

ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Учебно-методическое пособие

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«СЕВАСТОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Учебно-методическое пособие

Севастополь
СевГУ
2025

УДК 159.9(075.8)

ББК 88я73

П86

Р е ц е н з е н т ы:

М.В. Косцова – канд. психолог. наук, доцент, доцент кафедры «Психология»,
Гуманитарно-педагогический институт,
ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», г. Севастополь
Н.И. Абдуллаева – канд. психолог. наук, доцент кафедры
«Педагогика, психология и гуманитарные дисциплины»
филиала ФГБОУ ВО «Астраханский государственный университет
имени В.Н. Татищева», г. Знаменск, Астраханская область

П86 Психология детей с нарушениями речи: учебно-методическое пособие / И.Н. Авдеева, Н.Н. Мурованая, С.А. Лобач, Ю.Ю. Курбангалиева; под ред. С.А. Лобач; Севастопольский государственный университет, Гуманитарно-педагогический институт. – Севастополь : СевГУ, 2025. – 134 с. – Текст : электронный.

В учебно-методическом пособии «Психология детей с нарушениями речи» обобщены и систематизированы основные теоретические и практико-ориентированные достижения раздела специальной психологии, посвященного изучению закономерностей и развития психики детей с нарушениями речевого развития.

Предназначено для изучения дисциплин «Психология детей с нарушениями речи» и «Логопсихология» студентами направления подготовки 44.03.03 и 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование», а также может быть использовано учителями-логопедами, педагогами-психологами, дефектологами, учителями, работающими с детьми с речевыми нарушениями.

Соответствует современным требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

УДК 159.9.7(075.8)

ББК 88я73

Рассмотрено и рекомендовано к изданию на заседании кафедры «Педагогика детства, специальная психология и дефектология» Гуманитарно-педагогического института ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет», протокол № 3 от 15 октября 2024 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПСИХОЛОГИИ	6
1.1. Понятие, основные концепции, задачи логопсихологии. Характеристика речи, причины речевых нарушений	6
1.2. История развития логопсихологии	10
1.3. Связь логопсихологии с другими науками	16
1.4. Классификация речевых нарушений	20
1.5. Особенности речевого развития детей с отклонениями в развитии	27
Контрольные вопросы и задания для выполнения	39
ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	41
2.1. Развитие личности и эмоционально-волевой сферы детей с нарушениями речи	41
2.2. Восприятие детей с нарушениями речи	42
2.3. Внимание детей с нарушениями речи	73
2.4. Память детей с нарушениями речи	79
2.5. Мышление детей с нарушениями речи	86
2.6. Воображение детей с нарушениями речи	92
Контрольные вопросы и задания для выполнения	101
ГЛАВА 3. ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ	103
3.1. Психопрофилактика речевых нарушений	103
3.2. Принципы психокоррекционной работы с детьми с речевыми нарушениями	107
3.3. Методы и приемы психокоррекционной работы с детьми с нарушениями речи	109
Контрольные вопросы и задания для выполнения	117
ТЕЗАУРУС	119
ЛИТЕРАТУРА	130

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная теория и практика педагогического процесса совершенствуется под влиянием изменений российского образования. Проблема социальной адаптации детей с отклонениями в развитии, в том числе с речевыми нарушениями, выступает на первый план в связи с развитием концепции инклюзивного образования.

Закономерности развития и проявлений психики детей с нарушениями речевого развития изучаются логопсихологией. Различными авторами, в т.ч. Т.Н. Волковской, Г.С. Гуменной, В.И. Селиверстовым, В.А. Калягиным и др., логопсихология определяется как отрасль специальной психологии, которая изучает психологические особенности лиц с недостатками речи, разрабатывает и реализует систему психологической помощи, направленной на преодоление их коммуникативной дезадаптации, обеспечение успешной социализации и адаптации в общество.

Целью настоящего учебно-методического пособия является приобретение студентами направления подготовки «Специальное (дефектологическое) образование» теоретических знаний в сфере методологических основ психологии лиц с нарушениями речевого развития, а также компетенций в области оказания им психологической помощи.

Учебно-методическое пособие включает в себя три главы. В первой главе представлены теоретические и методологические основы логопсихологии: охарактеризованы понятие, основные концепции, задачи логопсихологии, дана характеристика речи, описаны причины речевых нарушений. Здесь также дана история развития логопсихологии, связь логопсихологии с другими науками, классификация речевых нарушений. Описаны особенности речевого развития детей с различными нарушениями: с нарушениями интеллектуального развития, с расстройствами аутистического спектра, с нарушениями слух, зрения и опорно-двигательного аппарата.

Во второй главе «Особенности психического развития лиц с нарушениями речи» описаны особенности развития личности и эмоционально-волевой сферы детей с нарушениями речи, особенности восприятия, внимания, памяти, мышления и воображения детей с нарушениями речи.

Третья глава посвящена вопросам психологического сопровождения детей с нарушениями речи, в ней рассмотрены различные аспекты психопрофилактики речевых нарушений, а также методов психологической коррекции нарушений эмоционально-личностного, познавательного, коммуникативного развития детей с нарушениями речи.

Каждая глава оснащена материалами для самоконтроля знаний студентов, а также заданиями для отработки полученных в рамках изучения дисциплин «Психология детей с нарушениями речи» и «Логопсихология» компетенций студентов направления подготовки «Специальное (дефектологическое) образование» в области психологического сопровождения лиц с нарушениями речи.

Материалы учебно-методического пособия могут быть полезны для учителей-логопедов, педагогов-психологов, дефектологов, учителей, работающих с детьми с речевыми нарушениями, а также родителей детей с нарушениями речи.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛОГОПСИХОЛОГИИ

1.1. Понятие, основные концепции, задачи логопсихологии.

Характеристика речи, причины речевых нарушений

Логопсихология – это отрасль специальной психологии, которая изучает психику людей, имеющих первичный речевой дефект, и принципы психокоррекционной работы с ними с учетом смежных наук (общей и специальной психологии, педагогики, медицины, нейропсихолингвистики, патопсихологии и др.). При нарушениях речи отмечаются разнообразные особенности психических процессов, состояний и свойств личности, которые необходимо учитывать в коррекционно-воспитательной работе.

Являясь одной из составных частей специальной психологии, логопсихология интегрирует современные достижения логопедии и психологии отклоняющегося речевого развития (В.И. Лубовский, О.Н. Усанова, Л.В. Кузнецова).

Переход логопсихологии на коммуникативную концепцию позволит проводить более углубленное исследование паралингвистических средств речевой деятельности (интонация, темп, модуляция, фонация и др.), невербального компонента общения (мимика, жесты, позы, прямые сенсорные и физические контакты), а также подробное рассмотрение различных форм процесса коммуникации (контакты, общение, обмен информацией, взаимодействие между людьми). Этот анализ вместо лингвистического уровня распространяется на психологический и социально-психологический уровни взаимодействия между людьми, что более оправдано, когда дело касается человека вообще и тем более в рамках современной гуманизации научных знаний.

Можно выделить несколько принципов системно-коммуникативной концепции.

1. Парадигма полисистемной коммуникации.

2. Динамичность психологических доминант коммуникативной метасистемы.

3. Полифункциональная теория коммуникативного взаимодействия.

4. Комплексность, системность психологического исследования процесса коммуникации.

5. Закономерности многоуровневой иерархической структуры метасистемы.

6. Динамическая системная организация коммуникативных функций.

7. Полисиндромная диагностика коммуникативных дезадаптации.

Системный подход к коммуникации (Б.Г. Ананьев, А.А. Бодалев, Б.Ф. Ломов), в том числе с позиции логопсихологии (О.В. Трошин), основан:

- на теории функционирования коммуникативных систем (и форм коммуникативной дезадаптации);

- теории многоуровневого анализа коммуникативной деятельности (и ее нарушений);

- системно-генетической теории развития коммуникативных способностей (и онтогенеза ЗРР).

- Данные теории базируются на следующих принципах:

- системной организации коммуникативного поведения, социально-психологической адаптации процесса общения, успешности коммуникации (внутрисистемных взаимодействий);

- структурной многоуровневости коммуникативной деятельности, функциональной целостности речемыслительных процессов, межсистемного взаимодействия в процессе коммуникации;

- развития коммуникативных систем, системного генеза коммуникативных способностей, возрастной дифференциации индивидуальных стилей общения.

Применительно к логопсихологии это обуславливает необходимость создания:

- психодиагностических систем для многоуровневого исследования речевых нарушений;
- психокоррекционных технологий для своевременной реабилитации речевых отклонений, развития эмоциональной, речевой экспрессии, коммуникабельности, социальной адаптации процесса общения;
- психолого-педагогической системы непрерывного сопровождения на разных возрастных этапах развития детей с ЗРР, последовательной компенсации нарушений, профилактики вторичных отклонений с последующей социальной интеграцией.

Задачи логопсихологии

1	Определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств их воспитания и образования
2	Разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития)
3	Унификация категориального аппарата
4	Углубленное изучение механизмов и методов коррекции нарушений психических процессов, возникших вследствие первичного речевого дефекта
5	Изучение онтогенеза психических процессов при различных формах речевых расстройств
6	Ранняя профилактика, выявление и устранение нарушений психических процессов у детей с речевыми нарушениями
7	Творческая и научно-обоснованная разработка содержания, методов обучения и воспитания детей с тяжелыми нарушениями речи в специальных детских садах и школах
8	Последовательная реализация комплексного подхода при выявлении и коррекции нарушений психических процессов, вследствие первичной речевой патологии
9	Разработка ТСО, лабораторно-экспериментального оборудования, внедрение в диагностический и коррекционный процессы компьютерной техники
10	Анализ достижений в теории и практике отечественной и зарубежной логопсихологии

Характеристика речи

Речь представляет собой сложную психическую деятельность, имеющую различные виды и формы. Выделяют экспрессивную и импрессивную речь.

Экспрессивная речь (воспроизводимая) – это высказывание с помощью языка, направленное вовне и проходящее несколько этапов: замысел – внутренняя речь – внешнее высказывание.

Импрессивная речь (воспринимаемая) – это процесс понимания речи (устной или письменной) окружающих, который также проходит несколько этапов: восприятие речевого сообщения – выделение информационных моментов – формирование во внутренней речи общей смысловой схемы воспринятого сообщения.

Выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, из которых к экспрессивной речи относятся устная и письменная речь (собственно письмо), а к импрессивной – понимание устной и письменной речи (чтение).

Устная речь – сложный, многогранный процесс, включающий в себя следующие стороны:

- фонетическую (смыслоразличительные звуки);
- лексико-грамматическую (слова, фразы, сообщения);
- мелодико-интонационную (интонация, голос, окраска);
- темпо-ритмическую (темп и ритм).

Устная речь может быть диалогической и монологической. На основе устной речи строится и развивается письменная речь, которая может быть самостоятельной или под диктовку, и чтение.

Речевые нарушения, их причины

Речевые нарушения в детском возрасте могут быть физиологического (связаны со сроками созревания периферических центральных структур головного мозга) и патологического (болезненного) характера.

Патологические нарушения речи в зависимости от локализации подразделяются на центральные (дизартрия, алалия, афазия, дисграфия, дислексия) и периферические (дислалия, ринология, ринофония, дисфония), а в зависимости от характера нарушения – на органические и функциональные.

При повреждении периферических отделов слухового анализатора страдает восприятие устной речи, что служит причиной сенсорной афазии (или алалии), при этом нарушается фонематический слух. Повреждение

различных отделов зрительного анализатора сопровождается нарушением восприятия письменной речи. Нарушение функционирования моторных зон двигательного анализатора приводит к недостаткам произношения, так как страдают подвижные (язык, губы, мягкое нёбо) и статический (твёрдое нёбо) органы артикуляции, а также органы голосообразования и дыхания (голосовые связки, гортань, легкие, бронхи, трахея, диафрагма) – периферический отдел речедвигательного анализатора.

Среди причин, вызывающих недоразвитие мозга и приводящих к тяжелым нарушениям речи, наиболее распространены инфекции и интоксикации матери во время беременности, токсикозы, родовая травма, асфиксия, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору (резус-конфликт) или по групповой принадлежности крови, заболевания ЦНС (нейроинфекции – менингиты, энцефалиты, менингоэнцефалиты) и травмы мозга в первые годы жизни ребенка.

Особое место в этиологии занимает перинатальная энцефалопатия – поражение мозга, возникшее в период родов. В связи с этим выделяют: локальный речевой дефект (недостаточность речевых зон коры головного мозга), при котором нарушения познавательной сферы вторичны, и сочетанный психоречевой дефект – нарушения как познавательной сферы, так и речи.

1.2. История развития логопсихологии

Формирование типологии

Трудно переоценить ту роль, которую играет речь в процессе психического и социального развития ребенка. Все психические процессы – восприятие, память, воображение, мышление, целенаправленное поведение – формируются с прямым участием речи (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.В. Запорожец и др.).

У ребенка с нарушениями речи при отсутствии соответствующих коррекционных мероприятий может замедляться темп интеллектуального развития. Он мало общается с окружающими, в связи с этим круг представлений значительно ограничивается, темп развития мышления замедляется. Таким образом, для анализа речевых нарушений на основе взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития необходим комплексный подход к изучению детей с речевой патологией. Его реализует наука – логопсихология, являющаяся одной из наименее разработанных отраслей специальной психологии.

Клинический этап

Традиционно речевые нарушения были предметом изучения логопедии. Начало изучения детей с речевой патологией относится к концу XIX – началу XX в. Терминологически ее оформление неоднозначно: так, если в отечественной литературе в 1920 г. для обозначения тяжелого речевого недоразвития вследствие органического поражения различных участков головного мозга в период до появления речи у ребенка был введен термин «алалия» (Д.В. Фельдбергер), то за рубежом это же нарушение обозначалось как «афазия развития», «конституциональная задержка речи», «врожденная афазия» (А.Л. Бентон, Ф. Жияр, Ф. Кохер и др.).

Одной из первых классификаций нарушений речи была типология А. Куссмауля (1877), который подверг критическому анализу сложившиеся ранние представления о видах речевых нарушений, систематизировал их, упорядочил терминологию. Модификации этой классификации использованы в работах зарубежных и отечественных исследователей первой четверти XX в. В. Олтушевского, Г. Гутцмана, Э. Фрешельса, С.М. Доброгаева и др.

В предлагаемых ими классификациях было много общего: клинический подход, дополняемый этиопатогенетическими критериями, связь выделенных форм нарушений с определенными нозологическими формами заболеваний, а также язык описания, в котором применялись термины, составленные из

латинских и греческих словообразовательных элементов. Между классификациями прослеживались и несовпадения, обусловленные разными принципами группировки нарушений, а также некоторыми расхождениями во взглядах на степень существенности используемого критерия. Следствием этого стало рассогласование как в самой номенклатуре видов и форм речевых нарушений, так и в содержании терминов: одни и те же явления нередко обозначались разными терминами, а разные явления подводились под один термин. Картина речевых нарушений в результате оказалась обедненной, фрагментарной и даже противоречивой.

Противоречия между отдельными классификациями, а также внутри каждой из них особенно заметны на фоне достижений фундаментальных и прикладных наук XX в. В неврологии многие представления о видах речевых нарушений были пересмотрены.

Педагогический этап

М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, а затем и О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский и другие стали вносить в клиническую классификацию коррективы, в результате которых были значительно изменены представления об отдельных видах нарушений, относимых к одной форме. Значительно пополнилась при этом содержательная характеристика речевого расстройства, что позволило преодолеть фрагментарность описаний начала века.

Однако внесенные коррективы не привели к существенным изменениям терминологического аппарата клинической классификации. Но смысловой объем понятий и соответствующие термины, применяемые как в медицине, так и логопедии, перестали быть однозначными. В ходе последующего становления логопедии, формирования ее теоретической базы и подхода к речевым нарушениям с позиций развития и системных представлений о речевой деятельности все более осознается неприемлемость прямого переноса в теорию логопедии клинических построений, основанных на симптоматической трактовке речевых нарушений.

Стало очевидно, что классификация и типология речевых нарушений у детей должны опираться на другие принципы анализа и более содержательные критерии, чем положенные в основу клинической классификации, в которой нарушения речи у детей и взрослых не были разграничены. Эти принципы сформулировала Р.Е. Левина, работы которой заложили основу детской логопедии.

Психологический этап

В настоящее время логопедический подход к изучению речевых нарушений сменяется логопсихологическим.

В отечественной логопедии используются как традиционные классификации речевых нарушений (клинико-педагогическая и психолого-педагогическая – по Р.Е. Левиной), так и современные (в частности, МКБ-10).

Речевое и психическое развитие

Для оказания адекватной коррекционно-педагогической помощи необходимо решить вопрос о влиянии первичного речевого нарушения на интеллектуальное развитие ребенка. По этому поводу существовали диаметрально противоположные мнения. А. Куссмауль, П. Мари, М.В. Богданов-Березовский (1909), а также современные исследователи – Р.А. Белова-Давид, Е.А. Кириченко (1977) доказывали, что ведущей здесь является «общеорганическая интеллектуальная дефектность». Авторы считали, что главная роль в недоразвитии речевых и других психических процессов у не говорящих и плохо говорящих детей принадлежит глубоким *первичным нарушениям в их интеллектуальной сфере*, в связи с чем при недоразвитии речи может наблюдаться умственная отсталость или задержка психического развития (ЗПР). В этом направлении исследований доминировал описательный принцип рассмотрения недоразвития психических процессов без выявления внутренних закономерностей речевых нарушений.

Другая точка зрения состоит в том, что *первичный речевой дефект*, проявляющийся в недоразвитии речевой функции вплоть до ее полного отсутствия, не означает, что уровень психического развития детей с данной патологией позволяет отнести их к категории умственно отсталых. Одни из первых исследований речевой и психической недостаточности у детей с нарушениями речи принадлежат Р.Е. Левиной (1936). Автор описала четыре группы не говорящих детей – алаликов школьного возраста (1951), выделенные в зависимости от того, какие психические функции преимущественно нарушались у них наряду с речью, и определила особенности развития всей познавательной деятельности. Это дети, у которых:

- нарушения развития речи сочетались с нарушениями фонематического восприятия;
- помимо речи были нарушены пространственные представления;
- отмечались нарушения зрительного восприятия;
- были речевые нарушения преимущественно мотивационно-потребностной сферы (психической активности).

Р.Е. Левина рассматривала отклонения в развитии познавательной деятельности при выраженных нарушениях речи как вторичную задержку, структура которой зависит от характера первичного речевого дефекта. Эта точка зрения нашла отражение в работах многих отечественных исследователей (Т.А. Власовой, 1972; В.И. Лубовского, 1975; Л.С. Цветковой, 1985; И.Т. Власенко, 1990 и др.).

Третий подход в оценке соотношения недоразвития речевых и познавательных процессов при нарушениях речи принадлежит Е.М. Мастюковой, которая считает, что этот вопрос должен решаться дифференцированно, так как *группа детей с нарушениями речи достаточно полиморфном* отличается многообразием форм. Каждой из них может соответствовать своя картина несформированности познавательной сферы, что зависит от выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности ЦНС.

Логопсихология опирается на выдвинутый отечественными психологами принцип взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития, утверждающий ее ведущую роль в опосредствовании психических процессов. Как показали работы Л.С. Выготского, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурии и других ученых, человеческие формы поведения, речь, психические функции и способности не даны ребенку от рождения. Они формируются под решающим влиянием целенаправленного обучения и воспитания, условий его жизни в обществе. Соответственно субстратом человеческих психических свойств являются не только врожденные нервные механизмы, но и прижизненно формирующиеся функциональные системы (А.В. Запорожец, Л.А. Венгер).

Теоретические истоки логопсихологии находятся в исследованиях Л.С. Выготского, раскрывающих сложную структуру аномального развития ребенка, согласно которой «дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений».

Так, первичный дефект, недоразвитие или повреждение различных звеньев речевой системы при отсутствии специальных коррекционных мероприятий неизбежно вызовут ряд вторичных и третичных отклонений: недоразвитие всех сторон речи; ограниченность сенсорных, временных и пространственных представлений; недостатки памяти; недостаточную целенаправленность и концентрацию внимания; снижение уровня обобщений; недостаточное умение строить умозаключения, устанавливать причинно-следственные связи. Данные особенности, а также недостаточный уровень развития навыков коммуникации у ребенка, связанный с речевыми проблемами, могут приводить к трудностям в общении с другими людьми, нарушению социальных связей с окружающим миром, к чувству отверженности и одиночества.

Исследованием внимания у детей с речевой патологией занимались такие ученые, как О.Н. Усанова, Ю.Ф. Гаркуша, Т.Н. Синякова. Они утверждают, что внимание данных детей характеризуется рядом

особенностей: неустойчивостью, сниженной произвольностью, сложностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредотачиваются на анализе условий, поиске различных способов решения задач.

Вопросами изучения мышления занимались Л.И. Переслени, Т.А. Фотекова, И.Т. Власенко и др. Они отмечают снижение уровня обобщений, недостаточное умение в построении причинно-следственных связей, умозаключений.

Особенности мнестической функции раскрыты в работах Т.А. Фотековой, И.Т. Власенко. Особенности эмоционально-волевой сферы, личностных свойств детей данной категории исследованы О.С. Орловой, Л.Е. Гончарук, Л.М. Шипицыной, Л.С. Волковой и др. Большое значение для развития логопсихологии имеют также работы Е.М. Мастюковой, Т.Б. Филичевой, Л.Г. Соловьевой, Н.С. Жуковой и др.

1.3. Связь логопсихологии с другими науками

Логопсихология тесно связана с другими науками. Для того чтобы успешно заниматься коррекцией и профилактикой различных речевых нарушений, всесторонне воздействовать на личность, необходимо знать симптоматику речевых нарушений, их этиологию, механизмы, соотношение речевых и неречевых симптомов в структуре нарушений речевой деятельности.

Различают внутри- и межсистемные связи.

К *внутрисистемным* относятся связи с педагогикой в целом, а также с различными отраслями специальной педагогики: сурдо-, тифло-, олигофренопедагогикой; методиками обучения родному языку, математике; с логопедической ритмикой; общей и специальной психологией.

К *межсистемным* связям относятся связи с медико-биологическими и лингвистическими науками.

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

Логопсихология тесно связана с *оториноларингологией, невропатологией, психопатологией, клиникой олигофрении, педиатрией*. Так, данные, полученные при изучении патологии органов слуха и речи (например, при нарушениях голоса), не только дают возможность определить этиологию нарушений, но и позволяют правильно сочетать логопедическую работу с медицинским воздействием (медикаментозным и физиотерапевтическим лечением, оперативным вмешательством и др.).

Эти данные необходимы 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.). Устранение нарушений голоса в этих случаях невозможно без нормального физиологического функционирования голосового аппарата, что обеспечивается медикаментозным, хирургическим, физио- и психотерапевтическим воздействием.

Теория обучения и воспитания аномальных детей, в том числе и детей с речевыми расстройствами, строится на основе знаний о строении нервной системы, ее функций и особенностей развития. Логопед должен быть ориентирован в вопросах детской психопатологии, иметь представление о наиболее частых формах психических нарушений у детей – так называемых пограничных состояниях, проявляющихся в поведенческих и эмоциональных нарушениях, олигофрении и задержках психического развития.

Многие виды речевых нарушений связаны с органическим поражением ЦНС, и их диагностика возможна только совместными усилиями логопеда и врача-невропатолога. При речевых расстройствах могут наблюдаться

различные нарушения психической деятельности: отставание психического развития, поведенческие и эмоциональные нарушения, нарушения внимания, памяти, умственной работоспособности и др. Правильная оценка их места в структуре речевых расстройств, анализ механизмов их возникновения, разграничение первичных, вызванных поражением ЦНС, и вторичных нарушений психической деятельности в связи с речевым дефектом являются компетенцией врача-психоневролога. Эти данные имеют важное значение для правильного педагогического анализа речевого нарушения и организации логопедической работы, выбора профиля специального учреждения.

Многие виды речевых нарушений связаны с задержкой созревания мозга в связи с ранним органическим (иногда даже минимальным) его поражением. В этих случаях логопедическая работа оказывается эффективной только тогда, когда она сочетается со специальным медикаментозным лечением, стимулирующим созревание ЦНС. Это лечение также назначает психоневролог. В некоторых случаях речевые нарушения сочетаются с двигательным беспокойством, повышенной эмоциональной возбудимостью, и занятия логопеда будут не эффективны до тех пор, пока ребенок не получит специального лечения.

Причинами отдельных видов речевых расстройств, например некоторых форм заикания, мутизма, могут быть острые или подострые психические травмы – испуг, волнение, изменение привычного стереотипа (разлука с близкими) и др. Такой ребенок нуждается в соответствующем режиме и лечении; только совместная работа психоневролога и логопеда будет способствовать его выздоровлению.

