

УЧИТЕЛЮ О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ

Учебно-методическое пособие

Под редакцией Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой

**Москва
Российский университет дружбы народов
2008**

ББК 74.261.3

У 92

Авторы-составители:

кандидат педагогических наук, профессор *Т.В. Волосовец*,
кандидат педагогических наук, доцент *Е.Н. Кутепова*,
кандидат педагогических наук *Н.В. Мазурова*

*Подготовлено и опубликовано в рамках совместного проекта
ЮНЕСКО и Российской Федерации «Содействие в восстановлении
и развитии системы образования Чеченской Республики»*

У 92 Учителю о нарушениях речи: Учебно-метод. пособие /
Авт.-сост. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутепова, Н.В. Мазурова.
Под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой. – М.: РУДН,
2008. – 59 с.

ISBN 978-5-209-02585-6

В школе дети начинают овладевать нормами устного и письменного литературного языка, учатся использовать языковые средства в разных условиях общения в соответствии с целями и задачами речи. При этом учитель должен помочь детям осмыслить требования к речи, научить младших школьников при формулировке мыслей следить за правильностью, точностью, разнообразием, выразительностью языковых средств.

Анализ методической, педагогической литературы, наблюдение за учебным процессом показали, что работа по культуре речи проводится на уроках русского языка в малом объеме, фрагментарно. Данное положение обусловлено тем, что учитель не всегда может определить тип ошибки, допускаемой учеником, и соответственно подобрать нужное упражнение для ее исправления. Кроме того, как показывает анализ методической литературы, существуют различные классификации ошибок в речи учащихся, однако единой классификации нет, что затрудняет работу учителя в этом направлении.

Таким образом, цель данного методического пособия заключается в определении типичных речевых ошибок школьников в письменных работах учащихся и создании комплекса специальных упражнений для их устранения.

Названия, употребляемые в данной публикации, как и содержащиеся в ней материалы, не являются выражением каких-либо мнений со стороны ЮНЕСКО по поводу юридического статуса каких-либо стран, территорий, городов или областей или их властей, а также в отношении определения государственных или административных границ.

Авторы несут полную ответственность за выбор и форму изложения фактов и мнений, содержащихся в данной книге, которые необязательно отражают точку зрения ЮНЕСКО и не могут обязывать Организацию к чему-либо.

© ЮНЕСКО, 2008

© Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутепова, Н.В. Мазурова, авторы-составители, 2008

© Российский университет дружбы народов, Издательство, 2008

TO THE TEACHER ABOUT SPEECH DISTURBANCES

Edited by T.V. Volosovets, E.N. Kutepova

**Moscow
Peoples' Friendship University of Russia
2008**

Author-compiler –
Professor *Tatyana Vladimirovna Volosovets*, PhD,
Dr *Elena Nikolaevna Kutepova*, PhD,
Nadezhda Vladimirovna Mazurova, PhD

***Compiled and published within the framework of joint project between
UNESCO and the Russian Federation «Support for Rehabilitation
of Education System of the Chechen Republic»***

ISBN 978-5-209-02585-6

At school children start to acquire spoken and written literary language norms. They learn different language means appropriate for communication conditions and purposes and tasks of speech. The teacher should help the pupils to understand requirements to speech, to teach primary school pupils to express ideas correctly, accurately, diversely, using expressive language means.

The analysis of methodological and pedagogical literature and teaching process monitoring have shown that there is not enough work done on speech standards during Russian language classes. The problem is that a teacher sometimes cannot define the type of a mistake made by a pupil and chose a suitable exercise to correct it. Besides, methodological literature analysis shows there are various classifications of pupils' speech mistakes. The absence of a comprehensive classification complicates teachers' work in this area.

Thus, the purpose of the present publication is to define typical pupils' oral and written speech mistake, and provide a set of exercises to correct them.

The designations employed and the presentation of material throughout this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of UNESCO concerning the legal status of any country, territory, city or area of its authorities, or the delimitation of its frontiers or boundaries.

Authors are responsible for the choice and the presentation of facts contained in this publication and for the opinions expressed therein, which are not necessarily those of UNESCO and do not commit the Organisation.

© UNESCO, 2008

© T.V. Volosovets, E.N. Kutepova, N.V. Mazurova, Author-compiler, 2008

© Peoples' Friendship University of Russia, Publishing House, 2008

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
Глава 1. Основы логопедии	7
Глава 2. Особенности семьи, имеющей ребенка с нарушениями речи	34
Терминологический словарь	47
Список литературы	58

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее пособие предназначено для педагогов образовательных учреждений.

Учебное пособие состоит из двух глав, терминологического словаря, библиографического списка, приложений.

В первой главе пособия анализируются теоретические основы логопедии как науки о нарушениях речи. С точки зрения этиопатогенеза рассматриваются предмет, цели и задачи логопедии, методы предупреждения, выявления и коррекции нарушений речи средствами специального обучения и воспитания. Раскрывается связь логопедии с другими науками: педагогикой (общей и коррекционной, дошкольной и школьной), психологией (общей, специальной, педагогической, возрастной), филологией (лексикой, грамматикой, фонетикой), медициной (анатомией и физиологией человека, педиатрией, невропатологией, психопатологией детского возраста и др.).

Третья глава посвящена особенностям работы воспитателя с родителями, имеющими детей с речевой патологией, а также особенностям семейного воспитания, роли семьи в развитии ребенка, формировании его речи и личности.

Терминологический словарь включает в себя основные понятия, используемые в учебном пособии.

В приложении приведен материал инструктивно-методического характера.

Пособие может быть использовано учащимися педагогических училищ и колледжей и студентами дефектологических факультетов педагогических университетов.

Глава 1

ОСНОВЫ ЛОГОПЕДИИ

ПРЕДМЕТ И ЗАДАЧИ ЛОГОПЕДИИ

Логопедия – это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

Термин “логопедия” происходит от греч. *logos* – слово, речь и *paideia* – обучение.

Предмет логопедии – нарушения речи и процесс обучения и воспитания детей с нарушениями речи.

Логопедия (наряду с олигофренопедагогикой, тифлопедагогикой, сурдопедагогикой) является отраслью специальной педагогики (дефектологии). В структуру логопедии входят логопедия дошкольная, школьная и логопедия подростков и взрослых.

Цель логопедии – разработка системы преодоления и профилактики речевых расстройств, а также изучение, обучение, воспитание людей с нарушениями речи. Исходя из поставленной цели, вытекают следующие задачи логопедии, затрагивающие вопросы теории (задачи 1-4) и практики (задачи 5-7):

1. Изучить этиологию, механизмы, структуру и симптоматику нарушений речи.
2. Выявить индивидуальные особенности развития речи (онтогенез) при различных нарушениях речи.
3. Охарактеризовать взаимовлияние речи и личности ребенка.

4. Изучить особенности формирования речи у детей с различными отклонениями развития (нарушения интеллекта, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата).

5. Разработать методы обследования и приемы устранения нарушений речи детей и взрослых с нарушениями речи.

6. Разработать методы преодоления нарушений речи у детей с различными отклонениями в развитии (нарушения интеллекта, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата).

7. Дать научное обоснование организации логопедической помощи в России.

СВЯЗЬ ЛОГОПЕДИИ С ДРУГИМИ НАУКАМИ

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

Внутрисистемные связи:

- с педагогикой – наукой о воспитании человека; раскрывающей сущность, цели, задачи и закономерности воспитания, его роль в жизни общества и развитии личности, процесс образования и обучения; включающей теорию воспитания, дидактику, школоведение;
- специальной педагогикой – отраслью педагогики, изучающей особенности развития, обучения и воспитания детей с аномалиями развития; включающей олигофренопедагогику (науку о развитии, обучении и воспитании детей с интеллектуальными нарушениями), сурдопедагогику (науку о развитии, обучении и воспитании детей с нарушениями слуха), тифлопедагогику (науку о развитии, обучении и воспитании детей с нарушениями зрения);
- методикой обучения русскому языку;
- логопедической ритмикой;

- психологией (общей, возрастной, педагогической, социальной);
- специальной психологией;
- психодиагностикой;
- патопсихологией;
- нейропсихологией.

Межсистемные связи представлены медико-биологическими и лингвистическими науками. Медико-биологические науки:

- анатомия и физиология детей и подростков;
- нейрофизиология и высшая нервная деятельность;
- невропатология;
- клиника умственной отсталости;
- оториноларингология;
- педиатрия;
- генетика;
- психопатология.

Лингвистические науки:

- языкознание;
- фонетика;
- лексика;
- грамматика;
- психолингвистика.

Взаимосвязь логопедии со всеми перечисленными науками обусловлена необходимостью знаний о речи и личности ребенка, об этиологии и механизмах речевых расстройств, особенностях коррекционной работы и профилактических мероприятиях. Знание медицинских наук помогает правильно проанализировать анамнестические сведения (сведения о развитии ребенка), что позволяет более точно и дифференцированно сделать логопедическое заключение, а также наметить наиболее эффективные пути коррекционного воздействия. Нормы языка и последовательность их усвоения ребенком – важный аспект при дифференциальной диагностике речевых нарушений. Педагогу необходимы психологические

знания для установления контакта с ребенком, для выбора методов и приемов логопедического воздействия, наиболее подходящих данному ребенку. Очень важно анализировать речевое нарушение в структуре личности ребенка.

