

Лекция 4. Недостатки звукопроизношения

Тема 1. Нарушения речи.

Принципы анализа речевых нарушений по Левиной Р.Е.

Целью анализа речевых нарушений является выяснение структуры дефекта и научное обоснование направления и содержания исследований речевой патологии в детском возрасте. Принципы анализа речевых нарушений составляют основу их классификации и разработки научно обоснованных путей и методов предупреждения, преодоления и коррекции.

Одним из первых исследователей, сформулировавших принципы анализа речевых нарушений, адекватных средствам логопедии как педагогической науки, была Р. Е. Левина. Ею выделены три принципа: развития, системного подхода и рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка. Эти принципы остаются ведущими в логопедии при анализе речевых нарушений.

Принцип развития предполагает эволюционно-динамический анализ возникновения дефекта.

Важно не только описание речевого дефекта, но и динамический анализ его возникновения. У детей, нервно-психические функции, которых находятся в процессе непрерывного развития и созревания, необходимо оценить не только непосредственные результаты первичного дефекта, но и его отсроченное влияние на формирование речевых и познавательных функций.

Анализ речевого дефекта в динамике возрастного развития ребенка, оценка истоков его возникновения и прогнозирование его последствий требуют знания особенностей и закономерностей речевого развития на каждом возрастном этапе, предпосылок и условий, обеспечивающих его развитие.

Анализ речевых нарушений с позиций развития позволяет выделить ведущий дефект и связанные с ним вторичные нарушения. При анализе речевого нарушения важное значение имеет оценка деятельности ребенка.

У ребенка первого года жизни ведущая форма деятельности эмоционально-положительное общение со взрослым, которая является основой для формирования предпосылок речевого общения. У детей, у которых этот вид деятельности развивается слабо, например, длительная болезнь, требующая госпитализации, или недостаточное общение с окружающими, предпосылки речевого развития формируются недостаточно, и такой ребенок в первые годы жизни может отставать в развитии речи.

У ребенка второго года жизни ведущей формой деятельности, стимулирующей его речевое развитие, является предметно-действенное общение со взрослым. Если на этом возрастном этапе не происходит смены ведущей формы деятельности, продолжает преобладать эмоционально-положительное общение, то у ребенка возникает отставание речевого развития. Подобное наблюдается у детей с церебральным параличом.

С трех лет жизни ведущей формой деятельности становится игра, в процессе которой происходит интенсивное развитие речи. Ряд зарубежных авторов предлагает игру как способ оценки и прогнозирования речевого развития, а также в целях коррекции речевых расстройств

И наконец, в школьном возрасте ведущая учебная деятельность составляет основу совершенствования устной и развития письменной речи ребенка.

Принцип системного подхода основывается на системном строении и системном взаимодействии различных компонентов речи: звуковой стороны, фонематических процессов, лексико-грамматического строя.

Нарушения речи могут в разной степени затрагивать те или иные компоненты ее деятельности. В одних случаях больше нарушается ее звукопроизносительная сторона, страдает внятность речи — фонетические расстройства; при других — нарушения звукопроизношения сочетаются с недостаточным овладением звуковым составом слов —

фонетико-фонематические нарушения. В этих случаях неизбежны трудности в усвоении чтения и письма.

Когда нарушение охватывает фонетико-фонематическую и лексико-грамматическую систему, проявляется так называемое общее недоразвитие речи, при котором лексико-грамматические и фонетико-фонематические нарушения представляют собой единый взаимосвязанный комплекс.

Взаимосвязь различных компонентов речи отчетливо выражена в процессе ее развития. Фонетическое развитие способствует накоплению словаря и расширению грамматических средств.

Принцип системного подхода в анализе речевых нарушений обоснован как системным взаимодействием между различными компонентами языка, так и нейрофизиологическими данными о формировании функциональной речевой системы.

Этот принцип составляет основу педагогической классификации речевых расстройств, комплектования специальных учреждений для детей с нарушениями речи, а также определяет пути и методы преодоления и предупреждения речевых расстройств.

Третьим принципом анализа речевых нарушений, выдвинутым Р. Е. Левиной, является связь речи с другими сторонами психического развития ребенка.

Все психические процессы у ребенка — воспитание, память, внимание, воображение, мышление, целенаправленное поведение — развиваются 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 его интеллектуального развития. В силу дефекта речи он мало общается с окружающими, круг представлений в связи с этим значительно ограничивается, темп развития мышления замедляется.

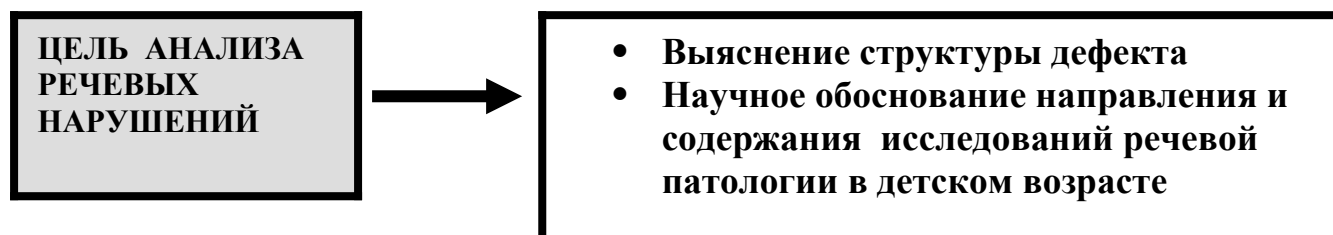
Речь развивается в тесной взаимосвязи с формированием мыслительных процессов. Ребенок при помощи речи не только получает новую информацию, но и приобретает возможность ее по-новому усваивать. Речь перестраивает все основные психические процессы ребенка: с ее участием восприятие приобретает обобщенный характер, развиваются представления, совершенствуется мнестическая деятельность. По мере развития лексико-грамматической стороны речи у ребенка становятся возможными также такие интеллектуальные операции, как сравнение, анализ и синтез.

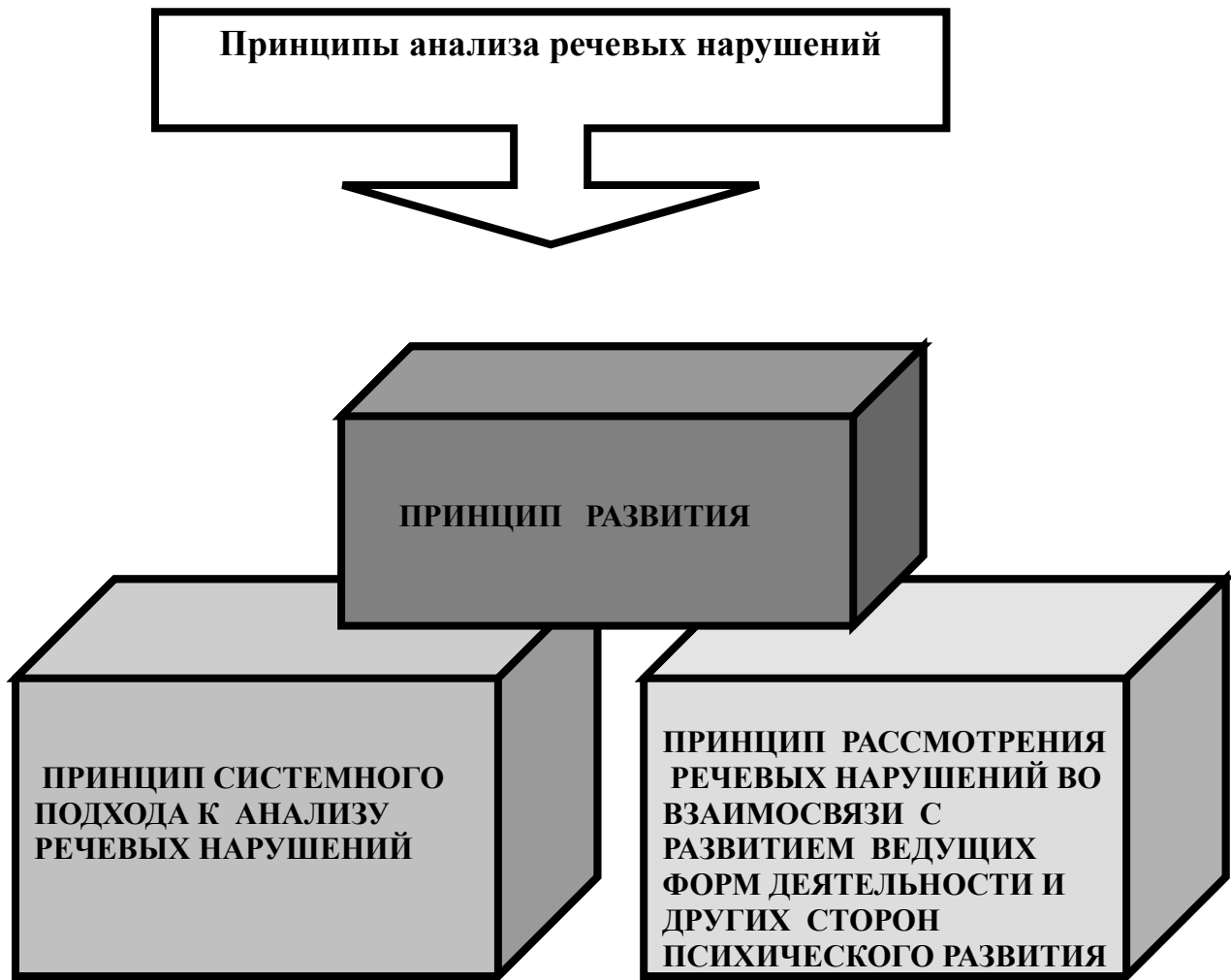
При анализе речевых нарушений важно учитывать возраст ребенка, его социальное и семейное окружение, возможные этиологические и патогенетические факторы возникновения речевых расстройств.

Таким образом, для анализа речевых нарушений на основе взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития ребенка необходим комплексный подход в изучении детей.

Итак:

Цель и принципы анализа речевых нарушений





Структура речевого дефекта: вторичные и первичные нарушения

Под структурой речевого дефекта понимается совокупность (состав) речевых и неречевых симптомов данного нарушения речи и характер их связей. В структуре речевого дефекта выделяется первичное, ведущее нарушение (ядро) и вторичные дефекты, которые находятся в причинно-следственных отношениях с первыми, а также системные последствия. Различная структура речевого дефекта находит свое отражение в определенном соотношении первичных и вторичных симптомов, что во многом определяет специфику целенаправленного логопедического воздействия.

При устранении речевых нарушений используются понятия: «логопедическое воздействие», «коррекция», «компенсация», «развитие», «обучение», «воспитание», «перевоспитание», «коррекционно-восстановительное обучение» и др.

Логопедическое воздействие представляет собой педагогический процесс, направленный на коррекцию и компенсацию нарушений речевой деятельности, на воспитание и развитие ребенка с речевым нарушением.

Коррекция нарушений речи — это исправление речи или ослабление симптоматики нарушений речи (устранение, преодоление речевых нарушений).

Компенсация представляет собой 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, в процессе которой формируются компенсации.

Обучение — это двусторонний управляемый процесс, включающий активную познавательную деятельность детей по усвоению знаний, умений и навыков и педагогическое руководство этой деятельностью. Процесс обучения выполняет образовательную, воспитательную и развивающую функцию в их органическом единстве.

Воспитание — это целенаправленное, систематическое, организованное управление процессом формирования личности или отдельных ее качеств в соответствии с потребностями общества.

В процессе перевоспитания осуществляются коррекция и компенсация личностных особенностей лиц с нарушениями речевой деятельности.

При локальных поражениях головного мозга в логопедической работе используется восстановительное обучение, которое направлено на восстановление нарушенных речевых и неречевых функций. В основе этого обучения лежит опора на сохраненное звено функции и перестройка всей функциональной системы. Термин «восстановление речи» используется для обозначения обратного развития нарушенной речи при афазии.

Логопедическое воздействие может быть направлено как на устранение нарушений речи (например, дислексии), на исправление (например, звукопроизношения), так и на преодоление отрицательных симптомов неречевых нарушений (например, психологических особенностей заикающихся).

Медицинские и психоневрологические аспекты нарушений речи

Психоневрологический анализ вариантов речевых нарушений при общем недоразвитии речи включает в себя не только описание различных аспектов нарушенной речевой и психической деятельности, но и вскрытие основных механизмов этих нарушений в динамике продолжающегося речевого и психического развития. Важно понять условия и нейрофизиологические механизмы переходов от одного уровня речевого развития к другому при различных речевых нарушениях у детей; необходимо увидеть диалектику появления нового качества на каждом этапе речевого и психического развития ребенка.

Медицинский подход к проблеме нарушений речи в широком смысле этого слова предусматривает во-первых, необходимость медицинского диагноза, вскрывающего структуру речевой недостаточности при различных формах речевого недоразвития. Так, например, недоразвитие речи при одинаковом уровне языкового развития может иметь место у ребенка с дизартрией, с моторной алалией, с задержкой темпа его общего психического развития, а также при некоторых неглубоких формах умственной отсталости, выявить которые в дошкольном возрасте очень трудно. Правильное понимание структуры речевого недоразвития в каждом случае является необходимым условием наиболее эффективной логопедической и медицинской помощи этим детям. Только при понимании структуры речевой и психической недостаточности возможно научное прогнозирование путей дальнейшего речевого и психического развития ребенка.

Во-вторых, медицинский подход предполагает также рассмотрение речевой недостаточности в тесном единстве с особенностями психического развития ребенка, ибо известно, что у ребенка с недоразвитием речи, наряду с патологией формирования всех ее сторон, могут отмечаться отклонения в его психическом развитии, темп его психического развития может замедлиться, развитие гностических и мыслительных процессов, эмоционально-волевой сферы, характера, а иногда и личности в целом может происходить аномально. Отклонения в психическом развитии у детей с недоразвитием речи могут зависеть как от поражения центральной нервной системы, т. е. от той же причины, которой часто определяется и сама речевая патология, а также и от самой речевой недостаточности. Последнее объясняется тем, какую роль играет речь в психическом развитии ребенка.

Выделяют три функции речи, которые выступают в тесном единстве и имеют важное значение в формировании психики и интеллекта ребенка:

1) Коммуникативная функция речи. Эта функция речи является одной из наиболее ранних. Специальными исследованиями было установлено, что уже у детей в возрасте двух лет речь выполняет функцию общения

2. Весь период дошкольного возраста — это прежде всего дальнейшее развитие речи для общения с окружающими. В процессе общения ребенок усваивает новые понятия, у него расширяется запас знаний и представлений об окружающем, формируется мышление. Коммуникативная функция речи способствует развитию контактности ребенка со сверстниками, развивает возможность совместной игры, что имеет большое значение для формирования адекватного поведения, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка.

Таким образом, первая возникшая у ребенка речь является социальной, в дальнейшем на ее основе развивается внутренняя речь, с помощью которой у детей "осуществляется познание и формируется возможность регулировать свое поведение.

2) Познавательная функция речи тесно связана с возможностью общения ребенка с окружающими, т. е. коммуникативная и познавательная стороны речи формируются в тесном единстве. Ребенок при помощи речи не только получает новую информацию, но и приобретает возможность ее по-новому усваивать. У детей первых лет жизни речь оказывает прежде всего важное влияние на развитие ощущений и восприятий, на формирование гностических процессов. А. А. Люблинской было показано, что даже пассивное овладение речью ребенком в возрасте первого-второго года жизни способствует развитию обобщенного восприятия, придает всем сенсорным функциям ребенка активный, поисковый характер.

Благодаря речи развиваются представления (память о предметах и явлениях окружающего мира). «Включая отсутствующее прошлое в настоящее, речь позволяет фиксировать, выразить и анализировать настоящее»

При недоразвитии речи восприятие ребенка обедняется, слабо развиваются представления. Большая роль придается речи и в развитии памяти, особенно вербальной, которая необходима для формирования обобщенного мышления.

Формирование обобщающей функции мозга тесно связано со становлением и развитием речевой деятельности.

По мере развития лексико-грамматической стороны речи у ребенка становятся возможными такие интеллектуальные операции, как сравнение, анализ и синтез. Это происходит прежде всего в силу того, что в значении того или иного слова одновременно отражены общие и отличные признаки предметов, обозначаемых определенным звуковым комплексом, т. е. в этом смысле каждое слово уже является понятием, «всякое слово уже обобщает».

Поэтому при олигофрении прежде всего недоразвивается обобщающая функция слова. С другой стороны, при недоразвитии речи могут отмечаться вторичные трудности в формировании обобщенного мышления.

3) Регулирующая функция речи складывается у нормального ребенка уже на ранних этапах его развития. Однако лишь к 4—5 годам, когда у ребенка значительно развита уже смысловая сторона речи, слово взрослого становится истинным регулятором деятельности и

поведения ребенка. Формирование регулирующей функции речи тесно связано с развитием внутренней речи, целенаправленного поведения, возможности программированной интеллектуальной деятельности.

При недоразвитии регулирующей функции речи действия ребенка отличаются импульсивностью, речь взрослого мало корригирует его деятельность, ребенок затрудняется в последовательном выполнении тех или иных интеллектуальных операций, не замечает своих ошибок, теряет конечную задачу, легко переключается на побочные, не существенные раздражители, не может затормозить побочных ассоциаций.

Формирование регулирующей функции речи тесно связано с созреванием лобных отделов мозга. Поэтому при некоторых формах церебральной патологии, когда преимущественно задерживается созревание лобных отделов мозга, отмечается недостаточное развитие регулирующей функции речи, недоразвитие внутренней речи и речевого мышления.

Классификация звуков русского языка

В русском языке различают 42 звука речи, или, пользуясь другим термином, 42 фонемы (от греч. слова *phonema*, что означает «звук речи»).

По механизму образования фонемы делятся прежде всего на гласные и согласные (6 гласных и 36 согласных).

Для всех гласных характерны фонация (голособразование), обусловленная вибрацией голосовых связок, и свободный проход выдыхаемого воздуха через ротовую полость.