Логопсихология тесно связана с *лингвистикой* и *психолингвистикой*. Речь предполагает использование языковых единиц и правил их функционирования. Они могут по-разному нарушаться при различных расстройствах речи. Знание законов и последовательности усвоения ребенком норм языка способствует уточнению логопедического заключения, необходимого для разработки системы коррекции.

Восприятие и порождение речевого высказывания представляют собой многоуровневые процессы со сложной, иерархически организованной структурой. Каждый уровень, каждая операция процесса порождения речевого высказывания имеют свой словарь, свой синтаксис объединения единиц.

Этап лексико-грамматического развертывания включает две операции, принципиально отличающиеся по своим механизмам: порождение синтаксической конструкции и ее лексическое наполнение, которые осуществляются в кодах определенного языка, т.е. на языковом уровне. Затем следует этап моторной реализации.

Изучение состояния различных операций восприятия и порождения речевого высказывания при афазии дает возможность определить специфику их нарушения при различных формах афазий. Психолингвистический подход способствует большей эффективности логопедической работы по коррекции речевых нарушений.

Логопсихология тесно связана с *общей и специальной психологией, психодиагностикой*. Логопеду важно знать закономерности психического развития ребенка, владеть методами психолого-педагогического обследования детей разного возраста. Таким образом, логопед может дифференцировать различные формы речевых расстройств и отграничивать их от речевых нарушений, связанных с интеллектуальной недостаточностью, эмоциональными и поведенческими нарушениями.

Знание психологии помогает логопеду видеть не только само речевое расстройство, а прежде всего ребенка, правильно понимать связь его речевых нарушений с особенностями психического развития в целом. Такое знание поможет ему установить контакт с детьми разного возраста, выбрать адекватные методы обследования их речи, восприятия, памяти, внимания, интеллекта, эмоционально-волевой сферы, а также провести логопедическую работу с учетом ведущего для данного возраста вида деятельности.

1.4. Классификация речевых нарушений

Научно обоснованные представления о формах и видах речевых нарушений представляют собой исходное условие для разработки эффективных методик их коррекции.

На протяжении всей истории развития логопедии исследователи стремились к созданию такой классификации речевых нарушений, которая охватывала бы все их многообразие и была практически применимой в разработке коррекционных программ.

Но и сегодня эта проблема остается актуальной, в том числе и для других научных дисциплин, занимающихся изучением нарушений речевой деятельности: *нейрофизиологии, медицины, пато- и нейропсихологии, отраслей специальной психологии и педагогики (олигофрено-, сурдо-, тифлопедагогики) и др.*

Сложность классификации речевых нарушений обусловлена рядом причин, среди которых ведущее место занимают недостаточная изученность самого механизма речи и несовпадение взглядов исследователей на вопрос о принципах построения подобных классификаций.

В настоящее время в отечественной логопедии применяются две классификации речевых нарушений: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая (по Р.Е. Левиной). Рассматривая одни и те же явления с разных точек зрения, они дополняют друг друга, так как ориентированы на решение разных задач единого, но многоаспектного процесса логопедического воздействия.

Клинико-педагогическая классификация

Клинико-педагогическая классификация опирается на традиционную для логопедии связь с медициной, но в отличие от чисто клинического подхода выделяемые виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний. Она ориентирована в основном на коррекцию дефекта

речи, разработку дифференцированного подхода к их преодолению и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений, поэтому основывается на подходе от общего к частному. Клинико-педагогическая классификация основана на совокупности психолого-лингвистических и клинических (в сочетании с этиопатогенетическими) критериев. При этом психолого-лингвистические критерии играют роль ведущих, а клинические – уточняющих. Такой многоаспектный подход позволяет избежать односторонности представлений о речевом нарушении, поскольку раскрывает его в целом.

В зависимости от выпадения того или иного компонента речи можно выделить пять основных групп лингвистических нарушений.

1. Фонетические: неправильное произношение одного или группы звуков (шипящих, свистящих, средне- и заднеязычных), нарушение твердости – мягкости, глухости – звонкости согласных звуков.

2. Лексико-грамматические: ограниченный словарный запас, обедненная фраза, неправильное согласование слов во фразе, неправильное употребление предлогов, падежей, недоговаривания, перестановки.

3. Мелодико-интонационные: неправильное употребление ударений (логических – во фразе, грамматических – в слове); нарушения, связанные с силой, высотой, тембром голоса (тихий, хриплый, сдавленный, невыразительный, визгливый, глухой, немодулированный).

4. Темпо-ритмические: ускоренный темп, связанный с преобладанием в коре головного мозга процессов возбуждения (тахилалия); замедленный темп с преобладанием процессов торможения (брадилалия); прерывистый темп (необоснованные паузы, скандирование звуков и слов, запинки не судорожного (физиологические итерации, полтерн) и судорожного (заикание) характера).

5. Нарушения письменной речи:

– письма: неправильная перешифровка фонемы в графему; недописки; пропуски и смешение букв в слове; несогласование и перестановки слов в предложении; выходы за строчку и др.;

– чтения: замена и смешение звуков; побуквенное чтение; искажение звуко-слоговой структуры слова; нарушение понимания прочитанного; аграмматизмы.

Все виды нарушений, рассматриваемые в клинико-педагогической классификации, на этой основе делятся на две большие подгруппы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: устная или письменная.

Нарушения устной речи

Фонационное (внешнее) оформление высказывания

Нарушения произносительной стороны речи могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена:

- * голосообразования;
- * темпо-ритмической организации высказывания;
- * интонационно-мелодической стороны речи;
- * звукопроизносительной организации.

Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего выделяются те или иные виды нарушений.

Дисфония (афония) – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фонаторные нарушения, вокальные нарушения. Проявляется в полном отсутствии фонации (афония) или в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка. Бывает изолированной или входит в состав ряда других нарушений речи.

Брадилалия (*брадифразия*) – патологически замедленный темп речи. Является центрально-обусловленной, может быть органической или функциональной. Речь тягуче растянута, вялая, монотонная.

Тахилалия (*тахифразия*) – патологически ускоренный темп речи. Является центрально-обусловленной, органической или функциональной. Речь торопливая, стремительная, напористая. В случаях, когда ускоренная речь сопровождается аграмматизмами, говорят о таком нарушении, как *баттаризм*. Если патологически ускоренная речь сопровождается необоснованными паузами, заминками – возникает *полтерн*.

Брадилалия и тахилалия объединяются под общим названием – *нарушение темпа речи*. Его следствием является нарушение плавности речевого процесса, ритма и мелодико-интонационной выразительности.

Заикание (*логоневроз*) – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка.

Дислалия (*косноязычие (устар.), дефекты звукопроизношения, фонетические, недостатки произношения фонем*) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах (субституциях) звуков или в их смешении. Может зависеть от неполной сформированности артикуляторной базы (не усвоен весь набор артикуляционных позиций, необходимых для произнесения звуков). Или он связан с тем, что у ребенка неправильно сформировались артикуляторные позиции, вследствие чего продуцируются ненормированные звуки. Особую группу составляют нарушения, обусловленные анатомическими дефектами артикуляционного аппарата. В психолингвистическом аспекте нарушения произношения рассматриваются как следствие несформированности

операций различения и узнавания фонем (дефекты восприятия); как несформированность операций отбора и реализации (дефекты продуцирования); как нарушение условий реализации звуков.

При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии – функциональный. Дислалия возникает обычно в процессе развития речи ребенка; в случаях травматического повреждения периферического аппарата – в любом возрасте.

Ринолалия (*гнусавость (устар.), палатолалия*) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Тембр голоса оказывается избыточно назализованным вследствие того, что выдыхаемая струя воздуха при произнесении всех звуков речи проходит в полость носа и в ней получает резонанс. Дефект обусловлен врожденными расщелинами нёба, губы, отсутствием нёбно-глоточного смыкания. При ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). Часто встречаются просодические нарушения, речь мало разборчива (невнятна), монотонна. Явления назализованного произношения без грубых артикуляционных нарушений относят к *ринофонии*.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации мышц речевого аппарата. Наблюдается несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего становятся голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты.

Тяжелая степень дизартрии – *анартрия* (невозможность осуществить звуковую реализацию речи). В легких случаях дизартрии, когда дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, говорят о ее стертой форме. Эти случаи необходимо отличать от дислалии.

Дизартрия возникает вследствие органического нарушения периферического и центрального характеров, приводящего к двигательным расстройствам. По локализации поражения ЦНС выделяют ее различные

формы. Чаще всего причиной дизартрии становится ДЦП, но это может быть и нейроинфекция и другие мозговые заболевания.

Структурно-семантическое (внутреннее)

оформление высказывания

Алалия (дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонемота (устар.)) – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Это один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается несформированной речевая деятельность. Система языковых средств (фонематических, грамматических, лексических) не развивается, страдает мотивационно-побудительный уровень речепорождения. Наблюдаются грубые семантические дефекты. Нарушено управление речевыми движениями, что отражается на воспроизведении звукового и слогового состава слов.

Афазия (распад, утрата речи) – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Ребенок теряет речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекций или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Диагноз «афазия» ребенку ставят, если поражение мозга и распад речи произошли после 3 лет. В противном случае говорят об алалии.

Нарушения письменной речи

Дислексия – частичное специфическое нарушение чтения, связанное с недоразвитием в основном теменно-височно-затылочной области мозга. Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв, слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; наблюдаются аграмматизмы и искажение понимания прочитанного.

Дисграфия – частичное специфическое нарушение письма. Проявляется в нестойкости оптико-пространственных образов букв, смещениях или пропусках букв, искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений.

В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об *алексии* и *аграфии*. Нарушения формирования навыков письма и чтения необходимо отличать от утраты этих навыков, возникающей при афазиях.

Клинико-педагогическая классификация в работе логопеда используется вместе с психолого-педагогической классификацией.

Психолого-педагогическая классификация

Детей с однородными нарушениями речи целесообразно объединить в группы, что представляется удобным при проведении коррекционной работы.

Обычно объединяют в группы детей со следующими нарушениями.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – нарушение процессов формирования произносительной системы языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

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

Недостатки мелодико-интонационной (ринофония, дисфония, афония) **и темпо-ритмической стороны речи** (заикание, итерация, полтерн, тахилалия, брадилалия) – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

1.5. Особенности речевого развития детей с отклонениями в развитии

Растущее число отклонений в психическом развитии оказывает непосредственное влияние на речевое развитие и коммуникацию.

Речь при интеллектуальных нарушениях развивается своеобразно и с большим запозданием. Ребенок позднее и менее выражено вступает в эмоциональный контакт с матерью. В возрасте около года у него можно наблюдать патологическую реакцию на речь взрослого. Она проявляется в том, что произносимые им звуковые комплексы бедны и характеризуются сниженной эмоциональной окрашенностью.

У детей со сниженным интеллектом слабо выражено стремление подражать речи взрослого. Они не реагируют на простейшие ситуативные команды, улавливают лишь интонацию, но не содержание обращенной к ним речи.

Звучащая речь долгое время не слишком интересует умственно отсталых дошкольников. Они недостаточно прислушиваются к ней. Но постепенно они все же овладевают элементарным речевым общением даже в тех случаях, когда семья не оказывает им реальной помощи и дети не посещают специального дошкольного учреждения. Это связано с необходимостью взаимодействовать с окружающими.

Умственно отсталые дети

Первые малочисленные слова, неточно произносимые, появляются у умственно отсталых дошкольников в 2–3 года или даже в 5 лет. Это преимущественно имена существительные – названия предметов ближайшего окружения и глаголы, обозначающие часто выполняемые действия.

Отдельные дошкольники даже в 5 лет пользуются лепетными словами или произносят лишь первый слог нужного слова. Фонетический строй речи почти у всех таких детей к началу школьного обучения оказывается сформированным не полностью. Исключения весьма редки.

Старшие дошкольники хотя и с трудом, но пользуются речевым общением. Их затрудняет участие в беседе. Тем более сложными оказываются рассказ по картинке, пересказ услышанного простого текста, словесная передача увиденного или пережитого события. Им удастся выполнить подобные задания лишь при помощи вопросов и подсказок.

Однако дети с большим удовольствием смотрят любые телевизионные программы. Хотя они плохо разбираются в их содержании, им нравятся движущиеся на экране фигуры и музыкальное сопровождение.

Умственно отсталые – слышащие и говорящие дети. Данное обстоятельство существенно облегчает работу с ними. Однако недостатки произношения затрудняют общение. Ребенок, зная, что он говорит не так, как все, старается меньше пользоваться речью, отмалчивается, когда его о чем-то спрашивают, прибегает к указательным жестам. Это отрицательно сказывается на развитии его эмоционально-личностной сферы.

Ребенок становится настороженным, замкнутым, постоянно ожидает порицания. Там, где это возможно, он предпочитает пользоваться не речью, а указательными жестами, мимикой, передавая ими свое желание получить какой-то предмет, выражая положительное или отрицательное отношение к происходящему. Для речи умственно отсталых детей характерно существенное преобладание пассивного словаря над активным.

Они используют простые предложения, состоящие из 1–4 слов. Построение их часто и грамматически неправильно. Сложные, особенно сложноподчиненные, предложения начинают употребляться уже в старших классах, что свидетельствует о затруднениях в понимании и отражении различных взаимозависимостей между объектами и явлениями окружающей действительности.

У умственно отсталых учащихся, особенно младших классов, недостаточно сформирована одна из основных Функций речи – регулятивная. Указания взрослого дети воспринимают неточно и не всегда определяют содержание и последовательность действий. Особенную трудность

представляют сложные инструкции, состоящие из нескольких следующих друг за другом звеньев, а также обобщения. В первом случае школьники забывают последовательность действий, пропускают и переставляют их. Во втором – терпят неудачи из-за недостаточного осмысления задания.

Дети долго не понимают сущности письма, т.е. того, что знание букв нужно для написания слов, которые затем сможет прочитать любой грамотный человек. Таким образом, у таких детей имеет место несформированность основных предпосылок письменной речи, с развития которых и необходимо начинать их подготовку к обучению.

Дети с задержкой психического развития

У детей с задержкой психического развития (ЗПР) наблюдается задержка темпа развития отдельных сторон речи и особенный их характер. Для импрессивной стороны свойственна недостаточная дифференцированность восприятия речевых звуков, оттенков речи (у 75 % таких детей наблюдаются трудности в дифференциации звуков).

Для экспрессивной стороны речи характерны бедный словарный запас, нарушенное звукопроизношение, недостаточная сформированность лексико-грамматического строения речи, аграмматизмы, дефекты артикуляторного аппарата (у 55 % отмечается недостаточность речевой моторики: дети с трудом удерживают артикуляционную позу, мышцы языка напряжены, с трудом происходит переключение с одной позы на другую, у 45 % из них – дефекты строения зубного ряда).

Среди ошибок звукопроизношения у таких детей преобладают нарушения свистящих ([с], [з]) и сонорных звуков ([м], [н], [л], [р]) тогда как у нормально развивающихся детей 5–9 лет чаще наблюдается нарушение произношения звука [р] и шипящих [ш], [ж], [ч], [щ]. Недостатки произношения свистящих связывают преимущественно с нарушением речеслухового анализа.

Речь состоит в основном из существительных и глаголов, прилагательные используются только для обозначения видимых свойств

предметов. Связь слова и обозначаемого им предмета нестойкая. Дети затрудняются в использовании антонимов и особенно синонимов.

Тяжесть речевого недоразвития во многом зависит от характера основного нарушения. Так, при не осложненном инфантилизме уровень речевого развития имеет характер некоторой задержки или соответствует норме. При ЗПР церебрально-органического генеза наблюдается нарушение речевой деятельности как системы.

Дети с нарушениями слуха

Дети с нарушенным слухом могут овладеть словесной речью только обходными путями, в условиях специального обучения. При этом они опираются на зрительное восприятие, подкрепленное речевыми двигательными ощущениями. Глухие дети не имеют возможности воспринимать на слух интонацию и образцы речи, подражание ко контролируемое слухом, определяет речевое развитие слышащего ребенка. Ж.И. Шиф выделяет четыре психологических условия, определяющих особенности формирования у глухих детей словесной речи.

1. Особые сенсорные основы формирования первичных образов слов. Если у слышащих первичным образом слова является слуховой, то у глухих – зрительный образ, подкрепляемый двигательными ощущениями (написанное, дактилируемое или артикулируемое слово).

У детей с нарушениями слуха зрительное восприятие слов («глобальное чтение»), написанных на табличках, начинается с нерасчлененного восприятия и узнавания табличек (сначала – по цвету, фактуре, позднее – по первой букве слова и т.п.). Эти таблички педагог соотносит с определенными предметами и действиями, т.е. благодаря зрительному восприятию слов у глухих детей закладываются представления об их сигнальных функциях и фонетическом строе. Для глухих детей зрительное восприятие слов – первый этап знакомства с языком.

2. Другой порядок анализа речевого материала. Овладевая речью, слышащий ребенок схватывает фонетический образ слова, делит его на слоги, потом на «азбучные звуки».

Умение выделить слово из речевого потока у слышащего ребенка появляется гораздо позднее, чем умение говорить. Точный фонетический анализ состава слова достигается еще позднее – при обучении грамоте. Дискретность слов легче воспринимается на глаз, чем на слух.

У глухих детей знакомство со словом начинается с его зрительного восприятия. При обучении устной речи на определенном уровне овладения произношением у них появляется послоговое членение слов. При этом происходит перестройка прежнего побуквенного анализа слова: отношения речедвигательных компонентов и зрительного восприятия в известной мере перестраиваются по типу отношений, имеющих при сохранном слуховом восприятии.

Таким образом, у глухого ребенка, воспринимающего слово побуквенно, но обучающегося произносить его по слогам, зрительное восприятие должно попасть под влияние двигательных компонентов речи, которые ведут его за собой. Эта перестройка происходит медленно, поскольку в сенсорном речевом опыте глухих детей зрительный образ слова длительно доминирует над медленнее развивающимся двигательным его образом.

3. Другие в сравнении со слышащими детьми типы грамматических преобразований, причиной чего является иная сенсорная основа овладения речью. Звучащее слово воспринимается слышащими как единое целое, в случае преобразований оно часто начинает звучать по-другому (например, меняется ударение). Глухими детьми образ слова воспринимается зрительно, и его преобразования представляются чисто «внешними».

4. Своеобразные и неблагоприятные условия формирования речедвигательных навыков. Известно, что чем ближе вторичные отклонения к первичному, тем труднее осуществляется их коррекция. Произносительная

сторона речи находится в наиболее тесной зависимости от нарушений слуха, и ее формирование оказывается самым трудным делом.

Одними из существенных являются ошибки, связанные с нарушением словесного общения и психологическими условиями, обозначенными выше.

Характер ошибок меняется в зависимости от стадии овладения речью. На ранних этапах ее усвоения глухие дети часто не различают части речи и не всегда правильно ими пользуются, с трудом овладевают местоимениями и предлогами, неправильно используют суффиксы и окончания. Затем количество грубых ошибок уменьшается, но сохраняются ошибки, связанные с различением более тонких признаков системы языка (например, категорий рода и числа).

К старшему школьному возрасту у глухих детей сохраняются ошибки, связанные с усвоением законов сочетания слов (согласования и управления). В одних случаях они зависят от особенностей сенсорного опыта глухих, в других – от своеобразия развития их мышления, в третьих – от трудностей познания природы языка. Важной особенностью психического развития глухих детей является то, что они почти одновременно овладевают несколькими видами речи – словесной (устной и письменной), дактильной и жестовой.

Дети с нарушениями зрения

Становление речи у зрячих и лиц с нарушениями зрения идет принципиально одинаково, однако отсутствие зрения или его глубокое нарушение изменяют взаимодействие анализаторов.

Речь слепого и слабовидящего ребенка развивается в ходе специфически человеческой деятельности общения, но имеет свои особенности формирования – изменяется темп развития, нарушается словарно-семантическая сторона речи, появляется «формализм», накопление значительного количества слов, не связанных с конкретным содержанием.

Опора на активное речевое общение обеспечивает преодоление трудностей в формировании предметных действий и обуславливает продвижение в психическом развитии слепого ребенка.

Используя речевые словесные обозначения как самих предметов, так и действий с ними, взрослые, с одной стороны, стимулируют соотнесение усвоенных ребенком слов с конкретными предметами, с другой – создают условия для лучшего познания мира.

Исследование связной речи дошкольников с нарушениями зрения, осуществленное С.А. Покутневой, показало, что уровень их спонтанной речи значительно ниже нормы по всем показателям: с позиций раскрытия темы – отражение лишь части предъявляемого материала; с позиции содержательности – фрагментарность, отражение в основном предметного содержания, отсутствие передачи динамики, неумение вычленить и проанализировать главные события в рассказе о своей жизни, трудности в соблюдении логичности.

Логопедический анализ развития речи детей с нарушением зрения, проведенный Л.С. Волковой, выявил своеобразие ее становления. Ею показано, что у этих детей наиболее типичны системные недоразвития речи, разнообразные по своей структуре, причем встречаются они значительно чаще, чем у их зрячих сверстников. Дети с нарушением зрения не понимают смысловую сторону слова, которая не соотносится с чувственным образом предмета, используют слова, усвоенные на чисто вербальной основе, они страдают эхоталией, отсутствием развернутых высказываний из-за недостатка зрительных впечатлений.

Значительную роль в недоразвитии речи играют нарушения общения ребенка с микросоциальной средой и неудовлетворительные условия речевого общения. Речь слепого выполняет также компенсаторную функцию, включаясь в чувственное и опосредованное познание окружающего мира, в процессы становления личности.

Компенсация последствий глубоких нарушений зрения с участием речи наиболее часто отмечается в чувственном познании, поскольку слово уточняет, корригирует и направляет процессы чувственного познания; позволяет более полно и точно воспринимать предметный мир в ощущениях

и представлениях, снимая и фрагментарность, и искаженность процессов восприятия. Вместе с тем вербализм знаний (отсутствие соответствия между словом и образом, характерный для слепых) сам должен быть преодолен в процессе коррекционной работы, направленной на конкретизацию речи (наполнение «общих» слов содержанием).

Специфика развития речи выражается также в слабом использовании неязыковых средств общения (мимики, пантомимики), поскольку нарушения зрения затрудняют восприятие выразительных движений и делают невозможным подражание действиям и выразительным средствам, используемым зрячими. Это отрицательно сказывается на понимании чужой и выразительности собственной речи слепого и слабовидящего. В таких случаях требуется специальная работа по коррекции речи, позволяющая овладеть ее экспрессивной стороной, мимикой, пантомимикой и использовать эти умения в процессе общения.

Дети с тяжелыми речевыми нарушениями

Наблюдаемые у детей с тяжелыми нарушениями речи серьезные трудности в организации собственного речевого поведения отрицательно сказываются на их общении с окружающими. Взаимообусловленность речевых и коммуникативных умений у данной категории детей приводит к тому, что такие особенности речевого развития, как бедность и недифференцированность словарного запаса, явная недостаточность глагольного словаря, своеобразие связного высказывания препятствуют осуществлению полноценного общения. Следствие этих трудностей – неразвитость форм коммуникации (диалогическая и монологическая речь), особенности поведения: не заинтересованность в контакте, неумение ориентироваться в ситуации общения, негативизм (Л.Г. Соловьева). Если дети выполняют какую-либо общую работу по поручению взрослого, то каждый ребенок стремится сделать все по-своему, не ориентируясь на партнера, не сотрудничая с ним.

В результате исследования О.С. Павловой речевой коммуникации старших дошкольников с ОНР было установлено, что у данных детей действуют те же закономерности, что и нормально говорящих, т.е. уровень благоприятности взаимоотношений является достаточно высоким, число «предпочитаемых» и «принятых» детей значительно превышает число «непринятых» и «изолированных». Между тем дети, как правило, затрудняются дать ответ о мотивах своего выбора товарища («Не знаю», «Он хорошо себя ведет», «Я с ним дружу, играю», «Его хвалит воспитатель» и т.п.) и достаточно часто ориентируются не на собственное личностное отношение к партнеру по игре, а на выбор и оценку его педагогом.

Среди «непринятых» и «изолированных» чаще всего оказываются дети, которые плохо владеют коммуникативными средствами, находятся в состоянии неуспеха во всех видах детской деятельности. Их игровые умения, как правило, развиты слабо, игра носит манипулятивный характер; попытки общения этих детей со сверстниками не приводят к успеху и нередко заканчиваются вспышками агрессивности со стороны «непринятых».

Качествами, обеспечивающими лидерство, являются:

- * успех во всех видах деятельности (игровой, продуктивной, трудовой, учебной);
- * достаточный уровень сформированности коммуникативных умений (умеют слушать и понимать обращенную речь, излагать свои мысли последовательно);
- * наличие положительных черт характера, активность по отношению к сверстникам и педагогам.