МЕТОДЫ ЛОГОПЕДИИ

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

В логопедии можно выделить несколько групп методов:

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

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

Под *причинами* отклонений в развитии понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего тератогенного (неблагоприятного, повреждающего) фактора, который определяет специфику поражения и нарушения развития психомоторных функций. Для более глубокого изучения на-

рушений речи, определения их специфики, правильного выбора направления коррекционного воздействия, определения зоны ближайшего развития имеет важное значение выявление причин речевого нарушения. В зависимости от времени воздействия патогенных факторов выделяют перинатальную (внутриутробную), натальную (повреждение при родах), постнатальную (воздействие различных неблагоприятных факторов после рождения) патологию.

В перинатальный период развития на организм будущего ребенка могут воздействовать следующие тератогенные факторы:

- наследственные (генные и хромосомные заболевания);
- гипоксические (внутриутробная гипоксия – кислородное голодание);
- травматические (внутричерепные кровоизлияния);
- биологические (влияние вирусов, бактерий, простейших);
- заболевания матери во время беременности (острые и хронические). Острые заболевания чаще всего бывают инфекционными, в том числе ОРВИ, грипп, «детские инфекции», листериоз, токсоплазмоз, сифилис. Среди хронических заболеваний наиболее опасны для развивающегося организма эндокринные заболевания матери (сахарный диабет, гипотериоз и др.).
- химические факторы (бесконтрольный прием лекарственных препаратов, влияние алкоголя, никотина, наркотических препаратов, экологическое состояние окружающей среды, гипо- и гипервитаминозы, авитаминоз, недостаток микроэлементов);
- радиоактивное облучение;
- иммунологическая несовместимость по Rh и антигенам крови матери и плода;
- социально-психологические.

При внутриутробных поражениях мозга исследователи отмечают наиболее тяжелые речевые нарушения, которые нередко сочетаются с сенсорными и интеллектуальными нарушениями и с патологиями опорно-двигательного аппарата.

Внутриутробная гипоксия может привести к нарушениям речи коркового генеза (алалия, дизартрия), а при условии нерезко выраженной гипоксии может замедлиться созревание клеток коры головного мозга (задержка речевого развития).

Внутричерепное кровоизлияние, обусловленное слабостью сосудистых стенок, в зависимости от локализации, может привести к алалии (моторной или сенсорной), дизартрии, неврозоподобному заиканию.

Воздействие вирусов приводит к возникновению внутриутробного менингоэнцефалита и замедлению скорости деления клеток мозга, а воздействие продуктов жизнедеятельности вирусов (токсины) – к интоксикации организма матери и будущего ребенка.

Острые и хронические заболевания матери во время беременности из-за нарушений маточно-плацентарного кровообращения могут приводить к внутренним поражениям мозговых структур.

Под воздействием химических факторов поражается центральная нервная система. В частности в литературе описана клиническая картина олигофрении (умственная отсталость) алкогольно-эмбриопатического генеза, сочетающаяся с нарушениями речи; ринолалия, обусловленная врожденными расщелинами неба. Бесконтрольный прием лекарственных препаратов – сульфаниламидов, антибиотиков, гормональных препаратов – приводит к речевой патологии коркового генеза. К возникновению врожденной расщелины неба приводит прием препаратов группы кортизонов, а также перенасыщение организма плода витамином А.

Иммунологическая несовместимость крови матери и плода по Rh вызывает распад эритроцитов плода, в результа-

те чего выделяется непрямым билирубин, поражающий подкорковые отделы мозга и слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха и подкорковым дизартриям.

Влияние радиоактивного облучения до конца еще не изучено, но имеющиеся факты говорят о возникновении тяжелых патологий мозга.

К социально-психологическим факторам относят затяжные стрессы, субдепрессии, проявляющиеся в вегетативных нарушениях, вялости, раздражительности, плаксивости, повышенной тревожности, навязчивым страхам, что может привести в будущем к психосоматической ослабленности ребенка.

В момент родов на плод воздействуют следующие тератогенные факторы:

- асфиксия (кислородное голодание плода в момент родов);
- травматические (родовая травма, акушерско-гинекологическая патология).

Асфиксия новорожденного – патологическое состояние новорожденного, обусловленное нарушением дыхания и возникающей вследствие этого кислородной недостаточности. В головном мозге новорожденного в результате микроциркуляторных расстройств возникают отек, кровоизлияние. У детей, перенесших асфиксию, могут наблюдаться синдромы гипо- и гипервозбудимости, повышенное внутричерепное давление, судороги. Причинами асфиксии являются острая и хроническая внутриутробная кислородная недостаточность, внутричерепная родовая травма плода, иммунологическая несовместимость крови матери и плода, внутриутробная инфекция, закупорка дыхательных путей плода слизью или околоплодными водами, пороки развития дыхательной и сердечно-сосудистой систем плода. Возникновению асфиксии способствуют заболевания матери, особенно хронические.

Под родовой травмой новорожденного понимают повреждение новорожденного, возникающее в родах. Предрасполагающими факторами являются гипоксия и гипотрофия плода, недонашивание и перенашивание беременности, крупные размеры плода. В этих случаях снижаются адаптационные способности плода, и он может пострадать даже при нормальном течении родов. Родовая травма новорожденного нередко возникает при слабой или чрезмерно сильной родовой деятельности, несоответствии размеров плода и таза роженицы, аномальных предлежаниях плода (лобное, лицевое), акушерских операциях. Родовая травма нервной системы включает повреждения головного мозга, спинного мозга и периферической нервной системы.

Внутричерепная родовая травма характеризуется внутричерепными кровоизлияниями, отеком мозга, ишемией его ткани. Родовая травма периферической нервной системы включает парезы рук, диафрагмы, мимической мускулатуры.

Таким образом, у детей, перенесших асфиксию или внутричерепную родовую травму, могут наблюдаться отставания в психоречевом развитии, детский церебральный паралич.

В постнатальный период развития ребенка возможно влияние следующих тератогенных факторов:

- наследственных, проявляющихся в период становления речи;
- травматических (открытые и закрытые черепно-мозговые травмы);
- биологических;
- ослабленного соматического состояния ребенка;
- химических;
- социально-психологических.

Влиянием наследственных тератогенных факторов в постнатальный период развития ребенка может быть объяснено возникновение заикания; отмечается роль наследствен-

ных факторов в возникновении ринолалии, механической дислалии, алалии, дисграфии, дислексии.

С момента рождения жизнь ребенка подвергается опасности травматизации. Травматизация (черепно-мозговая травма), произошедшая до трехлетнего возраста, при которой пострадали клетки коры головного мозга, может быть причиной алалии. Следствием травматизации в дошкольном возрасте может стать детская афазия. Возникновение посттравматических дизартрий возможно при поражении клеток подкорково-корковых областей, а также двигательных корково-ядерных путей, ядер, корешков и периферических отделов отдельных черепно-мозговых нервов.

Наиболее распространенными причинами недоразвития речевой функциональной системы является нейроинфекция в виде менингитов и энцефалитов, вызванная проникновением в организм ребенка разнообразных вирусов. Отсроченным проявлением последствий данных заболеваний является локальное недоразвитие моторной или сенсо-моторной функции речи.

Комплексное взаимодействие химических тератогенных факторов и соматических заболеваний детей может привести к отставанию психоречевого развития.

Нередко в результате неправильного воспитания в семье либо в условиях несемейного воспитания у детей наблюдается психическая депривация, следствием которой может быть речевой негативизм и нарушение коммуникативной функции речи.

В ряде случаев повреждения головного мозга в период новорожденности могут не выявляться. В последствии данные повреждения диагностируются как минимальные мозговые дисфункции (ММД). При ММД имеет место задержка темпа развития функциональных систем мозга, что приводит к разнообразным задержкам психоречевого развития.

Несмотря на важность временного параметра при возникновении патологии, необходимо учитывать еще ряд па-

раметров: характер и локализацию повреждения, пластичность нервной системы ребенка, степень сформированности речевой функциональной системы в момент повреждения мозга.

ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Принцип (от лат. *principium* – начало, основа)- основное, исходное положение какой-либо теории, учения, науки; внутренние убеждения человека.

Принципы анализа речевых нарушений являются основой классификации речевых нарушений.

По данным современной психолого-педагогической литературы, направление и содержание исследований нарушений речи у детей определяются принципами анализа нарушений:

- принципом развития;
- принципом системного подхода;
- принципом рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития.

Принцип развития предполагает анализ процесса возникновения дефекта. Знание особенностей и закономерностей речевого развития на каждом возрастном этапе, предпосылок и условий, обеспечивающих его развитие, позволяет определить причины возникновения нарушения и наметить адекватные пути коррекционного воздействия.

Принцип системности – подход к анализу речевых нарушений, определяющий речь как систему. Речевая патология может проявляться в нарушениях различных компонентов речевой деятельности: звукопроизношения, фонематических процессов, лексики, грамматики. Речевые нарушения многообразны. От того, какие компоненты речевой системы нарушены, зависит характер дефекта, например у одних де-

тей могут наблюдаются дефекты звукопроизношения, у других наряду с фонетическими дефектами наблюдаются и фонематические нарушения, у третьих можно увидеть как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую недостаточность. На этом принципе базируется педагогическая классификация речевых нарушений и комплектование специальных учреждений для детей с расстройствами речи.