Для согласных характерно образование в ротовой полости преград на пути выдыхаемого воздуха либо в виде смычки тех или иных речевых органов, либо в виде образованных ими более или менее узких щелей и проходов, либо, наконец, в виде последовательного соединения смычки го щелью. При образовании одних согласных фонем указанные преграды сочетаются с фонацией, при образовании других фонация отсутствует.

Артикуляционная классификация гласных строится с учетом:

1) участия или неучастия губ. В артикуляции гласных о и у, кроме языка, активное участие принимают губы, которые при произнесении этих фонем выдвигаются вперед и округляются. Поэтому гласные о, у называют лабиализованными (от лат. *labia* — губы), а все остальные гласные — нелабиализованными;

2) степени подъема языка к нёбу (верхний, средний и нижний подъем);

3) места подъема языка (передний, средний и задний ряд). Описанная выше классификация гласных фонем представлена в таблице 1.

Таблица I Классификация гласных

Место и степень подъема языка	Ряд		
передний	средний	задний	
Подъем: верхний	И	Ы	У
средний	Э	О	
нижний	А		
Лабиализация	Нелабиализованные	Лабиализованные	

Артикуляционная классификация согласных строится с учетом пяти основных признаков:

- 1) наличие или отсутствие вибрации голосовых складок;
- 2) способ артикуляции;
- 3) место артикуляции;
- 4) наличие или отсутствие дополнительного подъема спинки языка к твердому нёбу;
- 5) место резонирования.

По первому признаку (по наличию или отсутствию вибрации голосовых складок) согласные делятся на:

1) звонкие, при образовании которых тон голоса сочетается с резко выраженным шумом: б,б', д,д', г,г', в,в', з,з', ж,ж';

2) сонорные (от лат. *sono* — звучу), при образовании которых шум почти не присутствует и преобладает тон голоса: л,л', р,р', м,м', н,н', и (j),

3) глухие, в образовании которых участвует только шум: п,п', т,т', к,к', ф,ф', с,с', х, ц, ч', ш, щ.

По второму признаку (по способу артикуляции) согласные делятся на:

1) смычные — смычно-взрывные: б,б', п,п', д,д', т,т', г,г', к,к' и смычно-проходные: м,м', н,н', л,л';

2) щелевые (фрикативные): в,в', ф,ф', з,з', с,с', ш, ж, щ, х,х', и (j),

3) аффрикаты: ц, ч';

4) дрожащие: р,р'.

По третьему признаку (по месту артикуляции) согласные делятся на:

1) губные — губно-губные: м,м', п,п', б,б' и губно-зубные: ф,ф', в,в'.

2) язычные — язычно-зубные: т,т', д,д'', н,н', с,с', з,з', ц; язычно-альвеолярные: л,л', р,р'; язычно-передненёбные: ш, ж, ч, щ; язычно-средненёбные: к', г', х',й (j); заднеязычные (задненёбные): г, к, х.

По четвертому признаку (по наличию или отсутствию подъема спинки языка) согласные делятся на:

1) твердые: твердые пары всех согласных, кроме ч, щ;

2) мягкие: мягкие пары всех согласных, кроме ш, ж, ц.

По пятому признаку (по месту резонирования) согласные делятся на:

1) носовые: м,м', н,н';

2) ротовые: все остальные согласные.

Таким образом, каждый согласный звук (фонема) имеет целый ряд артикуляционных особенностей и в зависимости от этого может быть отнесен одновременно к нескольким группам.

Наглядное представление о распределении согласных по пяти произносительным признакам можно составить по таблице 2.

Таблица 2 Классификация согласных

Ротовое или носовое резонирование	Степень участия голоса и шума	Место образования Способ образования	Губные				Язычные										
			губно-губные		губно-зубные		язычно-зубные		язычно-альвеолярные		язычно-переднеязычные		язычно-среднеязычные		язычно-заднеязычные		
			тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	тв.	м.	
Ротовое	звонкие	Смычные	б	б'	—	—	д	д'	—	—	—	—	—	—	з	з	—
			л	л'	—	—	т	т'	—	—	—	—	—	к	к	—	
	глухие	Щелевые	—	—	в	в'	з	з'	—	—	ж	—	й	—	—	—	
			—	—	ф	ф'	с	с'	—	—	ш	щ	—	х	х	—	
	звонкие	Смычно-щелевые	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
			—	—	—	—	ц	—	—	—	—	ч	—	—	—	—	—
Соноры	Дрожащие	—	—	—	—	—	—	р	р'	—	—	—	—	—	—	—	
		—	—	—	—	—	—	л	л'	—	—	—	—	—	—	—	
Соноры	Смычно-проходные	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Носовое	Соноры	Смычно-проходные	м	м'	—	—	н	н'	—	—	—	—	—	—	—	—	

Физиологические несовершенства звукопроизношения у детей дошкольного возраста

Речь маленьких детей в период ее формирования всегда отличается недостатками звукопроизношения. Прежде всего, это вызвано недостаточным развитием движений органов артикуляционного аппарата: языка, губ, мягкого нёба, нижней челюсти. Второй причиной является недостаточная сформированность речевого, или фонематического, слуха, т. е. способности воспринимать на слух и точно дифференцировать все звуки речи (фонемы).

Поэтому к началу дошкольного возраста, хотя ребенок уже в значительной степени овладевает речью, она еще недостаточно ясна и чиста по звучанию.

Понятно, что дети отличаются друг от друга как по степени развития фонематического восприятия, так и по развитию моторики речевого аппарата. Некоторым детям легко даются артикуляционные движения, и они с одного показа и объяснения могут усвоить произношение прежде недоступного для них звука. Другие плохо владеют своими речевыми органами, и нужна длительная тренировка для того, чтобы ребенок смог выполнить необходимое артикуляционное движение.

Большинство согласных звуков дошкольники произносят при широко распластанном языке, при этом выдох производится через рот по средней линии языка. Неправильное положение языка изменяет направление выдыхаемой воздушной струи и приводит к искаженному произношению звуков.

Наиболее типичными возрастными несовершенствами звукопроизношения у детей трехлетнего возраста являются следующие:

1) согласные звуки произносятся смягченно: «сюлоськи» (чулочки), «толь» (стол), «зюби» (зубы), «скамееська» (скамеечка). Значительно реже, но все-таки наблюдаются обратные явления — замена мягких фонем твердыми: «тота» (тётя), «мыська» (мишка), «Луба» (Люба)

2) большинство детей не произносит шипящих фонем ш, ж, ч, щ и заменяет их обычно свистящими с, з: «лосадка» (лошадка), «сапка» (шапка), «зук» (жук), «нозик» (ножик), «девоська» (девочка), «сетка» (щётка);

3) дети совсем не произносят звук р: «ука» (рука), «ыба» (рыба) или заменяют его другими звуками — л, л', в, и: «колова» (корова), «лот» (рот), «лэза» (роза), «кавман» (карман), «йак» (рак);

4) звук л чаще всего смягчается: «люза» (лужа), «толь» (стол). Нередко л заменяется й: «туй» (стул), «той» (стол), «йампа» (лампа);

5) звуки г, к, х или отсутствуют, или заменяются т и д: «дуси» (гуси), «тоска» (кошка), «тлеп» (хлеб).

Кроме того, в этом возрасте детям трудно дается произношение двух-трех рядом стоящих согласных звуков. Чаще ребенок произносит лишь один из звуков. Неударные слоги нередко выпадают,

звуки и слоги переставляются, взаимоуподобляются, особенно в длинных и новых словах: «тол» (стол), «леп» (хлеб), «ципёнок» (цыплёнок), «мицинел» (милиционер), «мачик» (мальчик), «плесин» (апельсин), «мнемножко» (немножко), «клювка» (клюква).

Постепенно все эти недочеты уменьшаются, а к четырем-пяти годам многие дети овладевают правильным звукопроизношением.

Общая характеристика нарушений звукопроизношений

Самыми распространенными недостатками речи у детей дошкольного возраста являются нарушения звукопроизношения. Обычно нарушаются следующие группы звуков: свистящие (с, с'з, з', ц), шипящие (ш, ж, ч, щ), сонорные (л, л', р, р', j), заднеязычные (к, к', г, г', х, х'), звонкие (в, з, ж, б, д, г), мягкие (т', д', н').

У некоторых детей нарушается только одна группа звуков, например, только шипящие или только заднеязычные. Такое нарушение звукопроизношения определяется как простое (частичное), или мономорфное. У других детей нарушаются одновременно две или несколько групп звуков, например, шипящие и заднеязычные или свистящие, сонорные и звонкие. Такое нарушение звукопроизношения определяется как сложное (диффузное), или полиморфное.

В любой из вышеперечисленных групп различают три формы нарушения звуков:

искаженное произношение звука. Например: р горловой, когда звук образуется вибрацией мягкого нёба, а не кончика языка;

отсутствие звука в речи ребенка, т. е. неумение произносить его. Например: «коова» (корова),

замена одного звука другим, имеющимся в фонетической системе данного языка. Например: «колова» (корова).

Причиной искаженного произношения звуков обычно является недостаточная сформированность или нарушения артикуляционной моторики. При этом дети не могут правильно выполнять движения органами артикуляционного аппарата, особенно языком, в результате чего звук искажается, произносится неточно. Подобные нарушения называются фонетическими (некоторые авторы дают им определение антропофонические или моторные), так как при этом фонема не заменяется другой фонемой из фонетической системы данного языка, а звучит искаженно, но это не влияет на смысл слова.

Причина замены звуков обычно заключается в недостаточной сформированности фонематического слуха или в его нарушениях, в результате чего дети не слышат разницы между звуком и его заменителем (например, между рил). Подобные нарушения называются фонематическими (некоторые авторы дают им определение фонологические или сенсорные), так как при этом одна фонема заменяется другой, вследствие чего нарушается смысл слова. Например, рак звучит как «лак», рожки — как «ложки».

Бывает, что у ребенка звуки одной группы заменяются, а звуки другой — искажаются. Например, свистящие с, з, ц заменяются звуками т, д (собака — «тобака», зайка — «дайка»),

цапля — «тапля»), а звук р искажается. Такие нарушения называются фонетико-фонематическими.

Знание форм нарушения звуков помогает определить методику работы с детьми. При фонетических нарушениях звукопроизношения больше внимания уделяют развитию артикуляционного аппарата, мелкой и общей моторики. При фонематических нарушениях основной акцент делается на развитии речевого слуха и, как одного из его компонентов, фонематического слуха.

Нарушения групп звуков обозначаются терминами, образованными от названий греческих букв, соответствующих основному звуку каждой группы:

фонетические нарушения свистящих и шипящих звуков называются сигматизмы, а фонематические — парасигматизмы — от названия греческой буквы сигма, обозначающей звук с;

фонетические нарушения звуков л и л' называются ламбдацизмы, а фонематические — параламбдацизмы — от названия греческой буквы ламбда, обозначающей звук л;

фонетические нарушения звуков р и р' называются ротацизмы, а фонематические — параротацизмы — от названия греческой буквы ро, обозначающей звук р;

фонематические нарушения звука ј называются йотацизмы, а фонематические — парайотацизмы — от названия греческой буквы йога, обозначающей звук ј;

фонетические нарушения заднеязычных звуков называются каппацизмы, а фонематические — паракаппацизмы — от названия греческой буквы каппа, обозначающей звук к.

Нарушения групп звонких и мягких звуков специальных терминов не имеют — их называют:

- дефекты озвончения;
- дефекты смягчения.

Таким образом, мы можем говорить о семи видах неправильного произношения согласных звуков русского языка. Каждый вид имеет несколько разновидностей, например, сигматизмы могут быть: межзубный, боковой, носовой и др.; парасигматизмы — призубный, шипящий и др. Все разновидности нарушений имеют свои особенности исправления.

Кроме форм и видов нарушения звуков, выделяют еще и уровень нарушения. В логопедии различают три уровня неправильного произношения звуков.

Первый уровень. Полное неумение произнести звук. Ребенок не может ни сказать его самостоятельно во фразовой речи, в отдельных словах, изолированно, ни повторить по образцу («Послушай, как воздух свистит, когда выходит из насоса — ссс. Посвисти и ты так»).

Второй уровень. Ребенок правильно произносит звук изолированно (а иногда даже может повторить его в отдельных простых словах), но искажает или пропускает во всех словах и во фразовой речи, т. е. правильный звук есть, но он не автоматизирован.

Третий уровень. Ребенок может правильно произносить звук изолированно, в словах и даже при повторении фраз, но в речевом потоке смешивает его с другим, близким по артикуляции или звучанию, но тоже правильно произносимым изолированно. Наиболее часто дети смешивают звуки с — ш, з — ж, с' — щ, ц — ч, л — р, б — п, д — т, г — к. Предложенную ребенку фразу Бабушка сушила мокрое белье на веревке он может произнести так: «Бабушка сусыла мокрое белье на велевке».

Логопед должен точно знать уровень неправильного произношения звука, так как от этого зависит характер дальнейшей работы: ставить звук (первый уровень), автоматизировать — постепенно вводить в речь (второй уровень), проводить дифференциацию с другим звуком (третий уровень).

Необходимо учитывать еще и то, что нарушения звукопроизношения могут являться и самостоятельными дефектами речи, и частью других, более сложных, речевых нарушений (дизартрии, алалии и др.). В первом случае надо работать только над исправлением звуков. Во втором главной будет работа по исправлению основного дефекта, к которой на

определенном этапе добавляется работа по коррекции звуков, имеющая в зависимости от основного нарушения свои особенности.

С неправильным произношением звуков у детей мы встречаемся очень рано, уже в младших группах дошкольного учреждения. Однако там чаще всего наблюдаются временные (физиологические) нарушения звукопроизношения, обусловленные недостаточной сформированностью речевого слуха или артикуляционного аппарата. При нормальных условиях, когда в детском саду и дома осуществляется весь комплекс мероприятий по укреплению здоровья детей; когда взрослые, разговаривая с малышом, не употребляют детских словечек, а дают ему правильные образцы речи; когда проводится систематическая работа по формированию правильного произношения, способствующая усвоению ребенком фонетической системы языка, развитию речедвигательного и речеслухового анализаторов, физиологические нарушения звукопроизношения изживаются. Однако уже и в этом возрасте имеются случаи патологического нарушения звукопроизношения, характеризующиеся стойкостью неправильного употребления звуков. Они могут быть обусловлены как нарушениями речевого слуха, артикуляционного аппарата, так и расстройствами нейродинамики (недостаточной дифференцировкой возбуждательного и тормозного процессов в коре головного мозга), несформированностью межанализаторных связей.

Патологические нарушения звукопроизношения требуют оказания ребенку специальной помощи, и от ее своевременности будет зависеть успешная подготовка его к обучению в школе.

Общие вопросы обследования звукопроизношения

Чтобы определить характер нарушения той или иной группы звуков (свистящих, шипящих и др.), надо четко знать разновидности сигматизмов и парасигматизмов, ламбдацизмов и параламбдацизмов и др., их отличия от нормы как по артикуляции, так и по звучанию. Но одних теоретических знаний недостаточно — логопед должен выработать у себя необходимые для обследования звукопроизношения умения и навыки:

- умение слушать, т. е. выделять из речевого потока дефектный звук и определять, как он нарушен;

- умение фиксировать работу органов артикуляционного аппарата при произнесении нарушенного звука: видеть, какие движения не получаются, какое участие принимают губы, нижняя челюсть, каждая часть левой и правой половины языка;

- умения и навыки общения с детьми, страдающими нарушениями речи (умение вызвать ребенка на беседу, в процессе которой проверяется произношение звуков в речевом потоке, в отдельных словах, при их изолированном произнесении).

Целесообразно придерживаться определенного порядка проверки, чтобы ничего не пропустить и собрать необходимый материал, на основе которого можно будет составить план работы по исправлению у ребенка недостатков звукопроизношения. Для этого педагог заводит тетрадь, в которой фиксирует все ошибки воспитанника.

В первую очередь выявляют, какая группа (группы) звуков нарушена. Для этого детям младшего возраста можно дать картинку с простым сюжетом, но такую, чтобы на ней были изображены предметы и действия, в названиях которых есть все группы звуков. Ребенок отвечает на вопросы по картинкам, а логопед отмечает дефекты его произношения в тетради на заранее подготовленной странице. С левой стороны в столбик проставлены в определенной последовательности группы звуков:

I — свистящие: с, з, ц, с', з';

II — шипящие: ш, ж, ч

III — сонорные: л, л', р, р' j

IV — заднеязычные: к, г, х, к', г', х';

V — звонкие: в, б, и др.;

VI — мягкие: г', д', н' и др.

Справа напротив каждого звука записываются дефекты его произношения.

Старшим детям педагог может предложить повторить за ним предложения, в которых также встречаются все группы звуков, например: Бабушка Женя сушила мокрое белье на веревке. Галин черный щенок резвится около дома. Если этого будет недостаточно для определения нарушений звуков, целесообразно воспользоваться картинкой (см. выше).

Описанные приемы помогут логопеду определить, простое или сложное нарушение у ребенка, выявить форму нарушения каждой группы звуков, а исходя из этого решить, какое это нарушение — фонетическое, фонематическое или фонетико-фонематическое, установить его вид (сигматизм, парасигматизм или др.).

Поскольку необходимо определить не только вид, но и разновидность нарушения, логопед, предлагая ребенку называть предметные картинки, вслушивается в его речь, определяет особенности звучания исследуемых звуков, отмечает, какое положение занимают при этом органы артикуляционного аппарата. Например: вместо звука с слышен шепелявый звук, при его произнесении кончик языка просовывается между зубами, вместо того чтобы находиться за нижними резцами. Все это характеризует межзубный сигматизм. Таким образом логопед выявляет разновидность сигматизма. А точное определение нарушения звука помогает выбрать соответствующую методику работы.