В игре такие дошкольники чаще других предлагают сюжет, занимаются распределением ролей, берут на себя «главные роли», иногда подавляя инициативу других детей.

Кроме этого, положение ребенка в коллективе сверстников тесно связано со степенью тяжести речевых изменений. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, как правило,

имеют сравнительно хорошо развитую речь, в то время как среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дошкольники с положительными качествами личности, хорошим поведением, но с более тяжелым речевым дефектом.

В целом коммуникативные возможности детей с выраженной речевой патологией отличаются заметной ограниченностью и по всем параметрам значительно ниже нормы. Обращает на себя внимание невысокий уровень развития игровой деятельности дошкольников с ОНР: бедность сюжета, процессуальный характер игры, низкая речевая активность.

Для большинства таких детей характерна крайняя возбудимость, которая связана с различной неврологической симптоматикой, в связи с чем игры, не контролируемые воспитателем, приобретают порой весьма неорганизованные формы. Часто дети данной категории вообще не могут занять себя каким-либо делом, что говорит о недостаточной сформированности у них навыков совместной деятельности.

У большинства таких старших дошкольников преобладает ситуативно-деловая форма сотрудничества, что характерно для нормально развивающихся детей 2–4 лет. Предпочитаемый вид коммуникации – общение со взрослым на фоне игровой деятельности, которая отличается не только содержательной бедностью, но и недостаточной структурированностью используемой речи. Практически у половины детей с ОНР не сформирована культура общения: они фамильярны с взрослыми, у них отсутствует чувство дистанции, интонации часто крикливы, резки, они назойливы в своих требованиях.

У некоторых детей с ОНР преобладает внеситуативно-познавательная форма общения. Они с интересом откликаются на предложение взрослого почитать книги, внимательно слушают несложные тексты, но по окончании чтения организовать с ними беседу трудно: как правило, дети почти не задают вопросов по содержанию, не могут сами пересказать услышанное в силу несформированности репродуцирующей фазы монологической речи. Даже при наличии интереса к общению со взрослым ребенок в процессе беседы

часто перескакивает с одной темы на другую, познавательный интерес у него кратковременен, и беседа не может длиться более 5–7 мин.

Значительная часть детей данной категории старается изолироваться от взрослых. Они замыкаются в себе, очень редко обращаются к старшим, стесняются и избегают контактов с ними.

Таким образом, комплекс нарушений речевого и когнитивного развития у детей с тяжелой речевой патологией препятствует становлению у них полноценных коммуникативных связей с окружающими, затрудняет контакты со взрослыми и может приводить к изоляции в коллективе сверстников. В связи с этим требуется специальная работа по коррекции и развитию всех компонентов речевой, познавательной и коммуникативной деятельности в целях оптимальной и эффективной адаптации детей с выраженными нарушениями речи к условиям и требованиям социума.

Дети с детским церебральным параличом

Частота речевых нарушений при детском церебральном параличе (ДЦП), по разным данным, составляет от 70 до 80 %. Патологическое состояние артикуляционного аппарата у таких детей препятствует спонтанному развитию артикуляционной моторики, появлению новых звуков, а также артикулированию слогов в период лепета. В большинстве случаев в лепете детей не наблюдается той последовательности его этапов, которая характерна для здоровых.

Рано начатая (уже в предречевой период) коррекционно-логопедическая работа с детьми, страдающими ДЦП, способствует развитию их артикуляционного аппарата и подготовке его к членораздельному произнесению звуков, что предупреждает формирование грубых нарушений звукопроизводительной стороны речи, носящих выраженный характер. У 60–70 % детей с ДЦП отмечается дизартрия (нарушение звукопроизводительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата).

При ДЦП может наблюдаться недостаточный уровень сформированности лексико-грамматической стороны речи. Исследование Е.М. Мастюковой показало, что первые слова у обследованных детей с ДЦП в среднем появились только к 1,5 годам, фразовая речь – к 3–3,5 годам.

По данным М.В. Ипполитовой, а также Н.В. Симоновой, дети с ДЦП 6–7 лет очень редко употребляют в речи предлоги – «под», «над», «перед», «между», «в». Для большинства детей характерна недостаточная дифференциация и низкая актуализация временных и особенно всех пространственных связей и отношений в активной речи.

Часто словесное обозначение пространственных отношений носит примитивный характер, не соответствующий возрастной норме: «поближе ко мне», «от меня чуть-чуть в сторону» и т.д., что при нормальном онтогенезе наблюдается в более раннем возрасте – до 4 лет. Качество речи определяется темпом мышления, характером психической деятельности в целом.

По данным М.В. Ипполитовой, у детей с ДЦП отмечается своеобразие общего речевого развития, сроки которого, как правило, задержаны. У большинства детей первые слова появляются лишь к 2–3 годам, фразовая речь – к 3–5 годам. В наиболее тяжелых случаях фразовая речь формируется лишь к периоду школьного обучения.

Специфика самого заболевания ограничивает практический опыт ребенка с ДЦП и его социальные контакты. Кроме того, у них наблюдаются нарушения восприятия, играющие важную роль в формировании речи. У большинства детей школьного возраста можно определить своеобразие речевого развития, у некоторых – разную степень выраженности ОНР.

У детей с ДЦП отмечается бедность словарного запаса, что приводит к использованию одних и тех же слов для обозначения разных предметов и действий, отсутствие ряда слов-названий, несформированность многих видовых, родовых, других обобщающих понятий. Особенно ограничен запас слов, обозначающих признаки, качества, свойства предметов, а также различные виды действий с предметами.

Большинство детей пользуются фразовой речью, но предложения обычно состоят из 2-3 слов; слова не всегда правильно согласуются, не используются или используются не в полной мере предлоги. У основного числа школьников сохраняется задержка в формировании пространственно-временных представлений, в их обиходной речи ограничено употребление слов, обозначающих расположение предметов в пространстве, в определенной временной последовательности. Отмечается и своеобразие в понимании речи: недостаточное представление о многозначности слов, иногда незнание предметов и явлений окружающей действительности. Нередко вызывает трудности понимание текстов художественных произведений, арифметических задач, программного материала.

Контрольные вопросы и задания для выполнения

1. Раскройте основные задачи логопсихологии.
2. Назовите принципы системно-коммуникативной концепции.
3. Проведите сравнительный анализ экспрессивной и импрессивной речи.
4. Перечислите основные причины нарушений речи.
5. Раскройте основные подходы к изучению детей с нарушениями речи на клиническом этапе развития логопсихологии.
6. Охарактеризуйте основные достижения педагогического этапа развития логопсихологии.
7. Опишите развитие взглядов на структуру речевого дефекта.
8. Назовите представителей основных направлений в изучении лиц с речевой патологией.
9. Охарактеризуйте межсистемные связи логопсихологии.
10. Дайте характеристику основным нарушениям устной и письменной речи.
11. Опишите структуру отклоняющегося речевого развития при интеллектуальном дефекте

12. Перечислите основные условия формирования речи у глухих детей.
13. Охарактеризуйте речевой онтогенез при зрительном дефекте.
14. Перечислите особенности речевой коммуникации у детей с нарушениями речи.
15. Проследите взаимосвязь двигательного дефекта и речевого развития.

ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

2.1. Развитие личности и эмоционально-волевой сферы детей с нарушениями речи

Среди немногочисленных работ, посвященных исследованию особенностей эмоционально-волевой сферы и личностного развития при речевых нарушениях, можно назвать труды таких ученых, как В.М. Шкловский, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева, О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук, Г.А. Волкова, Е.В. Жулина, Е.Ю. Медведева, С.А. Ключева и некоторых других. Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались в основном применительно к заикающимся детям (С.С. Ляпидевский, О.С. Павлова, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук).

В.И. Селиверстов (1989) выделяет следующие степени фиксированности детей на своем дефекте.

Нулевая. Дети не испытывают фрустрации от сознания неполноценности своей речи или даже совсем не замечают ее недостатков. Они охотно вступают в контакт со сверстниками и взрослыми, знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости.

Умеренная. Дети испытывают в связи с дефектом неприятные переживания, скрывают его, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, осознание этими детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, когда каждый шаг, каждый поступок оцениваются через призму своего дефекта.

Выраженная. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимость от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь,

самоуничтожение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

Расстройства в эмоционально-волевой, личностной сферах детей с нарушениями речи не только снижают и ухудшают их работоспособность, но и могут приводить к нарушениям поведения и явлениям социальной дезадаптации, в связи с чем особую значимость приобретает дифференцированная психопрофилактика и психокоррекция имеющихся у этих детей особенностей эмоционально-личностного развития.

2.2. Восприятие детей с нарушениями речи

2.2.1. Восприятие как высшая психическая функция

Основные понятия

Восприятие – это система процессов приема и преобразования информации, обеспечивающая организму отражение объективной реальности и ориентировку в окружающем мире. Восприятие вместе с ощущением выступает как отправной пункт процесса познания, доставляющий ему исходный чувственный материал.

Будучи необходимым условием процесса познания, восприятие опосредуется деятельностью мышления и проверяется практикой. Вне такого опосредования и проверки восприятие может выступать источником как истинного знания, так и заблуждения, иллюзии.

Существует несколько видов восприятия, которые объединяются по определенным признакам.

1. По ведущему анализатору:

- зрительное;
- слуховое;
- осязательное;
- обонятельное;

- вкусовое;
 - кинестетическое.
2. По форме существования материи:
 - восприятие пространства;
 - восприятие времени;
 - восприятие движений.
 3. По форме психической активности:
 - преднамеренное;
 - непреднамеренное.
 4. По структуре:
 - симультанное (одновременное);
 - сукцессивное (последовательное).

У восприятия, как у психической характеристики человека, есть свои свойства.

1. Осмысленность и обобщенность: воспринимая предметы и явления, человек осознает, понимает то, что воспринимается.

2. Предметность: психические образы предметов человек осознает не как образы, а как реальные предметы, вынося образы вовне, объективизируя их.

3. Целостность: в предметах и явлениях действительности отдельные их свойства и признаки находятся в устойчивой постоянной зависимости. В восприятии отражаются устойчивые связи между компонентами предмета или явления.

4. Структурность: человек узнаёт различные объекты благодаря устойчивой структуре их признаков. В восприятии вычленяются взаимоотношения частей и сторон предмета.

5. Избирательность: из бесчисленного количества окружающих предметов и явлений человек выделяет в данный момент лишь некоторые из них в зависимости от того, на что направлена его деятельность, потребности и интересы.

6. Константность: одни и те же предметы воспринимаются человеком в изменяющихся условиях (при различной освещенности, с разных точек зрения, разного расстояния и т.п.). Однако объективные качества предметов воспринимаются в неизменном виде.

Сенсорное развитие

Сенсорное развитие – это развитие у ребенка процессов восприятия и представлений о предметах и явлениях окружающего мира. Ребенок рождается на свет со сформированными органами чувств. Но их нормальное функционирование представляет собой лишь предпосылку для восприятия окружающего мира.

Чтобы сенсорное развитие проходило полноценно, необходимо целенаправленное сенсорное воспитание. Ребенка следует научить рассматриванию, ощупыванию, выслушиванию объектов, т.е. сформировать у него перцептивные действия. Но обследовать предмет, увидеть, ощупать его еще недостаточно. Необходимо определить отношение выявленных свойств и качеств данного предмета к свойствам и качествам других предметов.

Для этого ребенку нужны мерки, с которыми можно сравнивать то, что он в настоящий момент воспринимает. Это *сенсорные эталоны*, которые сложились исторически и позволяют сравнивать, сопоставлять результаты восприятия. К ним относятся системы геометрических форм, шкала величин, меры веса, звуковысотный ряд, спектр цветов, система фонем родного языка.

Все эти эталоны должны быть своевременно усвоены ребенком. В процессе восприятия он постепенно накапливает зрительные, слуховые, двигательные, осязательные образы. Но при этом необходимо, чтобы свойства и отношения предметов, которые ребенок воспринимает, были обозначены словом, что помогает закрепить в представлении образы предметов, сделать их более точными, стойкими. Если образы восприятия закреплены в слове, их можно вызвать в представлении ребенка даже тогда, когда от момента

восприятия прошло некоторое время. Для этого достаточно произнести соответствующее слово-название.

Особенности восприятия при речевых нарушениях

Нарушения *фонематического восприятия* отмечаются всех детей с нарушениями речи, причем наблюдается несомненная связь расстройств речеслухового и речедвигательного анализаторов. Известно, что нарушение функции речедвигательного анализатора при дизартрии и ринолалии влияет на *слуховое восприятие* фонем (Г.Ф. Сергеева, 1973). При этом не всегда прослеживается прямая зависимость между нарушениями произношения звуков и их восприятия.

У детей с нарушением речи наблюдаются специфические трудности в различении тонких дифференцированных признаков фонем, которые влияют на весь ход развития звуковой стороны речи. Они могут вторично влиять на формирование звукопроизношения. Такие недочеты в речи детей, как употребление диффузных звуков неустойчивой артикуляции, искажение звуков, правильно произносимых вне речи в изолированном положении, многочисленные замены и смешения при относительно сформированных строении и функции артикуляционного аппарата указывают на первичную несформированность фонематического восприятия.

Иногда у таких детей наблюдается различие на слух тех фонем, которые не противопоставлены в произношении, в других же случаях не различаются и те фонемы, которые дифференцируются в произношении. Тем не менее здесь существует определенная пропорциональность: чем большее количество звуков дифференцируется в произношении, тем успешнее различаются фонемы на слух. И чем меньше имеется «опор» в произношении, тем хуже условия для формирования фонематических образов. Развитие же самого фонематического слуха находится в прямой связи с развитием *всех* сторон речи, что, в свою очередь, обусловлено общим развитием ребенка.

Исследование *зрительного восприятия* позволяет сделать выводы о том, что у дошкольников с речевой патологией данная психическая функция отстает от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета (Е.М. Мастюкова). Исследования показывают, что простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается у этих детей от нормы.

Затруднения появляются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Так, дети с ОНР воспринимают образ предмета в усложненных условиях с определенными трудностями: увеличивается время принятия решения, дети не уверены в правильности своих ответов, отмечаются ошибки опознания, число которых увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов.

В реализации задачи по перцептивному действию (примеривание к эталону) дети данной категории чаще пользуются элементарными формами ориентировки, т.е. примериванием к эталону, в отличие от детей с нормальной речью преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с ОНР нередко при примеривании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет. Причем у мальчиков часто оказываются более низкие результаты, чем у девочек.

При исследовании зрительного восприятия у детей младшего школьного возраста с ЗРР, дизартриями и нарушениями речи по типу алалии изучались следующие гностические функции: оптико-пространственный гнозис, пространственные представления, лицевой гнозис, пальцевой и оральный стереогноз (способность восприятия, узнавания предметов тактильно-двигательным способом, на ощупь) (Л.С. Цветкова, Т.М. Пирцхалайшвили, 1975).

Нарушения оптико-пространственного гнозиса считаются характерными для детей с органическим поражением мозга. В результате его изучения с помощью методики Л. Бендер, а также в ходе наблюдений за

деятельностью детей с речевой патологией в процессе рисования, конструирования и обучения грамоте было выявлено, что данная функция у детей младшего школьного возраста, по сравнению с нормально развивающимися сверстниками, находится на значительно более низком уровне. Наиболее благоприятна динамика развития пространственного восприятия у детей с ЗРР, а наименее благоприятна при алалии. Степень нарушений оптико-пространственного гнозиса также зависит от недостаточности других процессов восприятия, особенно формирования пространственных представлений.

При исследовании дошкольников с ОНР отмечается, что эти дети в основном имеют низкий уровень развития буквенного гнозиса: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, обнаруживают трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, и даже в назывании букв печатного шрифта, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом. При изучении особенностей ориентировки детей с ОНР в пространстве оказалось, что они в основном затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», обозначающих местонахождение объекта, а также не могут ориентироваться в собственном теле, особенно при усложнении заданий.

Восприятие пространства рассматривается в настоящее время как результат совместной деятельности различных анализаторов. При этом важное значение отводится нормальному функционированию теменных отделов мозга. Наиболее отчетливые пространственные нарушения отмечаются у учащихся подготовительных и первых классов речевых школ.

Особенно устойчиво пространственные нарушения сохраняются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей, а также наличием специфических *оптико-пространственных нарушений* (у детей с алалией). Однако пространственные

нарушения у детей с речевыми расстройствами характеризуются определенной динамичностью, тенденцией к компенсации.

Значительная роль пространственных нарушений усматривается в выраженности и стойкости расстройств письменной речи (дислексии и дисграфии), нарушениях счета, которые могут наблюдаться при речевых расстройствах. Исследования способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметно-практической деятельности и понимать их в импрессивной речи говорят о сохранности данных способностей. Но в экспрессивной речи дети с тяжелой речевой патологией часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные языковые средства. Это связано с нарушением у них процессов перекодирования сохранной семантической программы в языковую форму.

Исследования лицевого гнозиса (с помощью методики Тардьё) показывают зависимость между его нарушениями (особенно в области оральной мускулатуры) и тяжестью расстройств звукопроизношения. Так, наиболее выраженные нарушения лицевого гнозиса характерны для детей с дизартрией и алалией.

Нарушения орального и пальцевого стереогноза исследовались по общим методикам, описанным в отечественной литературе, а также с помощью методики Р.Л. Рингеля, когда ребенку предлагалось определить форму предметов, помещенных в рот. Наиболее выраженные нарушения отмечались у детей с самыми грубыми недостатками экспрессивной речи (особенно у детей с алалией и дизартрией, при выраженности у них нарушений фонетической стороны речи).

Значительные нарушения орального стереогноза наблюдаются и у детей с грубым нарушением лицевого гнозиса. Нарушений пальцевого стереогноза у детей с речевыми нарушениями выявлено не было.

На отставание в развитии зрительного восприятия и предметных зрительных образов у детей с различными формами дизартрии, с ЗРР при

отсутствии первичных интеллектуальных нарушений указывают и другие исследования. Выявлено, что нарушения зрительной сферы у детей с выраженной речевой патологией проявляются в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета. Для детей дошкольного возраста с речевой патологией более характерно нарушение зрительного восприятия и предметных зрительных образов и в меньшей степени зрительной оперативной памяти, которая оказывается грубо нарушенной у детей с интеллектуальной недостаточностью, хотя у этой группы детей меньше страдает зрительное восприятие.

Данные положения говорят о том, что сенсорное развитие ребенка с речевыми нарушениями значительно отстает по срокам формирования и проходит чрезвычайно неравномерно.

Диагностика нарушений восприятия

При диагностике нарушений восприятия можно выделить несколько уровней становления понимания речи у детей с ОНР.

1. *Нулевой:* ребенок с сохранным слухом не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения.

2. *Ситуативный:* ребенок понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром, знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, у родителей, у куклы, но не различает по словесной просьбе изображения предметов, игрушек, хорошо знакомых ему в быту.

3. *Номинативный:* ребенок хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на отдельных картинках, но с трудом разбирается в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит,

читает). Совершенно не понимает вопросов косвенных падежей (чем? кому? с кем?).

4. *Предикативный*: ребенок знает много названий действий, легко ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках, различает значения нескольких первообразных предлогов (положи на коробку, в коробку, около коробки). Не различает грамматических форм слов.

5. *Расчлененный*: ребенок различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (морфами) – флексиями, приставками, суффиксами («стол – столы», «улетел – прилетел»).

Перед обследованием речевого восприятия необходимо ознакомиться с результатами исследования физического слуха ребенка. Установлено, что даже незначительное снижение остроты слуха в раннем детстве приводит к невозможности различать речевые звуки и четко их произносить. Наличие нормальной остроты слуха – важное условие формирования фонематического восприятия.

Необходимо также наблюдение за тем, как ребенок контролирует свое произношение и насколько он способен различать, правильна ли предъявляемая ему словоформа. При недоразвитии фонематического восприятия дети, в произношении которых есть замены звуков, не подмечают недостатков произношения и в чужой речи. Для диагностики особенностей восприятия у детей с нарушениями речи используется комплекс методик.

Коррекция нарушений восприятия

На протяжении всей коррекционной работы необходимо проводить учет состояния произносительных навыков детей, который позволяет определить содержание индивидуальной работы по формированию произношения, а также в динамике развития произносительных навыков проследить закономерности, характерные для различных форм речевых расстройств.

Важно также учитывать появившиеся улучшения в слитности и темпе произношения, удвоении, соблюдении орфоэпических норм.

Также необходимо организовывать наблюдение за спонтанной речью детей на занятиях и в свободное время. Направление коррекционной работы будет зависеть от того, какая из сторон речи нарушена больше всего: импрессивная или экспрессивная. Особое внимание следует уделять развитию слухового внимания и памяти, а также устранению недостатков моторики и проведению гимнастики, развивающей артикуляционный аппарат. Важным звеном в коррекционной работе является развитие у детей умения дифференцировать звуки в произношении, которые сходны по звучанию или по артикуляторной позиции. Данное умение можно вырабатывать в ходе специально подобранных игр.

Игры, направленные на развитие дифференциации звуков

Кто внимательный?

Оборудование: кукла, игрушечный мишка, машинка.

Взрослый садится на расстоянии 2–3 м от ребенка. Рядом с ребенком разложены игрушки. Взрослый предупреждает ребенка, что сейчас он будет давать задания тихо, шепотом, поэтому надо быть очень внимательным. Затем дает инструкции: «Возьми мишку и посади в машину», «Вынь мишку из машины», «Посади в машину куклу» и т.д. Ребенок должен услышать, понять и выполнить эти команды. Задания нужно давать краткие и очень понятные, а произносить их тихо, но четко.

Волшебная палочка

Оборудование: предмет, который может сыграть роль волшебной палочки (лазерная указка, карандаш, обернутый фольгой).

Взрослый и ребенок рассматривают предметы в комнате. У взрослого в руке волшебная палочка, которой он дотрагивается до предмета и громко

называет его. Вслед за этим название предмета произносит ребенок, стараясь сделать это как можно четче. Взрослый постоянно обращает внимание на то, что они произносят слова. Необходимо следить, чтобы ребенок правильно соотносил слова с предметами.

В поиске слов

Оборудование: любимая игрушка малыша.

Взрослый предлагает ребенку отправиться вместе со своей любимой игрушкой на улицу в путешествие на поиск слов. На прогулке ребенок находит предметы и четко называет их («качели», «скамейка», «лесок»). Взрослый следит, чтобы он правильно и отчетливо произносил слова.

Сломанный телевизор

Оборудование: символы звуков на карточках, плоский картонный экран телевизора с вырезанным окошком.

Взрослый объясняет ребенку, что телевизор сломался, у него пропал звук, осталось только изображение. Затем он беззвучно артикулирует гласные звуки в окошечке телевизора, а ребенок поднимает соответствующий символ. Затем ребенок может сам поработать диктором в сломанном телевизоре.

Какие предметы спрятаны в рисунках?

Ребенку объясняют, что ему будет показано несколько контурных рисунков, в которых как бы «спрятаны» многие известные ему предметы. Далее ребенку представляют рисунок и просят последовательно назвать очертания всех предметов, «спрятанных» в трех его частях: первой, второй и третьей.

Время выполнения задания ограничивается 1 мин. Если за это время ребенок не сумел полностью выполнить задание, его прерывают. Если

ребенок справился с заданием меньше чем за 1 мин, то фиксируют время, затраченное на выполнение задания.

Примечание. Если специалист, проводящий психодиагностику, видит, что ребенок начинает спешить и преждевременно, не найдя всех предметов, переходит от одного рисунка к другому, он должен остановить его и попросить поискать еще на предыдущем рисунке. К следующему рисунку можно переходить лишь тогда, когда будут найдены все предметы, имеющиеся на предыдущем рисунке. Общее число всех предметов, «спрятанных» на рисунках 1, 2 и 3, составляет 14.

Угадай, что я нарисовал

Оборудование: разные предметы, бумага, фломастеры.

При первом проведении игры следует брать предметы простой геометрической формы (шар, куб, брусок, овал). В дальнейшем используют предметы сложной формы, состоящие из нескольких частей, но имеющие в основе одну простую форму (неваляшка), а затем предметы, состоящие из 2–3 простых форм (снеговик, цыпленок, дом из двух частей, ворота из трех брусков и т.п.).

Педагог ставит на свой стол два предмета – куб и шар, кладет бумагу, фломастер и говорит детям, что сейчас будет рисовать, а они должны угадать, что он нарисует. Затем педагог медленно обводит пальцем по контуру сначала одного, а затем другого предмета, т.е. выделяет основную плоскостную форму каждого из них.