Все психические процессы у ребенка: восприятие, внимание, память, мышление, воображение – взаимосвязаны с речью. Речь формируется под воздействием всех высших психических функций, но, в свою очередь, и внимание, и память, и мышление развиваются под влиянием речи. Так, обобщенность восприятия зависит от уровня развития речи, развитие связной речи возможно лишь при сформированности операций сравнения, анализа, синтеза; слухоречевая память взаимообусловлена и взаимосвязана с развитием фонематических процессов.

Таким образом, при анализе речевых нарушений важно учитывать все вышеперечисленное, а также соматическое состояние ребенка, особенности его эмоционально-волевой и двигательной сфер, возраст, микросоциальное окружение, состояние зрения, слуха и интеллекта, что является комплексным подходом в изучении ребенка с учетом структуры дефекта.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ДЕФЕКТА

По мнению Л.С. Выготского, в аномальном развитии различаются две группы нарушений:

- первичные – нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (детский церебральный паралич (ДЦП), врожденные расщелины неба, различные поражения коры головного мозга и т. д.),

- вторичные – нарушения, которые возникают опосредованно в процессе аномального социального развития.

На начальных этапах развития ребенка с речевой патологией проблемы в обучении и воспитании связаны с первичным дефектом, но при отсутствии коррекционно-воспитательного воздействия вторичные нарушения выходят на первый план.

Наряду с вторичными речевыми нарушениями (дизартрия при ДЦП, ринолалия при врожденных расщелинах неба, механическая дислалия при нарушениях строения артикуляционного аппарата, алалия при поражениях речевых зон коры больших полушарий головного мозга и т. д.), можно выделить вторичные неречевые нарушения (задержка психомоторного развития при ДЦП, задержка психического развития (ЗПР) при поражениях речевых зон коры головного мозга и т. д.

Опираясь на концепцию Л. С. Выготского о первичных и вторичных проявлениях в структуре дефекта, можно утверждать, что при раннем начале коррекционной работы максимально используется пластичность нервной системы в коррекции первичного дефекта и предупреждается появление вторичных отклонений в речевом и психическом развитии. Уже в 20-е гг. Л. С. Выготский выдвинул и обосновал необходимость социальной компенсации дефекта: “Вероятно, что человечество победит раньше или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие, но гораздо раньше оно победит их социально и педагогически, чем медицински и биологически”.

ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ПОДХОДА К КЛАССИФИКАЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

На начальных этапах становления логопедии как науки она не располагала собственной классификацией нарушений речи, полностью принимая медицинскую классификацию речевых расстройств. Одним из первых проанализировал медицинскую классификацию речевых расстройств и, проанализировав их с точки зрения речевого дефекта, упорядочил терминологию А. Куссмауль в 1877 г. Эта классификация легла в основу множества клинических классификаций, но ни в одну из них не был заложен определенный принцип, что привело к разночтению видов и форм речевых нарушений не только в классификациях разных авторов, но и внутри одной классификации. На рубеже веков, с развитием физиологии высшей нервной деятельности, психологии, медицины, лингвистики и педагогики, эти противоречия стали особенно заметны. К пересмотру классификации речевых нарушений подключились М.Е. Хватцев, Ф.А. Рау, О.В. Правдина, С.С. Ляпидевский, дополнив содержательную характеристику речевых расстройств. В процессе разработки методов логопедического воздействия, пригодных для работы с коллективом детей, клиническая классификация нарушений речи была подвергнута критическому анализу, позволившему ввести новую группировку речевых нарушений.

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

По мнению Б.М.Гриншпуна, которое поддерживается и другими исследователями, *клинико-педагогическая классификация* опирается на традиционное для логопедии сотрудничество с медициной, но, в отличие от чисто клинической, выделяемые в ней виды речевых нарушений не привязываются строго к формам заболеваний. В данной классификации все

виды нарушений речи делятся на две группы в зависимости от того, какого вида речь нарушена: устная или письменная.

К нарушениям устной речи относятся:

- **дислалия** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата, проявляющееся в искаженном произнесении звуков, в заменах звуков или их смешении;

- **ринолалия** – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (врожденными расщелинами неба);

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

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

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

- **брадилалия** – патологически замедленный темп речи;

- **тахилалия** – патологически ускоренный темп речи.

Все вышеперечисленные нарушения устной речи относятся к группе нарушений произносительной стороны речи. Кроме них, в нарушениях устной речи еще есть системные или полиморфные нарушения:

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

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

Нарушения письменной речи подразделяются на:

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

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

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

Первая группа – **нарушение средств общения:**

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

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

Вторая группа – **нарушения в применении средств общения:**

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

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

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

ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

По мнению В.И. Балаевой, задержка речи – понятие условное. Оно употребляется для обозначения атипичного развития речи, при котором отставание речевой функции во всех ее структурных компонентах (в фонетике, лексике, грамматике), независимо от степени, носит временный характер и сравнительно легко ликвидируется при применении специально разработанной методики.

Комплексное медико-педагогическое обследование таких детей не выявляет у них грубой анализаторной недостаточности.

Речь таких детей относительно сформирована, но в отличие от речи нормально развивающихся детей она характеризуется нарушением звукопроизношения, неправильным подбором слов, нарушением связи слов (согласование, управление)

Понятие *задержка речевого развития* включает все формы и разновидности речевых нарушений как функционального, так и органического происхождения. Причиной задержки речевого развития могут быть органические поражения коры головного мозга или задержка ее созревания. Задержка речевого развития выражается, прежде всего, в позднем начале развития речи у детей, в грубых нарушениях фонематического строя речи ребенка, в бедности и крайней ог-

раниченности словарного запаса, в затруднениях в овладении грамматикой.

ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ

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

Обучение – процесс усвоения определенных знаний, умений и навыков под руководством специального лица (учителя, логопеда, воспитателя), включающий активную познавательную деятельность детей.

Воспитание – процесс систематического и целенаправленного воздействия на духовное и физическое развитие личности в соответствии с потребностями общества.

Коррекция нарушений речи – это исправление недостатков речи, преодоление речевых нарушений.

Компенсация – это восстановление или замещение утраченных функций посредством их перестройки или использования сохранных функций.

Адаптация – приспособление ребенка с патологией к условиям общества.

Профилактика речевых нарушений – совокупность предупредительных мер, направленных на сохранение речевой функции и предупреждение ее нарушений.

Эффективность логопедического воздействия обусловлена следующими факторами:

- степенью выраженности дефекта,
- возрастом ребенка,

- соматическим состоянием ребенка,
- особенностями психики,
- особенностями эмоционально-волевой сферы,
- влиянием микросоциального окружения,
- сроками начала логопедической работы и ее продолжительностью,
- возможностью использования комплексного воздействия,
- профессионализмом педагога.

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

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

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

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

Практические методы представляют собой разные способы организации детской деятельности.

Организация логопедического воздействия предусматривает планомерность, поэтапность и целенаправленность. Логопедическое воздействие – это сложно организованный, целенаправленный процесс, в котором реализуются коррекционные, профилактические, образовательные и воспитательные задачи.

В ходе решения этих задач у детей с патологией речи происходит обобщение ранее накопленного жизненного опыта, развитие познавательных способностей, активизация умственной деятельности, формирование и развитие личности в целом. В данном процессе различают внешнюю и внут-

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

Логопедическое воздействие реализуется на логопедических занятиях (уроках). Основными задачами логопедических занятий, как они сформулированы Т.Б. Филичевой и Г.В.Чиркиной, являются:

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

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

3. Обучение детей самостоятельному высказыванию. На основе сформированных навыков использования различных типов предложений вырабатывается умение передавать впечатления об увиденном, о событиях окружающей действительности, в логической последовательности пересказы-

вать содержание сюжетных картин и их серий, составлять рассказ-описание.

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

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

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

Индивидуальные занятия проводятся логопедом или учителем с одним ребенком. В ходе индивидуальных занятий выполняются индивидуализированные микропрограммы, разработанные логопедом на основании результатов логопедического обследования ребенка в начале учебного года.

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

- *занятие (урок) с целью овладения новыми знаниями:* при этом дети накапливают фактический материал, изучают языковые явления и процессы, что в дальнейшем обеспечивает формирование понятий;
- *занятие (урок) с целью совершенствования, формирования практических умений и навыков:* при этом предусматривается проведение упражнений, направленных на длительное и многократное повторение;
- *занятие (урок) с целью обобщения знаний, умений и навыков:* при этом систематизируются и воспроизводятся наиболее существенные вопросы из ранее пройденного материала, восполняются имеющиеся пробелы в знаниях детей; такие занятия проводятся в

конце изучения отдельных тем и разделов программы;

- *занятие (урок) с целью повторения*, на котором, учитывая особенности психических процессов детей с речевой патологией, закрепляются приобретенные знания, умения и навыки;
- *занятие (урок) комбинированное*, на котором одновременно решаются несколько дидактических и коррекционных задач. Данный тип занятия в логопедической практике применяется наиболее часто.