Далее определяют уровень неправильного произношения звука. Чтобы выяснить, может ли ребенок правильно произнести изолированный звук, логопед просит малыша повторять этот звук за собой, используя различные игровые приемы и картинки-символы. Затем ребенку даются предметные картинки, и он демонстрирует свое умение произносить этот звук в различных словах. А при повторении за педагогом фраз, насыщенных данным звуком, выявляется умение правильно употреблять его во фразовой речи. Ниже приводятся образцы предложений для проверки наиболее часто нарушаемых звуков.

Собака ест мясо. У Зои заболели зубы. Курица с цыплятами пила воду около колодца. Сима и Сеня весело смеялись. У Зины зимой зябнет нос.

У Маши новая шапка и шубка. Жук жужжит — жжж. Щеткой чищу я щенка. Девочки, и мальчики скачут как мячики.

Лампа упала со стола. Лида и Лена гуляли на улице.

У Раи на руке рана. Рита с Риммой варят рис.

Яша ел сладкие яблоки. Емеля едет еле-еле. Ежик у елки наколот гриб на иголки. Юля дала Юре юлу. Лайка, громко не лай, Юле спать не мешай.

Коля катается на коньках. Галя гонит гусей домой. Хлебница стоит на холодильнике. Никите купили кеды и кепку. Гена надел сапоги. Мухи сели на хлеб. Волк воет — в-в-в. Бабушка была больна. Даша дала дыша Диме. Тетя Дина сидит на диване.

Логопед отмечает в тетради результаты проверки (произнесение изолированного звука, в словах, во фразах), определяет уровень нарушения и делает вывод о характере коррекционной работы (постановка звука, автоматизация или дифференциация со звуком-заменителем).

В ряде случаев выявление уровня нарушения звука осложняется тем, что дети не могут правильно повторить за логопедом предложения. У некоторых дошкольников наблюдаются разные замены одного и того же звука, часто зависящие от соседних звуков или слов, перестановки и пропуски слов в предложении (ребенок не может удерживать в памяти фразу), ошибки в окончаниях слов (ребенок не согласовывает слава в роде, числе падеже), пропуски падежей или неправильное их употребление. Иногда все эти ошибки могут встречаться у одного ребенка не только при назывании сюжетных картинок, пересказе, рассказывании, но и при повторении предложений. Такие же ошибки могут наблюдаться в речи ребенка и на занятиях, особенно по родному языку и формированию математических представлений. Наличие ошибок в словаре, фразовой речи указывает на то, что нарушение звукопроизношения является частью другого, более сложного, дефекта речи. Соответственно это будет влиять и на методику работы по его коррекции.

Так как фонематические дефекты звукопроизношения обусловлены нарушением фонематического слуха, логопед должен проверить его состояние. Для этого педагог

определяет умение ребенка дифференцировать (различать) на слух следующие группы звуков: свистящие — шипящие (с — ш, з — ж, с' — щ, ц — ч), сонорные (л — р), звонкие — глухие (б — п, д — г, г — к), твердые — мягкие (т — т' н—н' д — д'). Одним из наиболее доступных приемов проверки является такой. Воспитатель просит ребенка повторить за ним в той же последовательности два слога, например: са — ша (ши — сы; со — шо; шу — су и др.) — для детей пяти лет. Шестилетним детям можно предлагать для воспроизведения по три слога, например: са — ша — са (сы — сы — ши; шо — со — шо; шу — шу — су). Проговаривая слоги, воспитатель закрывает рот экраном (можно листом бумаги), который держит на расстоянии 10—15 см, чтобы ребенок не мог использовать как подсказку видимые им движения органов артикуляционного аппарата (при с губы в улыбке, при ш округленные, выдвигаются вперед) и различал звуки только на слух. Сначала воспитатель произносит звуки медленно, затем постепенно убыстряет темп.

Можно также использовать и другие приемы:

разложить на столе в произвольном порядке несколько картинок, названия которых отличаются друг от друга одним из дифференцируемых звуков, например: крыша — крыса, бочки — почки, лак — рак, дачка — тачка и т. д. Логопед называет слово, а ребенок дает ему соответствующую картинку;

попросить ребенка повторить за взрослым знакомые ему слова, отличающиеся одним звуком, например: кит — кот — ком или сом — сок — сук. Если ребенок допускает ошибки, это необходимо учесть при исправлении звукопроизношения и провести соответствующую работу, направленную на развитие фонематического слуха.

Так как фонетические нарушения звукопроизношения связаны в основном с нарушением речедвигательного анализатора, логопед должен зафиксировать все отклонения в строении органов артикуляционного аппарата — челюстей, зубов, твердого нёба. Наиболее частыми дефектами челюстей и зубного ряда являются различные нарушения прикуса.

Нарушения прикуса затрудняют выработку необходимых для произношения разных групп звуков положений языка. При прогении затруднено положение широкого кончика языка за нижними резцами, что необходимо для произношения свистящих звуков. При прагнании затруднено положение широкого кончика языка за верхними зубами, что необходимо для произношения шипящих звуков. При переднем открытом прикусе кончик языка просовывается в щель между резцами, что придает шепелявый оттенок звуку; при боковом открытом прикусе боковой край языка просовывается в щель между коренными зубами и туда же уходит воздушная струя, что придает звукам хлюпающий оттенок.

Могут наблюдаться и отклонения в строении зубного ряда: отсутствие тех или иных зубов, редко поставленные зубы, что может влиять на формирование направленной воздушной струи. Во всех этих случаях надо направить ребенка к специалисту-ортодонту в стоматологическую поликлинику. Но это не значит, что с таким ребенком не надо заниматься. Если у него хорошо работают подвижные органы артикуляционного аппарата и достаточно развит фонематический слух, можно добиться положительных результатов посредством занятий по исправлению звукопроизношения.

Логопед отмечает также и особенности в строении твердого нёба, так как от его формы будут зависеть движения и положения языка. Так, при постановке шипящих звуков, если у ребенка высокое, узкое (готическое) нёбо, необходимо следить, чтобы кончик языка не заходил за бугорки, иначе он будет загигаться и искажать звучание шипящих.

Далее педагог проверяет подвижность органов артикуляционного аппарата — умение ребенка выполнять основные движения, необходимые для произношения звуков родного языка. Сначала выясняется возможность осуществления каждого движения в отдельности, а потом переключения с одного движения на другое — противоположное первому. Таких пар движений шесть:

растянуть губы в улыбке, обнажая резцы, сомкнутые губы вытянуть вперед трубочкой. Переключать губы из положения в улыбке на положение вытянутые трубочкой (без движений нижней челюсти);

зубы сомкнуты, губы в улыбке, обнажают резцы, зубы разомкнуты (примерно на 2 см), губы в улыбке, обнажают резцы. Чередовать движения нижней челюсти — смыкание, размыкание зубов (без участия губ и выдвижения нижней челюсти вперед);

зубы разомкнуты примерно на 2 см, губы в улыбке, обнажают резцы. Высунуть язык и повернуть к правому углу рта; тоже, но повернуть язык к левому углу рта. Чередовать движения языка от левого угла к правому и наоборот при положении губ в улыбке (без движений нижней челюсти влево и вправо);

широкий язык положить на нижнюю губу, губы в улыбке, обнажают резцы, рот открыт. Узкий язык просунуть между резцами, губы в улыбке, обнажают резцы, рот открыт. Переключать положение языка с широкого на узкий при открытом рте (без движений губ);

поднять широкий кончик языка к бугоркам за верхними зубами, губы в улыбке, обнажают резцы, рот открыт. Опустить широкий кончик языка за нижние зубы, губы в улыбке, обнажают резцы, рот открыт. Чередовать движения широкого кончика языка вверх и вниз;

приблизить широкий кончик языка к нижним резцам, губы в улыбке, зубы обнажены, рот открыт. Кончик языка отодвинуть по дну рта назад к подъязычной связке при выгнутой вверх задней части спинки языка. Чередовать движения языка вперед-назад, губы при этом в улыбке, обнажают резцы (без движений нижней челюсти).

При выполнении ребенком этих движений логопед оценивает их качество по следующим критериям:

четкость — ребенок знает направление движений губ или языка и старается выполнить их в полном объеме;

плавность — движение производится легко, плавно, без подергиваний, толчков;

дифференцированность — выполнение движения только одним органом артикуляционного аппарата (языком), без вспомогательных или сопутствующих движений других органов (губ, нижней челюсти);

точность — достижение правильного конечного результата, т. е. ребенок добился нужной формы или необходимого положения губ, языка;

равномерность — симметричное выполнение движения или удерживание положения левой и правой стороны любого подвижного органа артикуляционного аппарата;

устойчивость — удерживание полученного положения без изменений некоторое время (обычно под счет взрослого от 1 до 5 с постепенным увеличением его до 10);

переключаемость — умение совершать многократный, легкий, плавный, достаточно быстрый переход одного движения или положения к другому при сохранении перечисленных выше качеств движения.

Обычно у тех детей, у которых недостаточно сформирована артикуляционная моторика, бывает также недостаточно развита и скоординирована мелкая моторика рук. Для ее проверки используются следующие упражнения:

одновременно поворачивать кисти обеих рук вверх то ладонями, то тыльной стороной (при поворотах ребенок должен приподнимать кисти рук, а не прижимать ребро ладони к столу);

кисти обеих рук одновременно сжимать в кулак, а затем разжимать соединенные вместе пальцы; при каждом движении кулаки или ладони кладутся на стол;

положить кисти обеих рук на стол: левую ладонью вниз, правую ладонью вверх, затем одновременно перевернуть ладони;

положить кисти обеих рук на стол — ладонь левой руки сжать в кулак, а правой — раскрыть, затем одновременно менять эти положения, т. е. разжимать левую руку и сжимать в кулак правую;

поочередно прижимать большой палец руки ко всем остальным («здороваться»), при этом пальцы должны касаться друг друга подушечками. Упражнение проводится то правой, то левой рукой, локоть при этом стоит на столе;

четкость — ребенок знает направление движений губ или языка и старается выполнить их в полном объеме;

плавность — движение производится легко, плавно, без подергиваний, толчков;

дифференцированность — выполнение движения только одним органом артикуляционного аппарата (языком), без вспомогательных или сопутствующих движений других органов (губ, нижней челюсти);

точность — достижение правильного конечного результата, т. е. ребенок добился нужной формы или необходимого положения губ, языка;

равномерность — симметричное выполнение движения или удерживание положения левой и правой стороны любого подвижного органа артикуляционного аппарата;

устойчивость — удерживание полученного положения без изменений некоторое время (обычно под счет взрослого от 1 до 5 с постепенным увеличением его до 10);

переключаемость — умение совершать многократный, легкий, плавный, достаточно быстрый переход одного движения или положения к другому при сохранении перечисленных выше качеств движения.

Обычно у тех детей, у которых недостаточно сформирована артикуляционная моторика, бывает также недостаточно развита и скоординирована мелкая моторика рук. Для ее проверки используются следующие упражнения:

одновременно поворачивать кисти обеих рук вверх то ладонями, то тыльной стороной (при поворотах ребенок должен приподнимать кисти рук, а не прижимать ребро ладони к столу);

кисти обеих рук одновременно сжимать в кулак, а затем разжимать соединенные вместе пальцы; при каждом движении кулаки или ладони кладутся на стол;

положить кисти обеих рук на стол: левую ладонью вниз, правую ладонью вверх, затем одновременно перевернуть ладони;

положить кисти обеих рук на стол — ладонь левой руки сжать в кулак, а правой — раскрыть, затем одновременно менять эти положения, т. е. разжимать левую руку и сжимать в кулак правую;

поочередно прижимать большой палец руки ко всем остальным («здороваться»), при этом пальцы должны касаться друг друга подушечками. Упражнение проводится то правой, то левой рукой, локоть при этом стоит на столе.

Клинико-педагогическая классификация речевых нарушений

Клинико-педагогическая классификация ориентирована в основном на коррекцию дефекта речи, на разработку дифференцированного подхода к их преодолению и нацелена на предельную детализацию видов и форм речевых нарушений, поэтому основывается на подходе от общего к частному. В ней учитываются межсистемные взаимодействия речевых нарушений с обуславливающим их материальным субстратом.

В данной классификации ведущая, определяющая роль отводится психолого-лингвистическим критериям. Выделяют следующие критерии, позволяющие представить, что нарушено в речи, и на основе этого отграничить одно речевое нарушение от другого по признаку отграничения:

1) нарушения формы речи (устной или письменной);

2) нарушенного вида речевой деятельности применительно к каждой из форм: для устной — нарушение говорения или слушания, для письменной — письма или чтения;

3) нарушенного этапа (звена) порождения или восприятия речи: применительно к продуктивным видам речевой деятельности (говорению и письму).

Все виды нарушений, рассматриваемые в данной классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы в зависимости от того, какой вид речи нарушен: устная или письменная.

В логопедии выделяются 11 форм речевых нарушений, 9 из них составляют нарушения устной речи на разных этапах ее порождения и реализации и 2 формы составляют нарушения

письменной речи, выделяемые в зависимости от нарушенного процесса. Нарушения устной речи: дисфония (афония), тахилалия, брадилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия (анартрия), алалия, афазия. Нарушения письменной речи: дислексия (алексия) и дисграфия (аграфия).

Нарушения устной речи, в свою очередь, могут быть разделены на два типа:

1) фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи, и

2) структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными или полиморфными нарушениями речи.

I. Расстройства фонационного оформления высказывания могут быть дифференцированы в зависимости от нарушенного звена: а) голосообразования, б) темпоритмической организации высказывания, в) интонационно-мелодической, г) звукопроизносительной организации. Эти расстройства могут наблюдаться изолированно и в различных комбинациях, в зависимости от чего в логопедии выделяются следующие виды нарушений, для обозначения которых существуют традиционно закрепившиеся термины:

1. Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Синонимы: нарушение голоса, нарушение фонации, фоноторные нарушения, вокальные нарушения.

2. Брадилалия — патологически замедленный темп речи. Синоним: брадифразия.

3. Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Синоним: тахифразия.

4. Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Синонимы: логоневроз, *lalonevros*, *balbuties*.

5. Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Синонимы: косноязычие (устаревшее), дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем.

Описанные дефекты являются избирательными, и каждый из них имеет статус самостоятельного нарушения. Однако наблюдаются и такие, в которых оказываются вовлеченными одновременно несколько звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания. К таким относятся ринолалия и дизартрия.

6. Ринолалия — нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата. Синонимы: гнусавость (устаревшее), палатолалия. При ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи (а не отдельных, как при дислалии). При этом дефекте речь мало разборчива (невнятная), монотонная.

7. Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты. Тяжелой степенью дизартрии является анартрия, проявляющаяся в невозможности осуществить звуковую реализацию речи.

II. Нарушения структурно - семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: алалией и афазией.

1. Алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Синонимы: дисфазия, ранняя детская афазия, афазия развития, слухонмота (устаревшее). Один из наиболее сложных дефектов речи, при котором нарушены операции отбора и программирования на всех этапах порождения и приема речевого высказывания, вследствие чего оказывается не сформированной речевая деятельность ребенка.

2. Афазия — полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Синонимы: распад, утрата речи.

У ребенка теряется речь в результате черепно-мозговых травм, нейроинфекции или опухолей мозга после того, как речь уже была сформирована. Если такое нарушение произошло в возрасте до трех лет, то исследователи воздерживаются от диагноза афазия. Если же нарушение произошло в более старшем возрасте, то говорят об афазии. В отличие от афазии взрослых есть детская, или ранняя афазия.

Нарушения письменной речи.

Подразделяются на две группы в зависимости от того, какой вид ее нарушен. При нарушении продуктивного вида отмечаются расстройства письма, при нарушении рецептивной письменной деятельности — расстройства чтения.

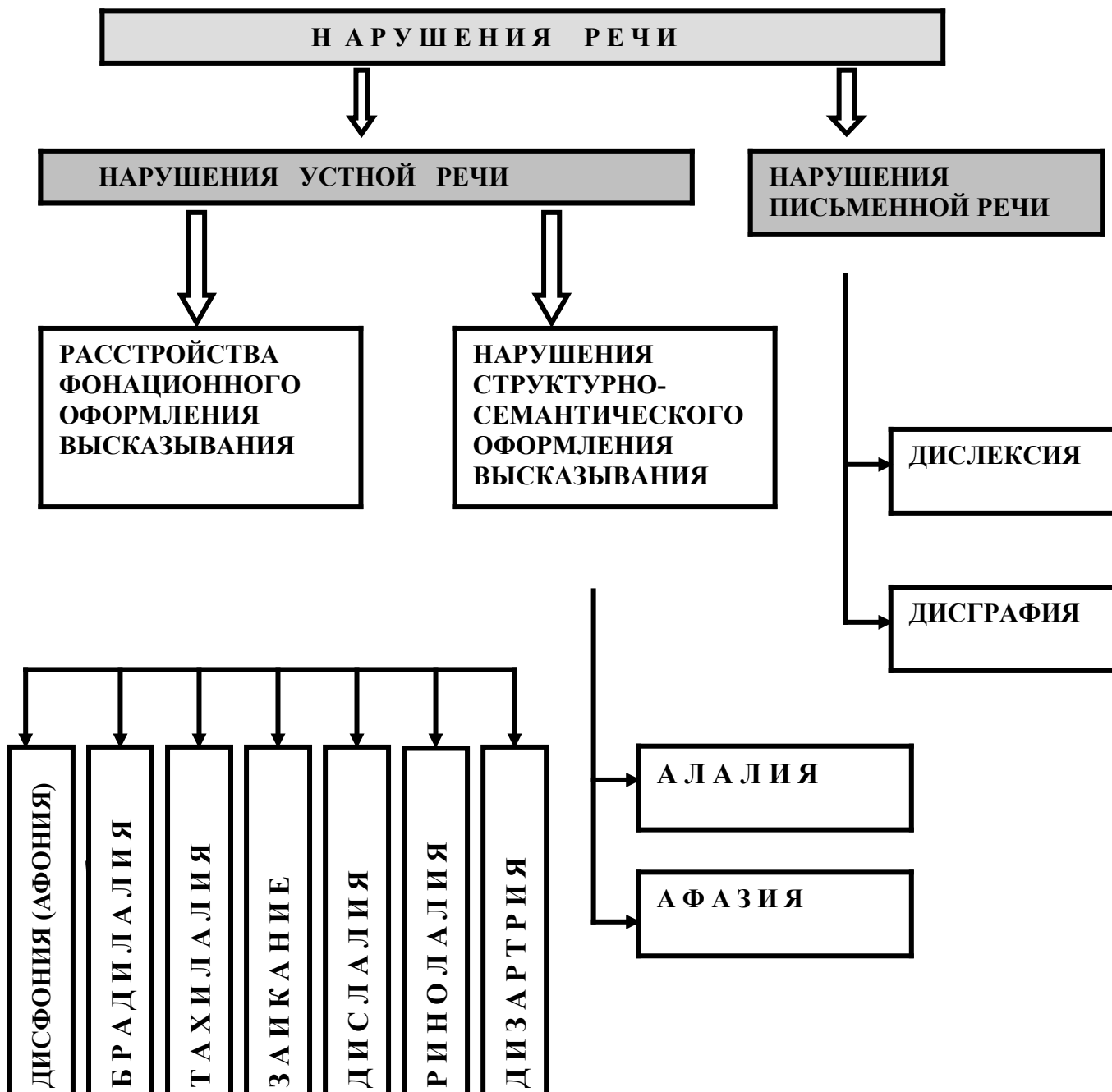
1. Дислексия — частичное специфическое нарушение процесса чтения.

