

Лекция для учителей на тему: "Дети с речевыми расстройствами. Как отличить. Тактика поведения учителя"

Лекция для учителей на тему: "Дети с речевыми расстройствами. Как отличить. Тактика поведения учителя"

Цель: познакомить учителей с видами речевых расстройств, подробно рассмотреть расстройства, связанные с органическими поражениями ЦНС, признаками их проявления, спецификой построения учебного процесса с ребенком с речевыми расстройствами.

Речевые расстройства.

Речь - высшая психическая функция, которая является основным средством выражения мысли. Речь имеет динамическую мозговую организацию, различные участки головного мозга отвечают за отдельные речевые функции (синтез самого высказывания, работа артикуляционного аппарата, понимание обращенной речи и т. д.). В случае нарушения работы одного из участков другие участки потенциально могут взять его функции на себя при соответствующих реабилитационных мероприятиях.

Речевые расстройства, возникают в связи с нарушением работы данных зон. При поражении различных отделов нервной системы могут возникать разнообразные речевые расстройства. Характер этих расстройств зависит от локализации и времени поражения. Речевые расстройства можно разделить на следующие группы:

I. Речевые расстройства, связанные с органическим поражением (необратимое поражение самих нервных клеток) ЦНС	II. Речевые нарушения, связанные с функциональными изменениями (нарушение функции при сохранности нервных клеток) ЦНС:	III. Речевые нарушения, связанные с дефектами костного и мышечного строения артикуляционного аппарата	IV. Задержки речевого развития различного происхождения
- афазии; - алалии; - дизартрии;	- заикание; - мутизм и сурдомутизм;	- механические дислалия - ринология.	

Дети, имеющие различного рода физические особенности и особенности развития зачастую могут иметь те или иные формы речевых расстройств. Мы рассмотрим первую группу речевых расстройств, локализацию нарушения, признаки и проявления, которые возможно заметить, а также то, какие элементы учитель может включить в урок исходя из возможностей ребенка и опираясь на опыт логопедов, работающих с речевыми расстройствами.

Речевые расстройства, связанные с органическим поражением ЦНС

АФАЗИЯ	
<p>Афазия - гр. arhasia - полное или частичное нарушение речи. Диагноз афазии ставят при центральных нарушениях любых сторон речи - названия предметов, поиска слов, грамматического строя речи, понимания речи. Для большинства афазий характерно нарушение названия. Больной не может назвать самые обычные предметы (карандаш, часы) и их части (ластик, грифель, ремешок).</p>	
<i>Разновидности</i>	
Моторная афазия	Сенсорная афазия
<i>Локализация поражения</i>	
<p>Возникает при поражении зоны Брока.</p> <p>Зона Брока - это двигательный центр речи, зона речедвигательных органов - моторики речи, ответственной за воспроизведение речи.</p> <p>Основная его функция - преобразование нейронных кодов слов в последовательность артикуляций.</p> <p>При ее поражении теряется возможность объединения отдельных речевых движений в единый речевой акт. (т. е. мысленно больной формулирует высказывание, но произнести или написать его не в состоянии)</p>	<p>Возникает при поражении зоны Вернике.</p> <p>Зона Вернике - слуховой центр речи, отвечающий за понимание речи.</p> <p>Основная его функция - преобразование слуховых сигналов в нейронные коды слов, которые активируют соответствующие образы или понятия.</p> <p>При ее поражении теряется возможность понимать услышанную речь или написанный текст. Способность говорить сохраняется.</p>
<i>Проявления</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Речь затрудненная, замедленная, часто прерывается паузами для поиска слов. • Фразы почти не содержат служебных слов и состоят в основном из глаголов и существительных. • Нарушен порядок слов, неправильно используются краевые морфемы (окончания слов, которые выражают время и наклонение глаголов, падеж, род и число существительных). 	<ul style="list-style-type: none"> • Слышит, но не может понять содержания слов. Нарушено понимание как устной, так и письменной речи. • Звуки слов не имеют для него никакого значения, с ними не ассоциируются никакие представления, а родной язык звучит, как иностранный. • Речь больного остается беглой и иногда грамматически правильной.

ствительных).

- Характерна телеграфная речь - сжатая, но достаточно информативная. Например, мужчина 45 лет с моторной корковой афазией так рассказывает о своем заболевании: "Я пошел... доктор. Доктор послал меня... Боссон. Больницу. Доктор... Там... Два, три дня... Доктор отправил домой".