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

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

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

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

- сформулировать тему и цель занятия,
- определить поэтапность занятия, взаимозависимость и целенаправленность каждого этапа,
- последовательно усложнять лексический и грамматический материал, предъявляемый детям,
- разнообразить занятие при помощи игр и игровых приемов,
- учитывать зону ближайшего развития ребенка,
- учитывать индивидуальные и возрастные особенности речи и личности,
- формулировать инструкции, даваемые детям, кратко и четко,
- использовать красочный и яркий наглядный материал,
- уметь создавать эмоциональный фон занятия, планируя эмоциональные подъемы с учетом увеличения сложности излагаемого материала.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

Традиционно в дореволюционной России помощь детям, имеющим отклонения в развитии, оказывалась благотворительными организациями и частными лицами.

В круг научных интересов речевая патология попала в 20-е гг. нашего столетия. В 1920 г. на I Всероссийском съезде по борьбе с детской дефективностью были изложены принципы построения системы воспитания и обучения аномальных детей. С 1922 г., после Всероссийского съезда заведующих губоно, начали создаваться специальные учреждения для детей с отклонениями в развитии. 1924 г. стал важной ве-

хой развития дефектологии в России. По инициативе Л.С.Выготского была произведена реформа школ для аномальных детей, целью которой являлась коррекция личности ребенка в целом и его адаптация к социальным условиям. Годом рождения логопедии в России можно считать 1933 г., когда Л.С.Выготский совместно с директором Экспериментального дефектологического института Наркомпроса И.И.Данюшевским создал еще одну отрасль дефектологии, объектом исследования которой стали дети с нарушениями речи. При Экспериментальном дефектологическом институте появилась Школа – клиника речи.

В настоящее время в нашей стране создана и постоянно совершенствуется система помощи детям и взрослым с речевой патологией. Логопедическая помощь детскому и взрослому населению осуществляется по линии образования, здравоохранения и социального обеспечения.

В *системе образования* оказывается помощь детям с нарушениями речи дошкольного и школьного возраста. С этой целью созданы специальные ясли-сады, детские сады, дошкольные детские дома, дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах, специальные группы в детских садах общего типа, школы для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида), логопедические пункты при общеобразовательных школах.

В специальные дошкольные учреждения принимаются дети с нарушениями речи с трехлетнего возраста при первично сохранном интеллекте и нормальном слухе. Среди этих учреждений есть детские сады с круглосуточным пребыванием, в которые принимаются дети с 4 лет. Основная цель работы дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи согласно «Типовому положению», всестороннее воспитание детей, развитие у них правильной разговорной речи, правильного произношения и подготовка детей к школе.

По инициативе отделов образования на местах, администрации учреждений и инициативе родителей в настоящее время создаются дошкольные группы при специальных и общеобразовательных школах и специальные группы в детских садах общего типа. В этих группах оказывается логопедическая помощь детям с нарушениями произношения, в целях подготовки их к школе.

В школах для детей с тяжелыми нарушениями речи (школы V вида) могут быть два отделения: а) для детей с тяжелыми нарушениями речи (1-е отделение), б) для заикающихся (2-е отделение). Некоторые из этих школ – интернатного типа. В 1-е отделение зачисляются дети, страдающие общим недоразвитием речи. При комплектовании классов учитывается уровень речевого развития детей и характер речевого дефекта (алалия, афазия, ринолалия, заикание с ОНР, дизартрия). Во 2-е отделение зачисляются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи. В школе для детей с тяжелыми нарушениями речи обучение проводится по специально разработанным программам в соответствии с программами общеобразовательных школ.

В 1-м отделении – I ступень – начальное общее образование с нормативным сроком освоения – 4-5 лет; II ступень – основное общее образование с нормативным сроком освоения – 6 лет.

Во 2-м отделении – I ступень – начальное общее образование – 4 года, II ступень – основное общее образование – 5 лет.

Предельная наполняемость классов – 12 человек.

Логопедические пункты при общеобразовательных школах предназначены для коррекции нарушений речи у детей школьного возраста. На логопедические пункты, по инициативе невропатологов, учителей, родителей, зачисляются учащиеся, имеющие нарушения звукопроизношения, общее недоразвитие речи, заикание, нарушения чтения и письма.

В системе здравоохранения помощь детям с речевой патологией оказывается в логопедических кабинетах детских поликлиник, в специализированных яслях для детей с нарушениями речи, в специализированных домах ребенка, в детских психоневрологических больницах и санаториях, полустационарах и летних лагерях – санаториях. В условиях медицинских учреждений детям оказывается комплексная медико-психолого-педагогическая помощь, что предполагает коррекционно-воспитательную работу логопеда, воспитателя и психолога, медицинское воздействие (медикаментозное лечение, физиотерапию, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, психотерапию, массаж, лечебно-охранительный режим, рациональное питание и т.п.).

Логопедические кабинеты детских поликлиник обслуживают дети по месту жительства. Основные направления работы логопеда поликлиники: диспансеризация детей, находящихся в детских дошкольных учреждениях, первичный прием детей, не посещающих детские дошкольные учреждения, участие в комплектовании логопедических учреждений системы здравоохранения и образования, педагогическая работа по исправлению дефектов речи, проведение логопедической санитарно-просветительной работы среди населения.

В специализированные ясли для детей с нарушениями речи принимаются дети в возрасте до 3 лет с заиканием и задержкой речевого развития органического генеза, с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, с сохранной двигательной сферой. Данный тип учреждений работает в режиме круглосуточного пребывания детей. Группы комплектуются по речевому дефекту – для заикающихся детей и для детей с задержкой речевого развития.

В специализированных домах ребенка находятся дети с органическим поражением центральной нервной системы с 3 месяцев до одного года. Коррекционно-воспитательная работа с данной категорией детей предусматривает обследо-

вание психомоторного развития и проведение коррекционных мероприятий по формированию речи и психики.

В детские психоневрологические больницы направляются дети с последствиями раннего органического поражения ЦНС (основной контингент – дети с детским церебральным параличом) для получения комплексной медико-психолого-педагогической помощи.

В детских психоневрологических санаториях находятся дети дошкольного возраста от 4 до 7 лет и школьного от 7 до 13 лет. Контингент детей, направляемых в санаторий, включает детей с последствиями раннего органического поражения ЦНС, с ОНР, с ЗПР, с заиканием. Коррекционно-воспитательная работа направлена на исправление речевых нарушений и отклонений в психическом развитии.

В *системе социального обеспечения* находятся детские дома для глубоко умственно отсталых детей и подростков и детские дома для слепоглухих. В учреждения принимаются дети-инвалиды, с ними проводится комплексная коррекционно-воспитательная работа, составной частью которой является логопедическое воздействие.

ОТБОР ДЕТЕЙ И КОМПЛЕКТОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЙ

Типовым положением определяется порядок работы и структура дошкольных учреждений для детей с нарушениями речи, порядок направления и приема детей, а также руководства, финансирования и отчетности. Одним из важных звеньев работы детских садов, принимающих детей с нарушениями речи, является отбор детей и комплектование групп, что обеспечивается психолого-медико-педагогическими комиссиями (ПМПК).

Основные задачи ПМПК состоят в следующем:

- определить, подлежит ли ребенок приему в дошкольное учреждение данного типа (т.е. является речевое нарушение у ребенка в данном случае первичным или оно результат умственной отсталости или снижения слуха);
- определить, в какую группу и с какого возраста следует зачислить ребенка.

В состав ПМПК входят: представитель комитета образования, логопед, врач-невропатолог, дефектолог, психолог. Направление на ПМПК выдается в течение всего года специалистами детских поликлиник.

Согласно Положению на рассмотрение в ПМПК представляются следующие документы:

а) подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями педиатра об общем состоянии ребенка, психоневролога или невропатолога – с обоснованным медицинским диагнозом и характеристикой умственного развития; отоларинголога – с характеристикой состояния уха, горла, носа и органов, принимающих участие в артикуляции звуков речи; логопеда – с данными о состоянии речи;

б) педагогическая характеристика ребенка, посещающего дошкольное учреждение.

Присутствие родителей ребенка или лиц, их заменяющих, обязательно.

При зачислении ребенка в дошкольное учреждение логопед группы получает выписку из протокола ПМПК, в которой дается обоснование диагноза и направления ребенка в определенную группу.

Глава 2

ОСОБЕННОСТИ СЕМЬИ, ИМЕЮЩЕЙ РЕБЕНКА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Речевая коммуникация, если учесть все виды речи (говорение, слушание, письмо) является постоянным состоянием человека. Естественно, что нарушения речи приводят к перестройке личности. В некоторых случаях у детей с нарушениями речевого развития возникает чувство неполноценности. Так, например, маленькие дети обычно легко переносят заикание, а более старшие очень тяжело его переживают, так как осознают свой дефект. На почве первоначального неприменного чувства смущения, вызванного своей неправильной речью, может появиться состояние подавленности, ребенок стремится к уединению.

Разумная семья всегда старается воздействовать на формирование детской речи, начиная с самых ранних лет жизни. Очень важно, чтобы ребенок с самого раннего возраста слышал правильную, отчетливую речь, на примере которой формируется его собственная речь.

Но не каждый ребенок во время развития самостоятельной речи переживает период, когда при подражании слышимым словам может выполнять правильные акустико-артикуляционные связи. У детей с проблемами акустико-артикуляционных связей возникают фонетически неправильные слова. У них не развивается своевременно правильное произношение и дефект в дальнейшем не исчезает, а переходит в постоянный недостаток произношения.