Проявляется в затруднениях опознания и узнавания букв; в затруднениях слияния букв в слоги и слогов в слова, что приводит к неправильному воспроизведению звуковой формы слова; в аграмматизме и искажении понимания прочитанного.

2. Дисграфия — частичное специфическое нарушение процесса письма.

Проявляется в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений. В случае несформированности процессов чтения и письма (в ходе обучения) говорят об алексии и аграфии.

Итак: Клинико-педагогическая классификация нарушений речи



Психолого-педагогическая классификация речевых нарушений Левиной Р.Е.

Данная классификация была разработана Левиной для дошкольников с нарушениями речи и не предусматривает нарушений письменной речи. Однако в последующие годы она стала использоваться и для дифференциации речевых нарушений детей младшего школьного возраста.

В психолого-педагогической классификации нарушения речи подразделяются на 2 группы:

1 группа – нарушение средств общения (фонетико-фонематическое недоразвитие и общее недоразвитие речи). 2 группа – нарушение в применении средств общения (заикание).

Первая группа. Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН) – нарушение формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. Это многочисленная группа детей. Для них характерны:

- неправильное произношение отдельных звуков, одной или нескольких групп звуков (например, свистящие, сонорные...);
- недостаточное фонематическое восприятие нарушенных звуков;
- затруднения в восприятии акустической и артикуляционной разницы между оппозиционными фонемами;
- нарушение формирования фонематического анализа и синтеза;
- затруднения при обучении письму и чтению;
- замена одного звука другим определенным звуком, отсутствие, смешение, неустойчивое употребление звуков.

Общее недоразвитие речи – это сложное речевое расстройство, при котором у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом отмечается позднее начало развития, скудный запас слов, аграмматизм речи, дефекты произношения и фонемообразования. Для детей с ОНР характерно системное нарушение всех компонентов речевой деятельности. Для дошкольников с речевым недоразвитием овладение лексико-грамматическими категориями представляет особую сложность. Анализ развития речи детей дошкольного возраста с ОНР свидетельствует о существенных отклонениях от возрастных нормативов, ограниченности словарного запаса, своеобразии его использования и стойком аграмматизме, что связано с несформированностью импрессивной и экспрессивной сторон речи. Перечисленные нарушения у детей с речевыми расстройствами чаще всего выявляются при алалии, дизартрии, ринолалии (Р.Е.Левина, В.В.Ковшиков, Г.В.Чиркина и др.).

Поскольку степень нарушения (недоразвития) всех этих компонентов может быть разной, принято выделять уровни проявления ОНР – уровни речевого развития ребенка с данным типом нарушения. Данные уровни были выделены при изучении нарушений речи у дошкольников, однако на современном этапе применяются и для квалификации речевых расстройств младших школьников. Нарушения языковых структур дифференцируются в зависимости от уровня ОНР:

- первый уровень ОНР;
- второй уровень ОНР;
- третий уровень ОНР.

Первый уровень ОНР – характеризуется полным или почти полным отсутствием словесных средств общения в возрасте 5-6 лет, когда у детей речь в основном должна быть сформирована. Словарный запас состоит из звуковых и звукоподражательных комплексов, в большинстве случаев непонятных окружающим и сопровождающихся жестами. Это так называемые «безречевые дети». Понимание речи ребенком ограничено. Они не владеют общеупотребительными средствами общения. В речи преобладают предложения из одного-двух слов, отсутствуют грамматические связи и речь понятна только в конкретной ситуации.

Одним и тем же словом ребенок может обозначать несколько разных понятий. У детей нарушены:

- звуковая сторона речи,
- произношение согласных звуков;
- фонематическое восприятие.

Спонтанное развитие речи невозможно. Преодоление речевого недоразвития без логопедического вмешательства невозможно. Компенсация речевого дефекта ограничена. Дети должны обучаться в специальном детском учреждении для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Второй уровень ОНР – у детей появляются, хотя и искаженные, общеупотребительные слова.

Понимание обиходной речи и использование общеупотребительных слов достаточно развито, хотя активный словарь ограничен. Дети пользуются простыми предложениями из двух-трех слов с начатками грамматического конструирования. Нарушены:

- звукопроизношение;
- слоговая структура слова;
- фонематическое восприятие.

Овладение письмом и чтением затруднено. Дети также нуждаются в логопедической коррекции. Компенсация речевого дефекта ограничена. Дети могут быть направлены в общеобразовательные школы или обучаться в специальном детском учреждении для детей с тяжелыми нарушениями речи.

Третий уровень ОНР – дети пользуются развернутой фразовой речью с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Дети вступают в контакт с окружающими лишь с помощью взрослого. В процессе контакта не затрудняются в назывании предметов, действий, признаков предметов. Могут составить рассказ о себе, о своей семье, по картинке. Однако дети не точно употребляют слова, мало используют прилагательные, наречия, не употребляют обобщающие слова и слова с переносным значением, допускают ошибки в согласовании.

Дети испытывают определенные трудности в процессе обучения в общеобразовательной школе и в процессе свободного общения с другими детьми. Эти трудности в основном связаны:

- с недостаточностью словаря;
- с ошибками грамматического конструирования связных высказываний;
- с недостаточной сформированностью фонематического восприятия;
- с нарушением звукопроизношения.

Готовность к школьному обучению на низком уровне. Имеются значительные затруднения при овладении письмом и чтением.

В процессе школьного обучения выделяется группа детей с нерезко выраженным общим недоразвитием речи (НВОНР). Для них характерны нарушения:

- всех уровней языковой системы;
- звукопроизношения;
- фонематического восприятия.

У детей отмечаются специфические ошибки письма и чтения, трудности при передаче содержания учебного материала. Они также нуждаются в систематической логопедической помощи.

Таким образом, общее недоразвитие речи – это системное нарушение всех уровней языка, требующее длительного систематического логопедического вмешательства.

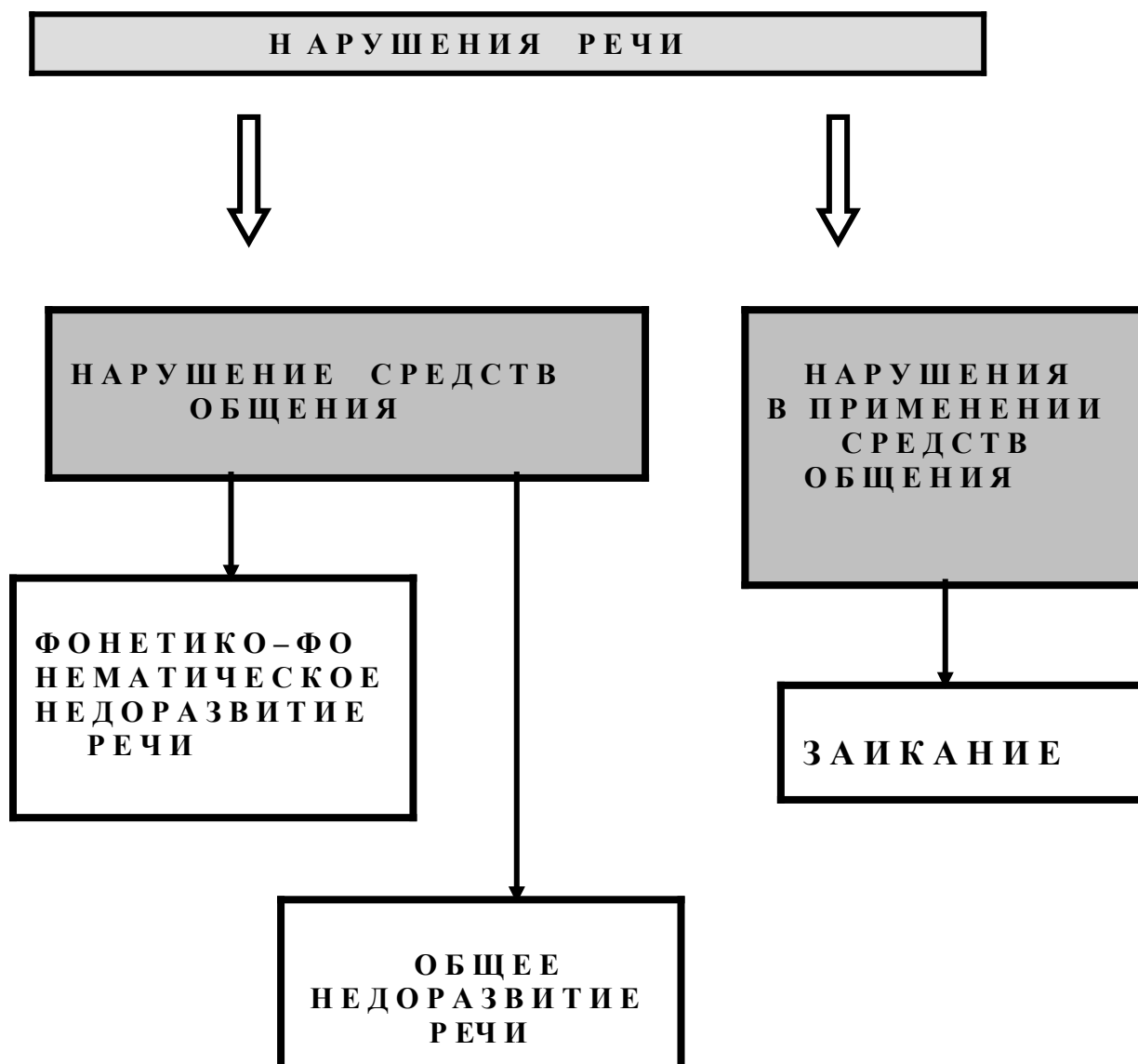
Вторая группа (заикание) рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформированных средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи.

В данной классификации нарушений речи нарушения письма и чтения рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их

системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков.

Приведенные классификации дополняют друг друга и позволяют наиболее полно представить картину речевого нарушения, выбрать соответствующие приемы логопедической помощи.

Приведенные классификации разработаны преимущественно по отношению к первичному недоразвитию речи у детей, т. е. к тем случаям, когда нарушения наблюдаются при сохранном слухе и интеллекте. Однако эта категория детей не однородна по своему составу. К ней относятся и дети с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с нарушениями зрения и слуха, с нарушениями опорно-двигательного аппарата.



Теоретические основы логопедического обследования

Эффективность логопедической работы во многом зависит от того, насколько правильно и грамотно была проведена диагностика речевого недоразвития. Поэтому в последнее время в печати появилось большое количество пособий, посвященных обследованию речи детей дошкольного и школьного возраста. Разрабатываемый нами подход находится в рамках психолого-педагогического направления российской логопедии школы Р. Е. Левиной, в рамках которого «симптоматическому подходу к анализу речевых

процессов было противопоставлено принципиально новое понимание речевой деятельности как сложного функционального единства, составные части которого зависят одна от другой и обуславливают друг друга».

Значительный рост потребности в логопедах порождает привлечение большого количества неспециалистов в эту сферу коррекционной педагогики, которые, в основном, ориентированы на выявление недостаточности звуковой стороны речи и ее коррекцию. Как справедливо замечает Г. В. Чиркина «нередко сведения, полученные по трафаретным схемам обследования звуков, логопед не сопоставляет с данными глубокого изучения других сторон речи ребенка, его истории развития, особенностями речевой среды, не выстраивает в определенную иерархическую систему первичные и вторичные нарушения речевой деятельности. Не зная, какую роль играют дефекты звуков в аномальном речевом развитии ребенка, логопед ошибочно ограничивает сферу коррекционного воздействия постановкой артикуляции звуков и их первичной автоматизацией».

Предметом нашего рассмотрения является процесс построения стратегии и тактики логопедического обследования речи детей дошкольного и школьного возрастов, имеющих несформированность языковых средств общения: звуковой и или лексико-грамматической стороны речи.

Мы попытались описать технологическую цепочку обследования структуры речевого дефекта с учетом принципов развития, системности, взаимосвязи речи с другими сторонами психической деятельности ребенка, онтогенетического принципа, принципов доступности, поэтапности, учета ведущей деятельности возраста и проч.

Таким образом, особое внимание уделяется описанию последовательности действий логопеда, обеспечивающих всесторонний подход к изучению недостатков устной и письменной речи детей различного возраста.

По данным различных авторов, выделяется от трех до десяти этапов логопедического обследования. Мы предлагаем выделить пять этапов:

I этап. Ориентировочный.

II этап. Диагностический.

III этап. Аналитический.

IV этап. Прогностический.

V этап. Информирование родителей.

Остановимся подробнее на характеристике каждого из этих этапов и технологии его проведения.

Этапы логопедического обследования

Ориентировочный этап

Задачи первого этапа:

§ сбор анамнестических данных;

§ выяснение запроса родителей;

§ выявление предварительных данных об индивидуально-типологических особенностях ребенка.

Решение данных задач позволяет сформировать адекватный возрастным и речевым возможностям, а также интересам ребенка пакет диагностических материалов.

Виды деятельности:

§ изучение медицинской и педагогической документации;

§ изучение работ ребенка;

§ беседа с родителями.

Обследование рациональнее начинать со знакомства с медицинской и педагогической документации, которая изучается в отсутствие родителей или лиц их заменяющих. Обычно перечень необходимых документов обговаривается заранее с родителями при записи на обследование и его объем может зависеть от характера трудностей, которые испытывает ребенок. К медицинской документации относятся медицинская карта ребенка или выписки из нее специалистов: педиатра, невропатолога, психоневролога, отоларинголога и др. Кроме

того, могут быть предоставлены заключения специалистов, консультации которых получены по собственной инициативе родителей в различных медицинских учреждениях, в том числе и негосударственных: аудиограммы, заключения о результатах ЭЭГ, РЭГ, ЭХО-ЭГ и др.

По ходу изучения медицинской документации логопед составляет представление о возможной этиологии речевой патологии и ее патогенезе. Особое внимание необходимо обратить на данные о протекании беременности и родов, о раннем развитии ребенка, на наличие тяжелых и/или хронических заболеваний. Например, наличие очаговых изменений, отмеченных в результате проведения ЭЭГ, может свидетельствовать в пользу речевого дефекта, имеющего органический характер. Однако необходимо учитывать, что в медицинской документации не всегда указываются достоверные сведения. Например, достаточно часто завышается число Апгара, свидетельствующее о жизнестойкости плода. Могут отсутствовать сведения о пренатальном периоде развития ребенка, данные о ходе его раннего речевого развития. Поэтому в процессе знакомства с медицинской документацией логопед намечает те вопросы, которые он будет обсуждать в личной беседе с родителями.

К педагогической документации относятся характеристики на ребенка педагогов, работающих с ним: воспитателя детского сада или учителя школы, психолога, социального педагога, логопеда и др. К ней же можно отнести школьный дневник, в котором отмечаются результаты текущей, промежуточной и итоговой успеваемости ребенка. Кроме того, в дневнике достаточно часто содержится переписка педагога с родителями, из которой можно выяснить некоторые особенности поведения ребенка в школе, а также особенности взаимоотношений с учителями. Например, очень показательны больших размеров двойки, выставленные в дневнике красными чернилами. Таких двоек у некоторых детей может быть несколько за один урок! Или неоднократные замечания, каждый раз начинающиеся со слов «ОПЯТЬ...». С другой стороны, дневник можно отнести к работам ребенка.

В ходе изучения педагогической документации составляется представление о тех проблемах, которые испытывает ребенок, особенностях его обучения, индивидуально-типологических особенностях. Кроме того, необходимо учитывать и стиль отношений «педагог — ребенок», которые также могут влиять на успешность адаптации ребенка в образовательной среде. Наличие неблагоприятных отношений или недостаточно грамотно сформулированных характеристик может навести нас на мысль о благоприобретенных проблемах, особенно в области освоения чтения и письма у школьников, т. е. на наличие педагогических ошибок.

Следующий шаг — изучение работ ребенка. Естественно, что набор работ будет различен в зависимости от возраста нашего обследуемого: наиболее объемный и разнообразный у подростков и наименее разнообразный у младших дошкольников.

К данному виду документации можно отнести рисунки, школьные тетради и дневник.

Рисунки или творческие поделки ребенка характеризуют его склонности, уровень сформированности моторно-графических навыков. Если логопед владеет проективными методиками, то на основе анализа рисунков, работ и т. п. он может сделать предположения об особенностях личности и акцентуациях ребенка.