При этом надо помнить, что предмет обводят всегда в одном направлении, по часовой стрелке, и один раз, возвращаясь к исходной точке. Округлые формы обводят плавно, без остановок, угловатые – с остановками на углах и резким поворотом на новое ребро.

После того как оба предмета обведены, педагог рисует контур одного из них на листе бумаги и просит кого-либо взять тот предмет, форму которого он нарисовал, и наложить его на рисунок. «Правильно, я нарисовал шар, и ты

выбрал шар», – говорит педагог, поднимая рисунок и шар и показывая их детям.

Потом он рисует второй предмет (куб) и предлагает другому ребенку приложить предмет к рисунку, вновь подытоживая результат: «Правильно, это шар, а это куб». Когда игра проводится с предметами сложной формы, дети не накладывают выбранные предметы на рисунки, а кладут их рядом с предметом.

Можно провести занятие с группой детей, раздав им соответствующие картинки (поезд, девочка, птица). «Поезд гудит: у-у-у; девочка плачет: а-а-а; птичка поет: и-и-и». Каждый звук произносится длительно, дети поднимают соответствующие картинки.

Варианты. Педагог произносит звуки длительно. Вместо картинок используются цветные кружки, соответствующие разным звукам.

Включаются согласные звуки, на которые дети не должны реагировать.

2.2.3. Слуховое восприятие

Основные понятия

Слуховая кора занимает внешние (конвекситальные) отделы височной области мозга и так же, как и зрительная (затылочная) область коры, распадается на первичные (проекционные) и вторичные зоны. Слуховой путь, несущий сигналы звуковых раздражителей, начинается в кортиевом органе, расположенном в улитке внутреннего уха. Отдельные участки этого органа возбуждаются в ответ на различные по высоте колебания, и нервные волокна, передающие эти колебания, сохраняют соматотопическую организацию. Они идут по слуховому пути, прерываются во внутреннем коленчатом теле и заканчиваются в первичных (проекционных) отделах слуховой зоны коры, расположенной в поперечной извилине Гешля.

Большую роль в слуховом восприятии человека играют вторичные отделы височной коры, имеющие большое значение в дифференциации как

комплексов одновременно предъявляемых слуховых раздражителей, так и последовательных серий звуковысотных отношений или ритмических звуковых структур. Гностические слуховые расстройства связаны с поражением ядерной зоны звукового анализатора (куда кроме 41 поля входят 42 и 22 поля).

В клинической и нейропсихологической литературе многократно описаны нарушения слуховых функций, возникающие при поражении ядерной зоны слуховой системы правого и левого полушарий. При поражении коркового уровня слуховой системы правого полушария (ядерной зоны) больной не способен определить значение различных бытовых (предметных) звуков и шумов. Это поражение носит название слуховая агнозия.

Агнозия (от греч. *a* – отрицат. частица и *gnosis* – знание) – нейропсихологическое нарушение. Характеризуется потерей способности к восприятию предметов и явлений действительности при поражениях коры головного мозга и подкорковых структур.

Слуховая агнозия – это гностическое расстройство, отражающее нарушение слухового восприятия, при сохранной элементарной чувствительности.

Виды слуховых агнозий

В зависимости от уровня поражения слуховой системы выделяют:

- собственно слуховую агнозию;
- аритмию;
- амузию;
- нарушение интонационной стороны речи (просодики);
- речевую акустическую агнозию.

Собственно слуховая агнозия

В выраженных случаях слуховой агнозии больные не понимают смысла самых простых звуков, например скрипа дверей, шума шагов, т.е. всех тех

бытовых звуков, которые в норме человек различает без специального обучения.

Подобные звуки перестают для больных быть носителями определенного смысла, хотя слух как таковой у них сохранен, и они могут различать звуки по высоте, интенсивности, длительности и тембру. Таким образом, наблюдается принципиально то же самое нарушение, которое возникает и при зрительной агнозии, когда при полной сохранности зрения (остроты, полей зрения) нарушается способность понимать увиденное.

Подобные расстройства сравнительно редки. Для появления слуховой агнозии требуется обширное поражение правой височной области. Описан случай двустороннего поражения левой и правой височной области с симптомами выраженной слуховой агнозии. Чаще встречается более стертая форма слуховых нарушений в виде дефектов слуховой памяти, которые обычно проявляются в специальных экспериментах. Так больной, способный различать звуковысотные отношения, не мог выработать слуховые дифференцировки, т.е. запомнить два (или больше) звуковых эталона.

Аритмия

При поражении височной области мозга возникает аритмия. Ее симптомы хорошо изучены А.Р. Лурией и его сотрудниками и состоят в том, что ребенок не может оценить правильно ритмические структуры, которые предъявляются ему на слух, и воспроизвести их. К негативным последствиям данного расстройства относят нарушение тембра речи, неспособность заучивать стихи, сокращение слов (выпускание слогов, например «снеговик – сневик»).

В качестве эталонов детям предъявляются ритмические рисунки звуков, сгруппированных в определенные структуры. Ребенок должен различить и запомнить структуру ритма, а затем воспроизвести его. Такое различение и воспроизведение для любого здорового человека не представляет никаких сложностей. Больные, как правило, не способны

определить количество звуков: они либо переоценивают или недооценивают количество ударов, не различая, сколько было звуков и как они чередовались друг с другом.

Амузия

Амузия – это нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой. Амузия не всегда сопутствует афазическим расстройствам, что, в частности, описано А.Р. Лурией и Л.С. Цветковой, показавшими, что у больных, страдающих амузией, может быть значительное расхождение музыкальных и речевых способностей в виде афазии при сохранности музыкального слуха. Ребенок с амузией не только не может узнать мелодию, но и оценивает ее как болезненное и непонятное переживание. Больные рассказывают, что музыка для них потеряла смысл, что она вызывает приступы головной боли, т.е. стала активно неприятной. Амузия, по-видимому, связана с нарушением не столько звуковысотного слуха, сколько с более сложной способностью к музыкальной комбинаторике, музыкальной грамоте. Важно отметить, что если симптом амузии проявляется главным образом при поражении правой височной области, то аритмия может возникнуть не только при право-, но и при левосторонних височных очагах (у правшей).

Нарушение интонационной стороны речи

Симптомом поражения правой височной области является нарушение интонационной стороны речи. Больные часто не только не различают речевых интонаций, но и сами не очень выразительны в речи, которая лишена модуляций, интонационного разнообразия, свойственного здоровому человеку.

У них часто страдает пение. Известны описания больных, которые, хорошо повторяя отдельную фразу, не могли пропеть ее, так как в пении интонационный компонент речи усиливается.

Нарушения восприятия интонационных компонентов речи отмечается и тогда, когда угнетаются функции всего правого полушария мозга. В этих случаях человек не может на слух даже определить принадлежность голоса мужчине или женщине.

Если при затормаживании левого полушария человек становится как будто нечувствительным, невнимательным к речевым звукам, как бы не слышит того, что ему говорят, хотя полная словесная глухота отсутствует, то при затормаживании правого полушария человек слышит речь, но не знает, кто это говорит, и не понимает интонации высказывания. У таких детей нарушается способность к различению звуковых компонентов разной сложности, особенно состоящих из серии разных звуков. При грубых нарушениях они не могут четко различить и повторить даже одиночные звуки речи (например, [y] вместо [o]). В менее выраженных случаях ребенок ошибается в воспроизведении отличающихся только одним признаком звуков и легко воспроизводит пары сильно различающихся звуков (например, [p] и [m]).

Речевая акустическая агнозия

При локальных поражениях вторичных отделов височной доли, ребенок теряет возможность отчетливо различать звуки речи, у него отмечаются явления, обозначаемые термином речевая акустическая агнозия. Он сохраняет достаточно острый слух; восприятие предметных звуков также остается сохранным.

Существенные нарушения отмечаются только при различении звуков речи. При массивных поражениях левой височной доли все звуки речи воспринимаются как нечленораздельные шумы. В случаях ограниченных поражений дефект менее выражен – ребенок не может различать лишь близкие, отличающиеся только одним признаком (например, звонкостью), «оппозиционные» или «коррелирующие» фонемы, хотя хорошо улавливает как тембровые особенности речи, так и ее интонацию.

Речевая акустическая агнозия является основным источником нарушения речи – сенсорной афазии.

Диагностика слуховых агнозий

Диагностические методики, направленные на исследование слуховой агнозии, включают в себя ряд тестов для исследования слухового гнозиса, а также показателей, характеризующих неспецифические особенности нервных процессов, – возможность концентрации внимания, работоспособность, истощаемость, подвижность нервных процессов. Перед началом диагностики необходимо получить данные о степени сохранности собственно слухового анализатора (преимущественно изучаются данные аудиометрии), после чего проводится нейропсихологическое обследование ребенка с целью выявления локальных поражений слуховых зон коры головного мозга. При обследовании диагностику необходимо учитывать как возрастные и индивидуальные особенности ребенка, так и степень развития высших психических функций.

Диагностика собственно слуховой агнозии

Для изучения этого нарушения используются аудиозаписи элементарных бытовых звуков, которые ребенок должен различать без специального обучения (шум льющейся воды, шум ветра, скрип двери, шум шагов и т.д.).

Ребенку дается инструкция: «Внимательно послушай звуки, которые я тебе предложу. Ты должен их узнать и назвать мне».

После чего ребенку предъявляется аудиозапись и анализируются результаты обследования. Нарушение слуховой дифференцировки знакомых звуков свидетельствует о поражении коркового уровня слуховой системы правого полушария (следовательно, о наличии собственно слуховой агнозии).

Диагностика слухоречевой памяти проводится с помощью специальной методики. Ребенку предъявляется ряд, состоящий из 3–4 слогов («бу-ра-ми»,

«ко-на-фу-по») или такого же количества слов («дом – лес – стол», «ночь – кот – мост – дуб»). Ребенок должен запомнить элементы ряда и воспроизвести их в той же последовательности.

Делается вывод о нарушении слухоречевой памяти, если ребенок может повторить лишь один-два элемента ряда, сохраняя иногда начальные, иногда последние элементы, говоря, что остальные не запомнил. Это нарушение носит модально-специфический характер. Если такому больному предъявить группу нарисованных фигур или даже написанных слов, он запоминает их достаточно прочно.

Диагностика аритмии

По данным Н.Н. Трауготт и ее сотрудников, у больных аритмией нарушается способность к различению звуковых комплексов разной сложности, особенно состоящих из серии последовательных звуков. С целью диагностики в этом случае ребенку предъявляются наборы звуков, чередующихся через разные промежутки времени (или сгруппированных в определенные структуры), "по два, три, четыре, пять звуков в пачке. Причем внутри пачки отдельные удары акцентируются. Ребенок должен различить и запомнить структуру ритма и затем воспроизвести его.

Диагностика амузии

Для исследования амузии ребенку могут предъявляться аудиозаписи знакомых песен. При этом исследователь просит не только прослушать песни, но и воспроизвести их, а также предлагает ребенку ответить, чем отличается одна музыкальная композиция от другой.

Диагностика нарушений интонационной стороны речи

Для исследования данного нарушения слухового гнозиса применяются различные варианты тестов. Например, ребенок прослушивает аудиозапись речевых высказываний, принадлежащих мужчине и женщине, после чего

пытается провести дифференцировку голосов мужчины и женщины. Диагност может предложить ему пропеть отдельную фразу, так как в пении усиливается интонационный компонент, который у таких больных страдает. Ребенку могут быть предоставлены одиночные звуки речи [o], [y], которые он должен четко различить и повторить.

Диагностика речевой акустической агнозии

При исследовании данного вида слуховой агнозии ребенку предъявляются ряды «оппозиционных» [б]–[п], [д]–[т] или «коррелирующих» [г]–[к], [к]–[г], [р]–[л], [л]–[р] фонем, а также ряды слогов («ба-па», «да-та»). Диагност предлагает ребенку внимательно прослушать предъявляемые звуки, а затем повторить их. По данным методики выясняется, что дети, страдающие речевой акустической агнозией, воспринимают звуки речи как нечленораздельные шумы, не могут отличить близкие, отличающиеся только одним признаком фонемы (больные повторяют «ба-па» как «ба-ба» или «па-па»). При этом они ощущают какое-то отличие, которое не в состоянии уяснить.

2.2.4. Зрительное восприятие

Затылочная область больших полушарий мозга обеспечивает, как известно, процессы зрительной перцепции. При этом собственно зрительную перцептивную деятельность (зрительный гнозис) обеспечивают вторичные отделы зрительного анализатора в их взаимосвязи с теменными структурами. При поражении затылочно-теменных отделов мозга (как левого, так и правого полушария) возникают различные нарушения зрительно-перцептивной деятельности, прежде всего в виде зрительных агнозий.

Виды зрительных агнозий

Самостоятельное диагностическое значение в нейропсихологии имеют предметная, симультанная, лицевая, символическая и цветовая агнозии.

Предметная агнозия

Предметная агнозия возникает при поражении «широкой зоны» зрительного анализатора и может быть охарактеризована как отсутствие процесса узнавания или как нарушение целостности восприятия предмета при возможном опознании отдельных его признаков или частей. Она может иметь различную степень выраженности – от максимальной (агнозия реальных предметов) до минимальной (трудности опознания контурных изображений в зашумленных условиях или при наложении друг на друга). Как правило, наличие развернутой предметной агнозии свидетельствует о двустороннем поражении затылочных отделов.

При односторонних поражениях структура зрительной предметной агнозии различается. Поражение левого полушария в большей степени проявляется нарушением восприятия объектов по типу перечисления отдельных деталей, в то время как патологический процесс в правом полушарии приводит к фактическому отсутствию акта идентификации!

Симультанная агнозия

Симультанная агнозия возникает при дву- или правостороннем поражении затылочно-теменных отделов мозга. Суть этого феномена в крайнем его выражении состоит в невозможности одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в комплексе. Воспринимается только один предмет, точнее, обрабатывается только одна оперативная единица зрительной информации, являющаяся в данный момент объектом внимания. Симультанная агнозия не всегда имеет отчетливую выраженность. В ряде случаев наблюдаются лишь трудности в одновременном восприятии комплекса элементов с потерей каких-либо деталей или фрагментов. Эти трудности могут проявляться при чтении, рисовании. Нередко симультанная агнозия сопровождается нарушением движений глаз (атаксия взора).

Лицевая агнозия

Лицевая агнозия проявляется при поражении правого полушария мозга (средних и задних его отделов). Степень ее выраженности различна: от нарушения запоминания лиц в специальных экспериментальных заданиях (не узнавание знакомых лиц или их фотографий) до не узнавания самого себя в зеркале. Кроме того, возможно избирательное нарушение либо собственно лицевого гнозиса, либо запоминания лиц.

В чем специфика «лица» как зрительного объекта по сравнению с предметом? Интерпретация нарушения лицевого гнозиса как дефицитарности целостного восприятия объекта подтверждается данными о трудностях игры в шахматы, имеющих место у больных с поражением правого полушария.

К тому же в восприятии лица всегда содержится вклад индивидуальности воспринимающего, усматривающего в лице нечто свое, субъективное, даже если это портреты известных людей. Специфика воспринимаемого лица и в его неповторимой целостности, отражающей индивидуальность «образца», и в отношении воспринимающего к оригиналу.

Символическая агнозия

Одностороннее поражение левой затылочно-теменной области может привести к расстройству восприятия символов, характерных для знакомых пациенту языковых систем. Нарушается возможность идентификации букв и цифр при сохранении их написания. Это явление называется символической агнозией. Изолированно буквенная и цифровая агнозия встречается достаточно редко. Обычно при более широком поражении с «захватом» собственно теменных структур с их функцией пространственного анализа и синтеза нарушается не только восприятие, но и написание, и списывание графем. Тем не менее важно, что этот симптом имеет левополушарную локализацию.

Цветовая агнозия

Цветовая агнозия – наименее изученная форма нарушения зрительного восприятия. Однако имеются данные о расстройствах восприятия цвета при поражении правого полушария мозга. Они проявляются трудностями в дифференцировке смешанных цветов (коричневый, фиолетовый, оранжевый, пастельные тона). Кроме того, можно отметить нарушение узнавания цвета реальных предметов по сравнению с сохранностью узнавания цветов, предъявляемых на отдельных карточках.

В заключение описания синдромов нарушения зрительной перцепции следует сказать, что, несмотря на достаточно тонкий их анализ в клиническом нейropsychологическом аспекте, в этой области существует достаточно «белых пятен», главным из которых является определение факторов, нарушение которых при локальных поражениях мозга приводит к формированию столь разнообразных расстройств зрительно-перцептивной деятельности.

Диагностика зрительных агнозий

История учения об агнозиях и их механизмах глубоко прослежена А.Р. Лурией в монографии «Высшие корковые функции», где анализ этого явления проводился в основном в связи с проблемой локализации функций и поисками их нейрофизиологических механизмов. Для выявления нарушений восприятия можно попросить больного назвать предметы обстановки, указывая на них, предложить определить их сравнительную величину, описать форму, расположение в пространстве, цвет; то же самое следует проверить на рисунках и фотографиях, в пробах Попельрейтера.

Диагностически полезными могут оказаться задания на выполнение рисуночных проб, чтение текста, списывание и письмо под диктовку. Учитывая системный и интегративный характер любого психического акта, следует иметь в виду, что изолированно нарушения восприятия при психических отклонениях не встречаются. Как правило, они сопровождаются

другими видами отклонения от нормы, такими, например, как синдромы деперсонализации и дереализации.

У ряда больных (с органическими поражениями мозга различного генеза) явления агнозии проявлялись в том, что пациенты выделяли то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не осуществляли синтеза. Так, изображение гвоздя один больной описывает как что-то кругленькое, говоря: «Наверху шапочка, внизу палочка, что это такое – не знаю»; другой больной описывает ключ, как «кольцо и стержень». При этом больные верно определили конфигурацию предмета, могли даже точно скопировать его, но это не облегчало их узнавание.

В качестве иллюстрации приведем данные патопсихологического исследования и историю болезни больной В., которая была описана Б.В. Зейгарник совместно с Г.В. Биренбаум в 1935 г.

Больная В., 43 года. Диагноз: эпидемический энцефалит (доктор Э.Г. Кагановская). Патопсихологическое исследование выявило грубые нарушения узнавания предметов. Больная часто не узнавала (40 %) предъявленных ей изображений. Так, нарисованный гриб она называет «стог сена», спички – «кристаллами». Сюжет картины больная улавливает не сразу, а лишь после длительных фиксаций на отдельных деталях. Процесс восприятия носит характер отгадывания: чтобы это могло быть – расческа? На чем она сидит – на кресле, стуле? При показе известной картины «Смертница» больная говорит: «Что это за женщина, о чем она задумалась? На чем она сидит? На кровати?» (см. Протокол экспериментально-психологического исследования больной В.)

При таком выраженном нарушении узнавания рисунков больная прекрасно идентифицировала геометрические формы, дополняла незаконченные рисунки согласно структурным законам. Не узнавая предмет на рисунке, женщина прекрасно описывала его форму. Причем было выявлено, что реальные предметы больная всегда хорошо узнавала и затруднялась при

узнавании моделей из папье-маше (например, больная не узнавала самолета, с трудом узнавала собаку, мебель).

Таким образом, создавалась как бы некоторая ступенчатость расстройств. Больная хорошо узнавала предметы, хуже – их модели, еще хуже – рисунки предметов. Особенно плохо она узнавала те изображения, которые были нарисованы схематически, в виде контуров. Больная совершенно не узнавала пунктирные, несколько лучше, но все же очень плохо – силуэтные изображения.

Протокол экспериментально-психологического исследования больной В.

Предъявленный рисунок (карточка-лото)	Описание больной
Щетка зубная	Щетка, вероятно, половая. А это что? Желтенькая палочка, вероятно, бахрама
Пионерский барабан	Горшок с кисточкой. Булка, которую кладут в кастрюлю, а это – кренделек. Похоже и на шапку, а это что такое?
Кнопки	Внутри треугольники, вероятно, протоплазмозная клетка.
Перья	Перья
Книга	Книга с бисерным почерком
Спички	Свечи горящие, это не может быть; а это не могут быть кристаллы в лампе
Два барабана	То же самое, что и раньше, только две штуки: знакомое и незнакомое. Может быть, круглая губка для стола.
Перья для туши	Факелы, носят в театрах или длинные ручки с пером.
Карандаш	Свеча, тут уж ясно, что свеча

Кисточка	Кисточка
Пионерская труба	Музыкальный инструмент, флейта или труба
Стручки	Растение, морковка по форме, а по хвостику – вот не знаю

При предъявлении картинок: шляпа (пунктирное изображение), шляпа (черный силуэт), шляпа (цветное конкретное изображение), пресс-папье (пунктирное изображение), пресс-папье (силуэтное изображение), пресс-папье (конкретное изображение) – больная, улавливая структурную оформленность рисунка, как бы не осмысливает то, что она видит, не в состоянии отнести схематичный рисунок к определенной категории вещей. Об этом говорит и отгадывающий характер ее узнаваний, поиск опорных деталей («Что это за точки, что они означают?»), вопросительная форма высказываний («Неужели это был забор?», «Неужели это расческа?»).

Как указывает А.Р. Лурия, «процесс зрительного анализа превращался в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ». Больная не могла «с глаза» воспринять рисунок, процесс восприятия приобрел характер развернутого дезавтоматизированного действия.

Приведенные данные показали, что восприятие нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности. Поэтому можно говорить о нарушении обобщающей функции восприятия. Об этом свидетельствуют и способы, с помощью которых можно было компенсировать этот дефект. Так, если экспериментатор просил указать определенный предмет («укажите, где шляпа» или «где ножницы»), то больные узнавали его правильно. Таким образом, включение предъявляемого объекта в определенный круг значений помогало узнаванию. Называние же приблизительного круга предметов, к которому относится данный объект («покажите мебель, овощи»), помогало меньше.

2.2.5. Осязательное (тактильное) восприятие

Виды тактильных агнозий

Поражение вторичных полей коры теменной области мозга сопровождается нарушением высших тактильных функций или тактильными агнозиями. Так в нейропсихологии называют нарушения узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности, т.е. при сохранности сенсорной основы тактильного восприятия. История изучения тактильных агнозий начинается с 1884 г., когда впервые было описано не узнавание предметов на ощупь.

В клинической литературе приводятся два основных синдрома поражения теменной области мозга: нижнетеменной и верхнетеменной.

Нижнетеменной синдром

Нижнетеменной синдром возникает при поражении тех постцентральных областей коры, которые граничат с зонами представительства руки и лица в 3 поле, и связан с расстройством сложных форм тактильного гнозиса известных под названием *«астереогноза»* или *тактильной предметной агнозии*. Это нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта.

Астереогноз может проявляться при относительной сохранности разных видов чувствительности, т.е. на фоне сохранной сенсорной основы тактильного восприятия, что, однако, обычно коррелирует с тяжестью астереогноза. Важно отметить, что больной правильно воспринимает предмет зрительно, но не узнает его с закрытыми глазами. Ощупывая мелкие предметы, например ключ, карандаш, резинку, больной говорит, что у него в руке что-то длинное, острое или мягкое, т.е. правильно оценивает отдельные признаки предмета. Однако он не может опознать его в целом. В некоторых случаях неверно опознаются и признаки объекта.

Встречаются трудности восприятия самого материала, из которого сделан предмет (шероховатость, гладкость, мягкость, твердость и т.п.). Этот тип нарушения тактильного гнозиса получил название *«тактильной агнозии текстуры объекта»*.

Нередко нарушается возможность называния пальцев руки, контролатеральной очагу поражения, а также способность узнавать пальцы рук с закрытыми глазами (*синдром Гершмана*, обозначаемый иногда как *«пальцевая агнозия»*).

Здоровый человек опознает цифры, написанные на кисти руки, почти безошибочно, поскольку перечень цифр состоит всего из девяти элементов; буквы опознаются с большим трудом из-за большего алфавита, но тоже обычно довольно хорошо. Эта способность тактильного опознавания цифр или букв специально не вырабатывается, она возникает вторично после обучения грамоте. У больных с поражением нижнетеменных отделов коры больших полушарий опознание цифр и букв, написанных на коже, нарушается. Этот феномен получил в клинической литературе название *«тактильной алексии»*.

Некоторые авторы выделяют как отдельную форму *«тактильную амнестическую афазию»* или *«тактильную асимболию»* – невозможность больного назвать осязаемый с закрытыми глазами объект при сохранности его правильного описания и назначения. Однако другие авторы считают этот симптом проявлением амнестической афазии.

Верхнетеменной синдром

При поражении верхнетеменной области коры мозга, которая примыкает к той части первичной сенсорной коры кожно-кинестетического анализатора, куда проецируется информация, поступающая от всего тела, наблюдается другая клиническая картина. В этих случаях чаще всего возникают симптомы *нарушения «схемы тела»* или *соматоагнозии* (расстройство узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу).