Дети с фонетико-фонематическими недостатками почти не отличаются по личностным качествам от детей с нормальным речевым развитием, кроме отношения к своему речевому дефекту.

По этому критерию дети делятся на 2 группы:

- 1) болезненно относящиеся к своему речевому дефекту;
- 2) безболезненно относящиеся к своему речевому дефекту.

Причиной болезненного отношения к своему дефекту может быть:

- сравнение своей речи с речью других детей;
- насмешки детей над дефектом речи ребенка с фонетико-фонематическим недоразвитием;
- укоры родителей и близких родственников и т.д.

Причиной безболезненного отношения к своему речевому дефекту может быть:

- неосознание своего дефекта;
- отсутствие внимания родителей к дефекту речи ребенка;
- попустительское отношение родителей к дефекту ребенка, Последнее может быть обусловлено тем, что у самих родителей такой же дефект, с которым они живут и он им не мешает; либо родители считают, что речь – это не самое главное в жизни; либо перспектива, которая уготована ими для ребенка никак, по их мнению, не связана с активной речевой деятельностью.

В любом случае на отношение ребенка к своему речевому дефекту огромное влияние имеет отношение к нему со стороны родителей. И то, как они настраивают ребенка по отношению к данному дефекту, какие установки ему дают, является основным формирующим компонентом отношения ребенка к своему речевому дефекту.

Установка может быть попустительской: «Не обращай внимания, твой папа всю жизнь так говорит, и ничего страшного», «Много детей говорят значительно хуже, чем ты, а

учатся на четверки и пятерки», «Посмотри, сколько знаменитых людей не выговаривают какие-то звуки: певцы, писатели, телеведущие, и их дефект им не мешает».

Ребенок внушаем, и очень скоро, при отсутствии насмешек со стороны других детей, он придет к выводу, что его собственная речь нормальна, а небольшой дефект – это проявление индивидуальности.

Возможна другая установка: «Ты уже такой большой, а говоришь, словно тебе два года. Ты слышал, чтобы у нас в семье кто-нибудь так говорил? С такой речью тебя не возьмут в школу, с тобой не будут общаться дети. Над тобой все будут смеяться. Неужели так трудно произнести нормально, как все?!».

Комплекс неполноценности, внушаемый родителями, усилится еще больше, если ребенок слышит насмешки со стороны сверстников. Ребенок может замкнуться или приобрести еще один речевой дефект (например, заикание).

В начале обучения ребенок с нарушениями речи очень неуверен в себе, отказывается от поручений, даже самых легких, остро переживает все критические этапы в обучении. Неуверенность в себе порой сочетается с болезненной чувствительностью, ослабляет волю ребенка и стремление к преодолению дефекта.

Неполноценность речи и связанная с этим неуспешность в обучении приводят к ряду характерологических изменений и снижению самооценки ребенка. При правильном подходе семьи к воспитанию ребенка с проблемами в речевом развитии, правильном педагогическом воздействии можно избежать подобных проблем. Необходимо сформировать у ребенка осознанное отношение к работе над речью, стремление преодолеть свой дефект

Как известно, что существуют и более тяжелые нарушения речевого развития детей, которые формируются на основе органической патологии мозга или сложных функ-

циональных отклонений. Это такие дефекты как алалия, анартрия, тяжелые варианты дизартрии и т.д.

Рождение ребенка с отклонениями в развитии является испытанием для всех членов семьи. Родители связывают с детьми свои надежды, принимают на себя обязанность воспитать человека следующего поколения, который, возможно, реализует их неосуществленные мечтания. Однако, аномальный ребенок уже в силу своих природных особенностей зачастую лишает родителей такой надежды. Создается психологическое противоречие между ожиданиями и физической невозможностью их осуществления. Это противоречие еще более усугубляется в случае единственно возможного ребенка в семье, когда его физический дефект может оцениваться родителями как крах всех упований.

Отмеченная психологическая ситуация, носящая подчас глубоко драматический характер, ставит вопрос о трансформации всех семейных отношений. Недаром американский специалист в области семейной терапии Дж. Фрамо высказал мысль, правильность которой впоследствии была подтверждена практиками многих стран: “В любой семье, где есть ребенок с теми или иными нарушениями, имеет место “искаженный брак” При этом во многих случаях роль родителей вынужденно ограничивается непосредственным уходом за ребенком и практически не выходит за рамки потребностей текущего периода. Так, А.С.Спиваковская показала, что родительская позиция в семьях, где есть дети с нарушениями развития, в частности с тяжелыми речевыми нарушениями, отличается неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью, адресуется к сегодняшним проблемам жизни ребенка, в противовес родительской позиции в семьях с нормальными детьми, где она характеризуется адекватностью, прогностичностью, адресуется к завтрашнему дню, к будущему ребенка.

Некоторые исследователи считают, что по мере роста и развития ребенка с тяжелой речевой патологией в семье возникают новые стрессовые ситуации, новые проблемы, к ре-

шению которых родители совершенно не подготовлены. Вследствие этого конструктивная и динамическая помощь является необходимой таким семьям на всех этапах жизни ребенка.

Реакция родителей на тяжелый речевой дефект ребенка бывает обусловлена как их опытом и переживаниями при возникновении предыдущих кризисов в их жизни, так и особенностями личности. Индивидуумы, которые уже испытали или пережили какие либо кризисы, лучше подготовлены к жизненным невзгодам, и им легче справиться с новой бедой – появлением аномального ребенка. Однако для всех рождение аномального ребенка в огромной степени изменяет их жизнь, и оптимизм, который сопровождает ожидание нового человека, надежды на успех в его будущей жизни вытесняются чувством жертвенности, досады или озлобления. При таких условиях у некоторых людей нередко обостряются проблемы внутрисемейных отношений, возможен уход от активного межличностного взаимодействия.

Г.Г.Гузеевым была сформулирована модель поведения семьи в процессе медико-психологического консультирования, которая с достаточной степенью приближения может быть распространена на все виды консультирования семей с детьми с отклонениями в развитии различной этиологии.

Все многообразие реакций родителей на появление аномального ребенка можно условно разделить на 4 основные фазы:

Первая фаза характеризуется состоянием растерянности, порой страха. Родители испытывают неослабевающее чувство собственной неполноценности при рождении ребенка с дефектом развития, ответственность за судьбу больного ребенка, ощущение беспомощности. Сложная гамма чувств и отрицательных эмоций выбивает людей из привычных рамок жизни, приводит к нарушениям сна, изменениям в характере и во взаимоотношениях между супругами. Часто длительное заболевание ребенка и последующая инвалидность, отсутст-

вие эффекта от лечения, состояние безнадежности ухудшает взаимоотношения между родителями, приводит к семейным неурядицам и даже разрушению семьи.

Интересен в этом смысле вывод, к которому пришли сотрудники редакции английского журнала “Lancet” в 1971 году. Они, в частности, утверждали, что при оценке состояния аномального ребенка, трудно решить вопрос, кто больше нуждается в медицинской помощи и лечении – мать ребенка, или сам ребенок.

Результатом такого состояния родителей часто является резкое падение самооценки. Этот период сложен тем, что родители оказываются просто не в состоянии адекватно понять и переработать полученную информацию. В таких случаях требуется применение ряда психокоррекционных мероприятий, а затем уже следует проводить консультирование семьи.

Нередко шоковое состояние родителей трансформируется в негативизм, отрицание поставленного диагноза. Период такого негативизма и отрицания рассматривается исследователями как *вторая фаза* состояния семьи. Функция отрицания направлена на то, чтобы сохранить определенный уровень надежды или чувство стабильности семьи перед лицом факта, грозящего их разрушить. Таким образом, отрицание может быть своеобразным способом устранения эмоциональной подавленности, тревоги.

Крайней формой негативизма становится отказ от обследования ребенка и проведения каких-либо коррекционных мероприятий. Некоторые родители многократно обращаются в разные научные и лечебные центры с целью отменить “неверный” диагноз. Другие родители признают диагноз, но при этом становятся неоправданными оптимистами в отношении прогноза развития и возможностей излечения. Так начинают формироваться семейные мифы, искажающие реальную ситуацию, мешающие адекватной адаптации.

По мере того как родители начинают принимать диагноз и понимать его смысл, они погружаются в глубокую пе-

чаль. Это депрессивное состояние, связанное с осознанием истины, характеризует *третью фазу*.

Трудно до конца оценить степень воздействия такого сильного потрясения. Травма может изменить взаимоотношения родителей с другими членами семьи и между собой. Наличие в семье аномального ребенка отрицательно сказывается на ее жизни и деятельности, динамике супружеских отношений, приводит к дезорганизации и реорганизации роли родителей. Чувство гнева или горечи может породить стремление к изоляции. Нередко такие переживания влияют на снижение интереса к работе, к другим делам. Этот синдром, получивший название “хроническая печаль”, является результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, их хронической фрустрации вследствие относительного отсутствия положительных изменений у ребенка, неизменности его психического и физического дефекта.

Четвертая фаза – это самостоятельное, сознательное обращение родителей за помощью к специалистам. Это начало социально-психической адаптации, когда родители уже в состоянии правильно оценить ситуацию, начать руководствоваться интересами ребенка, устанавливать адекватные эмоциональные контакты. Часть родителей способна самостоятельно достичь периода зрелой адаптации, большинство же, по мнению специалистов, нуждаются в психологической и медицинской помощи и поддержке.