Если к вам для обследования придет школьник, попросите его родителей принести следующий набор тетрадей:

§ рабочие тетради по русскому языку с домашними и классными работами. Они необходимы для того, чтобы выявить устойчивые затруднения на письме и сравнить качество работ, выполненных дома и в школе (например, где работы выполнены аккуратнее, где почерк лучше и ошибок меньше, там выше уровень внешнего контроля);

§ контрольные тетради с диктантами, они также позволяют выявить состояние слухового восприятия;

§ тетради для творческих работ (сочинений и изложений). В них можно наблюдать яркие проявления дефектов строения текста, лексико-грамматического недоразвития, несформированности слоговых структур);

§ рабочие тетради по математике. В них можно обнаружить проявления недостаточности пространственных представлений и выявить проблемы ориентации на листе бумаги;

§ для анализа письменной речи старших школьников необходима тетрадь по одному из учебных предметов — истории, географии, для лабораторных работ по химии или физике. В этих тетрадях ребенок пишет, не задумываясь над орфографической грамотностью, в них представлен максимальный набор ошибок различного характера, выявляются все проблемы письменной речи, которые есть у школьника.

Аналогичные функции выполняет и дневник школьника. Как правило, дневники не проверяются учителями с точки зрения грамотности записи домашних заданий. Поэтому представленные в дневнике ошибки носят максимально развернутый характер. Кроме того, сама манера ведения дневника, характер, оформления записей домашнего задания, а также такая мелочь, как заполнение расписания уроков в дневнике одним из родителей и выяснение вопроса, почему этого не делает сам ребенок, может добавить выразительные черты в портрет нашего испытуемого.

Изучение работ ребенка помогает нам составить предварительный портрет личности ребенка, выявить особенности построения его произвольной (учебной) деятельности, составить перечень типичных устойчивых ошибок на письме, а также выявить те психические процессы, несформированность которых может обуславливать наличие дисграфии и дислексии у ребенка.

Таким образом, изучение документации не только предоставляет нам прямые сведения о состоянии здоровья и освоении социально-образовательных навыков ребенка, но и предоставляет массу косвенной информации, на основе которой выстраивается беседа с родителями ребенка.

Собеседование с родителями. Беседу предпочтительно проводить непосредственно с родителями (матерью и/или отцом) или лицами, их заменяющими в соответствии с законодательством. Присутствие при этом других родственников, например бабушки, тети или старшего сибса, не предполагает высокого уровня откровенности со стороны родителей, хотя возможно при наличии согласия родителей. Обследование в отсутствие родителей, но в присутствии бабушки возможно только с письменного согласия родителей. И ни в коем случае нельзя обследовать ребенка, если родители отсутствуют, а на первичное обследование его сопровождают другие родственники: братья и сестры, тети и дяди, племянники и племянницы, а также соседи по дому. В этом случае обследование ребенка возможно только при наличии у них нотариально заверенной доверенности.

Прежде всего, необходимо установить с родителями контакт. Весь ход беседы должен быть доверительно-деловым. Нельзя заигрывать с родителями. Нельзя в присутствии родителей подвергать сомнению компетенцию других специалистов, даже если вы не согласны с теми заключениями, с которыми вы только что познакомились. Не забывайте, что о коллегах нельзя говорить неуважительно. Это некорректно и является одним из нарушений профессиональной этики. Можно в случае необходимости выразить свое несогласие с их мнением, но лучше говорить о необходимости уточнения некоторых данных, представленных в заключениях.

Как только родители вошли в кабинет (без ребенка, даже если он очень маленький), вы, приветливо улыбаясь, представляетесь сами, если это необходимо, и уточняете имена и отчества вошедших родителей. Если в кабинете находится кто-либо еще, представьте этого человека и аргументируйте необходимость его присутствия. Наличие посторонних лиц при беседе с родителями недопустимо, поскольку может прозвучать информация, которая не подлежит разглашению. Соблюдение медицинской и педагогической тайны, безусловно, обязанность логопеда.

Беседу рациональнее всего начинать с выявления запроса родителей или жалоб. Это необходимо делать по нескольким причинам.

Во-первых, наличие сформулированного запроса позволяет в ряде случаев ограничить время и уточнить направление обследования. Поясним это на конкретном примере. К вам приходит ребенок, который, по вашему мнению, страдает интеллектуальной недостаточностью. В рамках логопедического обследования возможно использование ряда тестовых процедур, позволяющих уточнить первичность интеллектуальной недостаточности и продемонстрировать родителям основную проблему в развитии ребенка. Однако родители, оказывается, знают о том, что их ребенок страдает умственной отсталостью, а их волнует, почему он не произносит звук р. Таким образом, сфера логопедического обследования сужается, концентрируясь, в основном, на обследовании звуковой стороны речи, строения и двигательных функций артикуляционного аппарата.

Во-вторых, в конце обследования, а именно на 5 этапе «Информирование родителей», необходимо будет в первую очередь соотнести результаты обследования с запросом, т. е. ответить на те вопросы, которые поставили перед нами родители.

Конечно, не всегда родители, так как они не специалисты, могут правильно определить, какие проблемы возникают в развитии ребенка. Зачастую осознание этих проблем происходит интуитивно. Поэтому в результате обследования родители должны получить реальную более полную картину развития ребенка, а не только ответ на свой запрос. Например, при обследовании дошкольников логопедам приходится встречаться с таким запросом: «Ребенок не произносит звук р». В реальности же у ребенка формируется дефектное произношение гораздо большего числа фонем или даже наблюдается недоразвитие всех сторон речи.

Родители школьников достаточно часто формулируют запрос таким образом: «Учительница в школе жалуется, что он (она) плохо читает и пишет». Учитывая недостаточность осознания родителями проблем ребенка, недифференцированность запроса, логопеду на заключительном этапе обследования необходимо будет внести коррективы в представления родителей о состоянии речи ребенка, трудностях, которые испытывает их ребенок, и тех проблемах, которые он может испытать в будущем, если не обеспечить ребенку адекватную помощь.

В ходе беседы с родителями также полезно выяснить их уровень образования и сферу профессиональной занятости. Это позволит правильно выстроить общение с родителями, на доступном для них языке. Ведь нам необходимо «достучаться» до сознания и души родителей ребенка. Если логопеду удалось наладить с родителями положительно окрашенный эмоциональный контакт, он может смело задавать им любые вопросы, требующие уточнения.

Продемонстрируйте родителям, что вы действительно внимательно изучили представленную ими документацию, время от времени обращаясь к ней и даже зачитывая цитаты, когда требуется уточнить те или иные вопросы.

В разговоре с родителями логопед может получить исключительно ценную информацию о личности и характере ребенка, о стиле его взаимоотношений с окружающими, о его интересах и приверженностях. Важно, что при обсуждении возможных причин появления дефекта очевидным становится стиль отношений в семье, характер взаимодействия ребенок — семья — детский сад или ребенок — семья — школа.

Особое внимание необходимо уделить анализу стиля отношений родители — ребенок. Немногие родители «принимают» недостатки ребенка и готовы совместно со специалистами работать по их коррекции. Чаще отмечается своеобразное отношение к ребенку, как к виновнику всех своих бед, особенно когда речь идет о школьниках. В качестве причины появлений трудностей в обучении в школе родители выдвигают следующие аргументы: «он не хочет», «она ленивая», «я не могу его заставить учиться», «он не старается» и др.

Причина такого положения, при котором проблема ребенка рассматривается как следствие его злого умысла, а не как «страдание», часто кроется в отношении педагогов-недефектологов к проблемным детям. В ряде случаев педагоги, сами того не замечая, акцентируют внимание родителей на недостатках ребенка и требуют от них создания в семье

ситуации «жесткого стиля воспитания», воспроизводящего атмосферу школы. При этом ребенку все время указываются на его недостатки, его нагружают бесполезной механической работой, заставляя ее переделывать по нескольку раз, наказывают за плохие отметки. В результате ребенок оказывается в ситуации социальной изоляции и эмоциональной депривации, что не только не способствует формированию учебной мотивации, но еще более угнетает ее и дезорганизует деятельность, в том числе эмоциональную, этого ребенка.

Понимание личности ребенка и его социального окружения принципиально важно для адекватной организации следующих этапов обследования.

Диагностический этап

Диагностический этап представляет собой собственно процедуру обследования речи ребенка. При этом взаимодействие логопеда и ребенка направлено на выяснение следующих моментов:

- § какие языковые средства сформированы к моменту обследования;
- § какие языковые средства не сформированы к моменту обследования;
- § характер несформированности языковых средств.

Таким образом, нас как логопедов будут волновать не только те недочеты, которые имеются у ребенка в речи, но и каким образом языковые средства сформированы к моменту обследования.

Кроме этого, мы должны рассмотреть:

§ в каких видах речевой деятельности проявляются недостатки (говорении, аудировании, чтении, письме);

§ какие факторы влияют на проявления речевого дефекта.

Методы логопедического обследования:

- § педагогический эксперимент;
- § беседа с ребенком;
- § наблюдение за ребенком;
- § игра.

В качестве дидактического материала могут быть использованы реальные объекты действительности, игрушки и муляжи, сюжетные и предметные картинки, предъявляемые единично, сериями или наборами, устно предъявляемый вербальный материал* карточки с напечатанными заданиями, книги и альбомы, материализованные опоры в виде схем, условных значков и проч.

Характер дидактического материала в каждом конкретном случае будет зависеть:

§ от возраста ребенка (чем меньше ребенок, тем реальнее и реалистичнее должны быть объекты, предъявляемые ребенку);

§ от уровня развития речи (чем ниже уровень развития речи ребенка, тем реалистичнее и реальнее должен быть предъявляемый материал);

§ от уровня психического развития ребенка;

§ от уровня обученности ребенка (предъявляемый материал должен быть достаточно освоен — но не заучен — ребенком).

Материал отбирается в соответствии с социальным опытом ребенка, чтобы не провоцировать возникновения непредвиденных технических трудностей (например, ребенок не может узнать объект на рисунке и поэтому затрудняется назвать его; не знает букв и не может выполнить задание на карточке и проч.).

Необходимо подбирать материал таким образом, чтобы в рамках одного диагностического теста можно было обследовать несколько классов или категорий языковых единиц (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова и т. д.).

Процедура диагностического этапа начинается с установления контакта с ребенком. В зависимости от возраста ребенка и его личностно-типологических особенностей она может иметь несколько вариантов. Однако в любом случае знакомство начинается с того, что логопед, улыбаясь входящему ребенку, здоровается с ним, приглашает его присесть рядом с

собой или пройти к шкафу с игрушками, называет свое имя, а уже потом спрашивает, как зовут обследуемого. Это может звучать, например, так: «Здравствуй, меня зовут Ольга Евгеньевна. А тебя как зовут?»

При этом степень развернутости и официальности зависит от возраста ребенка. Трехлетнему малышу можно представиться как «тетя Оля», а для тяжелого безречевого ребенка можно ограничиться просто именем «Оля». Это не влияет на авторитет логопеда, но облегчает контакт с ребенком. После знакомства предложите ребенку еще раз повторить ваше имя или имя и отчество, для того чтобы убедиться, что ребенок его запомнил и в случае необходимости сможет к вам обратиться.

Если у дошкольника выражен речевой негативизм, представьтесь сами, но не требуйте от ребенка назвать его имя. В случае, если будете настаивать, он откажется общаться с вами и обследование не состоится. Поэтому контакт с ребенком налаживается в процессе игры или предметно-практической деятельности в нейтральном для ребенка месте, например на полу или у полки (столика) с игрушками.

Иногда, при выраженном элективном мутизме начало обследования проводят «из-за угла». Логопед просит маму организовать с ребенком какую-либо деятельность, например игру или рассматривание картинок сначала в отсутствие логопеда. Логопед начинает обозначать свое присутствие постепенно. Входит в комнату, но не вмешивается в ход работы мамы и ребенка; стоит, отвернувшись; делая вид, что занят чем-то другим, проходит мимо. Время его присутствия и внимания к ребенку увеличивается, и, наконец, логопед включается в общение с ребенком, организуя совместную деятельность. Показателем успешности вашего включения будет служить неснижающаяся активность ребенка. Конечно, наличие специальных односторонних зеркал Гизелла очень помогло бы в этих случаях, но очень редкий кабинет логопеда, оснащенный подобным оборудованием.

У школьников, как правило, нет такого выраженного речевого негативизма. У них — другие проблемы. Эти проблемы связаны со стрессовой ситуацией обследования. Школьник относится к логопеду, прежде всего, как к человеку, который будет выискивать у «бедного» ребенка недостатки и ошибки. Кому же приятно оказаться в такой ситуации?

Поэтому не рекомендуем начинать налаживать контакты со школьником с вопросов об успеваемости ребенка. Лучше с учащимся начать беседу с нейтральных тем, продемонстрировав ваше знание его сильных сторон и увлечений. А вопросы об успеваемости вы сможете задать попозже.

Особенно выражена тревожность, а иногда и агрессия у подростков. Поэтому установление контакта с этими детьми очень важно, хотя для этого требуется приложить некоторые усилия.

При обследовании подростков необходимо продемонстрировать, что вы относитесь к ним, как к самостоятельным взрослым людям, у которых есть некоторые проблемы. Позиция союзника в поиске проблем и путей их решения, пожалуй, одна из самых сильных в общении с этими детьми, поскольку союзник является одним из самых востребованных лиц в жизни этих детей. Поэтому беседу необходимо начать с выяснения того, как ребенку удобнее проходить обследование, в присутствии родителей или в их отсутствие, как лучше к нему обращаться, на «ты» или «вы», попросить сформулировать его проблему самостоятельно.

Но желательно диагностический этап проводить в присутствии родителей. Это необходимо для того, чтобы родители наглядно могли увидеть те проблемы, которые есть у ребенка, а на заключительном этапе логопед мог проиллюстрировать свое заключение и рекомендации примерами из обследования. Исключением является массовое экспресс-обследование детей при отборе их на школьный логопункт или обследование выпускников детских садов и др.

Как правило, родителей просят располагаться на некотором расстоянии так, чтобы ребенок «чувствовал» их присутствие, но не видел их постоянно. Это необходимо по следующим соображениям. Во-первых, присутствие матери или отца воодушевляет ребенка, делает его спокойнее и увереннее. Иногда он даже оборачивается, чтобы видеть реакцию

родителей. Во-вторых, ребенок не видит изменений выражений лица родителей постоянно, особенно в моменты, когда ребенок, по их мнению, совершает ошибку или не может ответить на элементарный вопрос. В подобных ситуациях родители часто начинают вмешиваться в процесс обследования, подсказывая ответы на вопросы или комментируя действия ребенка, сообщая все, что они думают по этому поводу. Логопед должен мягко, но решительно пресекать эти вмешательства, уверяя родителей, что все свои дополнительные мысли они смогут сообщить ему позже, наедине, что он как специалист понимает, как тяжело ребенку продемонстрировать все свои знания, что обследование имеет свои процедурные особенности, которые нельзя нарушать. В крайнем случае можно сказать родителям, что если они не прекратят вмешиваться в процесс обследования, то им придется покинуть кабинет.

Для маленьких или очень боязливых и стеснительных детей делается исключение. Допускается, что ребенок в начале обследования может находиться на коленях матери или отца, но постепенно, по мере установления контакта, логопед перемещает ребенка поближе к себе, как бы отрывая и удаляя его от родителей.

Устанавливая и установив контакт с ребенком, логопед выясняет для себя некоторые особенности коммуникативного поведения, присущего обследуемому ребенку, и вносит уточнения в тактику обследования и набор дидактического материала.

Необходимо специально отметить, что материал для обследования отбирается индивидуально, но в рамках некоторых нормативов, характеризующих определенный возрастной период в жизни ребенка и его социальное окружение (городской ребенок, сельский ребенок, ребенок из неблагополучной семьи, сирота, отдаленные поселения — изоляты, представители других национальностей и др.). В настоящее время эти нормативы не определены ни количественно, ни качественно и определяются скорее интуитивно, исходя из опыта аналогичной работы. Это, безусловно, затрудняет процесс анализа полученных результатов.

Тем не менее знание законов развития речи в онтогенезе поможет логопеду правильно отобрать языковой материал и виды работы по обследованию детей.

Обследование детей разных возрастных групп и разной степени обученности будет строиться по-разному. Однако существуют общие принципы и подходы, определяющие последовательность проведения обследования.

1. Принцип индивидуального и дифференцированного подхода предполагает, что отбор заданий, их формулировки и наполнение вербальным и невербальным материалом должны соотноситься с уровнем реального психоречевого развития ребенка и учитывать специфику его социального окружения и личностного развития.

