

Консультация на тему:

«Какой диагноз может быть поставлен ребенку с речевой патологией?»

Подготовила: учитель-логопед

Толмачева К.В.

Ребенку с речевой патологией могут быть поставлены следующие диагнозы:

- общее недоразвитие речи (ОНР)
- фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР)
- дизартрия
- алалия
- ринология
- заикание
- задержка речевого развития (ЗРР)

Общее недоразвитие речи

Общее недоразвитие речи (ОНР) — это сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речи, касающихся и звуковой, и смысловой сторон, при нормальном слухе и интеллекте.

Речевая недостаточность при ОНР неоднородна: от полного отсутствия речи до развернутой фразовой речи с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития. Принято выделять четыре уровня речевого развития при ОНР.

При **I уровне** речевые средства ограничены, активный словарь практически не сформирован и состоит из звукоподражаний и звукокомплексов («ись» — «киска», «ака» — «собака», «нини» — «штаны»). В активной речи могут быть фразы из двух лепетных слов, не оформленные грамматически («Ись иди» — «Киска сидит»). Характерна также и многозначность употребляемых слов («ись»: «киска», «мышка», «мышка»). При этом возможна замена наименования предметов названиями действий и наоборот. Например, слово «пи» (часть глагола «пить») может обозначать чашку, воду, сок, молоко. А слово «дей» («дверь») — глаголы «открыть», «закрыть». Широко используя жесты и мимику, дети с первым уровнем развития речи при ОНР понимают обращенную речь в хорошо знакомой ситуации. Произношение большинства звуков у ребенка с первым уровнем развития речи нарушено, многие из них искажаются, смягчаются, опускаются и т. п.

При переходе ко **II уровню** речевая активность ребенка возрастает. Если у детей с первым уровнем речевого развития преобладают двусложные слова, то ребенок со вторым уровнем может использовать трех- и даже четырехсложные слова («асина» —

«машина», «Ибуаська» — «Чебурашка»). При этом следует отметить грубое нарушение слоговой структуры и звуконаполняемости слов («итоти» — «цветочки», «какоки» — «колготки»). Активная речь состоит из простых предложений из двух, трех, четырех слов («Азя тоит а тое» — «Ваза стоит на столе»). Отмечаются грубые ошибки в использовании грамматических конструкций: пропуск предлогов, отсутствие согласования прилагательных с существительными, смешение падежных форм («Ем оська» — «Ем ложкой»). У детей со вторым уровнем речевого развития при ОНР значительно развивается понимание обращенной речи. Фонетическая сторона характеризуется многочисленными искажениями звуков. Отмечаются дефекты озвончения, смягчения, нарушения произношения свистящих ([с], [с'], [з], [з'], [ц]), шипящих ([ш], [ж]), сонорных ([р], [р'], [л], [л']) и других звуков.

III уровень речевого развития при ОНР характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Дети используют распространенные предложения, пытаются употреблять сложносочиненные и сложноподчиненные конструкции. Словарь таких детей включает все части речи. Наблюдается неточное употребление многих лексических значений («кружка» — «чашка», «стакан»; «штаны» — «брюки», «шорты»). Появляются первые навыки словообразования («стол» — «столик», «шел» — «пришел»), но дети не могут производить прилагательные от существительных («сок из яблок» — «яблочный», «крыша из соломы» — «соломенная»), образовывать глаголы с тонкими смысловыми оттенками действий приставочным способом («красил» — «покрасил», «выкрасил»). Недостатки произношения выражаются в смешении, замене и искажении звуков, причем замены могут быть нестойкими.

У детей с IV уровнем речевого развития нет грубых нарушений звукопроизношения, а имеет место лишь недостаточно четкое различие звуков в речи. Эти дети допускают перестановки слогов и звуков, сокращения согласных при их стечении, замены и пропуски слогов в речевом потоке. У них недостаточно внятная дикция, вялая артикуляция, «каша во рту».