- Речь больного может ограничиваться мычанием или единственным словом ("да" или "нет", другое слово, которое он часто использовал в речи), которое он произносит с разными интонациями, пытаясь выразить свое отношение к происходящему.

- Нарушено название предметов.

- Нарушено повторение речи за говорящим.

- Понимание устной речи сохранено - за исключением сложноподчиненных предложений и конструкций пассивного залога.

- Понимание письменной речи (чтение) сохранено, но заметны характерные запинки при чтении коротких служебных слов.

- Речь требует от говорящего больших усилий.

- Нарушена артикуляция. Артикуляция становится почти нормальной при пении (при приобретенной форме)

- Неспособность выполнить по инструкции движения, в которых участвуют мышцы рта, глотки и лица ("покажите, как вы задуваете спичку, как пьете через соломинку").

- Человек осознает свой дефект, тяжело переживают собственную беспомощность.

чески правильной, но теряет всякий смысл и содержит множество иносказаний и парафазии .

- Парафазии - употребление неверного слова. Замена одного слова другим, близким по смыслу, но все же неверным ("ручка" вместо "карандаш") . Иногда это могут быть слова абсолютно различные по значению, но схожие (порой только в понимании говорящего). Или правильное, но искаженное название ("тожницы" вместо "ножницы")

- Не может правильно называть предметы.

- Обилие парафазии иногда превращает речь в сплошной поток неологизмов и делает ее совершенно непонятной ("жаргонная афазия").

- Речь перегружена служебными словами (предлогами и союзами) при недостатке существительных и глаголов. Высказывания многословны, но неинформативны. (Пример: мужчина, пытается рассказать, как его жена случайно выбросила что-то нужное: "Она говорит, нам это больше не нужно. И с этим, когда это попало вниз, были мои зубы.... Дан... дан... мой дантист... Они были в этой... в сумке... понимаете? Как это получилось? Так она говорит, нам это больше не нужно... Вот теперь, если у меня будут трудности, через месяц, через четыре месяца, через шесть месяцев у меня будет новый дантист. Где мои два... , которые я ношу... которые я... пропали. она пойдет к своим друзьям, и она не может их выбросить".

- Не только устная, но и письменная речь бессмысленна.

- Способность к повторению слов, фраз утеряна.

- Человек не осознает, что речь у него нарушена, и

раздражается, если его не понимают.

Тактика поведения

Коррекция возможна и проходит быстрее, чем при сенсорной афазии. Сам процесс коррекции осуществляют специалисты (логопеды) параллельно с медицинским лечением. Однако учитель может взять отдельные элементы из применяемых логопедами техники и упражнений.

До того как логопед начнет заниматься собственно коррекционной работой, он должен наладить контакт с ребенком, заинтересовать его, повысить уверенность в себе и приучить к регулярным занятиям.

Эффект таких встреч — поддержка навыков, необходимых для развития речи: мелкой моторики, умения подражать другим людям, творческого подхода. Для этого специалисты используют разнообразные игры, не связанные с речью, например рисование или лепку по образцу, подражательные танцы, логоритмику и так далее.

Этап коррекции речи начинается с развития фонематического слуха, чтобы ребенок научился осознавать и слышать различия в произношении звуков и слов. С помощью логопедических упражнений, а иногда и массажа или артикуляторной гимнастики специалист помогает пациенту научиться правильно и осознанно произносить различные по смыслу, но похожие на слух слова.

Занятия обязательно включают в себя и отработку произношения слов, отличающихся друг от друга по структуре слогов, например «кот — крот». Параллельно с этим логопед подбирает упражнения, которые помогут ребенку научиться анализировать звуковой состав слова. Пациент должен уметь находить звуки в словах, где бы

Коррекция сенсорной афазии — долгий и сложный процесс, которым занимаются специалисты (логопеды) параллельно с медицинским лечением. Однако учитель может взять отдельные элементы из применяемых логопедами техники и упражнений.

На первом этапе логопед предлагает ребенку простые для выполнения задания, например списать короткое слово.

Нужно быть готовыми к тому, что даже такое несложное для школьника упражнение может стать серьезной нагрузкой, ведь он пока может «запомнить» глазом только первую букву. Логопед показывает ошибки, предлагая списать слово, проверяя каждую букву и вписав ее в клеточку.