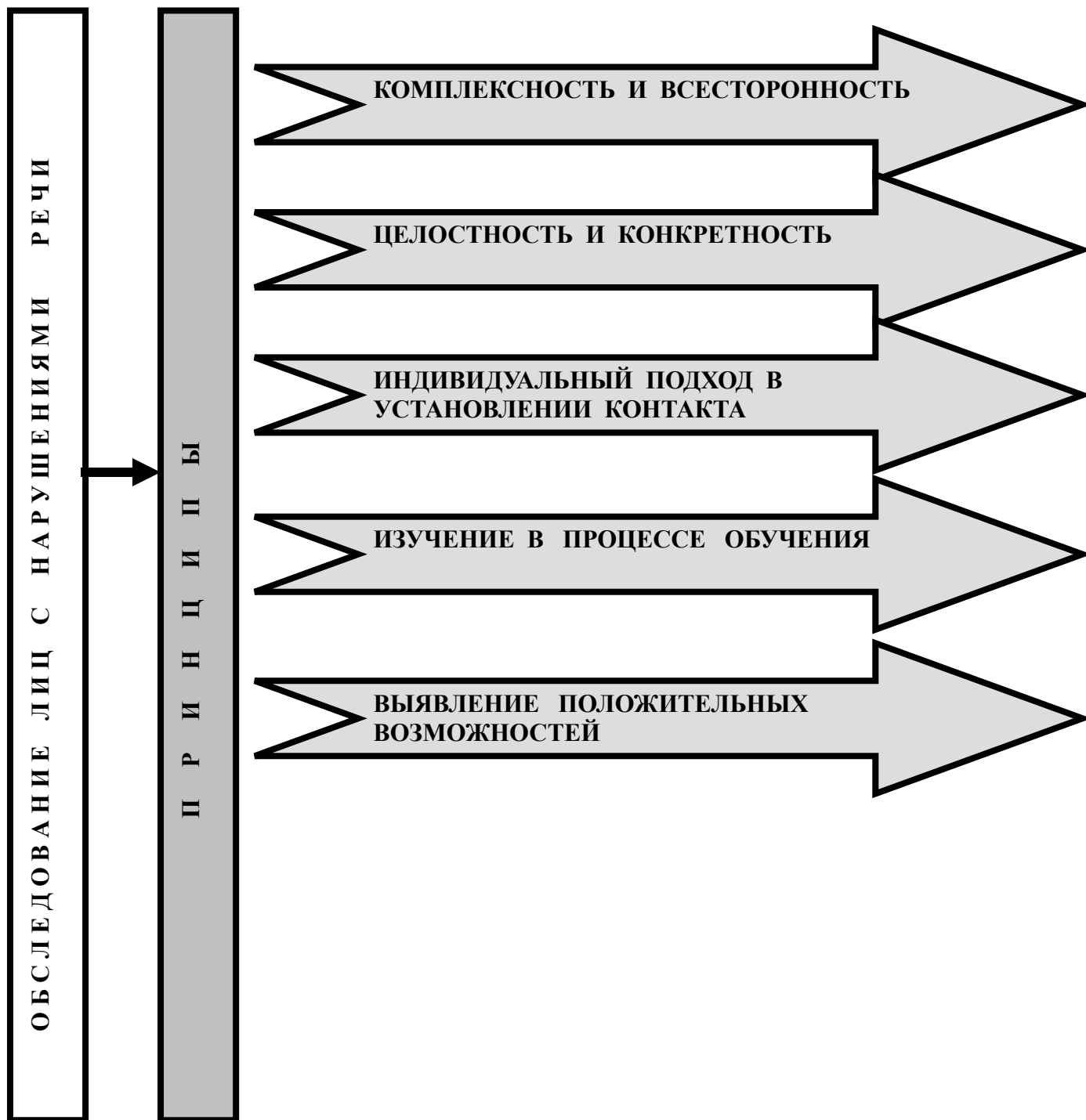
2. Исследование рационально проводить в направлении от общего к частному. Сначала специалист выявляет проблемы в развитии речи ребенка, а затем эти проблемы рассматриваются пристальнее, подвергаются количественному и качественному анализу.

3. Внутри каждого вида тестирования предъявление материала дается от сложного к простому. Это позволяет ребенку закончить каждую пробу успешно, что создает дополнительную мотивацию и положительный эмоциональный настрой, которые, в свою очередь, повышают продуктивность и продолжительность обследования. При стандартном подходе, когда каждая проба усложняется по мере тестирования ребенка, ребенок обречен в большинстве случаев «упираться» в неуспех, что вызывает чувство негативизма, ощущение неизбежности ошибки, а это в значительной мере провоцирует снижение интереса к предъявляемому материалу и ухудшение демонстрируемых достижений.

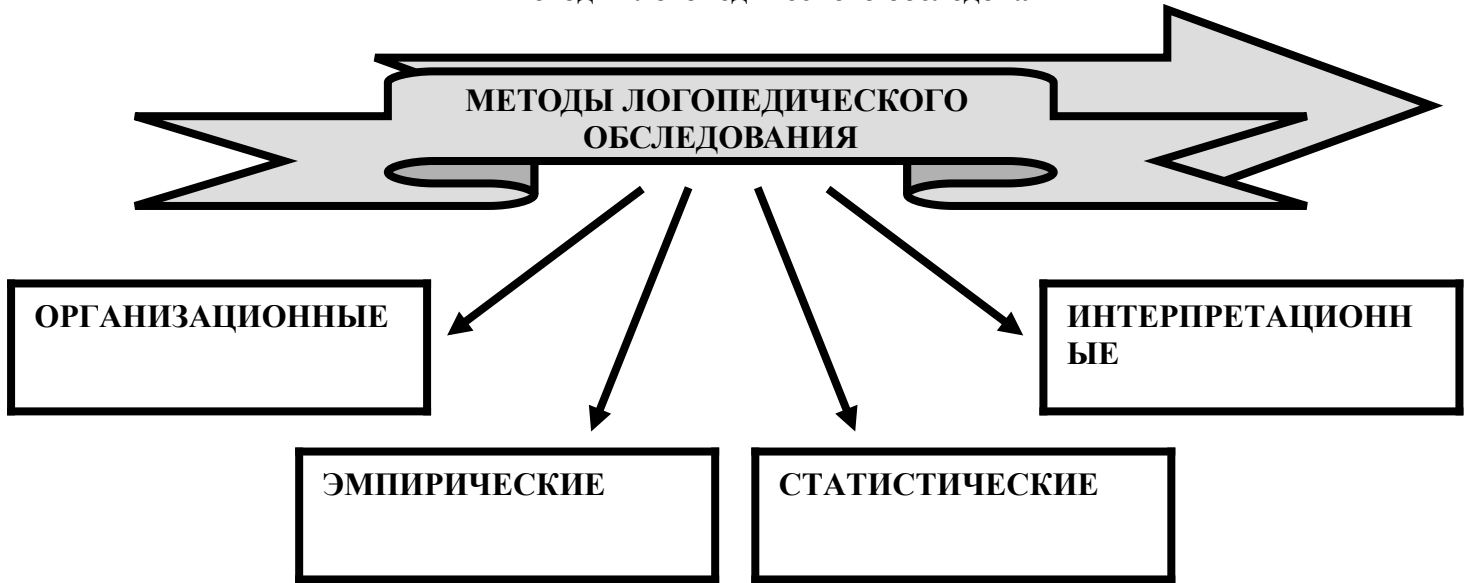
4. От продуктивных видов речевой деятельности — к рецептивным. Исходя из данного принципа, в первую очередь обследуются такие виды речевой деятельности, как говорение и письменная речь (или чаще в логопедии говорится о самостоятельной письменной речи, под которой имеются в виду письменные высказывания) имеющие коммуникативную направленность — сочинения). Письменная речь обследуется только у школьников, прошедших обучение и имеющих опыт написания подобных работ.

При наличии диагностических признаков неблагополучия в продуктивных высказываниях или жалоб со стороны родителей рекомендуется проводить исследование по изучению состояния рецептивных видов деятельности: аудирования и чтения. 5. Логично сначала исследовать объем и характер употребления языковых и речевых единиц, и только при наличии трудностей в их использовании переходить к выявлению особенностей пользования ими в пассиве. Таким образом, последовательность процедуры можно сформулировать как от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной. Подобный подход позволит сократить время и силы, затрачиваемые на обследование, сделать обследование импрессивного языкового запаса целенаправленным.

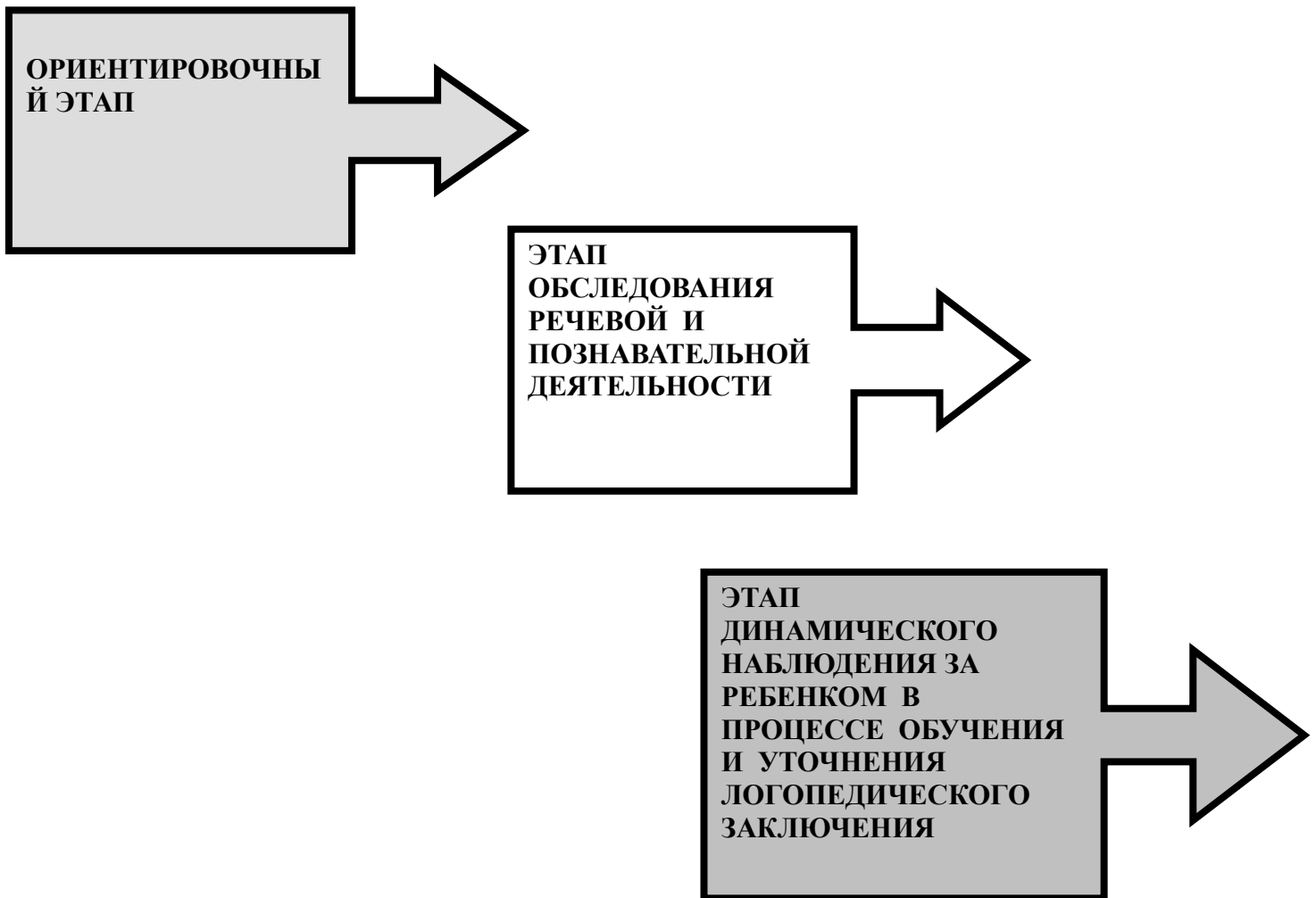
Принципы логопедического обследования



Методы логопедического обследования



Этапы логопедического обследования



Тема 2. Дислалия

История исследований проблемы дислалии

Полноценное развитие личности ребенка невозможно без воспитания у него правильной речи. Однако выполнение этой задачи связано с определенными трудностями, являющимися следствием чрезвычайной сложности самого явления речи. Речевой функцией ребенок овладевает постепенно, путем подражания произношению звуков и слов взрослых. Овладение правильным произношением большинства звуков происходит у него не сразу, а чрез промежуточные звуки. Это период так называемого физиологического (возрастного) косноязычия.

Необходимо отметить, что этот термин был впервые введен Хватцевым М.Е. и просуществовал в логопедической практике до 60-х годов прошлого столетия. Именно благодаря Правдиной О.В. и Ляпидевскому С.С. термин «косноязычие» был отменен, а все произносительные дефекты разделены на дислалию и дизартрию, поэтому термин «дислалия» - сравнительно новый, и многие авторы придерживались тенденции употреблять народный, общепринятый термин «косноязычие».

ПРОФЕССОР
МИХАИЛА ЕФИМОВИЧА ХВАТЦЕВА
28.12.1883 — 11.01.1977



Под дислалией понимаются нарушения звукопроизношения, обусловленные расстройством нейродинамики (слабостью дифференцировок) функциональной или органической природы. Своеобразие фонетических нарушений звукопроизношения, неизжитых детьми в дошкольном возрасте, в дальнейшем самостоятельно не исчезают, а переходят в стойкие дефекты произношения. При относительной норме лексико-грамматической стороны речи у ребенка дислалия может выступать в виде изолированного дефекта. Однако встречаются случаи, когда дислалия сопутствует более сложным речевым нарушениям, выражающимися в различной степени лексико-грамматического недоразвития.

Так или иначе, «дислалия у детей зависит не столько от несовершенства функций их слухового анализатора, сколько от трудностей выработки соответствующих артикуляционных укладов, т.е. от трудностей выработки сложной координации движений органов речевой артикуляции».

Чем чаще в семье обращают внимание на воспитание у ребенка правильного звукопроизношения, тем быстрее оно формируется и нормализуется. Ошибочно надеяться на самопроизвольное исчезновение недостатков произношения по мере роста ребенка. Вследствие условнорефлекторного механизма речи недостатки произношения могут прочно закрепляться и превращаться в стойкую дислалию.

В своей работе мне бы хотелось проследить пути и истоки развития термина «дислалия», его этиологию и предрасполагающие факторы. На мой взгляд, интересным было бы проанализировать, как отечественные логопеды - практики 20 столетия Хватцев М.Е.,

Правдина О.В. и Гриншпун Б.М. оценивали данное речевое нарушение, рассмотреть формы и классификации дислалии.

Экскурс в истории термина «дислалия»

Дислалия (от греч. *dis* - приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* - говорю) - нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Изучение расстройств произношения началось очень давно, но велось недостаточно дифференцировано. Поэтому долгое время различные речевые расстройства, при которых отмечались дефекты произношения, были объединены под общим названием «косноязычие». Косноязычием называлось всякое отклонение в произношении звуков речи от общепринятых норм в данном языке. Термин «косноязычие» очень древний, народный, долгое время он обозначал всякую неправильную речь. Уточнение понятия косноязычие возникает в медицинской литературе в первой половине 19 века, после того как заикание было выделено в самостоятельную группу речевых расстройств. Термин «дислалия» одним из первых в Европе ввел в научное обращение профессор Вильнюсского университета врач И. Франк. В монографии, вышедшей в 1827 г., он применил его в обобщенном значении как наименование всех видов произносительных расстройств различной этиологии. Несколько позже, в 30-е годы XIX столетия, швейцарский врач Р. Шультесс все речевые нарушения разделил на две группы: заикание и косноязычие. Косноязычие он обозначил термином «дислалия», но в более узком, нежели у И. Франка, значении: он причисляет к дислалии лишь произносительные нарушения, обусловленные анатомическими дефектами органов артикуляции. В классификации Куссмауля была принята точка зрения Шультесса, такое же понимание дислалии встречается в работах Гутцмана. В 1879 году А. Куссмауль называет косноязычием все недостатки речи, основанные на расстройствах в буквенном звукообразовании. А. Куссмауль различает также косноязычие врожденное и приобретенное. Последнее чаще бывает функциональным вследствие неправильного воспитания и недостаточного упражнения, но может быть и органическим. Органическое косноязычие, по его мнению, является одной из форм центрального, органически обусловленного нарушения речи. С этого времени в связи с развитием логопедии все больше и больше стала уточняться картина нарушений звуковой стороны речи и механизмов, лежащих в их основе. Это нашло свое отражение в работах многих авторов, в том числе Куссмауля, Беркана, а позднее в работах Е.С. Боришпольского, Гутцмана.

Несколько иную позицию занимал польский исследователь В. Олтушевский, который относил к дислалии случаи нарушения произношения, не обусловленные анатомическими дефектами речевого аппарата. Он выделял две формы: функциональную и обусловленную снижением слуха (*dislalia audiogenes*). Дефекты произношения, обусловленные патологическими изменениями в артикуляционном аппарате, он обозначил термином «дисглоссия» и выделил четыре вида этого дефекта в зависимости от того, какой из артикуляционных отделов оказывается нарушенным: губную (*labialis*), язычную (*lingualis*), зубную (*dentalis*) и нёбную (*palatalis*).

Многие авторы ставили вопрос о классификации дислалий и выделении в особую группу таких нарушений звукопроизношения, которые обусловлены функциональными расстройствами речедвигательного аппарата. Еще в 80-х годах 19 века Коен пытался дать классификацию дислалий, указывая на наличие как механических, так и функциональных дислалий. Причины последних он видел в плохом воспитании и подражании неправильному звукопроизношению.

В отечественной логопедии начала 20 века объем понятий дислалии не отличался от принятого в работах Куссмауля и Гутцмана. В 1912 году Е.С. Боришпольский разделил расстройства также на две группы: центральные и периферические. К центральным расстройствам он относил афазии органического происхождения и функциональные (заикание и лепетание). К периферической группе он относил дислалии, или алалии. Среди дислалий (алалий) выделялись глухонмота, связанная с поражением уха, и косноязычие.

Е.С. Боришпольский считал, что косноязычие зависит только от несовершенства артикуляционного аппарата.

Уже в 30 - 50 годы это понятие претерпевает существенные изменения. М.Е. Хватцев рассматривал дислалию как одну из форм косноязычия (под этот обобщающий термин подводились все типы нарушения произношения). Он включал в нее звукопроизносительные нарушения, обусловленные поражением или расстройством периферических органов речи: костно - хряще - мышечных частей, или «периферической их иннервацией», а также нарушения звукопроизношения, обусловленные периферической тугоухостью. Он полагал, что не менее 10% случаев дислалий обусловлены этим дефектом. М.Е. Хватцев выделяет три формы дислалий: механическую, обусловленную грубыми анатомическими дефектами органов речи (расщелинами неба, короткой подъязычной уздечкой); органическую, обусловленную периферической тугоухостью, аномалиями челюстей и зубов, а также аномалиями языка и неба; функциональную, обусловленную мышечной вялостью мягкого неба, недостаточной гибкостью кончика языка, слабостью выдыхаемой струи воздуха и т.д.

В начале 50-х годов А.М. Смирнова на основе большого клинического материала публикует классификацию дефектов произношения, которая заметно отличается от классификации, предложенной М.Е. Хватцевым.

В это же время О.В. Правдина дает иную трактовку дислалии: в частности, были исключены нарушения, обусловленные дефектами слуха. Она в отличие от М.Е. Хватцева выделила только две формы: функциональную и механическую, в состав последней была включена и ринолалия.