Рассматривая все жизненные фазы семьи, имеющей ребенка с недостатками в развитии, в частности с тяжелой речевой патологией, F.Ferber пришел к выводу, что основной груз забот по уходу за ребенком-инвалидом лежит преимущественно на матери. Было проведено клиническое исследование психического состояния матерей, имеющих аномальных детей. Так выделились две группы. Матери первой группы отличались подвижностью, активностью. Известие о болезни или отклонениях в развитии ребенка у них вызывало

выраженные депрессивные реакции длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев. У некоторых матерей этому предшествовал психогенный ступор, сменявшийся через несколько минут бурными рыданиями, отчаянием, тоскливым настроением и т. д. Вину за случившееся они брали на себя. Иногда это сопровождалось суицидальными мыслями. У женщин нарушался сон, усиливалась депрессия. По прошествии определенного времени у таких матерей формировалось стойкое субдепрессивное настроение, часто прерывавшееся слезами и тревожными опасениями за настоящее и будущее ребенка. Такое состояние особенно сильно овладевало ими в то время, когда они не были заняты какими-либо делами, например в вечерние часы, перед сном. У женщин этой группы значительно усиливалась раздражительность, по малейшему поводу возникали вспышки гнева, что затем вызывало раскаяние. Наряду с депрессией у таких матерей отмечались астенические явления: головные боли, тяжесть и сжимающие боли в груди, колебание артериального давления. С годами личностные особенности матерей претерпевали характерную динамику. Женщины становились более замкнутыми, теряли интерес к окружающему, суживался круг прежних привязанностей. Они становились как будто спокойнее, но и безразличнее.

Вторую группу составляли женщины, для которых были характерны меньшая активность, стремление к уединению, небольшой круг знакомых. В болезни или дефекте ребенка они обвиняли медицинский персонал. Сообщение о сущности нарушения у ребенка принимали достаточно спокойно. Причиной этого, вероятно, могли явиться неверный представления о нарушении в развитии ребенка, далекие от реальности. Матери не представляли в полной мере тяжести состояния ребенка. С течением времени матери осознавали положение, в котором оказались, и вместе с этим у них рождалась тенденция жить сегодняшним днем, не строить планы на будущее. У многих из этих матерей возникало депрессив-

ное состояние: настроение заметно ухудшалось и появлялись приступы отчаяния. Периоды пониженного настроения удлинялись до нескольких суток, сопровождались наплывами тревожно-горестных мыслей.

Таким образом, у матерей обеих групп, несмотря на различие психических состояний, которые можно было наблюдать вначале, в итоге обнаруживалась стойко выраженная депрессия, сопровождавшаяся чувством горя, сострадания ребенку, необходимости самопожертвования ради него.

Отцы детей, имеющих нарушения в развитии, были редкими участниками исследований. Обычно сведения об отцах аномальных детей добываются из разговора с матерями. Так, в частности установлено, что большинство отцов реагируют на рождение аномального ребенка скорее психологическим отказом от него, и прежде всего тогда, когда речь идет о сыне.

Большинство матерей, ухаживая за ребенком с первых дней его жизни, любят его таким, какой он есть, за то, что он существует. Отец, напротив, прежде всего смотрит в будущее. Его больше интересует, каким вырастет его сын или дочь. При наличии тяжелого речевого дефекта у ребенка достижение успеха невозможно. Это приводит отца к разочарованию и, если он не видит никаких перспектив, а усилия жены направлены целиком на уход за больным ребенком и она полностью поглощена своим горем, то будущее начинает видеться отцу беспросветным и он нередко уходит из семьи. Другие исследования показали, что отцы сильнее, чем матери, чувствуют свою ущербность перед общественностью из-за очевидного дефекта у их ребенка и испытывают опасения, что поведение аномального ребенка сильно поразит окружающих. Так, например, у отцов детей с грубой речевой патологией было обнаружено тяжелое депрессивное состояние, чувство неудовлетворенности, гнев и агрессивность по отношению к членам семьи.

К. Meadow приводит данные о неадекватной и противоречивой позиции родителей по отношению к своим аномальным детям. Автор отмечает, что родители аномальных детей, с одной стороны, инвалидизируют ребенка, сопротивляются обретению им свободы и независимости, с другой стороны, они желают более быстрого развития ребенка, преодоления социальных последствий дефекта. Родители болезненно воспринимают все неудачи ребенка в обучении и в общении с окружающими.

Участие семьи в коррекции речевого развития ребенка

Развитие речи происходит в тесной взаимосвязи с формированием всех психических процессов. Общение с окружающими и разнообразный практический опыт ребенка с самого начала опосредованы языком.

Ребенок с отставанием в развитии речи нуждается в особом подходе. В первые годы жизни любое отклонение в развитии проявляется прежде всего в речевом отставании. Речь является основой формирования социальных связей ребенка с окружающим миром. Поэтому при отставании в развитии речи у ребенка всегда возникают дополнительные проблемы, связанные с общением.

Необходимо, чтобы мать уделяла достаточное внимание речевому общению с ребенком, стимулируя его к использованию слов и предложений. Первой задачей матери является формирование у ребенка потребности в общении. А для этого малышу надо, прежде всего, ощутить реальное преимущество речевого общения с окружающими. Это может быть, например, в ситуации, когда малыш хочет, чтобы мать взяла его на руки. Он тянет к ней руки, стремится криком привлечь ее внимание, наконец ему удастся произнести звукосочетания, похожие на слово «неси» – и мать тут же берет его на руки.

Такие же ситуации возникают при манипуляции с игрушками, когда ребенок связывает произнесение первых слов или звукосочетаний со значимым для него действием или предметом.

Как только ребенок произнес нужное слово, мать награждает его радостной улыбкой и выполняет его просьбу.

Развитие речи начинается с формирования обозначающей функции слова, что тесно связано с предметно-практической деятельностью ребенка. С шести месяцев ребенка следует учить соотношению предмета с обозначающим его словом, то есть постепенно развивать ситуативное понимание обращенной к нему речи.

Для формирования речи важное значение имеет моторное развитие ребенка, дифференциация слухового восприятия и развитие ориентировки в окружающем, а также формирование потребности в общении.

В дошкольном возрасте для стимуляции речевого развития ребенка важное значение имеет работа с картинками. Взрослый стимулирует у ребенка развитие диалогической речи (ответы на вопросы) с опорой как на сюжетные картинки, так и на серии картинок, учит его составлению рассказов.

Дети с церебральным параличом нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, направленной прежде всего на развитие моторики речи, коммуникативного поведения.

На отношение родителей к речевому дефекту ребенка влияют несколько обстоятельств: глубина самого дефекта, интеллектуальный уровень родителей, просвещенность в сфере логопедии (знания об особенностях речевых дефектов и о дефекте собственного ребенка), компетентность родителей в вопросах воспитания ребенка, понимание его психологии, а также собственные особенности характера, семейные отношения и т.д.

Отношение родителей к дефекту, естественно, отражается на отношении ребенка к своей речи, так как родитель

является авторитетом. Для того чтобы установки родителей были адекватными, необходимо вести просветительскую работу с ними. Такая работа может включать в себя:

- 1) ознакомительные беседы в детских садах и школах;
- 2) сообщения на стендах в детских садах, школах и поликлиниках;
- 3) индивидуальные беседы с родителями по вопросам состояния речевого развития их детей;
- 4) психологическая помощь родителям, тяжело переживающим ситуацию аномального развития ребенка и т.д.

Лечение ребенка с незначительными отклонениями в речевом развитии, в первую очередь, сводится к укреплению организма ребенка. В этом отношении большое значение имеют правильный режим и питание, физкультура, различные водные процедуры. Необходимо попытаться выяснить причины невропатии и устранить неблагоприятные психогенные факторы, действующие на ребенка. Так, при нарушениях аппетита родители должны принять меры, чтобы у ребенка не было отвращения к еде и выработывался положительный рефлекс на процесс кормления. Важно установить четкий режим кормления. Пища не должна быть слишком холодной или горячей. Категорически запрещается кормить ребенка насильно, особенно при недомогании, перекармливать его, кормить, чередуя угрозы и обещания. Иногда, чтобы разрешить трудности, связанные с кормлением ребенка, ему бывает полезно пребывание в небольшом детском коллективе.

При наличии у ребенка страха ни в коем случае нельзя смеяться над ним или путем грубого насилия стараться его преодолеть. Надо пытаться вводить пугающий объект в сферу его познавательных интересов. Не следует рассказывать на ночь волшебные сказки, разрешать просмотры телепередач. Перед сном все резкие раздражители должны быть устранены.

Категорически запрещается запугивать ребенка различными реальными или мифическими «пугалами». Ребенка нужно последовательно и осторожно знакомить с окружающим миром, постепенно вводить в сферу деятельности ребенка новые для него объекты, давая им соответствующие объяснения.

Активное привлечение родителей к работе со своим ребенком считается основным методом психотерапии. В настоящее время убедительно показано, что родители при соответствующем руководстве могут эффективно помогать своим детям, и вместе с тем преодолевая свои стрессовые состояния.