Коррекция сенсорной афазии — долгий и сложный процесс. Из раза в раз специалист привлекает внимание ребенка к значениям каждого слова, объясняя его смысл отдельной инструкцией. Устные задания сопровождаются показом табличек, на которых написано обсуждаемое слово. Логопед может опираться только на желание ребенка заниматься, а также на умение больного видеть и двигаться.

Особое внимание уделяется различению и произношению слов, которые сходны по звучанию, но отличаются по смыслу, например «зАмок — замОк», «башня — пашня». Такие дети плохо воспринимают на слух даже простые слова и фразы, поэтому логопед каждое слово должен показывать на картинках, по возможности описывать

они ни стояли — в начале, в середине, в конце слова, между гласными или между согласными.

Следующий этап коррекции нацелен на увеличение активного запаса лексики и работу с аграмматизмом. Логопед начинает работу, опираясь на звуки, которые ребенок может произносить правильно, затем постепенно предлагает пациенту попробовать произнести звуки, которые у него не получаются.

Вся работа нацелена на то, чтобы снова «запустить» артикуляционную систему, пострадавшую из-за болезни. Логопед старается обращать внимание ребенка не только на то, как звучат звуки, но и на то, как движутся губы, язык, рот (артикуляторный аппарат) при их произнесении.

Сначала специалист произносит ряды звуков вместе с ребенком, затем переходит к упражнениям, в которых пациент должен повторять звуки вслед за ним уже самостоятельно.

Если пациент школьного возраста до начала болезни уже начал обучаться письму, то логопед может использовать эти навыки во время коррекции.

Он предлагает ребенку записывать слова, числа и короткие предложения. Расширяется и спектр упражнений, которые помогают восстановить не только устную, но и письменную речь.

Логопед может предложить пациенту, к примеру, разобрать, из каких звуков и букв состоит слово, вставить букву, которая пропущена, закончить слово, в котором написан только первый слог, сделать подпись к картинке и так далее. Параллельно с этим специалист постепенно переходит к следующему этапу коррекции — восстанов-

другими словами, рисовать или проигрывать телом (например, глаголы «сидеть», «лежать», «идти»).

Третье направление работы, на которое специалист должен обращать внимание, — развитие у ребенка умения контролировать речь, как свою собственную, так и других людей. В этом ему должны помогать родители.

Неправильная замена слов в предложении — одна из основных сложностей, с которыми сталкивается ребенок с сенсорной афазией. Чтобы преодолеть этот дефект, логопед с пациентом долго и тщательно обсуждают разнообразные признаки предметов, ищут между ними сходства и различия, разговаривают о предназначении предметов, о различии в их использовании и т.д.

Во время занятий ребенок подбирает пропущенные существительные, глаголы, наречия в предложениях, которые говорит ему специалист, учится правильно использовать слова в зависимости от их смысла.

лению навыков связного рассказа.

АЛАЛИЯ

Алалия -- это отсутствие или грубое нарушение развития речи у ребенка, возникающее в доречевой период, когда ребенок еще не научился говорить, имеющее системный характер и обусловленное патологией ЦНС определенных зон коры головного мозга. Дети могут либо совсем не говорить, либо же говорить мало и плохо. Но никакого снижения слуха нет. Для всех форм характерна диссоциация между вербальными и невербальными формами психической деятельности. Невербальные, рисованные задания, не связанные с текстом, выполняются без выраженных затруднений в соответствии с возрастом ребенка (смысл и последовательность сюжетных изображений, графические аналогии и пр.).

Разновидности

Моторная алалия

Сенсорная алалия

Локализация поражения

Разновидности

1. Афферентная моторная алалия возникает при поражении нижнего теменного отдела левого полушария (постцентральная зона), где происходит создание двигательных программ для артикуляционного аппарата, ведь для того, чтобы произнести любой звук, например «а», человеку нужно сделать довольно много движений: опустить нижнюю челюсть, выдохнуть воздух и т.д.

2. Эфферентная моторная алалия возникает при поражении зоны Брока. Зона Брока - это двигательный центр речи, зона речедвигательных органов - моторики речи, ответственной за воспроизведение речи. Основная его функция - преобразование нейронных кодов слов в последовательность артикуляций. При ее поражении те-

Возникает при поражении зоны Вернике.

Зона Вернике - слуховой центр речи, отвечающий за понимание речи.

Основная его функция - преобразование слуховых сигналов в нейронные коды слов, которые активируют соответствующие образы или понятия.