В дальнейшем, в 60-е годы, в работах С.С. Ляпидевского и О.В. Правдиной прослеживается тенденция к делению и отказу от обобщающего термина «косноязычие». В эти же годы в работе С.С. Ляпидевского и Б.М. Гриншпуна ринолалия была выделена из механической дислалии в отдельное речевое нарушение. Это определенным образом сузило понятие дислалии и сделало его более четким. В дальнейшем деление дислалии на функциональную и механическую стало разделяться большинством авторов. Лишь в отдельных работах стала упоминаться органическая дислалия, хотя содержание этого словосочетания не у всех авторов совпадало. В работе Е.Ф. Рау и В.А. Синяка термин «органическая дислалия» просто заменен термином «механическая дислалия», а в работе Л.В. Мелеховой понятием «органическая дислалия» охватывались случаи произносительных нарушений, переходные между дизартрией и дислалией. В последнее время такие нарушения определяются как стертая дизартрия.

В литературе описываются механизмы функциональных дислалий, которые авторы видят в нарушении корковой нейродинамики (в частности, слабости дифференциального торможения). Такой подход позволяет четко противопоставить функциональные дислалии так называемым механическим, в основе которых лежат аномалии развития органов, участвующих в образовании речи. Такого же противопоставления в классификации дислалий придерживаются и современные зарубежные авторы, например Тревис, Ван Риппер, Беккер, Карлин.

Критический анализ учения о дислалии с современных научных позиций требует пересмотра установившихся в логопедии представлений. Произносительные дефекты по своему нейрофизиологическому и психологическому механизму, по вызывающим их причинам, по роли в общем речевом развитии ребенка и методам преодоления нередко оказываются различными.

Общее учение о косноязычии Хватцева М.Е.

Отечественный дефектолог и сурдопедагог. В основном работал в области обучения глухих детей произношению. Особое значение для теории и практики логопедии представляет развитие термина «косноязычие». Под «косноязычием» он понимал разнообразные фонетические недостатки речи при относительной словарно - семантической и синтаксической норме и сохранности в подавляющем большинстве случаев речевой функции в целом.

По мнению Хватцева М.Е. косноязычие может принимать различную форму в виде искажений, замещений, пропусков, перестановки отдельных звуков, слогов и целых слов, недоговаривания, гнусавого или невнятного смазанного произношения их, а также недочетов регулирования дыхания в процессе произношения.

Речь косноязычного ребенка отягчена различными неправильностями, в результате чего становится непонятной для окружающих. У него резко нарушено единство формы и содержания, понимая речь, он не может оформить ее фонетически. Основными причинами возникновения косноязычия Хватцев М.Е. считал:

1. Органические: косноязычие может появиться в результате

- разнообразных периферических поражений органов слуха и артикуляции речевого аппарата;

- врожденных аномалий слухового органа, костей черепа, губ, зубов, твердого и мягкого неба, языка, и др. органов речи

- рахита (вызывает резкие деформации черепных костей, что в свою очередь деформирует мозг; в нем нарушается кровообращение и питание.

2 Психические: в результате мозговых нарушений:

- Недостаточность в фонематическом анализе слова (в сравнении, сопоставлении с др. звуками в связи с их смысловым значением;

- Вторичные нарушения слуха на почве первичных моторных поражений (при гнусавости и др. расстройствах)

- Плохое слуховое внимание в отношении речи окружающих и своей собственной;

- Отсутствие сознания своих речевых отклонений.

3 Социально - психологические причины:

- Манера взрослых подражать неправильному произношению ребенка;

- Неправильная речь окружающих ребенка людей (торопливая, нечеткая, ошибочная)

Хватцев М.Е. считал, что социально - психологические причины приводят к «речевой запущенности» - косноязычию, как следствию плохого воспитания.

На мой взгляд, большой заслугой этого советского дефектолога является то, что он создал собственную терминологию относительно косноязычия.

Термином «косноязычие» охватывались многие расстройства звукопроизношения, различные по этиологии и по своим механизмам. Разные проявления косноязычия в зависимости от нарушенных звуков имеют свои названия: пришептывания, шепелявость, картавость, сюсюканье, тетизм и т.д. Когда подобное расстройство касается лишь некоторых звуков алфавита, то это расстройство частное косноязычие, когда же эти расстройства распространяются на большинство звуков - это общее, разлитое (диффузное) косноязычие. Такие комбинации нарушений представляют собой особую группу, несводимую к дислалиям как избирательному расстройству звукового оформления речи; они сочетаются с недоразвитием других сторон речи и наблюдаются на фоне органических поражений центральной нервной системы и психического развития.

Косноязычие при недостатках одной артикуляционной группы звуков называется гаморганным или мономорфным; при недостатках разных артикуляционных групп - полиморфным. В косноязычие различают полное отсутствие звуков или его искажение и замещение его другим (правильным) звуком алфавита. На пути изучения нарушения звукопроизношения, именуемого косноязычием (в дальнейшем дислалия), Хватцев М.Е. выделил формы данной речевой патологии, которые как мне показалось, возможно, классифицировать.

Следовательно, дислалия в логопедической практике находится на ранней стадии своего развития. Хватцев М.Е. впервые в отечественной логопедии ввел понятие «косноязычие», применительно к дислалии, обозначив им неспособность правильно произносить и образовывать некоторые звуки или ряды звуков. Данный термин явился своеобразной базой, фундаментом для дальнейшего изучения дислалии, как самостоятельного нарушения звукопроизношения.

Характеристика дислалии

Дислалия – нарушение звукопроизношения, связанное либо с анатомическими дефектами артикуляционного аппарата, либо с неблагоприятными условиями развития речи или с нарушениями фонетического восприятия.

По данным исследований большинства детей звукопроизношение к 4 — 5 г. достигает языковой нормы. Однако в силу индивидуальных, социальных и патологических особенностей развития у некоторых детей возрастные несовершенства произношения звуков не исчезают, а принимают характер стойкого дефекта, называемого дислалией (от греч. *dis* — расстройство и *lalia* — речь).

Дислалия является одним из самых распространенных дефектов речи. По данным советского ученого Е. Ф. Рау, дефекты звукопроизношения наблюдаются у 15 — 25% дошкольников и у 5 — 7% младших школьников. В ГДР, по данным Р. Беккер, дислалия встречается у 34% детей 5 — 6 лет. В ЧССР, по данным К. Онезорга, среди учащихся общеобразовательных школ она встречается в 18,5% случаев.

В настоящее время дислалия определяется как нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

По этиологическому

Этиология — учение о причинах возникновения болезней (от греч. *aitia*— причина и *logos*— учение) признаку дислалию подразделяют на два вида: механическую (органическую) и функциональную.

Механическая дислалия. Ее причины

Механической (органической) дислалией называют такой вид неправильного звукопроизношения, который вызывается органическими дефектами периферического речевого аппарата, его костного и мышечного строения.

Сравнительно часто причиной механической дислалии является укороченная уздечка языка (подъязычная связка). При этом дефекте оказываются затрудненными движения языка, так как слишком короткая уздечка не дает ему возможности высоко подниматься (при верхних звуках). Кроме того, дислалия может быть вызвана и тем, что язык или слишком большой, едва уместяющийся во рту и от этого неповоротливый, или слишком маленький и узкий, что также затрудняет правильную артикуляцию.



Рис. 1. Прогнатия

Рис. 2. Прогения



Рис. 3. Передний открытый прикус



Дефекты строения челюстей ведут к аномалии прикуса. Следует сказать, что нормальным считается такой прикус, когда при смыкании челюстей верхние зубы слегка прикрывают нижние. Аномалии прикуса могут иметь несколько вариантов.

Прогнатия — верхняя челюсть сильно выдвигается вперед. В результате этого нижние передние зубы не смыкаются вовсе с верхними (рис. 1).

Прогения — нижняя челюсть выступает вперед, передние зубы нижней челюсти выступают впереди передних зубов верхней челюсти (рис. 2).

Открытый прикус — между зубами верхней и нижней челюстей при их смыкании остается промежуток. В одних случаях этот промежуток только между передними зубами (передний открытый прикус) (рис. 3).

Боковой открытый прикус может быть левосторонним, правосторонним и двусторонним.

Неправильное строение зубов, зубного ряда также может привести к дислалии. Например, при больших расщелинах между зубами язык в момент речи часто просовывается в них, искажая звукопроизношение.

Регуляция зубов и челюстей проводится в зубных кабинетах врачом-стоматологом при помощи наложения на зубы специальных шин. Наибольший эффект наложение шин приносит в возрасте от 5 до 6 лет, когда кости еще достаточно пластичны.

Отрицательно сказывается на звукопроизношении и неправильное строение нёба. Узкое, слишком высокое («готическое») нёбо или, наоборот, низкое, плоское препятствует правильной артикуляции многих звуков.

Толстые губы, часто с отвислой нижней губой, или укороченная, малоподвижная верхняя губа затрудняют четкое произношение губных и губно-зубных звуков.

Функциональная дислалия. Ее причины

Функциональной дислалией называется такой вид неправильного звукопроизношения, при котором не имеется никаких дефектов артикуляционного аппарата. Иными словами, нет никакой органической основы.

Одной из распространенных причин функциональной дислалии является неправильное воспитание речи ребенка в семье. Иногда взрослые, подлаживаясь под речь ребенка, умиляясь его забавному лепету, на протяжении длительного периода «сюсюкают» с малышом. В результате у него надолго задерживается развитие правильного звукопроизношения.

Дислалия может возникнуть у ребенка и по подражанию. Как правило, вредным для ребенка оказывается постоянное общение с малолетними детьми, у которых еще не сформировалось правильное звукопроизношение. Нередко малыш подражает искаженному звукопроизношению взрослых членов семьи. Особый вред приносит детям постоянное общение с людьми, у которых неясная, косноязычная или слишком торопливая, а иногда с диалектными особенностями речь.

Плохо сказывается на речи детей и двуязычие в семье. Разговаривая на разных языках, ребенок часто переносит особенности произношения одного языка на другой.

Часто причиной дислалии у детей является так называемая педагогическая запущенность, когда взрослые совершенно не обращают внимание на звукопроизношение ребенка, не поправляют ошибки малыша, не дают ему образец четкого и правильного произношения. Иначе говоря, речь ребенка не подвергается необходимому планомерному воздействию взрослых, что тормозит нормальное развитие произносительных навыков.

Дефекты звукопроизношения у детей могут быть вызваны и недоразвитием фонематического слуха. При этом у ребенка наблюдаются затруднения в дифференциации звуков, различающихся между собой тонкими акустическими признаками, например звонких и глухих согласных, мягких и твердых свистящих и шипящих. В результате таких затруднений развитие правильного звукопроизношения надолго задерживается.

В то же время недостатки звукопроизношения, особенно в тех случаях, когда они выражаются в замене звуков или в смешении их в словах, могут в свою очередь затруднять формирование фонематического слуха и в дальнейшем служить причиной общего недоразвития речи и нарушений письма и чтения.

Дислалия бывает также следствием недостаточной подвижности органов артикуляционного аппарата: языка, губ, нижней челюсти.

Она может быть вызвана и неумением ребенка удерживать язык в нужном положении или быстро переходить от одного движения к другому.

Дислалия у детей может быть вызвана также снижением слуха. На почве тугоухости возникает до 10% случаев нарушений звукопроизношения. Чаще всего при этом наблюдается затруднение в дифференциации шипящих и свистящих звуков, звонких и глухих согласных.

Причиной тяжелой и длительной дислалии может быть и недостаточное умственное развитие ребенка. У детей-олигофренов в свыше 50% случаев отмечаются нарушения звукопроизношения.

Разновидности дислалии

Неправильное произношение может наблюдаться в отношении любого согласного звука, но реже нарушаются те звуки, которые просты по способу артикуляции и не требуют дополнительных движений языка, например м, н, т, п.

Чаще всего нарушается произношение трудных по артикуляции звуков: язычных, например р, л, свистящих (с, з, ц) и шипящих (ш, ж, ч, щ)

Обычно твердые и мягкие пары согласных нарушаются в одинаковой степени. Например, если ребенок неправильно произносит звуки с, з, то дефектными оказываются также и их мягкие пары, т. е. с' и з'. Исключение составляют звуки р и л. Мягкие пары этих согласных чаще всего произносятся правильно, так как они более просты по способу артикуляции, чем их твердые варианты.

Нарушения звукопроизношения у детей могут проявляться либо в отсутствии тех или иных звуков, либо в их искажениях, либо в заменах.

Рассмотрим каждый из этих случаев подробно. Отсутствие звука в речи может выражаться в его выпадении в начале слова (например, вместо рыба ребенок говорит «ыба»), в середине (пароход — «паоход») и в конце (шар — «ша»).

Искажение звука выражается в том, что вместо правильного произносится звук, которого нет в фонетической системе русского языка. Например, велярный р, когда вибрирует тонкий край мягкого нёба, или увулярный р, когда вибрирует маленький язычок, межзубный с, боковой ш, двугубный л и др.

Звук может заменяться другим звуком, имеющимся в фонетической системе языка. Замены эти могут быть следующими:

1) замена звуков, одинаковых по способу образования и различающихся по месту артикуляции, например замена взрывных заднеязычных к и г взрывными переднеязычными т и д («тулак» вместо кулак, «дудок» вместо гудок и т. п.);

2) замена звуков, одинаковых по месту артикуляции и различающихся по способу образования, например фрикативного переднеязычного с переднеязычным взрывным т («танки» вместо санки);

3) замена звуков, одинаковых по способу образования и различающихся по участию органов артикуляции, например с губно-зубным ф («фумка» вместо сумка и т. п.);

4) замена звуков, одинаковых по месту и способу образования и различающихся по участию голоса, например звонких звуков глухими («пулка» вместо булка, «субы» вместо зубы);

5) замена звуков, одинаковых по способу образования и по активнodelствующему органу артикуляции и различающихся по признаку твердости и мягкости, например мягких твердыми и твердых мягкими («ряз» вместо раз, «пула» вместо пила).

По количеству нарушенных звуков дислалия делится на простую и сложную. Если в произношении отмечается до четырех дефектных звуков, - это простая дислалия, если пять звуков и более — сложная дислалия.

Если дефект выражается в нарушении произношения звуков одной артикуляционной группы (например, свистящих), — это мономорфная дислалия. Если же он распространяется на две и более артикуляционные группы (например, ротацизм, сигматизм и ламбдацизм), — это полиморфная дислалия.

В соответствии с характером дефекта произношения, относящегося к определенной группе звуков, выделяются следующие виды дислалии:

1. Сигматизм (от названия греческой буквы сигма, обозначающей звук с) — недостатки произношения свистящих (с, с', з, з', ц) и шипящих (ш, ж, ч, щ) звуков. Один из самых распространенных видов нарушений произношения.

2. Ротацизм (от названия греческой буквы ро, обозначающей звук р) — недостатки произношения звуков р и р'.

3. Ламбдацизм (от названия греческой буквы ламбда, обозначающей звук л) — недостатки произношения звуков л и л'.

4. Дефекты произношения нёбных звуков: каппацизм — звуков к и к', гаммацизм — звуков г и г', хитизм — звуков х и х', йотацизм — звука й (от названий греческих букв каппа, гамма, хи, йота, обозначающих соответственно звуки к, г, х, и).

5. Дефекты озвончения — недостатки произношения звонких согласных звуков. Эти дефекты выражаются в замене звонких согласных звуков парными глухими звуками: б-п, д-т, в-ф, з-с, ж-ш, г-к и т. д.

Этот недостаток часто встречается у детей, страдающих тугоухостью.

6. Дефекты смягчения — недостатки произношения мягких согласных звуков, заключающиеся в основном в замене их парными твердыми, например д'-д, п'-п, к'-к, р'-р и т. д.

Исключение составляют только звуки ш, ж, ц, не имеющие мягких пар, и звуки ч, щ, и, которые произносятся всегда мягко и не имеют твердых пар.

Виды и характеристики нарушение звуков

Наиболее простыми звуками являются заднеязычные, или задненебные,— к, г, х.

Неправильное произношение этих звуков называется каппацизмом. Из них реже всего наблюдаются нарушения произношения звука х.

Для того чтобы выявить сущность неправильного произношения звука, необходимо сначала проанализировать нормальное произношение звука.

— согласный

— ротовой

— взрывной

к — заднеязычный

— глухой

— твердый

— согласный

— ротовой

— взрывной

г — заднеязычный

— звонкий

— твердый

— согласный

— ротовой

— щелевой

х — заднеязычный

— глухой

— твердый

Артикуляционные профили этих звуков и их анализ наглядно дают представление об общих свойствах звуков и об их отличиях: к и г—взрывные, а х—щелевой; х и к—глухие, а г — звонкий.

Преграда в ротовой полости образуется выгибанием к нёбу задней части спинки языка. К неправильному произношению этих звуков ведет полное отсутствие этого выгибания или недостаточное выгибание. Поэтому подготовительными артикуляционными упражнениями будут следующие: упереть с напряжением кончик языка в десны нижних резцов, отодвинуть его спинку в глубь рта. Можно применить механическую помощь — чисто вымытым пальцем или шпателем постепенно нажимать на кончик языка, отодвигая его в глубь рта.



Рис. 15 Профиль артикуляции звука к.
Наблюдаются два варианта каппацизма.

1. Язык опущен, звук выпадает совсем или заменяется еле уловимым шелканием;
2. Смычка происходит в передней части рта между кончиком языка и верхними зубами, звуки становятся переднеязычными: к-т, г-д (тошта поймала мышту; тутушта тутует в лесу, дуси додочут).

Нарушенное произношение звуков [К, К', Г, Г', Х, Х']



⌘ Боковое произношение звуков [К', Г', Х'].

- ⌘ **Виды каппацизма, гаммацизма и хитизма**, вследствие которых при произнесении звуков [К] и [Г] слышится негромкий гортанный щелчок, а при произнесении звука [Х] – ослабленный гортанный шум;
- ⌘ при произнесении звуков [К] и [Г] голосовые складки плотно смыкаются, действием дыхательных мышц под ними создается повышенное давление воздуха, после чего смычка взрывается и воздух с шумом прорывается через голосовую щель; при произнесении звука [Х] воздух встречает на своем пути щель, образуемую не языком и небом, а сближенными голосовыми складками.