В настоящее время важное значение придается также привлечению родителей к обучению своего ребенка. Показано, что при соответствующей подготовке эффективность их работы в качестве учителей своих детей может быть исключительно высока и крайне полезна как для ребенка, так и для самих родителей.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

- **АГРАФИЯ** (дисграфия) – полное или частичное специфическое нарушение процесса письма, проявляющееся в нестойкости оптико-пространственного образа буквы, в смешениях или пропусках букв, в искажениях звукослогового состава слова и структуры предложений.
- **АДАПТАЦИЯ** – приспособление строения и функций организма, его органов и клеток к условиям среды, направленное на сохранение гомеостаза. Изучение физиологических регуляторных механизмов адаптации имеет большое значение для решения прикладных проблем психофизиологии, психологии медицинской, эргономики и пр. психологических дисциплин. Иногда выделяют различные фазы процесса адаптации к необычным экстремальным условиям: фаза первоначальной декомпенсации и последующие фазы частичной, а затем и полной компенсации. Решающую роль в успешности адаптации к экстремальным условиям играют тренировки, а также функциональное, психическое и моральное состояние индивида.
- **АЛАЛИЯ** – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка;
- **АЛЕКСИЯ** (дислексия) – полное или частичное специфическое нарушение процесса чтения, проявляющееся в затруднениях опознания и узнавания букв, в затруднении

ях слияния букв в слоги и слогов в слова, в аграмматизме;

- **АНАМНЕЗ** – совокупность сведений о болезни и развитии ребенка, получаемых путем опроса родителей (либо лиц их заменяющих) или из других источников (медицинской, психолого-педагогической документации), используемых при установлении логопедического заключения и прогноза дальнейшего психо-речевого развития, а также при выборе оптимальных методов коррекции и профилактики.
- **АНКЕТА** – методическое средство для получения первичной социологической и социально-психологической информации на основе вербальной коммуникации. Представляет собой набор вопросов, каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования. Анкета должна обеспечить получение такого содержания, которое правдиво по отношению к опрашиваемому и значимо по отношению к проблеме.
- **АРТИКУЛЯЦИЯ** – деятельность речевых органов, связанных с произнесением звуков речи и различных их компонентов, составляющих слоги, слова.
- **АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ** – кислородное голодание плода в момент родов. При асфиксии происходит нарушение функции ЦНС вследствие недостатка снабжения кислородом головного мозга. Асфиксия может привести к ДЦП, речевым нарушениям, умственной отсталости.
- **АФАЗИЯ** – полная или частичная утрата способности речи; нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правой). Представляет собой системное расстройство различных видов речевой деятельности. Проявляется в нарушениях

фонематической, морфологической и синтаксической структур речи и понимания речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарных форм слуха. Афазия – системное нарушение, складывающееся из: 1) первичного дефекта; 2) вторичных нарушений, возникающих в результате воздействий первичного дефекта; 3) функциональных перестроек работы мозга, направленных на компенсацию нарушенной функции.

- АФОНИЯ (дисфония) – отсутствие или расстройство фонации, нарушение силы, высоты и тембра голоса вследствие патологических изменений голосового аппарата;
- БЕСЕДА – метод получения информации на основе вербальной коммуникации; относится к методам опроса. Виды беседы: 1) «введение в эксперимент» – привлечение к сотрудничеству; 2) «беседа экспериментальная», в ходе которой проверяются рабочие гипотезы; 3) интервью.
- БРАДИЛАЛИЯ – патологически замедленный темп речи;
- ДЕТИ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ – дети с сохранным слухом и интеллектом, страдающие отклонениями в развитии речи. У детей с нарушениями речи могут отмечаться ЗПР, отклонения в эмоционально-волевой сфере, затруднении в чтении и письме. Обучение таких детей осуществляется в специальных образовательных учреждениях особого типа.
- ДЕФЕКТ – физический или психический недостаток, вызывающий нарушение нормального развития ребенка. Структура дефекта не сводится к симптомам повреждения биологических систем (различных отделов ЦНС, анализаторов и др.), которые представляют собой первичные симптомы нарушения – первичный дефект. Недоразвитие высших психических функций и социальной

стороны поведения – это вторичные отклонения, не связанные непосредственно с первичным дефектом, но обусловленные им.

- **ДЕФЕКТОЛОГИЯ** (от лат. defectus – недостаток и греч. logos – наука, учение) – наука о психофизических особенностях развития аномальных детей, закономерностях их обучения и воспитания. В дефектологию входят разделы: сурдопедагогика, тифлопедагогика, олигофренипедагогика и логопедия. К дефектологии относятся так же специальная психология, сурдотехника, тифлотехника. Дефектология сложилась в результате развития и сближения её отдельных отраслей, установлении общих закономерностей в развитии, обучении и воспитании детей с разными видами дефектов.
- **ДИАГНОЗ** – основная цель психологической диагностики; конечный результат деятельности психолога, направленный на описание и выяснение сущности индивидуально-психологических особенностей личности с целью оценки их актуального состояния, прогноза дальнейшего развития и разработки рекомендаций, определяемых задачей обследования.
- **ДИАГНОСТИКА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ** (психодиагностика). 1. Установление психологического диагноза – описание состояния объектов, которыми могут выступать отдельная личность, группа или организация. Выделяют этапы: 1) сбор данных; 2) переработка и интерпретация данных; 3) вынесение решения – психологические диагнозы и прогнозы; 2. Область психологии, разрабатывающая методы выявления и измерения индивидуально-психологических особенностей личности.
- **ДИЗАРТРИЯ** – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации ре-

речевого аппарата. Характеризуется голосовыми, просодическими и артикуляционно-фонетическими дефектами;

- **ДИСЛАЛИЯ** – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата, проявляющееся в искаженном произнесении звуков, в заменах звуков или их смешении;
- **ЗАИКАНИЕ** – нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата;
- **КОМПЕНСАЦИЯ** – сложный, многоаспектный процесс перестройки психических функций при нарушении или утрате каких-либо функций организма.
- **КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ** – исправление недостатков речи. Используются также термины “устранение”, “преодоление речевых нарушений”.
- **НАРУШЕНИЯ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ** – группа различных видов отклонений в развитии речи, имеющая различную этиологию, патогенез, степень выраженности. При нарушениях речевого развития нарушается ход речевого развития, проявляются несоответствия нормальному онтогенезу, отставание в темпе.
- **ОБЩЕЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ** – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.
- **ПСИХОЛИНГВИСТИКА** – научная дисциплина, изучающая обусловленность процессов речи и ее восприятия структурой соответствующего языка или языка вообще. Создание и развитие психолингвистики связано с целым рядом прикладных задач инженерной психологии, ней-

ропсихологии и патопсихологии, обучения иностранным языкам.

- ПСИХОЛОГИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ – отрасль психологии, изучающая психологические проблемы обучения и воспитания. Исследует: 1) психологические вопросы целенаправленного формирования познавательной деятельности и общественно значимых качеств личности; 2) условия, обеспечивающие оптимальный развивающий эффект обучения; 3) возможности учета индивидуальных психологических особенностей учащихся; 4) взаимоотношения между педагогом и учащимися, а также внутри учебного коллектива; 5) психологические вопросы самой педагогической деятельности (психология учителя). По сферам применения педагогической психологии выделяют: 1) психология дошкольного воспитания; 2) психология обучения и воспитания в школьном возрасте – с разделением на младший, средний и старший школьный возраст; 3) психология профессионально-технического образования; 4) психология высшей школы.
- ПСИХОЛОГИЯ СПЕЦИАЛЬНАЯ – отрасль психологии, изучающая людей, для которых характерно отклонение от нормального психического развития, связанное с врожденными или приобретенными дефектами формирования и функционирования нервной системы.
Выделяется: тифлопсихология – психология слепых; сурдопсихология – психология глухих; олигофренопсихология – психология умственно отсталых и детей с временными задержками психического развития; логопсихология – психология детей с нарушениями речи; патопсихология – психология распада психической деятельности и болезненных свойств личности и пр.
- РЕЧЬ – исторически сложившаяся форма общения людей посредством языка, который представляет собой систему

фонетических, лексических, грамматических и стилистических средств и правил общения. Речь ребенка социальна с момента ее возникновения, она более чем любая другая функция, зависит от конкретной социальной ситуации развития. Между речевым развитием ребенка и характером его общения с взрослым существует двусторонняя связь: с одной стороны, общение с взрослым является источником нормального развития речи, с другой стороны, усвоение речи открывает возможности для разнообразных форм общения. Развитие речи на протяжении младенческого, раннего и дошкольного возраста делится на два периода: подготовительный (до полутора лет) и период оформления самостоятельной речи ребенка.

- **РИНОЛАЛИЯ** – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (врожденными расщелинами неба).
- **СЕНЗИТИВНОСТЬ** – особая чувствительность, восприимчивость к определенным внешним воздействиям. Термин предложен итальянским педагогом М.Монтессори, которая считала дошкольное детство «сензитивным возрастом», т.е. этапом наибольшей восприимчивости к воспитательным воздействиям.
- **СИНДРОМ** – устойчивая совокупность симптомов с единым патогенезом.
- **СЛОЖНЫЙ (КОМБИНИРОВАННЫЙ) ДЕФЕКТ** – сочетание двух и более дефектов развития, которое представляет собой не просто сумму дефектов, а является качественно своеобразным и имеет особую структуру, отличную от его составляющих. Выделяются следующие группы: умственно отсталые слепые и слабовидящие; умственно отсталые глухие и слабослышащие; глухие слабо-

видящие; слепоглухие; глухие и слабослышащие с нарушением опорно-двигательного аппарата и др. Обучение и воспитание детей данной категории осуществляется в спец. учебно-воспитательных учреждениях.