При ее поражении теряется возможность понимать услышанную речь или написанный текст. Способность говорить сохраняется.

Ребенок не может говорить не потому, что у него неправильно развит артикуляционный аппарат или отстает интеллектуальное развитие, а потому, что соответствующие связи в головном мозге не образуются.

Возбуждение, которое возникает, когда ребенок слы-

<p>ряется возможность объединения отдельных речевых движений в единый речевой акт. (т. е. мысленно больной формулирует высказывание, но произнести или написать его не в состоянии).</p> <p>3. Смешанная — поражаются обе зоны.</p>	<p>шит чужую речь, не проходит классическую цепочку — оно не передается дальше, не задействует структуру, связанную с речью.</p> <p>в головном мозге не образуется необходимая для дальнейшего развития речи связь слова и предмета, который обозначается этим словом.</p>
--	--

Проявления

<p>Достаточно хорошее понимание обращенной речи</p> <p>Грубые нарушения грамматического строя (отсутствие согласования слов в роде, падеже и числе, неправильное употребление предлогов, отсутствие в речи отглагольных форм, перестановка слогов и звуков внутри слова и др.).</p> <p>Бедность словарного запаса.</p> <p>Разновидности</p> <p>1. Ребенок с <i>афферентной моторной алалией</i> словно не может найти нужной последовательности, из-за чего заменяет одни звуки другими или вообще не говорит их.</p> <p>Нарушена работа отдела, где происходит создание двигательных программ, ведь для того, чтобы произнести любой звук, например «а», человеку нужно сделать довольно много движений: опустить нижнюю челюсть, выдохнуть воздух и т.д.</p> <p>По сути, ребенок просто не знает, как именно должен двигаться его артикуляционный аппарат для того, чтобы можно было произносить те или иные звуки. При этом ему сложно запомнить последовательность правильной артикуляции даже в случае, когда взрослые подробно показывают ему ее.</p> <p>2. При <i>эфферентной моторной алалии</i> страдает часть, ко-</p>	<p>Не понимает обращенной речи и речи других людей.</p> <p>Невозможно формирование связи между словом и предметом, который этим сочетанием звуков обозначают.</p> <p>Часто повторяет слоги, звуки, слова, иногда даже фразы из одного-двух слов, но какой-то системности при этом не прослеживается.</p> <p>Пассивный (то, что понимает) словарь меньше, чем активный (то, что говорит).</p> <p>Постоянный поиск ребенком правильного слова — он перебирает похожие по звучанию слова и выдумывает собственные, например «сыр» — «сор» — «сок», «котик» — «сотик» — «козик».</p> <p>У детей с сенсорной алалией, которые уже говорят, речь чаще всего достаточно плавная. Они не умолкают, подыскивая правильное слово или пытаются верно построить предложение, а активно говорят неправильно, не замечая ошибок.</p> <p>Неправильно ставит ударения, меняет звуки, неправильно выстраивает слоги, причем у него нет постоянной неправильной замены слова.</p> <p>Имеют место: контаминация — ребенок соединяет две части из разных слов в одно: кула — кукла упал; парафразия (см. выше); персеверация — ребенок повторяет один и</p>
---	---

торая координирует последовательность движений, создавая из них комплексы, которые используются во время речи.

У детей с эфферентной моторной алалией эти комплексы распадаются как домик, сложенный из кубиков. Им сложно делать серии движений, из-за чего они с трудом переходят от артикуляции одного звука к другому.

Именно поэтому они не могут правильно расположить слоги в слове, переставляя их местами или повторяя (такой феномен называется персервацией) один и тот же слог несколько раз

3. Сенсомоторная алалия - моторная алалия, у которой есть сенсорный компонент. В этом случае ребенок и не может говорить, и плохо понимает обращенную к нему речь.

тот же слог: кукукла – кукла; элизия – ребенок пропускает гласные или согласные, а иногда и целые слоги: кула – кукла.

Отмечается эхолалия, когда ребенок, не задумываясь о смысле, эхом повторяет чужие слова, например на вопрос «Ты был в парке?» отвечает «В парке» вместо «Я был в парке» или просто «Да».

У разных детей сенсорная алалия может проявляться в различных формах. Самые сложные случаи те, при которых ребенок совсем не понимает того, что ему говорят другие люди, словно он попал в чужую языковую среду.

При более легкой форме сенсорной алалии малыш может понимать отдельные простые слова, когда их произносят медленно и четко, но, когда слова произносятся в предложении, он тут же перестает понимать их смысл.