Лексические ошибки проявляются в замене слов, близких по значению («Мальчик чистит метлой двор» — вместо «Мальчик подметает метлой двор»), в смешении признаков («большой дом» вместо «высокий дом»). В грамматическом оформлении речи детей данной категории отмечаются ошибки в употреблении существительных родительного и винительного падежей множественного числа («Дети увидели Медведев, воронов»). Имеют место нарушения согласования прилагательных с существительными («Я раскрашиваю шарик красным фломастером и красным ручком»). Но все ошибки детей, которых можно отнести к IV уровню речевого развития при ОНР, встречаются в незначительных количествах и носят непостоянный характер. Причем если предложить детям сравнить верный и неверный ответы, то ими будет сделан правильный выбор.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) — это нарушение процессов формирования произносительной стороны родного языка у детей с

различными речевыми расстройствами, связанными с дефектами восприятия и произношения звуков.

К этой категории относятся дети с нормальным слухом и сохранным интеллектом. Специалисты выделяют несколько групп детей с данным диагнозом:

- дети, у которых возникают затруднения только в различении нарушенных в произношении звуков;
- дети, у которых нарушено различение большого количества звуков из разных фонетических групп;
- дети с глубоким фонематическим недоразвитием, которые вообще не различают отношения между звуковыми элементами, не способны выделить звуки из состава слова и определить их последовательность.

Речь ребенка с ФФНР характеризуется множественными пропусками, искажениями и заменами звуков. Иногда ребенок может неправильно произносить 15—20 звуков. Нарушение воспроизведения звуков у ребенка с такой патологией связано с недостаточным различением как тех звуков, произношение которых нарушено, так и тех, которые произносятся правильно, но относятся к разным фонетическим группам. Наряду с этим у ребенка отмечаются ошибки в слоговой структуре («пуговица» — «пувица», «сковорода» — «кода») и звуконаполняемости слов («книга» — «нига», «мост» — «мот»).

В ходе специальных коррекционных занятий логопед учит такого дошкольника узнавать и различать звуки родного языка, формирует их правильные уклады, закрепляет должное произношение и различение звуков в свободной речевой деятельности, формирует умение производить звуко-слоговой анализ слова, что помогает ребенку в дальнейшем избежать стойких ошибок при овладении письменной речью.

Дизартрия

Дизартрия возникает в результате органического поражения центральной нервной системы, головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка и проявляется в нарушении произносительной стороны речи, обусловленном повреждением речедвигательных механизмов центральной нервной системы.

Основными клиническими признаками дизартрии являются нарушение мышечного тонуса в речевой мускулатуре, ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений из-за парезов или параличей, нарушение голосообразования и дыхания. Основными показателями при диагностике дизартрии по степени поражения являются мимика, дыхание, голосообразование, рефлексорные движения языка, произвольные движения языком и губами, гиперкинезы (насильственные движения), синкинезии(сопутствующие движения), звукопроизношение.

Речевое развитие детей с дизартрией протекает своеобразно. Дети-дизартрики поздно начинают говорить, поэтому они имеют ограниченный речевой опыт. Грубые

нарушения звукопроизношения приводят к недостаточному накоплению активного словаря и отклонениям в формировании и развитии грамматического строя речи. Активный и пассивный словарный запас этих детей значительно различаются по объему. Пассивный словарь шире активного, но из-за трудностей произношения дети не могут использовать в активной речи многие известные им слова. В грамматическом строе речи дизартриков можно выделить такую специфическую ошибку, как пропуск предлогов («кига езыт тое» — «книга лежит на столе»), что также связано с трудностями произношения многих звуков.

В физическом статусе детей-дизартриков отмечаются общая физическая слабость, маленький рост, узкая грудная клетка, двигательная недостаточность, проявляющаяся в нарушениях равновесия и координации движений. В вегетативной нервной системе изменения проявляются в потливости верхних и нижних конечностей, повышенном слюноотделении и слюнотечении.

В психологическом статусе возможны нарушения эмоционально-волевой сферы, которые проявляются в пугливости, повышенной возбудимости ребенка, чрезмерной чувствительности ко всем раздражителям или наоборот в вялости, пассивности, безынициативности, двигательной заторможенности. Для дизартриков характерны повышенная утомляемость, низкая работоспособность, неустойчивое, рассеянное внимание, трудности в переключении, ослабленная память, низкий интеллектуально-познавательный уровень.

Алалия

Алалия — это отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения коры головного мозга во внутриутробном или в раннем периодах развития ребенка. Многие ученые отмечали ведущую роль в возникновении алалии родовых черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных. Причем в большинстве случаев и травмы, и асфиксия являются следствием внутриутробной патологии, вызывающей хроническое кислородное голодание плода (внутриутробную гипоксию). Среди этиологических факторов выделяют также внутриутробные энцефалиты, менингиты, интоксикации плода, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнениями на мозг.

