическими процессами в *центральной или в периферическом отделах голосового аппарата функционального или органического характера.*

Время возникновения – голосовые расстройства могут появиться в различные периоды.

Педагогический аспект. Языковая система не нарушается, страдает только *голос.*

Психологический аспект. При *афонии* нарушается *коммуникативная функция речи*, страдает *эмоционально-волевая сфера.* Интеллект сохранен.

Прогноз: расстройство фонации спонтанно не исчезает, особенно при *органических* нарушениях голоса. При *функциональных нарушениях голоса* прогноз более благоприятный. Во многом прогноз зависит от помощи фонопеда.

Нарушения темпа, ритма, плавности речи: тахилалия, брадилалия, заикание.

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи.

Брадилалия – патологически замедленный темп речи.

Медицинский аспект. В патологическом механизме тахилалии и брадилалии центральным звеном является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счёт патологического преобладания процесса возбуждения (при тахилалии) или процесса торможения (при брадилалии). Нарушения темпа речи могут вызвать *органические и функциональные поражения нервной системы.*

Тахилалия и брадилалия связаны с нарушениями речедвигательного анализатора с локализацией в *подкорковой области*, которые могут носить органический и функциональный характер.

Педагогический аспект. Не наблюдается языковых нарушений. Нарушается только просодика.

Психологический аспект. Коммуникативная функция сохранна, но речь может быть непонятной. Личностных изменений, изменений в эмоционально-волевой сфере нет.

Прогноз: спонтанно нарушение не исчезает, исправляется с трудом. Преодоление нарушений темпа речи требует длительной систематической логопедической работы и последующего периодического контроля. При желании положительного результата можно достичь.

Заикание – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Медицинский аспект. Выделяют два вида заикания:

– *эволюционное заикание*, или «заикание развития» (появляется у детей в дошкольном возрасте, в период незаконченного формирования речи. Рассматривается как самостоятельное речевое нарушение);

– *симптоматическое* (бывает чаще у взрослых, является симптомом какого-либо нарушения).

Эволюционное заикание в клинических исследованиях делится на две формы: *невротическое* и *неврозоподобное заикание*. *Неврозоподобное заикание* возникает на фоне органического поражения центральной нервной системы. Кроме того, формы заикания отличаются *временем появления речевого нарушения, типом его течения, выраженностью симптоматических проявлений*. Ставит диагноз, выясняет, есть ли органическое поражение ЦНС, – врач.

Время возникновения – преимущественно в период формирования речи (от 2 до 5 лет). В старшем возрасте заикание может появиться в результате психической травмы.

Педагогический аспект. Языковая система первично не страдает.

Психологический аспект. При заикании резко нарушена коммуникативная функция речи (в отличие от тахилалии). Это приводит к изменениям эмоционально-волевой сферы: появляется *логофобия* (страх перед речью), *скоптофобия* – это боязнь быть нелепым и смешным в глазах других людей, стыд за свою речь. *Познавательная сфера* не страдает. *Интеллект* сохранен.

Прогноз не всегда благоприятный, возможны рецидивы. В раннем возрасте заикание может исчезнуть спонтанно при благоприятных условиях окружающей среды. Заикание без специальной лечебно-оздоровительной и коррекционно-педагогической работы имеет тенденцию к усугублению.

Нарушения структурно-семантического оформления высказывания: алалия и афазия.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном и раннем периоде развития ребёнка с нормальным слухом и сохранными интеллектуальными предпосылками.

Медицинский аспект. Алалия связана с органическим поражением коркового конца речедвигательного или речеслухового анализатора, а также различных областей коры головного мозга или их незрелостью.

Время возникновения – действие любого вредоносного фактора в пренатальном или раннем постнатальном периоде.

Педагогический аспект. Основной признак – несформированность языковой системы речи, т.е. не сформированы фонетические, фонематические и лексико-грамматические компоненты речи.

Психологический аспект. Коммуникативная функция речи грубо нарушена, нарушается «назывная» функция речи, хотя потребность в общении у детей есть. Возникает речевой негативизм, отсутствует мотивации речевого высказывания. Не полноценность речи или её отсутствие обуславливает ряд особенностей психического развития ребёнка, нарушается познавательная деятельность, эмоционально-волевая сфера и т.д.

Прогноз: спонтанно речь ребёнка развивается, но искажённо. Логопедическая работа требует длительного систематического воздействия. При этом не всегда возможно достичь нормального уровня речевого развития.

Психолингвистический аспект: при алалии нарушаются языковые операции процессов восприятия и порождения речевых высказываний. Язык не формируется как средство общения и обобщения. Нарушаются мыслительные операции над языковым материалом разного уровня: фонетический, лексический, грамматический компонент языковой способности.

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Медицинский аспект. Афазия обусловлена органическим поражением коркового отдела речедвигательного или речеслухового анализатора. А.Р. Лурия, на основе работ которого разработано современное учение об афазии, выделил 6 форм афазии:

- 1) сенсорная;
- 2) акустико-мнестическая;
- 3) семантическая;
- 4) динамическая;
- 5) моторная афферентная;
- 6) моторная эфферентная.