В некоторых случаях ребенок, наоборот, может частично уловить смысл фразы, но совершенно не в состоянии различать отдельные слова. К примеру, некоторые дети без проблем могут выполнять простые задания, например, «подними куклу» или «положи тряпку на место», но если попросить их показать «куклу» или «тряпку» на картинке, они не смогут это сделать.

Ребенок может очень активно, эмоционально говорить, но при этом окружающие не в состоянии понять, что он пытается рассказать.

Из-за этого у детей с сенсорной алалией зачастую отмечаются личностные нарушения: трудности в поведении, сниженное внимание, неумение сосредотачиваться, агрессивность или излишняя стеснительность, капризность и т.д.

Тактика поведения

Моторная алалия легче поддается коррекции. Сам процесс коррекции осуществляют специалисты (логопеды) параллельно с медицинским лечением. Однако учитель может взять отдельные элементы из применяемых логопедами техники и упражнений.

Первый этап. Логопед в форме побудительного предложения предлагает ребенку выполнять то или иное действие (Сядь! Встань! Дай! Иди! и т.д.). Ребенок выполняет соответствующие инструкции. Вслед за этим формируется связь между действием ребенка и словесным обозначением действия: в момент выполнения действия, например по инструкции Иди!, логопед присоединяется к действиям ребенка и произносит в такт шагам слово иду, которое ребенок повторяет. Через некоторое время опять подается эта же инструкция, ребенок начинает выполнять действие. В ходе выполнения действия ребенку задается вопрос: Что ты делаешь? или Ты идешь?, а ребенок должен отвечать Иду с утвердительной интонацией.

После того как получен первый ответ, проводится аналогичная работа на материале других слов, обозначающих действие (неси, пиши, беги, стой и др.). При проведении этой работы желательно разнообразить ответные реакции, для чего можно задавать вопросы по «негативной» методике: ребенку, который стоит, задается вопрос: Ты идешь?, тому, который сидит, задается вопрос: Ты стоишь? и т.д. В ответ на такой вопрос ребенок отвечает отрицанием, либо кивком головы, либо словесно. В ответ на отрицание задается новый вопрос: А что ты делаешь?, на

Сенсорная алалия, в отличие от моторной, сложнее поддается коррекции из-за того, что ребенок не понимает речь других людей и не обладает критическим отношением к собственной речи. Коррекция сенсорной афазии — долгий и сложный процесс, которым занимаются специалисты (логопеды) параллельно с обязательным медицинским лечением. Однако учитель может взять отдельные элементы из применяемых логопедами техники и упражнений.

Логопед должен воздействовать на все уровни речевого развития: от восприятия фонематической стороны речи до анализа и понимания ее структуры. Первый подготовительный этап работы — знакомство с ребенком, его характером, определение уровня интеллекта и понимания речи.

Второй подготовительный этап работы — организация речевого и звукового режима пациента. Дело в том, что беспорядочная, слишком сильная нагрузка на органы слуха не помогает, а, наоборот, замедляет развитие речи у детей с сенсорной алалией.

Поэтому родителям зачастую рекомендуется меньше говорить с малышом, не провоцировать его на разговоры, устраивать своеобразные тихие часы, а иногда и дни слухового отдыха.

В доме не должно быть лишних звуков: постоянно играющего радио, включенного фоном телевизора. Некоторые специалисты рекомендуют не только заботиться о тишине вокруг малыша, но и ограничить зрительные раздражители: оставить минимум игрушек, убрать картины

который следует ответ, содержащий название действия, выполняемого ребенком.

Вопросы, задаваемые ребенку, могут быть двух типов: вопросы, содержащие название конкретного действия, например: Ты идешь?, и более общие, например: Что ты делаешь? Вопросы первого типа подсказывает названия действий, освобождает ребенка от поиска слова. Вопросы второго типа побуждают ребенка к операциям по выбору слова, т.е. к более сложным речевым действиям. Эти типы вопросов нужно чередовать, учитывая, что вопросы первого типа могут провоцировать ребенка на отраженное воспроизведение при ответе формы вопроса.

Далее логопед дает задания, в которых есть необходимость в перестройке формы слова, например: Попроси Ваню принести (сесть, встать) или Скажи Ване, чтобы он принес (сел, встал); в таких случаях у ребенка нет необходимости в поисках слова, но есть необходимость в перестройке формы слова.