Сигматизмом называются дефекты произношения свистящих и шипящих звуков с, з, ц и щ, ж, ч, щ. Сигматизм — один из очень распространенных видов неправильного звукопроизношения. Наблюдается довольно большое количество вариантов как чисто фонетического сигматизма, так и парасигматизма. Это говорит о том, что произношение свистящих и шипящих достаточно сложно.

—согласный	—согласный	—согласный
—ротовой	—ротовой	—ротовой
—щелевой	—щелевой	—смычно-щелевой
с—переднеязычный	з— переднеязычный	ц—переднеязычный
—глухой	—звонкий	—глухой
—твердый	—твердый	—твердый

Все свистящие звуки — ротовые; переднеязычные с и з — щелевые — имеют твердую и мягкую пару, а ц смычно-щелевой мягкой пары не имеет; с и ц — глухие, а з — звонкий.

Тубы при произнесении всех свистящих находятся в положении оскала, зубы на расстоянии 1—1,5 мм, язык широкий, кончиком упирается в нижние резцы, спинка языка выгнута, и посередине ее образуется желобок, по которому и проходит узкая воздушная струя; боковые края языка прилегают к внутренней стороне верхних зубов) (пунктирная линия языка обозначает его положение при произнесении з;



Рис. 1. Профиль артикуляции звуков с-з Рис. 2. Профиль артикуляции звука ц.

При произнесении звука ц имеются два момента, быстро сменяющих друг друга: 1) кончиком язык упирается в нижние резцы, спинка языка круто выгнута и передней своей частью образует смычку у шеек верхних резцов; 2) передняя часть спинки языка после взрыва (произнесения т) отходит, образуя узкий желобок посередине (произнесение с).

Таким образом, для произнесения свистящих звуков требуется очень сложное и тонкое движение языка, в котором участвуют кончик языка, боковые края, спинка языка и одновременные движения губ, челюстей и мягкого нёба, а при произнесении звука з присоединяется и смыкание голосовых связок; воздушная струя должна достигнуть передней части ротовой полости и выйти изо рта. Любое изменение в этом сложном комплексе движений изменяет звучание свистящих.

Все шипящие звуки—ротовые, переднеязычные; ш, ж, щ — щелевые; ж и ш — твердые, ч и щ — мягкие, ч — смычно-щелевой, звуки ш, ч и щ — глухие, а ж — звонкий.

—согласный	—согласный	—согласный
— ротовой	—ротовой	— ротовой
—щелевой	—щелевой	—смычно-щелевой
—переднеязычный	ж—переднеязычный	ч—переднеязычный
— глухой	—звонкий	—глухой
—твердый	—твердый	—мягкий

Губы при произнесении всех шипящих выдвинуты вперед рупором, зубы сближены на расстояние 1—1,5 мм, язык имеет форму ковша, г. е. боковые края прижаты изнутри к верхним коренным зубам, а середина передней части языка образует щель с нёбом сразу за альвеолами. Звуки ч и щ — сложные: ч—ть-шь; а щ в московском произношении звучит как двойное смягченное ш—шь-шь (У очень многих наблюдается нижнее произношение шипящих: кончик языка опущен вниз и несколько сдвинут назад, а спинка выгнута вверх. Звучание шипящих при этом несколько смягчается, но все же считается нормальным.).

При произнесении ч следуют два момента один за другим:

1) кончик языка смыкается с корнями верхних резцов; 2) после взрыва отходит к альвеолам и образует щель.

При произношении щ язык имеет ту же форму, что и при ш, но несколько более напряжен и образует щель у альвеол.

Таким образом, для произнесения шипящих звуков требуется сложное и тонкое движение языка (кончика, боковых краев и спинки) и одновременные движения губ, челюстей, мягкого нёба, а при произнесении звука ж — и голосовых связок; воздушная струя должна быть достаточно сильной, чтобы не рассеять-



Рис. 21. Профиль артикуляции звука ш.



Рис. 22. Профиль артикуляции звука ж.



Рис. 23. Профиль артикуляции звука ч.



Рис. 24. Артикуляция звуков ш—ж—ч (вид снаружи).

ся в глубине рта, а выйти из ротового отверстия. Любое изменение в этом сложном комплексе изменяет звучание шипящих. Варианты сигматизма распадаются на две группы: Чисто фонетические сигматизмы: межзубный боковой носовой губно-зубной Парасигматизмы: призубный свистящий шипящий Межзубный сигматизм. Кончик языка при произнесении свистящих звуков не опускается вниз, а просовывается между верхними и нижними резцами. Свистящие звуки приобретают так называемый шепелявый оттенок. Очень часто межзубное произношение свистящих сочетается с таким же произношением шипящих и переднеязычных звуков т, д, н, л. Предрасполагающими моментами к возникновению межзубного произношения могут служить вялость кончика языка и прямой открытый прикус.



Рис. 25. Межзубный сигматизм.

Боковой сигматизм. Воздушная струя идет не к средней линии передних резцов, а вбок, уклоняясь в одних случаях вправо, а других — влево, или же выходит по обоим краям языка. Эти уклонения можно обнаружить, передвигая вдоль губ узкую полоску бумаги или тонкий кусочек ваты, которые отклоняются, когда попадают под выходящую воздушную струю. Этот вид сигматизма характеризуется неприятным хлюпающим звуком. Случаи односторонних боковых сигматизмов могут зависеть от уклонения языка вправо или влево и от смещения в тот или другой бок нижней челюсти при смыкании зубов. Случаи двусторонних сигматизмов связаны с тем, что язык своей спинкой поднимается к нёбу, не образуя желобка посередине, боковые края языка опущены и пропускают воздушную струю.

Очень часто боковое произношение распространяется на обе группы (свистящих и шипящих) звуков, часто присоединяется такое же произношение и мягких пар задненёбных и боковое произношение звука р. Эти факты подтверждают органическую основу возникновения боковых сигматизмов — парез языка.

Носовой сигматизм. Струя воздуха идет в нос, что чаще всего зависит от поднятого корня языка, и звуки заменяются храпом в нос. Соответственные движения губ, челюстей и образование желобка на языке не формируются или оказываются неполными, только намеченными. Очень часто носовой сигматизм распространяется и на шипящие звуки.

При губно-зубном сигматизме свистящие, чаще шипящие звуки (а иногда и те и другие) произносятся в той или



Носовой сигматизм .

Губно-зубной сигматизм.

иной степени подобно губно-зубным звукам ф и в (фраза — Кошка и собака живут недружно — приобретает примерно следующий вид: Кофка и фабака вивут недрувно).

Свистящие и шипящие звуки заменяются двугубными щелевыми звуками, язык в произношении не участвует.

Произношение свистящих и шипящих включает элементы произношения как свистящих и шипящих (положение языка), так и звуков ф и в (положение губ)

Призубный сигматизм имеет два варианта:

1. Кончик языка находится на уровне щели между верхними и нижними резцами и мешает свободному выходу воздуха. Желобок не образуется. Вместо свиста получается тупой шум. Этот вариант относится к чистым сигматизмам.

2. Свистящие и шипящие звуки (чаще всего и те и другие одновременно) заменяются звуками т и д (с — т, з — д, ж — д, ш — т, ц — т, ч и щ — т): Котка и табака дивут недрудно. Последний вариант — один из самых тяжелых, так как охватывает одновременно все семь звуков, искажает речь, делает ее малопонятной и, безусловно, тяжело отражается на письме и приводит к невозможности формирования фонематического различия в большой группе звуков.

Этот вариант наблюдается при тугоухости и других случаях тяжелого речевого недоразвития.

— согласный

— согласный

— ротовой

— ротовой

— щелевой

— смычный

с — переднеязычный

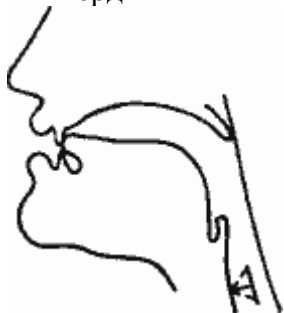
ш — переднеязычный

— глухой

— глухой

— твердый

— твердый



Призубный сигматизм.

Анализ с и т (также з и д) показывает, что разница между этими звуками заключается в способе образования, причем движения языка при свистящих (а тем более при шипящих) гораздо сложнее и тоньше, чем при смычных т и д.

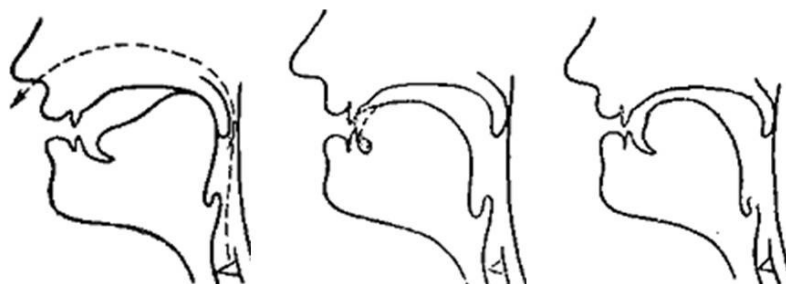
Шипящий сигматизм. Свистящие и шипящие звучат одинаково нечетко, сходны со звучанием смягченных шипящих (Шябака и кошька живут недружно). Кончик языка в этом случае опущен вниз, но несколько оттянут в глубь рта, спинка языка напряжена, желобка не образует, боковые края языка не смыкаются с коренными зубами, в результате струя воздуха растекается по всей поверхности языка.

Свистящий сигматизм. Свистящие звуки произносятся правильно, а шипящие заменяются свистящими (Собака и кошка зивут недружно).

Произношение свистящих и шипящих звуков имеет много общего, и поэтому большинство вариантов сигматизма охватывает одновременно обе группы звуков. Все же нарушения произношения шипящих звуков наблюдаются чаще, чем свистящих, что соответствует и более позднему формированию шипящих в речи ребенка.

Оба указанных факта говорят о большей сложности произношения шипящих.

Нарушения СВИСТЯЩИХ ЗВУКОВ



4.

5.

6.

☞ Виды сигматизма свистящих звуков (4 – носовой сигматизм; 5 – призубный сигматизм; 6 – шипящий сигматизм).

Ротацизм. Под этим названием объединяются различные дефекты произношения звука р.



Рис. 33. Профиль артикуляции звука р.

- согласный
- ротовой
- д — дрожащий
- переднеязычный
- сонорный

— твердый

Голосовые связки сомкнуты и вибрируют (сонорный), нёбная занавеска поднята и закрывает проход в нос, губы и зубы открыты, нижняя челюсть и вся ротовая полость напряжены, корневая и средняя часть языка неподвижны и также напряжены, передняя треть языка широко распластана, истонченные боковые края приподняты, упираются в верхние зубы (форма ковша или ложки; и образуют довольно широкое сужение — канал для воздушной струи, которая поступает на кончик языка; последний неплотно прилегает к верхним альвеолам и под влиянием струи периодически колеблется, то прилегая к альвеолам, то отходя от них. Быстрота колебаний от 2—3 до 30 в секунду.

Благодаря большой сложности артикуляционной работы, и в частности языка (участвуют все мышцы языка), наблюдается много видов ротацизма (логопед А. Я. Яунберзинь зарегистрировала 28 вариантов). Наиболее частыми будут следующие:

Отсутствие р (полное отсутствие звука или призвук гласного вместо него).

Носовое произношение.

Так называемое горловое произношение (велярное или увулярное) (Происходит вибрация или мягкого нёба с корнем языка, или маленького язычка.)

Одноударное.

Глухое.

Двугубное р:

а) кучерское с вибрацией губ.

б) двугубное, без вибрации. Боковое произношение.

параротацизм:

р-д

р-й

р-л

р-ль

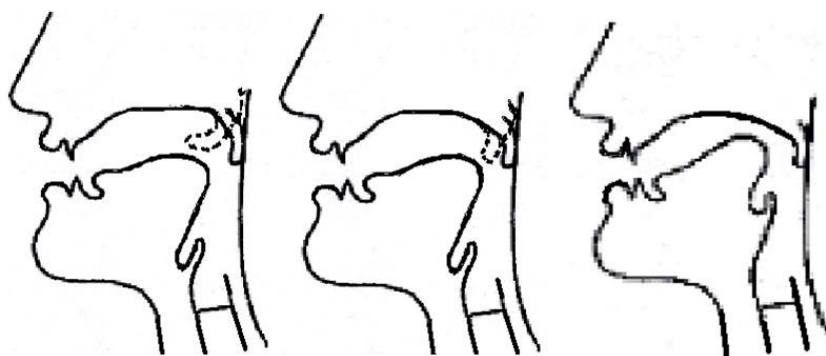
р-н

р-г

р-ы

Нарушенное произношение звуков

[P, P']



⌘ 1.

2.

3.

⌘ Виды ротацизма (1 – велярный [P]; 2 – увулярный [P']; 3 – фрикативный звук [Г]).

Под названием ламбдацизм объединяются все дефекты произношения звука л. Голосовые связки сомкнуты и дрожат, как при гласных (сонорный), нёбная занавеска поднята и закрывает проход в нос, губы в положении легкого оскала, зубы видны, язык в

корневой своей части приподнят, как при звуке у, в средней опущен, а передняя часть языка поднята кверху ковшом, средней своей частью соприкасается с альвеолами верхних резцов, боковые края приподняты, не касаются верхних коренных зубов или с обеих сторон или только с одной так, что остаются узкие щели для прохождения экспираторной струи (поэтому звук л иногда называют боковым). При мягкой форме звука л корень языка опущен, а передняя и отчасти средняя части спинки языка более подняты и напряжены, чем при твердом л, и упираются в верхние зубы.

— согласный

— ротовой

— смычно-проходной

л — переднеязычный

— сонорный

— твердый

В укладе этого звука работа языка достаточно сложна, дифференцирована в различных частях, особенно для твердой формы звука. В зависимости от этого звук л (твердая форма) часто запаздывает в своем формировании, и наблюдается достаточно много вариантов его неправильного произношения.

Существуют два вида ламбдацизма:

ламбдацизм:

Отсутствие звука л или призвук гласной.

Двугубное или губно-зубное произношение звука л.

Носовое произношение:

л-нг;

л равняется г украинскому.

параламбдацизм:

л-д

л-л (с различной степенью смягчения).

л-р

л-й

л-н

Нарушения произношения звуков [Л, Л']



☒ 3.



4.

☞ Виды ламбдацизма (3 – фрикативный звук [Г];
4 – межзубный ламбдацизм).

Звуки каждой пары будут иметь одинаковые артикуляционные уклады и будут отличаться друг от друга участием голоса и несколько меньшим напряжением речевых органов и воздушной струи для звонких звуков. Например:

— согласный	— согласный
— ротовой	— ротовой
п — взрывной	б — взрывной
— губно-губной	— губно-губной
— глухой	— звонкий
— твердый	— твердый

Указанные пары звуков можно разбить на две подгруппы:

взрывные б — п, д — т, г — к, б — п, д — т, г — к и щелевые в — ф, з — с, ж — ш, в — ф, з — с.

Среди взрывных звуков дефекты озвончения наблюдаются чаще, чем среди щелевых. Указанное обстоятельство объясняется тем, что вибрация голосовых связок при произнесении щелевых звуков более длительна, а потому и более ощутима, чем при произнесении взрывных, а в случае необходимости длительность и сила вибрации голосовых связок могут быть произвольно увеличены.

Наблюдаются три вида нарушения озвончения: а) полное отсутствие звонких согласных звуков в речи, т. е. постоянная их замена парными глухими (Папушка пошла ф паню — Бабушка пошла в баню); б) недостаточное озвончение (У мена заполела колова и корло — У меня заболела голова и горло; Колупи залетели на твор — Голуби залетели на двор; детушка — дедушка и т. п.); в) недостаточное оглушение (В волосах савязана бан-дом ленда — В волосах завязана бантом лента).

Все три случая относятся к парализациям и, как правило, отражаются на письме.

Оглушение звонких согласных наблюдается чаще, чем озвончение глухих.

В работе по исправлению дефектов озвончения очень важной оказывается дифференциация парных звонких и глухих звуков, но ни в одном из указанных случаев не следует пренебрегать проверкой достаточности автоматизации смешиваемых звуков.



Рис. 44. Профиль артикуляции звука п.



Рис. 45. Профиль артикуляции звука б.

Дефекты озвончения обычно имеют место при открытой гнусавости, дизартрии, при любых нарушениях деятельности голосовых связок и могут считаться частичным нарушением голоса. (Встречаются люди с дефектами озвончения, не умеющие петь.)

Дефектами озвончения страдают обычно и люди с нарушением слуха, так как сниженный слух является препятствием для восприятия звонкости, а следовательно, и для дифференциации звонких и глухих согласных.

В произношении согласных, имеющих твердую и мягкую пару, наблюдаются дефекты смягчения.

Большинство согласных звуков русского языка имеет парные мягкие звуки (п—п, р—р и т.д.). Исключением будут звуки ш, ж, ц, не имеющие мягких пар, и звуки ч, ш, й, не имеющие твердых пар.

Среди дефектов смягчения наблюдаются три варианта:

а) полное отсутствие мягких согласных звуков в речи, т. е. постоянная их замена парными твердыми звуками (дядя Ваня — дада Вана; пять—пат; мясо—масо и ч. п.); б) излишнее

смягчение (Собака идет домой — Сябака идет дямой}; в) нарушение дифференциации между твердыми и мягкими звуками, т. е. наряду с правильным произношением твердых и мягких согласных наблюдаются отклонения как в ту, так и в другую сторону.

Парные звуки, как показывает их анализ, отличаются друг от друга только одним свойством

— твердостью и мягкостью;

— согласный

— ротовой

m — взрывной

— переднеязычный

— глухой

— твердый — мягкий

— согласный

— ротовой

t — взрывной

— переднеязычный

— глухой

Переход твердого согласного звука в мягкий зависит от напряжения и подъема средней части языка к нёбу.