Некоторые западные исследователи подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности в этиологии алалии. Нельзя считать алалию просто временной функциональной задержкой речевого развития. При этом нарушении весь процесс становления речи протекает в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Речь ребенка, возникающая с опозданием, формируется на патологической основе. Для алалии характерны позднее развитие речи, медленное накопление словаря, нарушение слоговой структуры слова, запоздалое формирование фразовой речи с выраженными аграмматизмами, недостаточное или полное отсутствие коммуникативной функции речи. Развитие лингвистической системы у ребенка с алалией носит специфический характер, и это отражается не столько на количестве, сколько на качестве речи. При алалии нарушены все компоненты речи: фонетико-фонематическая сторона, лексико-грамматический строй. Среди неречевых расстройств можно выделить моторные сенсорные и психопатологические симптомы.

Для детей с моторной алалией характерны ограниченность и неустойчивость внимания и восприятия. Дети как бы скользят взглядом по предметам, объектам, картинкам, не улавливая существенных деталей, поэтому предметные и сюжетные картинки для занятий с этими детьми должны быть простыми, без отвлекающих подробностей, четкими, яркими.

Вопрос об интеллекте детей с моторной алалией решается неоднозначно. Многие исследователи сходятся на том, что интеллект у таких малышей вторично изменен в связи с состоянием речи, и можно говорить о вторичной задержке умственного развития. Следует отметить примитивизм, конкретность мышления детей с моторной алалией.

Задержка речевого развития

Задержка развития речи (ЗРР) характеризуется более медленными по сравнению с нормой темпами усвоения родного языка. Причем отставание равномерно в формировании всех компонентов языка.

Причины задержки речевого развития разнообразны: проблемы в развитии слухового, зрительного и тактильного восприятия; интеллектуальная недостаточность, наследственный тип позднего развития речи. Среди возможных причин следует также отметить соматическую ослабленность, болезненность ребенка, из-за которой задерживается формирование всех психических функций; и социальные факторы, а именно отсутствие адекватных условий для развития речи малыша. В условиях гиперопеки речевая функция часто остается невостребованной, так как окружающие понимают ребенка без слов и предупреждают все его желания. Возможна первичная задержка развития речи в тех случаях, когда родители постоянно сопровождают свои обращения к ребенку жестами и действиями, и малыш привыкает реагировать не на слова, а на жесты. Крайне вредно пребывание ребенка в избыточно информированной речевой среде, когда он слышит речь взрослых, общающихся между собой, а также радио, телевидение и привыкает не вслушиваться в речь и не придавать значения слову. В этом случае ребенок может произносить длинные бессмысленные псевдофразы, имитируя полноценную речь, а развитие истинной речи будет задерживаться. Как правило, в неблагополучных семьях, где у взрослых нет ни времени, ни желания общаться с детьми, речевое развитие последних также задерживается.

В настоящее время детей с задержкой речевого развития не оставляют без логопедической помощи, так как именно на дошкольный возраст приходится сензитивный период развития речи, и упущенное в это время можно не наверстать уже никогда.

Родителям следует помнить, что, если речевое развитие их ребенка значительно задерживается, а в течении беременности, родов или в период раннего развития малыша отмечались некоторые отклонения, не стоит затягивать с обращением к специалистам: неврологу, психологу, логопеду. Нужно вовремя провести необходимые исследования, определить причины задержки речевого развития и оказать ребенку помощь, начать занятия с психологом и логопедом.

При этом остается немаловажной роль домашних занятий с малышом. Необходимо стимулировать любые проявления активности крохи, радоваться каждому произнесенному им звуку. Следует использовать различные дидактические игры (составление целого из частей — разрезные картинки, кубики с картинками, пазлы, игрушки-собирайки, игрушки-вкладыши), продуктивную деятельность, общение в быту. Играя, рассказывайте крохе, что вы делаете: «Возьмем кубики, Машенька. Вот кубики. Будем строить дом!» Оречевляйте весь процесс ухода за ребенком. Говорите с малышом постоянно: «Сейчас мы будем мыть ручки. Что мы будем делать? Правильно. Мыть ручки. Катя хочет спать. Сейчас мы пойдем спать» и т.п. Используйте повторы языкового материала, пусть Ваш ребенок постоянно слышит знакомые словосочетания. Пойте крохе колыбельные, рассказывайте небольшие потешки-пестушки и самые простые народные сказки («Курочка Ряба», «Репка»), рассматривайте картинки в книжках.