Обычно больной плохо ориентируется в одной левой половине тела (*гемисоматоагнозия*), что сопровождается поражением правой теменной области мозга. Больной игнорирует левые конечности, иногда как бы «теряет» их. При этом возникают ложные соматические образы (*соматопарагнозия*) в виде ощущений «чужой» руки, увеличения или уменьшения частей тела (руки, головы), удвоения конечностей.

Важно отметить, что существуют четкие латеральные особенности нарушений тактильных функций при поражении теменных отделов мозга. И ниже-, и верхнетеменной синдромы поражения левого и правого полушарий мозга проявляются по-разному. Различны также синдромы поражения передних и задних отделов теменной области.

Способность нарисовать фигуру, предварительно опознанную на ощупь, в большей степени страдает при поражении задних отделов теменной коры, примыкающей к затылочной доле, а тактильные гностические расстройства в большей степени проявляются при поражении передних отделов теменной коры. В целом предметная тактильная агнозия (астереогноз) и пальцевая агнозия и соматоагнозия более грубо выражены при поражении правого полушария мозга. Тактильная алексия чаще всего связана с левосторонним поражением теменной коры.

Диагностика тактильных агнозий

Исследование осязания требует активного участия ребенка, что необходимо учитывать как при выборе методики обследования, так и при оценке достоверности полученных данных. По мере утомления больного увеличивается число ошибок в ответах, в связи с чем не следует проводить обследование дольше нескольких минут. Необходимо убедиться, что ребенок правильно понимает содержание инструкций, и помнить о возможности внушения тех или иных расстройств при использовании наводящих вопросов.

Поверхностная чувствительность (болевая) исследуется путем укола иглой. Температурная – с помощью прикосновения пробирок, наполненных

горячей и холодной водой. Для определения тактильной чувствительности используется прикосновение ваткой, кисточкой или полоской бумаги.

Глубокая чувствительность оценивается по ответам больного и его защитной реакции на интенсивное давление в определенных участках тела (верхний край глазницы, грудина, фаланги и мелкие суставы пальцев). Суставно-мышечное чувство изучается с помощью пассивных движений в различных сегментах тела, направление которых больной должен определить без помощи зрения.

Исследуется также чувство положения – способность пациента определять положение частей своего тела в пространстве и дотрагиваться до них при закрытых глазах. Чувство веса изучается с помощью предметов, одинаковых по форме и величине, но имеющих различный вес.

Иногда нарушения чувствительности выявляются только при одновременном нанесении двух раздражителей сходной интенсивности. Обычно используются тактильные и болевые стимулы, которые применяются одновременно на симметричных участках тела справа и слева. В ряде случаев отмечается феномен сенсорного невнимания.

Сложные виды чувствительности исследуются после изучения простых видов, так как знание о состоянии последних необходимо для правильной оценки получаемых результатов.

Стереогностическое чувство (способность на ощупь узнавать знакомые предметы) исследуется при закрытых глазах пациента: он должен узнавать предметы, которые вкладывают ему в руку (ручку, ложку, часы). *Двухмерно-пространственное чувство* определяется путем рисования на коже пациента цифр или фигур, которые он должен назвать с закрытыми глазами.

Дискриминационная чувствительность исследуется с помощью раздвижного циркуля Вебера. Способность к разделению двух одновременно наносимых раздражителей на разных участках тела колеблется от 0,2 до 6 см.

Исследуется также способность к локализации раздражения и определению направления смещения кожной складки – *кинестетическая чувствительность*. Выявленные расстройства целесообразно фиксировать на специальных рисунках тела, где отмечаются характер и распространенность изменений чувствительности.

Исследование соматосенсорного гнозиса у детей включает изучение простых и сложных форм чувствительности с применением специальных проб. Проводятся пробы на локализацию прикосновения: предлагается показать точку на руке, к которой прикасаясь врач, а также соответствующую точку на противоположной руке. Исследуется возможность различения геометрических фигур и цифр, которые исследователь чертит на коже ребенка. Осуществляется оценка сохранности стереотактического чувства – при закрытых глазах ребенка врач вкладывает в его руку предмет (мяч, кубик, совок – для дошкольного возраста; карандаш, линейка, ключ, часы – для школьного возраста). Испытуемый должен на ощупь узнать его.

При проведении нейропсихологического исследования осуществляется анализ соматосенсорного гнозиса. У больного могут быть жалобы на снижение или патологическое повышение соматической чувствительности, неприятные ощущения, нарушение схемы тела и пр. В ходе исследования проводятся следующие пробы:

- на локализацию прикосновений (на одной руке, на двух, на лице);
- на дискриминацию (определить число прикосновений: одно или два);
- кожно-кинестетическое чувство (на правой и левой руке), чувство Ферстера (определение фигур, цифр, написанных на коже);
- перенос позы (положение руки и кисти) с одной руки на другую с закрытыми глазами;
- определение правой и левой стороны у себя и напротив сидящего человека;
- называние пальцев рук;

- узнавание объектов (ключ, расческа и т.п.) на ощупь правой, а затем левой рукой (отмечается характер ощупывания: инактивный, активный с отсутствием синтеза и т.д.).

2.3. Внимание детей с нарушениями речи

Основные понятия

Внимание – это свойство или особенность психической деятельности человека, обеспечивающая наилучшее отражение одних предметов и явлений действительности при одновременном отвлечении от других.

Основные функции внимания:

- активизация нужных и торможение ненужных в данный момент психологических и физиологических процессов;
- способствование организованному и целенаправленному отбору поступающей информации в соответствии с актуальными потребностями;
- обеспечение избирательной и длительной сосредоточенности психической активности на одном и том же объекте или виде деятельности.

Внимание человека обладает пятью основными свойствами: устойчивостью, сосредоточенностью, переключаемостью, распределением и объемом.

1. *Устойчивость внимания* проявляется в способности в течение длительного времени концентрироваться на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь.

2. *Сосредоточенность внимания* (противоположное качество – рассеянность) проявляется в различиях, которые имеются при концентрации внимания на одних объектах и его отвлечении от других.

3. *Переключаемость внимания* понимается как его перевод с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на иной. С переключаемостью

внимания функционально связаны два разнонаправленных процесса: включение и отвлечение внимания.

4. *Распределение внимания* состоит в способности рассредоточить его на значительном пространстве, параллельно выполнять несколько видов деятельности.

5. *Объем внимания* определяется количеством информации, одновременно способной сохраняться в сфере повышенного внимания (сознания) человека.

Существует множество видов внимания, которые можно разбить по определенным признакам:

1. По предмету, материалу деятельности:
 - сенсорно-перцептивное;
 - интеллектуальное;
 - двигательное.
2. По направленности:
 - внешнее;
 - внутреннее.
3. По характеру отраженных связей и отношений:
 - эмпирическое;
 - теоретическое.
4. По ведущему анализатору:
 - зрительное;
 - слуховое;
 - кинестетическое.

Непосредственное внимание не управляется ничем, кроме того объекта, на который оно направлено и который соответствует актуальным интересам и потребностям человека.

Опосредованное – регулируется с помощью специальных средств, например жестов, слов, указательных знаков.

Непроизвольное – не связано с участием воли.

Произвольное – включает волевую регуляцию.

Чувственное – связано с эмоциями и избирательной работой органов чувств.

Развитие внимания

Внимание в значительной степени зависит от уровня развития основных процессов высшей нервной деятельности, который меняется с возрастом.

На первом году жизни ребенок уже может некоторое время заниматься тем или иным предметом, но его внимание еще очень неустойчиво. Этот первоначальный период формирования произвольного внимания характеризуется тем, что ребенок, замечая яркие предметы, слыша громкие звуки и т.п., с течением времени начинает реагировать на все более и более слабые, но уже знакомые раздражители.

К 2-м годам он уже подолгу сосредоточивается на предметах, рассматривая их, манипулируя ими. В этом возрасте уже возникают зачатки произвольного внимания, связанные с тем, что ребенок начинает овладевать речью.

В возрасте 3–4 лет дети уже интересуются многими предметами и явлениями, внимательно слушают взрослых, подолгу следят за их работой и сами способны ставить перед собой определенные задачи. Внимание их может быть довольно концентрированным, но остается малоустойчивым.

В старшем дошкольном возрасте устойчивость внимания заметно возрастает. Однако дети еще плохо умеют управлять им. Они не могут длительно искать какой-либо предмет, сосредоточиваться на нем. Произвольное внимание в дошкольном возрасте еще слабо развито, и большое влияние на его развитие оказывает деятельность ребенка, выполнение поручений взрослого, а также игра. Игра приучает его к наблюдательности, выполнению определенных правил, дисциплинирует волю.

Обучение в школе, процесс приобретения знаний – все это способствует быстрому росту у младших школьников произвольного внимания, развивающегося главным образом на почве возникающих интересов, в

частности к учебным занятиям. Оно в большей степени зависит от яркости материала, его наглядности и конкретности, от воздействия на эмоциональную сферу ребенка.

Произвольное внимание также имеет большое значение в учебной работе младших школьников, хотя умение управлять сосредоточенностью своего сознания у них еще недостаточно развито. Однако наличие многообразных ученических обязанностей, требования учителей, влияние детского коллектива, вся обстановка школьной жизни способствуют развитию этого вида внимания.

В младшем школьном возрасте внимание детей неустойчиво, часто переключается с одного объекта на другой в силу потребности ребенка в ориентировке в окружающем; отмечается также рассеянность. Сосредоточенность младших учащихся становится устойчивой, если им ясны задача, цель работы.

Внимание учащихся старших классов получает дальнейшее развитие на основе общего интеллектуального роста школьника, формирования волевых и эмоциональных черт личности. Большое значение начинает приобретать произвольное внимание.

Особенности внимания при речевых нарушениях

Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, сложностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредоточивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач.

Обнаруживаются различия в проявлении произвольного внимания в зависимости от модальности раздражителя (зрительный или слуховой): детям с патологией речи гораздо труднее сконцентрироваться на выполнении задания в условиях словесной инструкции, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с

нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур.

Стабильность темпа деятельности у дошкольников с ОНР имеет тенденцию к снижению в процессе работы. Распределение внимания между речью и практическим действием для таких детей оказывается трудной, практически невыполнимой задачей. При этом у них преобладают речевые реакции уточняющего и констатирующего характера, тогда как у детей с нормальным речевым развитием наблюдаются сложные реакции сопровождающего характера и реакции, не относящиеся к действию, выполняемому в данный момент. У детей с ОНР ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличаются от нормы.

Все виды контроля над деятельностью (упреждающий, текущий, последующий) часто не сформированы или значительно нарушены, причем наиболее страдает упреждающий, связанный с анализом условий задания, и текущий (в процессе выполнения задания) виды контроля. Последующий контроль (по результату), его отдельные элементы вступают в действие в основном при дополнительной помощи педагога: требуется повтор инструкции, показ образца, конкретные указания и т.д.

Особенности произвольного внимания у детей с ОНР ярко проявляются в характере отвлечений. Так, если детям с нормальным речевым развитием смотрят на экспериментатора, пытаются определить по его реакции, правильно ли они выполняют задание, то для детей с патологией речи преимущественными видами отвлечения являются следующие: «посмотрел в окно», «осуществляет действия, не связанные с выполнением задания». Низкий уровень произвольного внимания у детей с тяжелыми нарушениями речи приводит к несформированности или значительному нарушению у них структуры деятельности (О.Н. Усанова, Ю.Ф. Гаркуша, 1985).

Таким образом, у детей с речевыми нарушениями по сравнению с возрастной нормой наблюдается снижение познавательной деятельности и входящих в ее структуру процессов, в том числе внимания.

Диагностика нарушений внимания

Предлагаемые методики предназначены для изучения внимания детей с оценкой таких качеств внимания, как продуктивность, устойчивость, переключаемость и объем. Каждая из этих характеристик может рассматриваться отдельно и в целом.

Методики изучения внимания

Проставь значки

Методика предназначена для оценки переключения и распределения внимания. Перед выполнением задания ребенку показывают рисунок и объясняют, что делать. Работа заключается в том, чтобы в каждом из квадратиков, треугольников, кружков и ромбиков проставить тот знак, который задан сверху на образце, т.е. соответственно галочку, черту, плюс или точку.

Ребенок выполняет задание в течение 2 мин. Общий показатель переключения и распределения его внимания определяется по формуле

$$S = (0,5 \times N - 2,8 \text{ п}) / 120,$$

где S – показатель переключения и распределения внимания; N – количество геометрических фигур, просмотренных и помеченных соответствующими знаками в течение 2 мин; п – количество ошибок, допущенных во время выполнения задания.. Ошибками считаются неправильно проставленные знаки или пропущенные, т.е. не помеченные соответствующими знаками, геометрические фигуры.

Запомни и расставь точки

С помощью данной методики оценивается объем внимания. Используется лист с точками, предварительно разрезанный на восемь малых квадратов, которые затем складываются в стопку таким образом, чтобы вверху оказался квадрат с двумя точками, а внизу – с девятью (все остальные идут сверху вниз по порядку с последовательно увеличивающимся на них числом точек).

Ребенок получает инструкцию: «Сейчас мы поиграем с тобой в игру на внимание. Я буду показывать тебе одну за другой карточки, на которых нарисованы точки, а потом ты сам будешь рисовать эти точки в пустых клеточках в тех местах, где ты видел эти точки на карточках». Далее ребенку последовательно, на 1–2 с, показывается каждая из восьми карточек с точками сверху вниз в стопке по очереди и после каждой очередной карточки предлагается воспроизвести увиденные точки в пустой карточке за 15 с.

Объемом внимания ребенка считается максимальное число точек, которое ребенок смог правильно воспроизвести на любой из карточек (выбирается та, на которой было воспроизведено безошибочно самое большое количество точек). Результаты оцениваются в баллах.

2.4. Память детей с нарушениями речи

Основные понятия

Память – это запоминание, сохранение и последующее воспроизведение индивидом его опыта. К памяти также относится забывание. Эти процессы формируются в деятельности и определяются ею.

Запоминание материала связано с накоплением индивидуального опыта в процессе жизнедеятельности. Чтобы использовать в дальнейшем то, что запомнилось, необходимо воспроизведение. Сохранение материала в памяти зависит от его участия в деятельности личности. Выпадение определенного материала из деятельности ведет к его забыванию.

Существует множество видов памяти, которые объединяются по определенным признакам.

1. По ведущему анализатору:

- зрительная;
- слуховая;
- осязательная;
- обонятельная;
- вкусовая.

2. По предмету, материалу деятельности:

- двигательная;
- эмоциональная;
- образная;
- вербальная.

3. По продолжительности запоминания:

- кратковременная;
- долговременная;
- оперативная.

4. По форме психической активности:

- произвольная;
- произвольная.

Таким образом, память — одна из важнейших характеристик психической жизни личности, обеспечивающая ее единство и целостность. Ее роль нельзя свести к запечатлению прошлого опыта.

Индивидуальные различия памяти проявляются в особенностях ее процессов, т.е. в том, как осуществляется запоминание и воспроизведение у разных людей, и в том, что именно запоминается. Эти признаки с разных сторон характеризуют продуктивность памяти каждого человека.

Индивидуальными являются скорость, точность, прочность запоминания и готовность к воспроизведению. Эти характеристики также связаны с

особенностями типов высшей нервной деятельности, с силой и подвижностью процессов возбуждения и торможения.

Существуют различные типы памяти: наглядно-образная, словесно-абстрактная и промежуточная. Эти типы зависят от соотношения первого и второго типов сигнальных систем в высшей нервной деятельности людей. Преобладание того или иного типа памяти зависит, в частности, от условий жизни и деятельности человека. Например, наглядно-образный тип памяти чаще встречается у художников.

Наглядно-образный тип памяти дифференцируется в зависимости от того, какой анализатор оказывается продуктивнее при запоминании различных впечатлений. В соответствии с этим различают двигательную, зрительную и слуховую память. Изолированно эти типы встречаются редко. Чаще можно обнаружить смешанный тип: зрительно-двигательный, зрительно-слуховой, слуходвигательный. Соответствующие особенности своей памяти человек использует для повышения ее продуктивности

Особенности памяти при речевых нарушениях

Исследованиями памяти детей с ОНР занимались такие ученые, как Г.С. Гуменная, Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Л. Фигередо и др. Выяснилось, что объем зрительной памяти таких детей практически не отличается от нормы.

Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с дизартрией. Низкие результаты в данных пробах связаны с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений (И.Т. Власенко, 1990).

В объеме слуховой памяти существует большая вариабельность, в целом наблюдается ее некоторое общее снижение.

При этом уровень слуховой памяти находится в прямой зависимости от уровня речевого развития. Например, у детей с его задержкой нет выраженных различий в объемах слуховой и зрительной памяти. При исследовании

преднамеренного запоминания у детей с тяжелыми нарушениями речи выявлены некоторые особенности: они медленнее ориентируются в условиях задачи, их результаты ниже по сравнению с нормой.

Дети с моторной алалией после первого предъявления (на слух) точно воспроизводят лишь незначительное количество слов, при этом они могут повторять одно слово несколько раз или называть новые слова (парамнезия). Словесные парамнезии отражают специфическую для данной категории детей неустойчивость речемышлительной системы. У детей с дизартрией парамнезии не наблюдаются.

Допущенные при воспроизведении ошибки дети с речевыми нарушениями обычно не замечают и не исправляют. Отсроченное воспроизведение оказывается одинаково низким у всех категорий детей. Так, через 10 мин они воспроизводят пять слов, на следующий день одно-три слова. Для детей с моторной алалией особенно сложно воспроизведение середины серии из десяти слов.

Структура расстройств памяти зависит от типа доминантности. Нарушение объема памяти связано с дисфункцией левого полушария головного мозга, а трудности воспроизведения порядка предъявляемого материала – правого.

Дети часто забывают сложные инструкции, опускают некоторые их элементы и меняют последовательность действий. Как правило, они не используют речевое общение с целью уточнения инструкции. Это связано и с особенностями внимания. Однако при существующих трудностях у детей с речевыми нарушениями остаются относительно сохранными возможности смыслового, логического запоминания. Таким образом, у детей данной категории наблюдаются следующие особенности памяти:

- объем зрительной памяти практически соответствует норме, за исключением запоминания геометрических фигур;
- общее снижение функции слуховой памяти;
- низкий уровень отсроченного воспроизведения;

- низкий уровень продуктивности запоминания;
- относительная сохранность смыслового, логического запоминания.

Методики изучения памяти

Оперативная память

Методика предназначена для изучения уровня развития кратковременной памяти.

Ребенку дается инструкция: «Я буду зачитывать числа – десять рядов по пять чисел в каждом. Твоя задача –запомнить эти числа в том порядке, в котором они были прочтены, а затем в уме сложить первое число со вторым, второе с третьим, третье с четвертым, четвертое с пятым, а полученные четыре суммы записать в соответствующей строке бланка».

Примечание. Количество рядов, используемых в методике, варьируется от пяти рядов по четыре числа в каждом до максимального с учетом возрастных особенностей. Интервал между прочтением рядов 15–25 сек. в зависимости от возраста.

Долговременная память

Методика предназначена для изучения уровня развития долговременной памяти.

Ребенку дается инструкция: «Сейчас я прочитаю ряд слов, а ты постарайся их запомнить. Приготовились, слушай внимательно: "стол", "мыло", "человек", "вилка", "книга", "пальто", "топор", "стул", "тетрадь", "молоко"».

Ряд слов прочитывается несколько раз. Проверка производится через 10 мин, три дня.

Интерпретация. Коэффициент долговременной памяти высчитывается по формуле

$$C = B / A \times 100 \%,$$

где А - общее количество слов; В – количество запомнившихся слов; С - коэффициент долговременной памяти.

Запомни пару

Методика предназначена для изучения уровня развития логической и механической памяти.

Предъявляются два ряда слов. В первом ряду между словами существуют смысловые связи, во втором – они отсутствуют.

Экспериментатор читает испытуемому десять пар слов исследуемого ряда (интервал между парой 5 сек.). После 10-секундного перерыва читаются левые слова ряда, а испытуемый записывает запомнившиеся слова правой половины ряда.

Интерпретация. Коэффициент логической памяти C_1 высчитывается по формуле

$$C_1 = A_1 / B_1$$

где A_1 – количество слов первого ряда; B_1 – количество запомнившихся слов.

Коэффициент механической памяти C_2 высчитывается по формуле аналогично предыдущей методике.

Упражнения для развития памяти

Воссоздание мысленных образов (для зрительной и слуховой памяти).

1. Ребенку дается инструкция: «Попробуй к каждому из названных мною слов сделать какой-либо рисунок: "грузовик", "гнев", "веселая игра", "наказание", "дерево", "умная кошка", "мальчик-трус", "капризный ребенок", "хорошая погода", "интересная сказка"».

2. Ребенок представляет слова или фразы в уме, без фиксации на бумаге.

Назови слова

Упражнение позволяет определить запас слов, которые хранятся в активной памяти ребенка. Взрослый называет ребенку некоторое слово из

соответствующей группы и просит его самостоятельно перечислить другие слова, относящиеся к той же группе. На название каждой из перечисленных ниже групп слов отводится по 20 сек., а в целом на выполнение всего задания – 160 сек.

Если ребенок сам затрудняется начать перечисление, взрослый помогает ему, называя первое слово из данной группы, и просит ребенка продолжить.

Узнай фигуры

Детям предлагаются картинки, и дается инструкция: «Перед вами пять картинок, расположенных рядами. Картинка слева отделена от остальных двойной вертикальной чертой и похожа на одну из четырех картинок, расположенных в ряд справа от нее. Необходимо как можно быстрее найти и указать похожую картинку».

Для пробы ребенку предлагают решить эту задачу на картинках, изображенных в ряду под номером 0, затем, после того как экспериментатор убедился в том, что ребенок все понял правильно, предоставляют возможность решить эту задачу на картинках с номерами от 1 до 10. Эксперимент проводится до тех пор, пока ребенок не решит все десять задач, но не должен занимать больше чем 1,5 мин даже в том случае, если ребенок к этому времени не справился со всеми задачами.

Установление связи между элементами материала

1. Перед ребенком раскладывают 15–20 карточек с изображением отдельных предметов. Дается инструкция: «Я сейчас назову тебе несколько слов. Посмотри на картинки, выбери ту из них, которая поможет тебе запомнить каждое слово, и отложи ее в сторону». После выполнения задания ребенка просят воспроизвести данные слова: «пожар», «завод», «корова», «стул», «вода», «отец», «кисель», «сидеть», «ошибка», «добродота».

2. Ребенку дается инструкция: «Посмотри внимательно на рисунок. На нём представлены названия животных. Вообрази себе этих животных в местах, где помещены их названия, и придумай историю, связывающую их

между собой». Затем рисунок закрывается, и ребенок должен на листе бумаге воспроизвести названия животных на их местах.

2.5. Мышление детей с нарушениями речи

Основные понятия

Мышление – это высшая форма познавательной деятельности человека, позволяющая отражать окружающую действительность обобщенно и опосредованно, устанавливает связи и отношения между предметами и явлениями.

Основные функции мышления:

- установление всеобщих взаимосвязей;
- понимание сущности конкретных явлений как разновидности определенного класса явлений;
- обобщение свойств однородной группы явлений.

Выделяются несколько видов мышления, объединяющихся по определенным признакам.

1. По форме:
 - наглядно-действенное;
 - наглядно-образное;
 - абстрактно-образное.
2. По степени новизны и оригинальности:
 - репродуктивное (воспроизводящее);
 - продуктивное (творческое).
3. По характеристике решаемых задач:
 - теоретическое;
 - практическое.
4. По структуре:
 - дискурсивное;
 - интуитивное.

Мышление включает следующие операции:

- анализ (мысленное расчленение предметов, явлений, ситуаций и определение составляющих элементов, частей, моментов, сторон);
- синтез (соотнесение, сопоставление, установление связи между различными элементами);
- абстрагирование (отвлечение существенных свойств предмета от несущественных);
- сравнение (соотнесение каких-либо объектов и выделение в них общего или различного);
- обобщение (соотнесение и выделение общего в двух или нескольких различных явлениях или ситуациях);
- конкретизация (выражение мысли словами).

Мышление взрослых и детей, имеющих нарушения речи, – одна из важных проблем логопсихологии. Чтобы разобраться в тесной взаимосвязи речи и мышления, требуется учитывать внутренние закономерности развития и распада ВПФ. У детей с речевой патологией значения слов не одинаковы при различных способах функционирования мысли. Верно и обратное: каков уровень развития значения слов, таковы и способы последнего. Именно в этом Л.С. Выготский видел одно из главных условий единства речи и мышления.