Педагогический аспект. Афазия характеризуется нарушением всех уровней языковой системы с частичной сохранностью отдельных звеньев.

Психологический аспект. Полностью распадается коммуникативная функция речи. Нарушается внутренняя и внешняя, устная и письменная речь. В тяжёлых случаях – снижение интеллекта, ослабление эмоционально-волевых процессов (депрессия, тревожность).

Прогноз: не всегда благоприятный, особенно у взрослых. Иногда не наблюдается полного восстановления речи.

Нарушения письменной речи: дисграфия, дислексия, дизорфография.

Дисграфия – частичное специфическое нарушение процесса письма.

Аграфия – полная невозможность овладения процессом письма.

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения.

Алексия – полная невозможность овладения процессом чтения.

Дизорфография – специфическое нарушение процессов усвоения и применения орфографических правил.

Медицинский аспект. Нарушения письма и чтения могут вызываться причинами органического и функционального характера, могут быть обусловлены недоразвитием или распадом высших психических функций, которые осуществляют процесс чтения и письма в норме.

Педагогический аспект. Дислексия может быть самостоятельным нарушением, но может и наблюдаться при алалии, афазии. Дисграфия может быть самостоятельным расстройством, но может и наблюдаться при ринолалии, дизартрии, алалии, афазии. В зависимости от того, какое речевое нарушение сопровождает дислексию, дисграфию, будут страдать те или иные стороны речи.

Дизорфография – это особый вид нарушений письма, обусловленный неполноценным усвоением орфографических правил, неумением соотносить их друг с другом,

низкой возможностью переноса усвоенных правил на аналогичный языковой материал, недостаточностью чувства языка.

Прогноз: зависит от причины нарушения, степени тяжести, характера, личности ребёнка.

3. Нарушения речи, выделяемые в психолого-педагогической классификации

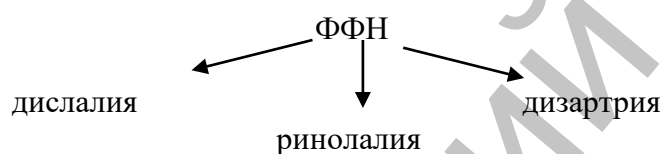
Психолого-педагогическая классификация используется при разработке методов логопедического воздействия для работы с коллективом детей.

Все речевые нарушения в данной классификации подразделяются на две группы.

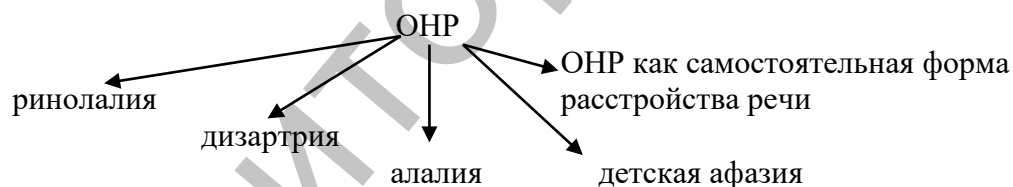
1. Нарушения средств общения.

Фонетические нарушения речи – нарушения произносительной стороны речи у детей с различными речевыми расстройствами.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи – это нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами, вследствие недостатков восприятия и произношения фонем.



Общее недоразвитие речи – различные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.



2. Нарушения в применении средств общения. К ним относится *заикание*, которое рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформированных средствах общения. Возможно *сочетание заикания с общим недоразвитием речи*.

В психолого-педагогической классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи *нарушения письма и чтения*. Они рассматриваются в составе *фонетико-фонематического* и *общего недоразвития речи* как их отсроченные последствия.

Вопросы и задания для самостоятельной работы:

1. Расскажите о современных классификациях речевых нарушений.
2. Назовите формы речевых нарушений в составе клинико-педагогической классификации.
3. Расскажите об основных видах речевой патологии: в устной речи; в письменной речи.
4. Опишите виды речевых нарушений в соответствии с психолого-педагогической классификацией речевых нарушений.
5. В чём состоят основные особенности двух типов классификации речевых нарушений?

6. Покажите соотношение клинико-педагогической и психолого-педагогической классификации нарушений речи.
7. Дайте сопоставительный анализ нескольких нарушений речи.

Репозиторий ВГУ

Учебное издание

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

Курс лекций

Составители:

ХАРИТОНОВА Елена Александровна

ХАБАРОВА Светлана Петровна

Технический редактор

Г.В. Разбоева

Компьютерный дизайн

Л.Р. Жигунова

Подписано в печать 2019. Формат 60x84^{1/16}. Бумага офсетная.

Усл. печ. л. 2,96. Уч.-изд. л. 3,65. Тираж экз. Заказ .

Издатель и полиграфическое исполнение – учреждение образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

Свидетельство о государственной регистрации в качестве издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий

№ 1/255 от 31.03.2014 г.

Отпечатано на ризографе учреждения образования
«Витебский государственный университет имени П.М. Машерова».

210038, г. Витебск, Московский проспект, 33.