- **СПЕЦИАЛЬНЫЕ (КОРРЕКЦИОННЫЕ) ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ** – учреждения, предназначенные для детей, подростков и взрослых с различными нарушениями психофизического развития. В России в XIX в. специальные учебно-воспитательные учреждения создавались, как правило, на благотворительных началах, и только для детей с резко выраженными дефектами (школы для глухих, слепых и глубоко умственно отсталых детей). Контингент таких школ охватывал не более 6% общего числа этих детей. Многие дети с нарушениями развития вообще не обучались. В XX в. государство поставило задачу воспитания и приобщения детей с различными нарушениями к общественно полезному труду через коррекцию и компенсацию дефектов. Специальные учебно-воспитательные учреждения были включены в общую систему народного образования, здравоохранения и специального обеспечения и дифференцированы соответственно характеру и глубине конкретного дефекта.

В систему Министерства образования РФ входят:

- а) специальные школы-интернаты, школы с продленным днем, в которых обучаются все категории детей с нарушениями развития школьного возраста, подлежащие всеобучу;
- б) специальные вечерние (сменные) и очно-заочные школы для работающей молодежи с нарушениями слуха и зрения;
- в) специальные дошкольные учреждения: детские дома-интернаты, интернатные дошкольные отделения при специальных школах; сады, ясли-сады, специальные группы при массовых детских садах с продленным днем или с пятидневным пребыванием в них детей;
- г) логопедические пункты при массовых школах.

В систему Министерства социального обеспечения входят а) учебно-производственные предприятия Общества глухих и Общества слепых, предназначенные для профессиональной подготовки молодежи с нарушениями слуха и зрения; б) дома-интернаты для детей дошкольного и школьного возраста с тяжелыми формами умственной отсталости, ДЦП (при отсутствии движений и речи), слепоглухих, в том числе с умственной отсталостью. Окончившие любые специальные школы (кроме вспомогательных для умственно отсталых детей) могут поступать с учетом правил приема в техникумы и вузы страны на общих основаниях.

Благодаря углубленному, комплексному изучению закономерностей и особенностей психофизического развития и познавательных возможностей каждой категории детей с нарушениями развития создана дифференцированная сеть специальных школ и дошкольных учреждений десяти типов. Эта сеть включает: школы для глухих детей, где за 12 лет обучения учащиеся получают неполное среднее образование (соответствующее девяти классам массовой школы); школы для слабослышащих с 2 отделениями: 1) за 12 лет обучения учащиеся получают общее среднее образование, 2) за тот же срок – неполное среднее образование; школы для слепых и слабовидящих, которые могут существовать как отдельно, так и в виде самостоятельных отделений для той или другой категории детей с нарушениями зрения; школы для детей с тяжелыми нарушениями речи с двумя отделениями: 1) за 11 лет обучения дети с такой речевой патологией, как алалия, афазия, дизартрия и др. получают неполное среднее образование, 2) для детей с тяжелыми формами заикания (дети из этой школы переходят в массовую по мере устранения дефекта); школы для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в том числе с последствиями ДЦП (за 11-12 лет обучения дети получают сред-

нее образование, в школе выделяются классы для детей с интеллектуальными нарушениями, работающие по особым учебным планам); школы для детей с ЗПР (дети переводятся в массовые школы по мере коррекции задержки); школы для умственно отсталых детей (вспомогательные школы), в которых учащиеся за 9 лет обучения получают образование на уровне начальной массовой школы. Все типы специальных школ, кроме вспомогательных, дают цензовое образование. В учебных планах всех специальных школ предусмотрено производственно-трудовое обучение по какому-либо виду промышленного или сельскохозяйственного труда. Учащиеся обеспечиваются специальными учебниками по всем основным предметам учебного плана. Создана сеть специальных дошкольных учреждений для всех категорий детей с нарушениями развития, которым предстоит обучаться в специальных школах. В дошкольных детских домах, детских садах воспитываются дети от 3 до 7 лет, в яслях-садах – от 2 до 7 лет, в дошкольных отделениях при соответствующих специальных школах – от 5 до 7 лет. В некоторых массовых детских садах имеются специальные логопедические группы, куда на один год переводятся дети для коррекции имеющихся у них речевых нарушений.

- СУДОРОГИ – непроизвольные сокращения мышц, характеризующиеся высокой степенью их напряжения. Различают тонические С. – длительное напряжение мышц, и клонические С. – кратковременные толчкообразные сокращения. С. возникают спонтанно как реакция на определенные внешние и внутренние раздражители; могут быть следствием эпилепсии, органических поражений головного мозга. У детей легко возникают в раннем возрасте (что обусловлено незрелостью ЦНС) под влиянием инфекций, травм, психогенных воздействий.

- ТАХИЛАЛИЯ – патологически ускоренный темп речи.
- ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧЕСКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефекта восприятия и произношения фонем.
- ФУНКЦИИ ПСИХИЧЕСКИЕ ВЫСШИЕ – сложные, прижизненно формирующиеся системные психические процессы, социальные по происхождению – особый вид психических функций, полностью отсутствующих у животных. Сюда относят внимание произвольное, память произвольная, мышление логическое и пр. Высшие психические функции как системы весьма пластичны, их компоненты взаимозаменяемы.
- ЭТИОЛОГИЯ – учение о причинах и условиях возникновения нарушений или патологических состояний.
- ЯЗЫК – система знаков, служащая средством человеческого общения, мыслительной деятельности, способом передачи информации от поколения к поколению и ее хранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Асатиани Н.М.* Заикание / Под ред. Н.А.Власовой, К.П.Беккера. – М., 1983.
2. *Бабенкова Р.Д., Ипполитова М.В., Мастюкова Е.М.* Воспитание детей с церебральным параличом в семье. – М., 1981.
3. *Белякова Л.И., Дьякова Е.А.* Заикание. – М., 1998.
4. *Венгер А.Л.* Родители просят совета. – М., 1981.
5. *Грищенко Л.А.* Дети, не оправдывающие ожиданий. – Свердловск, 1991.
6. *Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филочева Т.Б.* Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – М., 1990.
7. *Каше Г.А.* Подготовка к школе детей с недостатками речи. – М., 1985.
8. *Каше Г.А., Филочева Т.Б.* Программа обучения детей с недоразвитием фонематического строя речи. – М., 1978.
9. *Левина Р.Е.* Заикание у детей: Преодоление заикания у детей / Под ред. Р.Е. Левиной. – М., 1975.
10. *Лесгафт П.Ф.* Семейное воспитание ребенка и его значение. – М., 1991.
11. *Лисина М.И.* Общение с взрослыми у детей первых семи лет жизни: Проблемы общей, возрастной и педагогической психологии. – М., 1978.
12. *Логопедия* / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М., 1998.
13. *Мастюкова Е.М.* Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. – М., 1997.

14. *Обухова Л.Ф.* Детская психология: Теории, факты, проблемы. – М., 1995.
15. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е.Левинной. – М., 1968.
16. Понятийно-терминологический словарь логопеда / Под ред. В.И. Селиверстова. – М., 1997.
17. *Правдина О.В.* Логопедия. – М., 1973.
18. *Селиверстов В.И.* Заикание у детей: Пособие для логопедов. – М., 1994.
19. *Семаго М.М.* Социально-психологические проблемы семьи ребенка-инвалида с детства. – М., 1992.
20. Семья и воспитание детей: Методические рекомендации родителям и учителям средней школы. – Л., 1981.
21. *Стиваковская А.С.* Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций // Семья и формирование личности. – М., 1981.
22. *Ткаченко Т.А.* Если ребенок плохо говорит. – СПб., 1997.
23. *Филичева Т.Б., Туманова Т.В.* Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием. Воспитание и обучение. – М., 1999.
24. *Филичева Т.Б., Туманова Т.В.* Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. – М., 1999.
25. *Филичева Т.Б., Чевелева Н.А., Чиркина Г.В.* Основы логопедии. – М., 1989.
26. *Фомичева М.Ф.* Воспитание у детей правильного произношения. – М., 1989.

**Татьяна Владимировна Волосовец,
Елена Николаевна Кутепова,
Надежда Владимировна Мазурова**

УЧИТЕЛЮ О НАРУШЕНИЯХ РЕЧИ

Учебно-методическое пособие

Под редакцией Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой

Технический редактор *Н.А. Ясько*
Компьютерная верстка *Ю.А. Заикина*
Дизайн обложки *М.В. Шатихина*

Издание подготовлено в авторской редакции

Подписано в печать 28.02.08 г. Формат 60×84/16. Печать офсетная.
Усл. печ. л. 3,49. Тираж 500 экз. Заказ 177

Российский университет дружбы народов
117923, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3

Типография РУДН
117923, ГСП-1, г. Москва, ул. Орджоникидзе, д. 3, тел. 952-04-41