Мышление имеет особую структуру, в которую входят:

- ориентировка в условиях задачи, анализ входящих компонентов, выделение признаков и связей;
- выработка стратегии;
- поиск соответствующих способов выполнения (исполнительный этап);
- нахождение ответа;
- сопоставление результатов с исходными условиями.

Формы мышления: понятие, суждение, умозаключение.

Этапы выражения мысли словами:

- определение мотива высказывания, замысла;

- перекодирование замысла в развернутую речь и создание схемы высказывания;
- активация грамматических структур – развернутое внешне речевое высказывание.

Особенности мышления при речевых нарушениях

По состоянию невербального интеллекта (О.Н. Усанова, Т.Н. Синякова, 1982) детей с ОНР можно разделить на три группы:

- дети, у которых оно несколько отличается от нормы. При этом своеобразие интеллекта не связано с речевыми трудностями и не зависит от них. По данным авторов, эта группа составляет 9% от всех детей с ОНР;
- соответствует норме (27%);
- соответствует нижней границе нормы, но характеризуется нестабильностью (в определенные моменты они могут показать состояние интеллекта ниже нормы). Это самая многочисленная в процентном отношении группа (63%).

Обладая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети, однако, отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии. Недостатки наглядно-образного мышления у детей с недоразвитием речи могут иметь не только вторичный, но и первичный характер. В этом случае они обусловлены недостаточностью теменно-затылочных областей коры головного мозга. Несформированность наглядно-образного мышления при недоразвитии речи в большинстве случаев по степени выраженности связана с тяжестью речевого дефекта (Т.А. Фотекова, 1993). Для многих детей с ОНР характерна также ригидность мышления (Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Л. Фигередо, 1991).

Исследования взаимосвязи речи и мышления

Ж. Пиаже, основатель школы генетической психологии, внес огромный вклад в изучение общения и языка, считая, что речевое развитие осуществляется посредством общения, во время которого происходит интериоризация диалога с внешним миром. Изучением данной проблемы занимался Л.С. Выготский, отмечавший, что изучение речи осуществлялось с целью оценить интеллект ребенка и понять, как из беспомощного существа развивается человек разумный.

Его ученик А.Р. Лурия изучал нарушения речи при органических поражениях мозга. С.Л. Рубинштейн, как Ж. Пиаже и Л.С. Выготский, изучал «эгоцентрическую речь», считал, что она способствует выражению эмоций и выполняет функцию осмысливания, а «изреченная» мысль приобретает форму и уточняет. Речь оформляет знание, но во многом его и обеспечивает, а не только фиксирует и транслирует.

Язык – это система, которая осуществляет функции интеллектуальных операций, в том числе обобщения и абстракции. «Проблемные» дети, например алалики, характеризуются задержкой в развитии мышления. Изучением механизмов нарушения речевого (словесного) мышления занималась И.Т. Власенко. Исследования А.Р. Лурии (1947, 1969), Л.С. Цветковой (1972), И.Т. Власенко (1971, 1976) направлены на разработку проблемы распада системы взаимодействия речи и мышления в речевой патологии.

Речевое мышление осуществляется на основе словесных значений, понятий и логических операций. А.Н. Леонтьев (1975) отмечает, что в значениях представлена преобразованная и свернутая в материи языка идеальная форма существования предметного мира, его свойств, связей, отношений, а движение отвлеченных значений и логических операций составляет внутреннюю умственную деятельность. Формирование предметной отнесенности слова – названия – происходит одновременно с формированием значений слов и систем значений, Л.С. Выготский называл эту

связь «единством мышления и речи». Понятие возникает в процессе интеллектуальной операции.

Научные исследования нарушений сложных психических процессов в клинике локальных поражений мозга начались в 1867 г., когда французский анатом П. Брока дал описание мозга больного, который не мог говорить, хотя и понимал устную речь. После смерти больного Брока смог получить точную информацию о пораженной зоне мозга. Он первым показал, что моторная речь, т.е. двигательные координации, результатом которых является произнесение слов, связаны с задней третью нижней лобной извилины левого полушария.

Брока утверждал, что эта зона – «центр моторных образов слов» и что повреждение в этой зоне ведет к особому виду нарушения экспрессивной речи, которое он первоначально назвал «афемией»; позже это нарушение получило название «афазия», как оно и называется в наше время. Открытие анатома представляло собой первый случай, когда сложная психическая функция, подобная речи, была точно локализована на базе клинических наблюдений. Это наблюдение также дало Брока возможность сделать первое описание различия функций левого и правого полушарий мозга.

В 1874 г. немецкий психиатр К. Вернике опубликовал описание нескольких случаев, когда повреждения задней трети верхней височной извилины левого полушария вызывали потерю способности понимать слышимую речь. Он назвал эту зону «центром сенсорных образов» или «центром понимания устной речи». Афазическое расстройство приводит не только к нарушению речевого общения, т.е. собственно коммуникативной способности, но и к изменению всей системы значений слов или системы понятий.

Л.С. Выготский (1934) отмечал, что в случае болезненного распада понятий нарушается мера общности, происходит разрушение единства абстрактного и конкретного в значении слова. Связь произвольных мыслительных операций, стоящих за значением слова, с произвольно

протекающими анализом и синтезом в познавательной и, в частности, мыслительной деятельности не случайна. Насколько полно развито мышление, настолько же полно и значение слова, т.е. мыслительные операции, стоящие за значением слова, связаны с анализом и синтезом, протекающими на уровне собственно мышления.

И.Т. Власенко (1990) анализировала структуру значений слов у больных с афазией. Соотношение различных типов вербальных парафазии (словесных замен) и уровней нарушения речевого мышления у логопатов – афазиков пока недостаточно изучены. Вербальные парафазии возникают из-за трудности актуализации словесных значений, включая трудности обозначающей и обобщающей функции слова.

Сенсорная афазия характеризуется парафазиями на основе фонетических и фонематических закономерностей («портфель – портвейн» – сходство звучания), («колесо – полотенце» – персервации), («глобус – арбуз» – сходство), («повар – каша» – ситуация), («груша – не яблоко» – отрицательные парафазии), («столяр – стружник» – неологизмы), («голубь – ворона» – одна категория). В основе комплексных замен лежат примитивные мыслительные операции (выделение второстепенных, наглядных признаков и конкретно-ситуативных связей).

У больных с моторной афазией функция названия предмета отстает незначительно или сохранна. Отмечается преобладание парафазии более высокого порядка (в понятийно-категориальном плане). Вербальная парафазия – это естественная модель, на которой прослеживается различная степень изменения смысловой структуры значения слов. Нарушение системных речемышлительных операций выбора ведущего смыслового признака приводит к сужению значения искомого слова.

Т.Н. Власенко выделяет две категории больных сенсорной афазией. Первая характеризуется достаточно высоким уровнем категориального мышления и наличием вербальных парафазии, возникающих «внутри категорий понятий», т.е. смысловых замен наиболее высокого в

психологическом плане порядка. Вторая, с мышлением конкретно-ситуативного типа, – с парафазиями на комплексной основе.

У больных с моторной афазией было выделено три группы, имеющие различные типы мыслительной деятельности. Первая и вторая, с обобщенным и смешанным типом мышления, характеризовались преобладанием парафазии категориального типа над числом комплексных замен, а у третьей группы (с конкретным мышлением) комплексные замены преобладают над категориальными парафазиями. В соотношении видов парафазии с соответствующими уровнями речевого мышления больных с афазией можно рассмотреть аналогию взаимоотношения степени развития значения слова и уровня мыслительной деятельности.

Таким образом, смысловые парафазии отражают изменение (сужение) значений слов у больных с афазией. Преобладание одних парафазии над другими свидетельствует о доминировании определенных мыслительных операций, стоящих за значением используемых слов. Характеру этих операций, выступающих в качестве механизма речемышлительной деятельности, соответствует определенный тип речевого мышления – обобщенный или конкретно-ситуативный. Такое взаимообусловленное изменение системы словесных значений и системы речевой патологии, как и нормы, закономерно отражает единство мышления и речи.

2.6. Воображение детей с нарушениями речи

Основные понятия

Воображение – это психический процесс отражения реальной действительности в непривычных, неожиданных сочетаниях и связях. С помощью воображения создаются образы таких предметов и явлений, которые никогда не воспринимались человеком раньше.

Основные функции воображения:

- представление действительности в образах и обеспечение возможности пользоваться ими, решая задачи;
- регулирование эмоциональных отношений;
- произвольная регуляция познавательных процессов и состояний человека;
- формирование внутреннего плана человека;
- планирование и программирование деятельности.
- Формы выражения воображения:
- построение образа средств и конечного результата предметной деятельности субъекта;
- создание программы поведения, когда проблемная ситуация является неопределенной;
- продуцирование образов, которые не программируют, а заменяют деятельность;
- создание образов, соответствующих описанию объекта.

Воображение может быть нескольких видов, которые объединяются по определенным признакам.

1. По предмету, материалу деятельности:

- эмоциональное;
- образное;
- осязательное.

2. По форме существования материи:

- художественное;
- техническое;
- музыкальное.

3. По способам активности:

- активное;
- пассивное;
- продуктивное;

- репродуктивное.
- 4. По результатам:
 - воссоздающее;
 - творческое.

Активное воображение характеризуется тем, что, пользуясь им, человек по собственному желанию, усилием воли вызывает у себя соответствующие образы. Образы пассивного воображения возникают спонтанно, помимо воли и желания человека. Продуктивное воображение отличается тем, что в нем действительность сознательно конструируется и творчески преобразуется, а не просто механически копируется или воссоздается. В репродуктивном воображении ставится задача воспроизвести реальность в том виде, какова она есть. Такое воображение больше напоминает восприятие или память, чем творчество.

Активное воображение бывает воссоздающим и творческим. Основу воссоздающего воображения составляет создание образа предмета и его описания, рисунка, рассказа и т.д. Этот вид воображения особенно важен в учебной деятельности, поскольку позволяет учащимся (по рассказам учителя, тексту учебника и пр.) создавать правильное и достаточно полное представление об учебном материале. Творческим воображением называют самостоятельное создание новых образов. Оно составляет основу всякой творческой деятельности, которая открывает возможность самовыражения, позволяет человеку реализовать личный потенциал.

Развитие воображения

У младшего дошкольника только начинает развиваться воображение, причем его пассивная форма. Он с большим интересом слушает сказки и представляет их образы как реально существующие явления. Другими словами, воображение некритически компенсирует недостаток жизненного опыта и практического мышления имплантированием описанных сказочных образов в реальную жизнь.

Старший дошкольник и младший школьник характеризуются активацией воображения. Вначале воссоздающего (позволяющего в более раннем возрасте представлять сказочные образы), а затем и творческого (благодаря которому создается принципиально новый образ). Этот период – сензитивный для формирования фантазий.

Младшие школьники большую часть своей активной деятельности осуществляют с помощью воображения. Их игры – плод бурной работы фантазии. Дети с увлечением занимаются творческой деятельностью, причем психологической основой последней также является воображение. И в учебе, когда возникает необходимость осознать абстрактный материал, когда требуются аналогии, опоры при общем недостатке жизненного опыта, на помощь ребенку тоже приходит воображение.

Подростковый возраст отличается переходом от детского восприятия окружающей действительности к взрослому. Школьник начинает более критично воспринимать мир вокруг себя; он уже не верит в сказочные чудеса. Воображение принимает форму мечты как позитивной жизненной перспективы. Подросток с помощью воображения строит планы своего будущего, «проигрывает» различные социальные и нравственные ситуации, как бы тренируясь перед сложной взрослой жизнью.

Таким образом, в развитии воображения можно выделить три этапа.

Первый этап – 2,5–3 года. Происходит разделение воображения на познавательное и аффективное, связанное с двумя важнейшими новообразованиями возраста. С одной стороны, это отделение ребенком себя от предмета, от действия с предметом, и отсюда – направленность его на овладение новыми действиями и предметами, а в случае невозможности прямого овладения обращение к предметам-заместителям (В.И. Слободчиков, Д.Б. Эльконин). С другой – влияние своего личного «Я», переживание своей отдаленности от окружающего мира (Р. Берне, В.С. Мухина). Четко выделяются два типа воображения; познавательное, когда ребенок с помощью кукол разыгрывает некоторые знакомые ему действия и их возможные

варианты (кормление детей в детском саду или дома, укладывание их спать, прогулка и т.д.); аффективное, проявляемое при проигрывании ребенком своего переживания.

Второй этап – 4–5 лет. В этом возрасте ребенок нацелен на усвоение норм, прежде всего социальных, а также правил и образов деятельности. Взрослые, чувствуя новые возможности ребенка, ведут его обучение и воспитание в основном через образцы, которым он должен следовать. А уровень творческого воображения снижается.

В этот период у здоровых детей реже возникают устойчивые страхи; обычно аффективное воображение проявляется в связи с переживанием реальной травмы. Позитивное воображение ребенка связано с бурным развитием ролевой игры, рисования, конструирования. Но без специального руководства оно носит в основном воспроизводящий характер, так как ребенок нацелен на следование образцам. Отклонения в процессе овладения ими возможны, но и они носят обыгрывающий, часто случайный характер.

Особенности использования образа состоят в том, что он, как и у более младших детей, строится путем использования действий «опредмечивания», а затем дополняется разнообразными деталями. Слово может включаться в этот процесс, вызывая или фокусируя строящуюся за ним цепочку представлений или обобщений.

В процесс воображения включается специфическое планирование, которое можно назвать ступенчатым. Ребенок планирует один шаг своих действий, делает его, видит результат и планирует следующий. Ступенчатое планирование приводит детей к направленному словесному творчеству, когда они сочиняют сказки, называя события одно за другим. Но чаще всего ребенок берет за основу план-схему знакомой сказки, модифицируя сами содержательные моменты (например, заяц и лиса строят избушки не лубяную и ледяную, а из кирпича и снега и т.п.).

Третий этап – 6–7 лет. В этом возрасте ребенок уже усваивает основные образцы поведения и деятельности и получает свободу в оперировании ими. В

принципе он уже способен отходить от усвоенных стандартов и комбинировать их, используя при построении продуктов воображения.

Аффективное воображение ребенка направлено, с одной стороны, как и в более раннем возрасте, на изживание полученных психотравмирующих воздействий путем их многократного варьирования в игре, рисовании и других творческих видах деятельности. С другой, в случае устойчивого конфликта с реальностью дети нередко обращаются к замещающему воображению. Познавательное воображение претерпевает качественные изменения.

Все этапы развития воображения как опосредованной функции представляют собой лишь возможности каждого возраста, которые в естественных условиях реализуются, к сожалению, меньшинством детей. Без специального руководства развитие воображения может неблагоприятно сказаться на жизни ребенка.

Аффективное воображение без достаточного, обычно стихийно возникающего изживания травм способно привести к патологическим, застойным переживаниям (навязчивые страхи, тревоги) или же ведет ребенка к полной аутизации, созданию замещающей воображаемой жизни, а не реальных творческих продуктов. Познавательное воображение имеет тенденцию к постепенному угасанию.

Воображение ребенка развивается постепенно, по мере приобретения им реального жизненного опыта. В детстве воображение задействовано наиболее активно. Полнее всего оно реализуется в играх, сочинительстве сказок и историй, в рисовании и других видах творчества.

Особенности воображения при речевых нарушениях

Несколько иначе творческие способности развиваются у детей с нарушениями речи. Их представления о предметах оказываются неточными и неполными, практический опыт недостаточно закрепляется и обобщается в слове, вследствие чего запаздывает формирование понятий.

Чем значительнее нарушения речи, тем больше ограничиваются возможности ребенка проявить творчество. Он оказывается беспомощным в создании новых образов.

Рисунки таких детей отличаются бедностью содержания. Ребенок не может выполнить рисунок по замыслу, затрудняется, если нужно придумывать новую поделку или постройку.

В игре дети с ОНР отдают предпочтения бытовой тематике. Нередко их игры носят стереотипный характер, сюжеты мало обогащаются. Замысел оказывается нестойким, и игра распадается. Возможности общения между собой в силу речевого дефекта ограничены. Можно сказать, что игровая деятельность в целом не достигает того уровня, который характерен для их сверстников с нормальным развитием речи.

Детям оказываются недоступны творческие задания: воспроизвести рассказ педагога, рассказать о событиях из личного опыта. Они плохо понимают переносные значения слов, метафор. Чтобы ликвидировать эти пробелы, надо разработать программу развивающего обучения и систематически использовать на занятиях с детьми специальные задания и упражнения, направленные на совершенствование воображения и активизацию творческих способностей ребенка.

Эту работу можно организовать в нескольких направлениях. Ребенку, отстающему в речевом развитии, трудно создавать и воплощать в игре собственный замысел. Поэтому на первых этапах работы педагог должен стать активным участником детских игр. Важна увлеченность взрослого игрой, искренность, непосредственность.

Творчество ребенка органично связано с яркими эмоциональными переживаниями. Однако дети с недоразвитием речи недостаточно эмоционально реагируют на грустную сказку, смешной стишок, нежную мелодию. Их речь маловыразительна, движения несколько скованы, дети не очень уверены в себе. Учитывая эти особенности, в коррекционной работе надо

использовать элементы арттерапии, театрализации, чаще обращаться к музыке и движению.

Итак, *первое направление работы по* формированию творческих способностей детей – развитие воображения и обогащение эмоциональной сферы в сюжетно-ролевой игре.

Второе направление предполагает использование специальных заданий, в процессе выполнения которых развивается способность к преобразованию готовых образов и созданию на этой основе новых.

Третье направление – формирование способностей к словесному творчеству.

Возможность создавать что-либо новое, необычное закладывается в детстве, через развитие таких высших психических функций, как мышление и воображение. Именно их развитию необходимо уделить наибольшее внимание в воспитании ребенка в возрасте от 5 до 12 лет. Этот период ученые считают сензитивным, т.е. наиболее благоприятным для развития образного мышления и воображения.

Диагностика нарушений воображения

Работа по развитию воображения должна представлять собой систему поэтапного обучения с постепенным нарастанием сложности и объема заданий, с учетом возраста, психофизического развития индивидуальных особенностей личности. Занятия могут проводиться как фронтально, так и малыми группами (4–6 чел.) или индивидуально. Цель подобной работы – прежде всего расширение кругозора детей, обогащение их сенсорного опыта, развитие и активизация речи, обучение приемам оперирования образами и представлениями. Важным условием раскрытия творческих способностей является создание общей атмосферы комфортности и увлеченности, а также оказание при необходимости разного вида помощи. В качестве примеров приведем несколько заданий. Подобные задания можно рекомендовать для

включения в уроки письма, математики, чтения и в другие учебные и внеучебные занятия.

Упражнения для развития воображения

Нарисуй сказку

Вариант 1. Ребенку читают сказку и одновременно показывают иллюстрации к ней. Затем их убирают, уточняют содержание и предлагают нарисовать какой-либо эпизод.

Вариант 2. Ребенку читают сказку, показывают иллюстрации. Затем их убирают и просят нарисовать всю сказку.

Вариант 3. Ребенку читают сказку, интонационно выделяя наиболее значимые части. Уточняют содержание и просят нарисовать сказку.

В этом задании формируется воссоздающее воображение. Работа строится по мере нарастания сложности: сначала ребенок воссоздает лишь один эпизод, затем цепочку событий. В двух первых вариантах на короткое время предоставляется зрительная опора. В варианте 3 сказка создается без наглядной опоры.

Наряду с воссоздающим воображением развивается логическое мышление. Дети учатся устанавливать причинно-следственные зависимости, выделять главные мысли в тексте, учатся планированию, самоконтролю и т.д.

Узнай, что это, и дорисуй

Ребенку поочередно предлагают картинки с точечным, схематическим, частичным изображением объектов. Просят назвать их и дорисовать.

Найди буквы и цифры, которые спрятались

Ребенку предъявляют карточку с «зашумленными» изображениями и предлагают найти в них уже знакомые им буквы и цифры. Со старшими школьниками следует усложнить задание, спросить: «Какие слова спрятались?»

Вместо букв и цифр «зашумленными» могут быть различные знакомые детям предметы, геометрические фигуры.

Кто больше придумает или нарисует

Ребенку показывают две одинаковые геометрические фигуры разной величины. Просят назвать как можно больше предметов, имеющих похожую форму, а затем нарисовать их. В процессе этой деятельности актуализируются образы памяти, развиваются зрительное восприятие, воображение.

Контрольные вопросы и задания для выполнения

1. Дайте общую характеристику восприятию как психическому процессу.
2. Перечислите особенности зрительного восприятия детей с речевой патологией.
3. Охарактеризуйте состояние буквенного и лицевого гнозиса детей с ОНР.
4. Приведите примеры методик по диагностике восприятия.
5. Приведите примеры коррекционных методик на развитие восприятия.
6. Охарактеризуйте основные виды слуховой агнозии.
7. Раскройте специфику видов зрительных агнозий.
8. Опишите основные проявления тактильных агнозий.
9. Приведите примеры методик для диагностики слуховых, зрительных и тактильных агнозий.
10. Перечислите основные виды и функции внимания.
11. Охарактеризуйте этапы развития внимания при нормативном развитии.
12. Раскройте особенности внимания детей с речевой патологией.
13. Перечислите диагностические методики для изучения внимания.
14. Дайте общую характеристику памяти как психического процесса.
15. перечислите особенности памяти детей с речевой патологией.
16. Предложите психодиагностические методики для обследования памяти.

17. Приведите примеры упражнений для развития памяти у детей с речевой патологией.
18. Раскройте структуру, виды и основные операции мышления.
19. Перечислите основные виды воображения.
20. Охарактеризуйте основные этапы онтогенеза воображения.
21. Опишите специфику воображения у детей с речевой патологией.
22. Приведите примеры методик диагностики воображения.

ГЛАВА 3. ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА В РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

3.1. Психопрофилактика речевых нарушений

Под психопрофилактикой понимают систему психологического оздоровления ребенка, создание адекватных условий индивидуального, семейного, образовательного развития его психической сферы с целью предотвращения возможных психических отклонений.

Психопрофилактика бывает *первичной*, когда данные мероприятия начинают проводиться с практически здоровым ребенком, что при определенном постоянстве не позволяет сформироваться какому-либо дефекту. Особенно важно это в периоды возрастных кризисов.

Вторичная психопрофилактика начинается на фоне уже имеющихся недостатков, т.е. первичного дефекта, и способствует предотвращению развития дополнительных нарушений, которые могут значительно утяжелить положение.

Третичная психопрофилактика заключается в социально-трудовой адаптации лиц, имеющих какие-либо нарушения.

По данным перинатальной психологии психопрофилактические мероприятия должны проводиться уже на стадии внутриутробного развития плода в виде позитивного эмоционального общения матери с ним, прослушивания приятной музыки и создания в целом положительной атмосферы в семье.

Важны правильный психологический настрой женщины на беременность, эмоциональное принятие ребенка, а также адекватная подготовка к родам с использованием специальной техники саморегуляции и расслабления. Такую психопрофилактику можно назвать *отсроченной*.

Психопрофилактика должна следовать за естественным процессом развития ребенка, повторяя все его этапы, но предвосхищая их созданием

характерных условий наибольшего психологического комфорта. Однако психопрофилактика в настоящее время является преимущественно вторичной, что связано с поздним обращением родителей за помощью, несвоевременным выявлением аномалий, первичных дефектов.

Вторичная профилактика

Известно, что нарушения речи отражаются на психическом развитии ребенка, формировании его личности и поведения (вторичные расстройства).

Глубокие расстройства речи (алалия, афазия) ограничивают умственное развитие в целом. Это происходит как вследствие функционального единства речи и мышления, так и в результате нарушения нормальных взаимодействий с окружающими. Последнее обедняет знания, эмоции и другие психические проявления личности.

Незрелость личности и ограниченность индивидуального жизненного опыта у детей младшего возраста усиливают роль различных биологических факторов (ранняя резидуальная органическая недостаточность, генетическая отягощенность, конституциональные особенности реактивности, нарушения гормонального баланса и др.) в генезе наблюдаемых в этом возрасте невротических реакций. Этим факторам принадлежит также ведущая роль в «выборе способа» такого реагирования, т.е. возникновении тех или иных преимущественных невротических расстройств (В.В. Ковалев, 1976). Выделяются четыре уровня преимущественных невротических нарушений у детей:

- соматовегетативный – 0–3 года;
- психомоторный – 4–10 лет;
- аффективный – 7–10 лет;
- эмоционально-идеаторный – 10–15 лет.

К первому уровню относятся расстройства аппетита, нарушения функций желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, сна. Второй уровень связан с появлением гипердинамического синдрома, тиками, заиканием, мутизмом и другими моторными и речемоторными нарушениями. На третьем

уровне наблюдаются страхи, депрессивные переживания. На четвертом – невротическая анорексия, ипохондрические сверхценные образования, связанные со своим физическим «Я».