Второй этап. Целью этого этапа является формирование у алаликов предложений из двух слов. Логопедическая работа на этом этапе также строится на общении логопеда с ребенком, но проводится на фоне действия ребенка с предметами. Ребенку задаются вопросы о том, с каким предметом он в данный момент манипулирует, например: Кого (что) ты несешь?, Кого (что) ты держишь? и т. д. При ответах ребенка нужно обращать внимание на окончание (куклу, мишку и т. д.). Поскольку одно и то же действие может производиться над разными предметами, количество возможных фраз оказывается весьма значительным. Сначала ребенок на вопрос отвечает одним словом: он называет предмет, которым опериру-

со стен, не включать мультики, не предлагать рассматривать книжки и картинки.

Такой обедненный с точки зрения слуха и зрения фон жизни поможет повысить у ребенка восприимчивость к звукам.

Третий этап – это начало коррекционной работы с логопедом. Задача специалиста – пробудить у маленького пациента интерес к звукам, которые его окружают.

Работа будет успешной только в том случае, если у ребенка начнет появляться интерес к тому, чтобы подражать, критически воспринимая собственную речь.

Поначалу на занятиях логопед фиксирует внимание не на словах, а на неречевых звуках: звоне колокольчика, шуршании газеты, сигналах машин. Это необходимо для того, чтобы развить внимание, научить ребенка сосредотачиваться на звуковых раздражителях и дифференцировать их.

Работа идет не только со звуками, на занятиях специалист использует любые игры и упражнения, развивающие внимание и усидчивость.

На этом фоне уже можно начинать обучать малыша различать сначала более громкие, сильно отличающиеся друг от друга звуки, например звон колокольчика и стук деревяшек, затем постепенно усложнять задания – к примеру, учить отличать шелест газеты от шуршания ткани.

Полезно дать ребенку возможность не только услышать звук, но и почувствовать вибрацию, которая возникает, когда он звучит. Для этого пациент повторяет действия логопеда самостоятельно.

Специалисты предупреждают: нужно внимательно выбирать звуки, так как многие из них могут вызывать

ет. В дальнейшем логопед задает вопрос: Что ты делаешь?, на который ребенок должен ответить сочетанием слов, названием действия и названием объекта действия (предмета). Для облегчения такого ответа логопед сам произносит сочетание, а также использует ряд внешних опор: дирижирование, отстукивание и т. д.

Аналогичным образом проводится работа и над конструкциями с предложным падежом.

Третий этап. После отработки названных моделей можно перейти к формированию моделей из двух главных членов: подлежащего и сказуемого. Качественное отличие данного этапа от предыдущего заключается в том, что ребенок должен высказать суждение не о своих собственных действиях, а о действиях другого лица (или животного) или о состоянии предмета (мяч упал и т. д.).

Эту работу сначала следует проводить на основе наблюдений над действиями окружающих лиц (товарищей по группе или родителей) и лишь затем на основе дидактического материала: игрушек, картинок и т. д.

На вопрос логопеда о том, что делает то или иное лицо, ребенок дает ответ. При ответах обращается внимание на правильное произношение окончаний. Помимо вопросов о действиях лиц, логопед задает также вопросы о лицах, совершающих действия: Кто идет (несет, сидит и т. д.)?

Сначала ребенок на все вопросы отвечает либо одним словом, либо используя прежний опыт (Сидит на стуле), но в дальнейшем у него вырабатывается модель: подлежащее + сказуемое (Витя сидит, мама идет).

На данном этапе уже можно проводить работу над правильностью произношения слов: ребенок к этому в

вибрацию, колебания. Например, при топоте ногами ребенок будет ориентироваться не на сам звук, а на колебания пола.

Четвертый этап – развитие потребности общаться, умения обращать внимание на реакцию окружающих, замечать, когда они довольны или недовольны, радостно улыбаются или хмурятся, и учитывать это в своем поведении.

известной мере подготовлен предшествующими этапами.

ДИЗАРТРИЯ

Дизартрия — нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации (нервные импульсы не доходят до мышц) речевого аппарата.