При органическом поражении мозга изменяются биологические условия протекания деятельности. Новые возросшие возможности ребенка вступают в противоречие со сложившимся уровнем требований к нему, с тем местом, которое объективно он занимает в жизни.

Так как взаимодействие биологических и социальных факторов риска играет особую роль в речевом онтогенезе, в коррекционную работу необходимо максимально вовлечь родителей. Они должны знать, что слабый или сильный голос ребенка, малая двигательная активность, низкий уровень развития сосательного рефлекса и т.д. свидетельствуют о повреждении головного мозга.

Преобладающие в обществе взгляды на неизлечимость органических поражений мозга оказывают влияние на отношение родителей к ребенку. Логопеду следует разъяснять им механизмы компенсации имеющегося дефекта, значение таких врожденных рефлексов, как эхопраксия и эхолалия, первых этапов лепета для развития движений артикуляционного аппарата и вызывание голосовых реакций у ребенка. Родители должны хорошо представлять себе: чем раньше будет начата доречевая коррекционная работа, тем с меньшими отклонениями пойдет речевое и интеллектуальное развитие детей.

Иногда с детьми, у которых имеются нарушения речи, родители стараются меньше разговаривать и начинают общаться жестами, желая облегчить взаимное понимание. Этим они наносят вред речевому и психическому развитию ребенка. Если он сам не говорит, то мать и все окружающие должны как можно больше разговаривать с ним, постепенно пополняя его словарный запас, необходимый для дальнейшего развития речи (Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова, 1985).

Известно, что речевые нарушения часто сочетаются с недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Поэтому коррекционная

работа проводится таким образом, что вначале создается или уточняется чувственный образ того, что в дальнейшем должно быть опосредовано словом. Учитывая индивидуальные особенности психического развития детей с речевыми нарушениями, коррекция направляется на преодоление как неречевых, так и речевых нарушений.

Степенью, характером речевой недостаточности и вторичных психических отклонений определяются возможности ребенка учиться и активно участвовать в общественной жизни школы.

Успеваемость в школе бывает снижена из-за невозможности вовремя и отчетливо спросить, ответить, рассказать или прочесть. Из-за детей, страдающих речевыми нарушениями, уроки становятся менее динамичными, нарушается дисциплина. Недоразвитие звуковой стороны речи, недостаточная сформированность фонематических процессов и звукопроизношения препятствуют своевременному формированию предпосылок к спонтанному овладению практическими навыками анализа и синтеза звукового состава слова.

Этот факт можно рассматривать как первое следствие, создающее значительные трудности на пути овладения грамотой. Вторым следствием можно считать те трудности, которые возникают у детей в процессе овладения ею.

Отстающие школьники с речевыми расстройствами теряют интерес к обучению, могут переходить в категорию нарушителей дисциплины. Многие подобные дефекты меняют перспективы жизни. Отмечаются ситуации, когда будущее для подростка, страдающего речевой патологией, представляется бессмысленным. Некоторые расстройства речевой функции не только ограничивают возможности получения профессии, но сказываются на устойчивости энергетического потенциала деятельности и сохранности ее операционального состава.

В процессе воспитания детей, имеющих речевые нарушения, родителям и педагогам необходимо постоянно осмысливать свои поведение и позиции.

Взаимопонимание, поощрение, взаимоуважение, соблюдение порядка, взаимодействие как между членами семьи, так и между педагогами и родителями играют серьезную роль в профилактике психогенных реактивных явлений. В особенности данное положение актуально для заикающихся школьников.

В тех случаях, когда у детей наблюдаются психологические осложнения типа личностных переживаний, связанных с наличием речевого дефекта, страх речи, уход от ситуаций, требующих речевого общения, и т.д., логопеду необходимо существенно усилить психотерапевтический акцент в своей работе. Формы психотерапии будут зависеть от возраста ребенка и особенностей индивидуального реагирования.

Необходимо хорошо знать и учитывать конкретные проявления речевого дефекта, а также условия его полной компенсации. Знание учителем-логопедом индивидуальных особенностей всех детей группы позволяет определить возможность преодоления в работе с каждым из них дефекта в целом, установить необходимые для этого сроки, сделать прогноз в отношении обучения по программе общеобразовательной школы.

Логопедическая профилактика может быть действенной лишь при условии полного знания особенностей развития ребенка (физического, психического, речевого и т.д.) с опорой на нормативы развития. Это позволит логопеду адресно руководить воспитанием и обучением, используя периоды сензитивности. Преждевременная или запаздывающая по отношению к такому периоду коррекция менее эффективна.

3.2. Принципы психокоррекционной работы с детьми с речевыми нарушениями

Психокоррекционная работа, направленная на развитие и совершенствование личностной сферы дошкольников с тяжелыми

нарушениями речи (Т.Н. Волковская, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, У.В. Ульенкова), строится с учетом следующих методологических принципов.

Принцип единства коррекции и развития, который означает, что целенаправленная коррекционная работа осуществляется только на основе клинико-психолого-педагогического анализа внутренних и внешних условий развития ребенка, с учетом возрастных закономерностей развития и характера нарушений.

Принцип единства диагностики и коррекции развития. Цели и содержание коррекционной работы могут быть определены только на основе комплексного, системного, целостного, динамического изучения ребенка, его дифференциально-диагностического обследования. Осуществляя коррекционную работу, необходимо фиксировать происходящие изменения в состоянии ребенка, при этом сам процесс коррекции дает материал для более полной диагностики.

Принцип взаимосвязи коррекции и компенсации. Вся система коррекционной работы призвана компенсировать нарушения в развитии и направлена на реабилитацию и социальную адаптацию ребенка с проблемами. Коррекция и компенсация – это не рядоположенные понятия, а тесно увязанные процессы, которые обуславливают друг друга и не могут рассматриваться один без другого. Цель коррекционной работы непосредственно связана с результатом – компенсацией нарушения.

Принцип учета возрастных психологических и индивидуальных особенностей развития определяет индивидуальный подход к ребенку и построение коррекционной работы на базе основных закономерностей психического развития с учетом сензитивных периодов, понимания значения последовательных возрастных стадий для формирования личности ребенка.

Принцип комплексности методов психолого-педагогического воздействия позволяет оказать помощь ребенку и его родителям. Выбор комплекса из нескольких методов определяется в зависимости от целей, задач

программы оказания ребенку помощи, возрастных и индивидуальных особенностей и организации условий их реализации.

Принцип личностно ориентированного и деятельностного подхода в осуществлении коррекционной работы. Этот принцип основан на признании развития личности в деятельности, а также того, что активная деятельность самого ребенка в рамках ведущей для возраста деятельности является движущей силой его развития (П.Я. Гальперин, А.Н. Леонтьев, В.Н. Мясищев и др.).

Принцип оптимистического подхода в коррекционной работе с ребенком предполагает организацию «атмосферы успеха» для ребенка, веру в ее положительный результат, утверждение этого чувства в ребенке, поощрение его малейших достижений.

Принцип активного привлечения ближайшего социального окружения к коррекционной работе с ребенком. Ребенок развивается в целостной системе социальных отношений, субъектом которой он является (Л.С. Выготский, Л.А. Венгер и др.). Развитие ребенка происходит в системе отношений с близкими ему людьми, взрослыми. Особенности межличностных отношений, общения, форм совместной деятельности и способов ее осуществления составляют важнейший компонент развития, определяют его зону ближайшего развития. Успех коррекционной работы с ребенком, наряду с другими составляющими, зависит и от сотрудничества с родителями.

Психокоррекционная работа с ребенком может дать положительную динамику, если она, опираясь на основные принципы, реализуется во взаимосвязи психолога, педагога с ребенком и его родителями, при активной роли самого ребенка

3.3. Методы и приемы психокоррекционной работы

В условиях логопедического детского сада необходимо сочетать психокоррекционную работу с коррекционно-педагогической. С этой целью рекомендуется использовать следующие приемы психологической коррекции:

- 1) приемы игровой психокоррекции;
- 2) приемы элементарной библиотерапии с использованием произведений отечественных и зарубежных авторов;
- 3) приемы арттерапии и музыкотерапии;
- 4) приемы гештальттерапии и телесно-ориентированной психотерапии.

Приемы игровой психокоррекции.

Синтез приемов дает возможность один и тот же конфликт пережить в разных системах, первоначально выражая себя через свою систему восприятия мира средствами того или иного искусства, а затем развивая блокированные или малоразвитые системы. Для проведения психокоррекционной работы могут быть рекомендованы следующие приемы: психологические игры немецкого психолога Клауса Фопеля («Как научить детей сотрудничать? Психологические игры и упражнения», 1998); приемы психогимнастики (М.И. Чистякова «Психогимнастика», 1995): игры, способствующие успокоению и организации детей («Кто за кем?», «Идем за синей птицей»); этюды на правильное понимание детьми эмоционально выразительных движений рук и адекватного использования жестов («Вот он какой», «Заколдованный ребенок», «Дружная семья»); игры на преодоление двигательного автоматизма для гипер- и гипоактивных детей («Флажок», «Противоположные движения», «Стоп», «Запрещенное движение»); некоторые подвижные игры, которые пробуждают активность детей, организуют и сплачивают играющих («Иголка и нитка», «Дракон кусает свой хвост», «Сова»); этюды на расслабление мышц («Штанга», «Шалтай-Болтай», «Качели», «Конкурс лентяев»); этюды на выражение эмоций: сосредоточения («Кузнечик»), удивления («Удивление»), радости («Вкусные конфеты»), печали («Стрекоза замерзла», «Северный полюс»), презрения («Соленый чай»), гнева («Король Боровик не в духе», «Сердитый дедушка»), страха («Гроза»), выражение чувства вины («Провинившийся»); этюды на отображение положительных черт характера («Капитан»); этюды на отображение отрицательных черт характера («Робкий ребенок»).

Все эти игры адаптируются с учетом речевого развития дошкольников, в частности, для детей с низким речевым развитием сокращается объем вербальных заданий.

Специальные упражнения, разработанные немецким психологом и психотерапевтом Гертрудой Шоттенлоэр («Рисунок и образ в гештальттерапии», 2000); литературные произведения отечественных и зарубежных авторов, подобранные или адаптированные с учетом речевых возможностей детей; развивающие музыкальные игры: игры, формирующие стремление к лидерству («Приклеенная нога», «Красная рука», «Дирижер»); игры, развивающие доверие и заботливость («Волшебная дудочка», «Танец шляпы»); игры, побуждающие участников к общению друг с другом («Мне нравится», «Мирные и воинственные», «Свободный стул»); игры на развитие выдержки («Тихо и громко»); игры на осознание частей тела («Хлопай и качайся», «Мышка»); игры на расслабление («Усыпляющая музыка»). Приемы игровой психокоррекции

В мировой практике игровая психокоррекция широко используется по ряду причин:

- игра является для ребенка одним из основных способов взаимодействия с окружающим миром, с людьми (В.С. Мухина);
- игра – один из главных способов познания мира (Д.Б. Эльконин);
- игра – символическая переработка реальных впечатлений и переживаний (А.И. Захаров);
- игра позволяет соприкоснуться со своими личностными проблемами, быть с ними в конфронтации, в безопасной ситуации и дает возможность по настоящему управлять ситуацией (А.С. Спиваковская);
- игра – это язык (система интеракции), который позволяет самовыражаться, общаться (О.А. Карабанова).

Все это позволяет рекомендовать игру как основу психокоррекционных занятий. Психокоррекционные игры, используемые в работе с детьми с тяжелыми нарушениями речи, проводятся психологом, воспитателями, а иногда

совместно. Игры подбираются соответственно особенностям детей. Робких, заторможенных детей целесообразно назначать водящими (лидерами). Для расторможенных и гиперактивных детей надо подбирать более спокойные игры. Наполняемость групп (от 3 до 12 детей) при проведении игр зависит от содержания игры и имеющихся у детей особенностей личностного развития. В тех случаях, когда к коррекции привлекаются дети с речевым негативизмом, наполняемость групп не должна превышать 5 человек. Игры проводятся в течение обучающего цикла каждый день (в структуре занятий и индивидуально). Продолжительность индивидуальных занятий 15–20 мин. Рекомендованные психокоррекционные игры можно условно разделить на две группы. Игры первой группы направлены на сплочение и организацию группы, на подготовку детей к более серьезным комбинированным играм. Часть игр этой группы тесно связана с приемами телесной психокоррекции и направлена на развитие тактильных и эмоциональных контактов у дошкольников. Игры второй группы предполагают введение более сложных драматизаций, творческие сюжетно-ролевые игры, игры-импровизации с правилами и приемы игры-психодрамы. Они направлены на разрешение личных и межличностных проблем каждого члена группы, на восстановление общения.

Приемы элементарной библиотерапии.

Библиотерапия предполагает психокоррекционное воздействие на детей с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации и оптимизации их психического состояния. В настоящее время практика использования библиотерапии с детьми с отклонениями в развитии представлена в работах Ю.Б. Некрасовой. От обычного чтения библиотерапия отличается своей направленностью на те или иные состояния, свойства личности. При чтении произведений с целью профилактики и коррекции личностных нарушений у детей с ОНР используются разные книжные жанры и стили (рассказы, стихи, сказки, пословицы, поговорки) с учетом:

– степени доступности изложения, которая зависит от понимания текста и уровня речевого развития детей;

– сходства ситуаций в книге с ситуациями, в которых находится ребенок.

Для ослабления негативных состояний детей, усиления положительных эмоций и восстановления душевного равновесия рекомендуются литературные произведения: «Что такое хорошо и что такое плохо» В. Маяковского, «Ласточки пропали» А. Фета, «Маленький принц» А. де Сент-Экзюпери, «Деревья» Н. Токмаковой, «Карлик Нос» В. Гауфа, «Маугли» Р. Киплинга, «Дюймовочка», «Дикие лебеди», «Гадкий утенок» Г.Х. Андерсена, «Серая шейка», «Храбрый утенок» Б. Житкова, русские народные сказки «Лиса и журавль» и др., различные загадки, пословицы и поговорки.

Приемы арттерапии и музыкотерапии.

В последние годы заметно возрос интерес к коррекционной деятельности средствами искусства. Это связано с тем, что искусство имеет специальные функции, с помощью которых человек может научиться рассказывать о своем внутреннем мире, о том, что его волнует, тревожит, радует (Е.А. Медведева, И.Ю. Левченко и др.). Сущность арттерапии состоит в коррекционном воздействии искусства на человека и проявляется в реконструировании психотравмирующей ситуации, выведении переживаний, связанных с ней, во внешнюю форму через продукт художественной деятельности. Практический опыт психокоррекционной работы средствами арттерапии показывает ее большой терапевтический и коррекционный эффект в работе с детьми с проблемами в эмоционально-личностном развитии. Для детей с ОНР рекомендуется использовать приемы арттерапии, основанные на переживании и смене психологических состояний в процессе рисования, лепки. Выбор этих средств психокоррекции связан с особенностями детей с ОНР, испытывающими трудности при оречевлении своих переживаний и проблем. Занятия по арттерапии проводятся в основном групповые (наполняемость 10–12 детей). Их проводит психолог совместно с воспитателем. Для усиления позитивных внутренних процессов у детей, для стимуляции их речи часто используется специальное музыкальное сопровождение. Цели стимуляции музыкой могут быть различными:

- снять или уменьшить произвольный контроль за речью;
- увеличить общую активность, в том числе поднять эмоциональный и мышечный тонус;
- вовлечь неговорящего ребенка в процесс пения посредством подражания поющим детям и взрослым. Важно, чтобы сам музыкальный контекст содержал элементы реальных движений и ритмов («По малинку в сад пойдем», «Веселые гуси»).

При нарушении общения у детей рекомендуется использовать следующие приемы музыкотерапии:

- сопровождение действий ребенка музыкальным отрывком, исполняемым на различных музыкальных инструментах, созвучным его настроению и характеру его действий;
- сопровождение голосом. Взрослый комментирует движения, выполняемые ребенком, при этом текст пропеваается под мелодию, соответствующую настроению ребенка;
- совместная игра на инструментах – еще один вариант установления межличностных контактов. Занятия по музыкотерапии проводятся в музыкальном зале с участием музыкального работника. Их продолжительность 20-25 мин., наполняемость группы 10-12 детей.

Приемы гештальттерапии и телесно-ориентированной психотерапии.

Упражнения, способствующие осознанию собственного тела, относятся к таким направлениям психокоррекции, как гештальттерапия, телесно-ориентированная психотерапия. История телесной терапии восходит к работам ученика З. Фрейда В. Райха, который полагал, что механизмам психологической защиты можно противодействовать с помощью прямого телесного контакта. Защитное поведение, выражающееся в напряжении мышц и стесненном дыхании, он назвал «телесной броней». «Броня» – это хроническое мышечное напряжение, избавляющее человека от переживания

неприятных эмоций. В момент напряжения мышц происходит ослабление чувствительности.

В коррекционной работе с детьми наиболее перспективным является анализ своих ощущений, эмоционального состояния и поведения в настоящий момент времени в данной ситуации («здесь и теперь»), что помогает овладеть саморегуляцией, научиться самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность. Такие навыки дети приобретают путем освоения упражнений по следующим направлениям:

- освобождение от мышечных зажимов;
- общение и взаимодействие с использованием невербальных средств коммуникации;
- развитие внимания, чувственного восприятия.

Данное деление направлений работы является условным, так как большинство упражнений имеет многоцелевой характер. Упражнения по мере их усвоения, а также в зависимости от контекста, наполняются новым содержанием. Большую роль играет работа над пластикой тела. Основные цели упражнений, направленных на развитие пластики тела у детей с ОНР:

- увеличение диапазона эмоциональных проявлений, способствующих обогащению чувственного опыта;
- совершенствование психомоторики, развитие умения свободно владеть своим телом («Подвески», «Росток», «Потянулись-сломались» и др.).

Таким образом, психокоррекционная работа, основанная на синтезе известных психотерапевтических техник, существенно повышает эффективность коррекционно-педагогической работы с детьми с тяжелыми нарушениями речи.

Работа с семьей

Семья как один из важнейших социальных институтов общества оказывает огромное влияние на воспитание полноценной личности. Необходимость участия семьи в процессе социализации формирующейся личности наиболее важна при воспитании и обучении детей, имеющих

отклонения в развитии, – не только с тяжелыми формами, но и с негрубыми нарушениями, посещающих дошкольные группы разной коррекционной направленности.

В связи с этим система работы с родителями по повышению их компетентности и формированию адекватной оценки состояния своего ребенка должна быть частью комплексной программы коррекционного воздействия по преодолению личностных нарушений детей с ОНР. С учетом особенностей социальной ситуации развития ребенка могут быть рекомендованы направления психокоррекционной и консультативной работы, апробированные в течение многих лет исследователями и практиками (И.Ю. Левченко, В.В. Ткачёва):

- гармонизация семейных взаимоотношений;
- установление правильных детско-родительских отношений;
- помощь родителям в формировании адекватной оценки состояния ребенка;
- обучение элементарным методам психологической коррекции.

Содержание психокоррекционного воздействия на родителей представлено двумя формами работы: индивидуальной и групповой. Индивидуальная работа осуществляется в виде бесед или частично структурированного интервью с родителями ребенка. В ходе этих бесед родителей обучают приемам и формам поведения, которые могут помочь в трудных жизненных ситуациях, связанных с проблемами ребенка.

Групповые коррекционные занятия проводятся по трем направлениям:

- 1) гармонизация взаимоотношений между родителями и ребенком;
- 2) гармонизация внутрисемейных отношений;
- 3) оптимизация социальных контактов семьи.

Проводя коррекционную работу по первому направлению, можно использовать организационные формы и содержание коррекционных занятий, представленные в «Практикуме по формированию адекватных родительско-детских отношений», разработанном В.В. Ткачёвой(1999).

Работа по второму направлению реализуется двумя способами: в виде занятий с реальными супружескими парами или в виде занятий только с матерями. Коррекционное воздействие, осуществляемое психологом на мать проблемного ребенка, распространяется и на других членов семьи. Гармонизация позиции матери позволяет оптимизировать отношения между членами семьи и социальные контакты (третье направление коррекционных занятий). Психокоррекционный процесс строится с учетом дифференцированного подхода к личностным особенностям родителей проблемных детей.

Контрольные вопросы и задания для выполнения

1. Назовите виды психофрoфилактики.
2. Перечислите основные особенности первичной профилактики.
3. Опишите специфику вторичной психопрофилактики.
4. Раскройте принципы психокоррекционной работы с детьми, имеющими нарушения речевого развития
5. Опишите методы и приемы коррекционной работы
6. Подготовьте доклад с презентацией на одну из предложенных тем:
 - методы психокоррекции и психотерапии в работе с детьми с нарушениями речи;
 - возможности использования сказкотерапии в работе с детьми с нарушениями речи;
 - возможности использования музыкотерапии в работе с детьми с нарушениями речи;
 - кинезиология как метод психокоррекционной работы с детьми с нарушениями речи;
 - возможности использования пескотерапии в работе с детьми с нарушениями речи;

- Су-Джок Терапия в коррекционно-развивающей работе с детьми с нарушениями речи;
- темная сенсорная комната как инструмент работы с детьми с речевыми нарушениями;
- возможности использования библиотерапии в работе с детьми с нарушениями речи;
- психодрама и психогимнастика в работе с детьми с нарушениями речи.

ТЕЗАУРУС

АБИЛИТАЦИЯ – система лечебно-педагогических мероприятий, имеющих целью предупреждение и лечение тех патологических состояний у детей раннего возраста, ещё не адаптировавшихся к социальной среде, которые приводят к стойкой утрате возможности трудиться, учиться и быть полезным членом общества.

АВТОМАТИЗАЦИЯ ЗВУКА – этап при коррекции неправильного звукопроизношения, следующий после постановки нового звука; направлен на формирование правильного произношения звука в связной речи; заключается в постепенном, последовательном введении поставленного звука в слоги, слова, предложения и в самостоятельную речь.

АГРАММАТИЗМ (от греч. agrammatos - нечленораздельный) – нарушение речевой деятельности, выражающееся в неправильном использовании грамматической системы языка. Различают импрессивный А. – ошибки в понимании значения грамматических конструкций, а также экспрессивный А. – ошибки в грамматическом оформлении активной речи. А. возникает вследствие поражения определенных (речевых) зон коры головного мозга. Обычно является симптомом афазии; у детей наблюдается при алалиях. Явления А. могут быть компенсированы в результате спец. восстановительного обучения. В сурдопедагогике термин «А.» используется для обозначения недостатков в грамматическом оформлении речи у детей с нарушениями слуха. У слабослышащих и особенно у глухих детей в условиях ограниченного речевого общения замедленное овладение грамматическим строем языка является столь же закономерным, как и недостаточность словарного запаса. На раннем этапе развития эти дети в равной мере затрудняются в усвоении грамматич. и лексич. значений слова.

АГРАФИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и grapho - пишу) – нарушение письма. Как правило, А. обусловлена поражением речевого отдела коры больших полушарий головного мозга и является симптомом речевых

расстройств, связанных с нарушениями звукового анализа слов и овладения звуковым составом слова. У детей А. может выступать одним из проявлений адалии или афазии. А. необходимо отличать от ошибок при письме, характерных для детей с нарушениями слуха. Компенсация А. осуществляется с опорой на зрительные и кинестезич. ощущения звукопроизношения.

АДАПТАЦИЯ – приспособление организма к условиям существования, активное приспособление к условиям социальной среды посредством усвоения и принятия целей, ценностей, норм и стилей поведения, принятых в обществе.

АЛАЛИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и lalia - речь) – отсутствие или ограничение способности пользоваться речью при сохранном слухе и интеллекте. Проявляется в стойком недоразвитии механизмов владения фонетико-фонематическими, лексическими и грамматическими средствами языка. Возникает в результате недоразвития или поражения (при травмах, энцефалите и др.) в доречевом периоде развития речевых зон коры больших полушарий головного мозга. Различают моторную и сенсорную А. (последняя встречается значительно реже; иногда наблюдается смешанная форма – сенсомоторная А.). Моторная А. характеризуется преимущественным недоразвитием звуковой (экспрессивной) стороны речи при достаточно сохранном ее понимании. При сенсорной А. отсутствует понимание речи, вследствие чего не происходит овладение ею. При А. ограничение речевого общения приводит к вторичному недоразвитию высших психич. функций (внимания, памяти, мышления). Постановка диагноза требует разграничения А. и вторичных речевых нарушений при умственной отсталости и дефектах слуха. Коррекционное обучение при А. осуществляется преимущественно в спец. школах для детей с тяжелыми нарушениями речи.

АЛЕКСИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и лат. lego - читаю) – расстройство речи, выражающееся в неспособности к чтению, а также к усвоению навыков чтения. Встречается относительно редко по сравнению с менее выраженной формой – дислексией. Возникает при поражении коры

головного мозга, в частности как проявление алалии и лиафазии. В зависимости от локализации поражения выделяют несколько форм А.

АНАРТРИЯ (от греч. anarthros - нечленораздельный) – нарушение артикуляции, делающее практически невозможной членораздельную речь; крайне выраженная степень дизартрии.

АСИНЕРГИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания, sin - вместе и ergon - работа) – расстройство сложных двигательных актов и навыков, вызванное нарушением способности комбинировать отдельные моторные компоненты. Возникает при поражении мозжечка.

АУТИЗМ (от греч. autos - сам) – состояние психики, характеризующееся замкнутостью, отсутствием потребности в общении, предпочтением своего внутреннего мира контактам с окружающими. Термин «А.» ввел в 1912 г. Э. Блейлер для обозначения особого вида мышления, которое регулируется эмоциональными потребностями человека и не зависит от реальной действительности. Происхождение А. может быть различным. В легкой степени он может встречаться при конституционных особенностях психики (акцентуация характера, психопатия), а также в условиях хронической психической травмы (аутистическое развитие личности). А. может выступать как грубая аномалия психического развития (см. Ранний детский аутизм). В тяжелых случаях необходимы коррекция и лечение, включающие, в частности, налаживание контактов с внешним миром. В современной психологии и психиатрии термин «А.» используется также применительно к нормальной психике; показано, что аутизация может выступать в качестве механизма психологической защиты от психотравмирующих влияний. В некоторых зарубежных психологических теориях А. рассматривается как нормальное состояние ребенка на начальных этапах его развития.

АУТОСТИМУЛЯЦИЯ (букв. самораздражение) – настойчивое стереотипное извлечение сенсорных ощущений с помощью окружающих предметов и своего тела.

АФАЗИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и phasis - высказывание) – нарушение речи, проявляющееся в полной или частичной утрате способности пользоваться языковыми средствами при сохранении функций артикуляционного аппарата и слуха. Возникает при органич. поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных заболеваний и травм, опухолей, воспалительных процессов. В отличие от алалии при А. нарушается функция уже сформировавшейся речевой системы. Существуют различные классификации А. в зависимости от симптоматики и локализации поражения (напр., в нейропсихологической классификации, разработанной А.Р. Лурией, выделяется 7 форм А.). Наиболее распространенная обобщенная классификация выделяет 2 основные формы (группы) А. - моторную и сенсорную. При моторной А. поражается двигательный речевой центр (центр Брока), что приводит к нарушению всех или некоторых компонентов экспрессивной речи при достаточной сохранности понимания. При сенсорной А. поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике); эта форма характеризуется первичным нарушением понимания речи и вторичным – экспрессивной речи. Кроме моторной и сенсорной А. выделяют амнестическую А., которая не может быть строго отнесена к двум основным формам. Амнестическая А. встречается редко, механизм этого нарушения мало изучен. Выражается в забывании названий предметов. У детей А. вызывает вторичную ЗПР, которую необходимо отличать от олигофрении. Восстановление речи при А. осуществляется спец. пед. (логопедическими) и нейропсихологическими методами на основе использования функции сохранных анализаторов.

АФОНΙΑ (от греч. а - приставка со значением отрицания и phone - голос) – неспособность к звучной и громкой речи при сохранной шепотной речи. Истинная (гортанная) А. бывает вызвана поражениями артикуляционного аппарата (вследствие острых и хронических заболеваний гортани и т.п.). Функциональная А. возникает как следствие психических травм при истерии и неврозах. В результате нарушения нервной регуляции речедвигательного

аппарата не происходит полноценного смыкания голосовых связок. Функциональная А. излечивается преимущественно методами психотерапии.

АФРАЗИЯ (от греч. а - приставка со значением отрицания и phrasis - выражение) – расстройство речи, выражающееся в неспособности построить осмысленную фразу.

АФФЕКТ – врожденная элементарная, докультурная форма переживаний. Всякое психическое явление имеет два аспекта: интеллектуальный и аффективный.

БРАДИЛАЛИЯ (от греч. bradys - медленный и phrasis - выражение) – патологическая замедленность речи. Возникает вследствие нарушения баланса нервных процессов (преобладание торможения над возбуждением). Речь страдающих Б. отличается нечеткой артикуляцией, растягиванием гласных; из-за повышенной утомляемости продолжительные высказывания затруднительны. Чаще встречается при различных нервных заболеваниях и олигофрении. Устранение Б. возможно за счет логопедич. упражнений по коррекции речевых движений, а также мед. мероприятий по назначению психоневролога.

ВЕРБАЛЬНЫЙ – словесный; имеющий словесную форму.

ДЕПРИВАЦИЯ (букв. лишение) – психическое состояние, возникающее в результате длительного неудовлетворения основных психических потребностей.

ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ – дети с сохранным слухом и интеллектом, страдающие резко выраженными отклонениями в развитии речи и вследствие этого ограниченные в речевом общении. Нарушения речи весьма разнообразны. Наиболее часто встречаются алалия, афазия, ринолалия, дизартрия. К тяжелым нарушениям речи относят также выраженные формы заикания (в тех случаях, когда этот дефект значительно затрудняет общение и обучение детей в массовой школе). В качестве вторичных нарушений у Д. с н. р. выступают ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, отклонения в эмоционально-волевой сфере. Обучение таких детей осуществляется в спец.

образовательных учреждениях особого типа. Неярко выраженные дефекты речи, не определяющие аномального развития, устраняются в результате спец. логопедических занятий.

ДЕФЕКТ (от лат. defectus - недостаток) – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Понятие Д. - центральное для дефектологии - детально разработано в трудах Л.С. Выготского. Им установлено, что структура Д. не сводится к симптомам повреждения биологических систем.

ДЕФИЦИТАРНОСТЬ – недостаточность.

ДИЗАРТРИЯ (от греч. dis - приставка, означающая расстройство, и arthron - сочленение) – расстройство артикуляции, вызванное недостаточной иннервацией речевого аппарата. Возникает в результате различных органич. поражений ЦНС. В зависимости от локализации участка поражения различают бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную, мозжечковую и корковую Д. Бывает выражена в различной степени – от нечеткого произношения отдельных звуков до полной неспособности произношения звуков (анартрия). Д. сопутствуют изменения темпа и интонации речи, нарушения звукослоговой структуры высказывания, что делает речь крайне непонятной. Дети, страдающие Д., ограничены в речевом общении, вследствие чего у них снижается познавательная активность, не происходит обогащения словарного запаса; в тяжелых случаях возникают вторичные отклонения общего развития. Коррекционные мероприятия дифференцируются в зависимости от формы и степени выраженности Д. и связаны с лечением основного органич. заболевания.

ДИЗОНТОГЕНЕЗ – нарушение индивидуального развития.

ДИСГРАФИЯ (от греч. Dis - приставка, означающая расстройство, и grapho - пишу) – частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажении звукослогового состава слова и структуры предложения. В основе Д. у детей обычно лежит недоразвитие устной речи, в частности наблюдаются

неполноценность фонематического слуха и недостатки произношения, препятствующие овладению фонетическим (звуковым) составом слова. Наиболее тяжелая степень этого нарушения - аграфия - полная неспособность к овладению навыком письма.

ДИСЛАЛИЯ (от греч. *dis* - приставка, означающая расстройство, и *lalia* - речь) – нарушение произношения звуков и их сочетаний, вызванное анатомич. дефектами артикуляционного аппарата (механическая Д.), неблагоприятными условиями развития речи либо нарушениями фонематического восприятия (функциональная Д.). Крайне выраженная форма – алалия.

ЗОНА АКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ – это психические функции, умения и навыки ребенка, которые уже сформировались, созрели, причем ребенок выполняет задачи, связанные с этими умениями и навыками без помощи взрослых. По Л.С. Выготскому – это те действия, которые есть в психике ребенка на сегодняшний день; то, что ребенок может делать самостоятельно.

ЗОНА БЛИЖАЙШЕГО РАЗВИТИЯ – расхождение между уровнем актуального развития (он определяется степенью трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно) и уровнем потенциального развития (которого ребенок может достигнуть, при определенных условиях и в том числе решая задачи под руководством взрослого и в сотрудничестве со сверстниками). Понятие введено Л.С. Выготским, который считал, что З.б.р. определяет психич. функции, находящиеся в процессе созревания. З.б.р. свидетельствует о ведущей роли обучения в умственном развитии детей. Обучение, когда оно, согласно Л.С. Выготскому, идет впереди развития, пробуждает и вызывает к жизни псих. функции, лежащие в З.б.р. З.б.р. дает представление о потенциальных возможностях развития, что, в свою очередь, позволяет определить научно обоснованный прогноз и практич. рекомендации об оптимальных сроках обучения как для массы детей, так и для каждого отдельного ребенка. Определение актуального и потенциального уровня развития, а также З. б. р. составляет то, что Выготский называл нормативной возрастной диагностикой, в отличие от симптоматической диагностики,

опирающейся лишь на внешние признаки развития. Определение З. б. р., в частности, играет решающую роль в разграничении ЗПР и олигофрении.

ИГРОТЕРАПИЯ – метод лечебно-пед. воздействия на детей и взрослых, страдающих эмоциональными нарушениями, страхами, неврозами и т.п. В основе различных методик, определяемых этим понятием, лежит признание игры важным фактором развития личности. Одним из первых игру в практике дет. психотерапии применил в 1913 г. З. Фрейд. И. приобрела широкое распространение с 40-50-х гг.; осуществляется в рамках различных теоретич. школ и направлений. Игровые методики различаются по степени директивности, по частоте игровых сеансов; игра может применяться как способ индивидуального воздействия и в целях групповой психотерапии; иногда проводятся совместные игры с родителями. По мнению разных авторов, психотерапевту может отводиться роль наблюдателя, партнера или руководителя. И. включает такие средства, как разыгрывание определенных сюжетов, игра ребенка с куклами, лепка, рисование, игры с песком и т. п. Применение игры в отечественной психотерапевтич. практике основывается на теории игровой деятельности, наиболее полно разработанной в трудах Д.Б. Эльконина. А.И. Захаровым разработана методика И., которая является частью целого комплекса воздействий на ребенка. Игра рассматривается ими как самостоятельный метод, и как составная часть, сочетающаяся с рациональной и суггестивной психотерапией. Им сформулирован ряд правил, соблюдение которых является необходимым: выбор игровых тем отражает их значимость, для терапевта и интерес для ребенка; руководство игрой способствует развитию самостоятельной инициативы детей; спонтанные и направленные игры – две взаимодополняющие фазы единого процесса, в котором главное – возможность импровизации; направленное воздействие на ребенка осуществляется посредством характера воспроизводимых им и терапевтом персонажей. Эффект И. определяется практикой новых отношений, которые ребенок осваивает в игре.

КОМПЕНСАЦИЯ – сложный многоаспектный процесс перестройки психологических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма. Компенсаторная перестройка включает восстановление или замещение утраченных или нарушенных функций, а также их изменение. Важнейшую роль в компенсации играет центральная нервная система. Развитие и восстановление несформировавшихся и нарушенных речевых и неречевых функций осуществляются на основе специальной системы логопедического воздействия.

КОРРЕКЦИЯ (лат. correctio - исправление) – в специальной педагогике – система медико-психолого-педагогических мер, направленных на исправление, ослабление или предупреждение недостатков в психическом или физическом развитии. Под К. подразумевается как непосредственное исправление некоторых нарушений (например, зрения, слуха, произношения), так и целостное влияние на ребенка в процессе его обучения, воспитания и развития.

НЕГАТИВИЗМ – сопротивление, лишённое разумных оснований.

ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ (ОНР) – различные сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте (звукопроизношение, фонематический слух, лексика, грамматический строй речи, связная речь, просодика).

ПАРЦИАЛЬНЫЙ – частичный, относящийся к ограниченной области.

ПОЛЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ – безотчетное поведение ребенка, определяемое объектами, случайно оказывающимися в поле его восприятия.

ПРОИЗВОЛЬНЫЙ (по отношению к вниманию, поведению и т.д.) – сознательно регулируемый, направленный на достижение определенной цели.

ПСИХОДРАМА – воспроизведение впечатления, подобного травмирующему, с постепенным нарастанием напряжения, кульминацией и благополучным разрешением в конце.

ПСИХОЛОГИЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ – отрасль психологии, изучающая особенности психики людей, для которых характерно отклонение от

нормального развития, вызванное врожденными или приобретенными дефектами. В зависимости от специфики дефекта выделяют психологию слепых (тифлопсихология), глухих (сурдопсихология), умственно отсталых (олигофренопсихология), а также детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, речи и др. П. с. является составной частью дефектологии. Научные основы отечественной П. с. заложены в 20-х гг. XX в. Л.С. Выготским, показавшим, что первичный дефект (напр., нарушение функционирования анализатора) приводит к вторичным изменениям психич. развития, перестройке взаимоотношений с окружающими, а также обуславливает своеобразное развитие и формирование высших психич. функций.

РЕАБИЛИТАЦИЯ – восстановление или компенсация утраченной функции, мероприятия в отношении больных детей, направленные на то, чтобы ребенок овладел умениями и навыками, система мероприятий, имеющих целью быстрое и наиболее полное восстановление здоровья больных и возвращение их к активной жизни.

РИНОЛАЛИЯ (от греч. rhinos - нос и лат. lalia - речь), палатолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологич. дефектами речевого аппарата. Искажения тембра голоса и звукопроизношения проявляются вследствие нарушения нормального участия носовой полости в голосообразовании. Через расщелину в мягком и твердом небе воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа; при этом звуки речи становятся излишне нозализованными (носовыми), речь малоразборчивая, монотонная (устаревшее название Р. - гнусавость). Такая форма Р. называется открытой в отличие от закрытой, которая проявляется при нарушении нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, искривлениях носовой перегородки, опухолях и хронич. воспалительных процессах носоглотки. При закрытой Р. носовой резонатор полностью или частично выключается из процесса звукообразования и голос лишается ряда обертонов, звучит глухо, с искажением носовых звуков «М», «Н».

СЕНЗИТИВНОСТЬ – повышенная чувствительность.

СТЕРЕОТИПИИ – устойчивые формы однообразных действий.

ТАКТИЛЬНЫЙ – относящийся к ощущениям прикосновения и давления.

ФОНЕМАТИЧЕСКИ СЛУХ – тонкий систематизированный слух, обладающий способностью осуществлять операции различения и узнавания фонем, составляющих звуковую оболочку слова.

ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ – нарушение процесса формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем.

ЭТИОЛОГИЯ – причины возникновения болезни или нарушения развития.

ЭХОЛАЛИЯ (по имени нимфы Эхо в древнегреч. мифологии: согласно преданию, Эхо окаменела и от нее остался только голос, способный повторять лишь окончания произнесенных в ее присутствии слов) – автоматическое повторение услышанных слов, когда вместо ответа больной повторяет обращенный к нему вопрос. Иногда встречается у детей на ранних этапах становления речи, не выступая симптомом патологии; впоследствии исчезает. Встречается при олигофрении (в основном имбецильности); наиболее выражена при РАС и шизофрении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азбукина, Е.Ю. Основы специальной педагогики и психологии: учебник / Е.Ю. Азбукина, Е.Н. Михайлова. – Москва : ИНФРА-М, 2023. – 396 с. – (Высшее образование: Бакалавриат). – URL: <https://znanium.ru/catalog/product/1891843> (дата обращения: 02.10.2024). – Режим доступа: ЭБС Znanium.com, для авторизов. пользователей. – ISBN 978-5-16-015062-8. – Текст : электронный.

2. Артпедагогика и арттерапия в специальном и инклюзивном образовании : учебник для вузов / под редакцией Е. А. Медведевой. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2024. – 274 с. – (Высшее образование). – URL: <https://urait.ru/bcode/539879> (дата обращения: 02.10.2024) – Режим доступа: Образовательная платформа Юрайт, для авториз. пользователей. – ISBN 978-5-534-06713-2. – Текст : электронный.

3. Ахутина, Т. В. Диагностика речевых нарушений школьников : практическое пособие / Т. В. Ахутина, Т. А. Фотекова. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва : Юрайт, 2024. – 157 с. – (Высшее образование). – URL: <https://urait.ru/bcode/539017> (дата обращения: 02.10.2024). – Режим доступа: Образовательная платформа Юрайт, для авториз. пользователей. – ISBN 978-5-534-06800-9. – Текст : электронный.

4. Бакаева, О.Н. Семейное воспитание детей с нарушениями речи : учебно-методическое пособие к организации самостоятельной и индивидуальной работы студентов факультета педагогики и психологии (дошкольной) дневной и заочной форм обучения по специальности 050715 «Логопедия» (050703 «Дошкольная педагогика и психология» с дополнительной специальностью 050715 «Логопедия») / О.Н. Бакаева. – Елец : ЕГУ им. И. А. Бунина, 2011. – 64 с. – URL: <https://e.lanbook.com/book/195749> (дата обращения: 02.10.2024). – Режим доступа: Образовательная платформа Лань, для авториз. пользователей. – Текст : электронный.

5. Возрастные особенности и нарушения речевой функции : учебно-методическое пособие / В.И. Гузева, Е.Ю. Власова, В.В. Гузева [и др.]. – 2-е изд. – Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2018. – 20 с. – URL: <https://e.lanbook.com/book/174410>(дата обращения: 02.11.2024). – Режим доступа: Образовательная платформа Лань, для авториз. пользователей. – ISBN 978-5-907065-01-7. – Текст : электронный.

6. Волковская, Т. Н. Логопсихология : учебник для вузов / Т. Н. Волковская, И. Ю. Левченко. – Москва : Юрайт, 2024. – 190 с. – (Высшее образование). – URL: <https://urait.ru/bcode/543352>(дата обращения: 02.11.2024). – Режим доступа: Образовательная платформа Юрайт, для авториз. пользователей. – ISBN 978-5-534-12709-6. – Текст : электронный.

7. Волковская, Т.Н. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи / Т.Н. Волковская, Г.Х. Юсупова; под научной ред. И.Ю. Левченко. – М.: Национальный книжный центр, 2014. – 96 с. – (Специальная психология). – ISBN 978-5-4441-0049-3. – Текст : непосредственный.

8. Глухов, В.П. Дефектология. Специальная педагогика и специальная психология : курс лекций / В.П. Глухов. – Москва : МПГУ, 2017. – 312 с. – URL: <https://znanium.com/catalog/product/1316658>(дата обращения: 02.11.2024). – Режим доступа: ЭБС Znanium.com, для авторизов. пользователей. – ISBN 978-5-4263-0575-5. – Текст : электронный.

9. Детская логопсихология : учебник / О.А. Денисова, О. Л. Леханова, Т.В. Захарова, В.Н. Поникарова. – Москва : Владос, 2015. – 159 с. – ISBN 978-5-691-02124-4. – Текст : непосредственный.

10. Екжанова, Е. А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста с неярко выраженными отклонениями в развитии : учебное пособие / Е. А. Екжанова, Е. А. Стребелева. – Санкт-Петербург : КАРО, 2023. – 332 с. — ISBN 978-5-9925-0826-0. – Текст : непосредственный.

11. Калягин, В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи. Практикум : пособие для студентов, педагогов, логопедов и психологов / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – Санкт-Петербург : КАРО, 2013. – 432 с. – (Психологический взгляд). – ISBN 978-5-9925-0143-8. – Текст : непосредственный.
12. Калягин, В.А. Психология лиц с нарушениями речи : учебное пособие / В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова. – Санкт-Петербург : КАРО, 2007. – 544 с. – (Психологический взгляд). – ISBN 978-5-89815-925-2. – Текст : непосредственный.
13. Косякова, О.О. Логопсихология / О.О.Косякова. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2007. – 254 с. – (Высшее образование) – ISBN 978-5-222-1180-01. – Текст : непосредственный.
14. Кошелева, Н.В. Активация речевой коммуникации у детей и взрослых с патологией речи : учебно-методическое пособие / Н. В. Кошелева, Н. А. Кочеткова. – Москва : Владос, 2015. – 200 с. – ISBN 978-5-691-02054-4. – Текст : непосредственный.
15. Лазарева, О.П. Специальная детская психология : учебно-методическое пособие / О.П. Лазарева, А.А. Ошкина. – Тольятти : ТГУ, 2019. – 102 с. – URL: <https://e.lanbook.com/book/140099>(дата обращения: 02.11.2024).– Режим доступа: Образовательная платформа Лань, для авториз. пользователей. – Текст : электронный.
16. Логопатопсихология : учебное пособие для студентов / под ред. Р.И. Лалаевой, С.Н. Шаховской. – Москва : ВЛАДОС, 2010. – 462 с. : ил. – (Коррекционная педагогика). – ISBN 978-5-691-01726-1. – Текст : непосредственный.
17. Мамайчук, И.И. Методы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии / И.И.Мамайчук. – СПб. :Эко-вектор, 2023. – 416 с. – ISBN 9785907201835. – Текст : непосредственный.
18. Поливара, З.В. Дифференциальная диагностика речевых дисфункций у детей дошкольного возраста : учебное пособие / З. В. Поливара.

– 3-е изд., стер. – Москва : ФЛИНТА, 2019. – 136 с. – ISBN 978-5-9765-1650-2. – Текст : непосредственный.

19. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья : учебное пособие для вузов / ответственный редактор Д. И. Бойков. – 2-е изд. – Москва : Юрайт, 2024. – 211 с. – (Высшее образование). – URL: <https://urait.ru/bcode/543157>(дата обращения: 02.11.2024).– Режим доступа: Образовательная платформа Юрайт, для авториз. пользователей. – ISBN 978-5-534-13506-0. – Текст : электронный.

20. Романович, О.А. Диагностика психофизических процессов и речевого развития детей 3–4 лет : учебное пособие / О. А. Романович, Е. П. Кольцова. – Москва : Владос, 2013. – 95 с. – ISBN 978-5-691-01963-0. – Текст : непосредственный.

21. Специальная психология : учебник для вузов / ответственный редактор В. И. Лубовский. – 7-е изд., перераб. и доп. – Москва : Юрайт, 2024. – 598 с. – (Высшее образование). – URL: <https://urait.ru/bcode/535016>(дата обращения: 02.11.2024). – Режим доступа: Образовательная платформа Юрайт, для авториз. пользователей. – ISBN 978-5-534-18438-9. – Текст : электронный.

22. Специальная психология : учебник для вузов / под редакцией Л. М. Шипицыной. – Москва : Юрайт, 2024. – 287 с. – (Высшее образование). – URL: <https://urait.ru/bcode/536682> (дата обращения: 02.11.2024). – Режим доступа: Образовательная платформа Юрайт, для авториз. пользователей.– ISBN 978-5-534-02326-8. – Текст : электронный.

23. Ткачёва, В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование / В.В.Ткачёва. – М.: Национальный книжный центр, 2014. – 160 с. – (Специальная психология). – ISBN 978-5-4441-0057-8. – Текст : непосредственный.

24. Хлыстова, Е.В. Специальная психология: работа психолога в дошкольной образовательной организации : учебное пособие / Е. В. Хлыстова, Л.В. Токарская. – 2-е изд., стер. – Москва : ФЛИНТА ; Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2020. – 140 с. – URL: <https://znanium.ru/catalog/product/1861707>(дата

обращения: 02.11.2024). – Режим доступа: ЭБС Znanium.com, для авторизов. пользователей. – ISBN 978-5-9765-4355-3. – Текст : электронный.

25. Цейтлин, С.Н. Язык и ребенок. Освоение ребенком родного языка : учебное пособие / С.Н. Цейтлин. – Москва : Владос, 2017. – 240 с. – ISBN 978-5-9500675-3-2. – Текст : непосредственный.

26. Цыганок, А.А. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий : учебное пособие / А. А. Цыганок, А. Л. Виноградова, И.С. Константинова. – 4-е изд. – Москва : Теревинф, 2019. – 72 с. – ISBN 978-5-4212-0555-5. – Текст : непосредственный.

27. Юртаев, С.В. Языковое образование и речевое развитие младших школьников : учебное пособие / С.В. Юртаев. – 4-е изд., испр. – Москва : ФЛИНТА, 2019. – 232 с. – ISBN 978-5-9765-1660-1. – Текст : непосредственный.

Учебное издание

**Авдеева Ирина Николаевна
Мурованая Нонна Николаевна
Лобач Светлана Александровна
Курбангалиева Юлия Юрьевна**

**ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ
С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Изд. № 162/2024. Объем 8,5 п.л. Усл. печ. л. 7,90. Уч.-изд. л. 8,33.
Издательский центр ФГАОУ ВО «Севастопольский государственный университет»