Разновидности

*Подкорковая
дизартрия*

*Корковая
дизартрия*

*Бульбарная
дизартрия*

*Псевдобульбарная
дизартрия*

*Мозжечковая
дизартрия*

Локализация поражения

Поражения подкорковых узлов головного мозга

Поражены различные участки коры головного мозга, сложно отличима от моторной алалии

Поражен продолговатый мозг

Поражаются проводящие пути, которые идут от коры головного мозга к ядрам нескольких нервов: подъязычного, языкоглоточного и блуждающего

Поражение проводящих путей мозжечка

Проявления

Нарушены темп и ритм речи.

Может начинать фразу звонко, но к концу предложения «затухает».

Речь похожа на телеграф – ломаная,

Главная трудность – произнесение сложных слов из нескольких слогов. Но в отличие от детей с моторной алалией без проблем произносят звуки

Страдают двигательные черепно-мозговые нервы (блуждающий, подъязычный, тройничный, лицевой или языкоглоточный). Это влияет не только на речь, но и

Внешне этот вид дизартрии очень похож на бульбарную, но коррекция речи при псевдобульбарной форме происходит намного легче и быстрее. К общим признакам детей с

Отдельно она встречается крайне редко. У таких детей рубленая речь, словно они постоянно скандируют речевку. Органические нарушения приводят к снижению тонуса мышц губ

<p>не хватает общей плавности.</p> <p>Ребенок может свободно говорить небольшими предложениями и вдруг совершенно неожиданно замолкает, не в силах ничего произнести (причина — в артикуляционном спазме, из-за которого напрягается язык и прерывается голос).</p> <p>Повышенный тонус мышц плечевого пояса и шеи.</p> <p>Могут быть «нервные тики» — гиперкинез — это движения, которые ребенок не может контролировать.</p> <p>Может сочетаться с нарушениями слуха.</p>	<p>отдельно, каждый сам по себе, но когда им приходится соединять их в слова и предложения, дети начинают запинаться, как при заикании.</p> <p>При афферентной форме ребенок путается в артикуляции звуков. Из-за этого его речь становится прерывистой и нечленораздельной.</p> <p>Нарушения больше касаются согласных звуков, словно заикается, застревая на некоторых звуках.</p> <p>При эфферентной форме ребенку сложно соединить между собой различные двигательные движения в единое целое, он с трудом переключается при произнесении одного звука за другим (переставляет слоги, пропускает и повто-</p>	<p>на процессы глотания пищи, жевания. В некоторых случаях специалисты диагностируют паралич мускулатуры языка, неба, глотки, лица: губ, одной или обеих щек.</p> <p>Из-за этого ребенок не может свободно говорить звонкие, губные звуки, гнусавит, мало выражает свои эмоции мимикой.</p>	<p>этим дефектом можно отнести то, что их речь сохраняет правильный ритмический контур: верно расставлены ударения, не нарушено количество слогов в слове. Сложнее всего даются малышам слова, в которых рядом расположены несколько согласных, которые звучат, к примеру, так: «шатулка» (шкатулка), «кан» (кран).</p>	<p>и языка, в некоторых случаях наблюдается тремор — дрожание языка.</p>
---	---	---	---	--

ряет их).

Тактика поведения

Коррекция дизартрии – сложный и длительный процесс. В данном случае работа доступна скорее логопеду и проводится при непосредственном контакте с ребенком. Суть коррекционно-развивающих занятий заключается в работе моторикой артикуляторного аппарата. Делается массаж, с помощью которого нормализуется мышечный тонус артикуляторного аппарата; упражнения для артикуляции, чтобы в дальнейшем ребенок мог правильно произносить звуки; упражнения для постановки звуков; автоматизация при произношении звуков; правильное произношение слов с уже поставленными звуками.

При массаже логопед будет поглаживать, пощипывать, растирать, разминать, поколачивать, то есть все то же самое, что и при обычном массаже. Только в этом случае объектами будут артикуляторный аппарат: рот, губы, щеки, язык, мягкое небо, а также мышцы шеи, головы и плеч. Делается логопедическая гимнастика, благодаря которой удастся заставить работать мышцы, которые бездействовали.

Постепенно, сначала под нажимом рук или шпателя специалиста, затем самостоятельно, ребенок начинает делать движения, которые раньше были ему несвойственны или не давались ему самостоятельно. Так, малыш, включаясь в процесс, переходит к пассивно-активному (то есть с помощью логопеда), а затем и активному (самостоятельному) выполнению артикуляционных упражнений.

Заключение

На этом заканчивается рассмотрение речевых расстройств, связанных с органическим поражением ЦНС. Две другие группы расстройств, а также расстройства письма будут рассмотрены в других лекциях.