Следует помнить, что общение и деятельность являются важнейшими факторами формирования словаря.

Следуйте советам врачей после проведенных исследований, не отказывайтесь от медикаментозного лечения. Помните, что самый активный период в развитии речи выпадает на первые три года жизни ребенка. Часто в более поздние сроки наверстать упущенное в полной мере уже не удастся.

Заикание

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Судороги являются основным внешним симптомом заикания.

Механизмы возникновения заикания неоднородны. В одних случаях оно появляется в результате сшибки нервных процессов в коре головного мозга, расстройства темпа речевых движений (голоса, дыхания и артикуляции). В других случаях заикание является результатом зафиксированного рефлекса неправильной речи, возникшего вследствие различных речевых затруднений. Возможно возникновение заикания вследствие дисгармоничного развития личности. Но в любом случае необходимо учитывать нарушения физиологического и психологического характера, составляющие единство.

В настоящее время выделяют две группы причин возникновения заикания: предрасполагающие и производящие.

К предрасполагающим причинам относят неврологическую отягощенность родителей (нервные, инфекционные и соматические заболевания, ослабляющие нервную систему), невропатические особенности самого заикающегося (ночные страхи, энурез, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность), конституциональную предрасположенность (заболевание вегетативной нервной системы, подверженность психическим травмам), наследственную отягощенность (врожденная слабость речевого аппарата, передающаяся по наследству), поражение головного мозга.

В группе производящих причин выделяют анатомо-физиологические (физические заболевания с энцефалитическими последствиями, травмы и сотрясения головного мозга, заболевания, ослабляющие нервную систему; несовершенство звукопроизводительного аппарата при дислалии и дизартрии), психические и социальные (психическая травма, избалованность, неровное воспитание, хронические конфликтные переживания, длительные отрицательные эмоциональные переживания, перегруженность детей младшего дошкольного возраста речевым материалом, не соответствующее возрасту усложнение речевого материала, многоязычие, подражание заикающимся и т. п.) факторы.

Выделяют физиологические и социальные симптомы заикания. К физиологическим относят речевые судороги, нарушения центральной нервной системы, соматическую ослабленность, нарушения общей и речевой моторики. К психологическим — речевые уловки, сопутствующие движения, феномен фиксированности на дефекте, фобии (страхи) и т. п.

В настоящее время для преодоления заикания применяется комплексный метод, включающий в себя целый ряд медико-педагогических мероприятий:

- терапевтическое лечение (медикаментозное и немедикаментозное), направленное на оздоровление нервной системы и организма в целом;
- психотерапевтическое воздействие;
- коррекционные занятия с логопедом;
- обеспечение благоприятного социального окружения и создание нормальных бытовых условий.

Ринолалия

Ринолалия — это нарушения тембра голоса и произношения всех звуков речи, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (расщелинами нёба, рубцовыми изменениями).

Специалисты выделяют две формы ринолалии: открытую и закрытую. При открытой форме ринолалии все ротовые звуки приобретают назальность, то есть носовой оттенок. Особенно изменяется тембр гласных звуков [и], [у]. При произнесении шипящих звуков прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Звуки [п], [б], [д], [т], [к], [г] звучат неясно.

При открытой ринолалии голосовдыхательная струя проходит в полость носа и получает в ней резонанс. Речь ребенка неразборчива, монотонна. При закрытой ринолалии понижен физиологический носовой резонанс, страдает, прежде всего, произношение звуков [м], [м'], [н], [н'].

В возникновении ринолалии играют роль как генетические, так и внешние нарушения в раннем периоде внутриутробного развития ребенка, а также биологические (грипп, паротит, краснуха, токсоплазмоз) и химические (действие ядохимикатов, кислот) факторы, эндокринные заболевания, психические травмы, употребление алкоголя и наркотиков, курение матери.

Ребенку с ринолалией необходимо длительное согласованное лечение у хирурга и ортодонта, систематические и длительные коррекционные занятия с логопедом. Иногда ему необходима помощь и других специалистов: стоматолога, оториноларинголога, невропатолога. При необходимости операции на нёбе (хейлопластика) осуществляются до 6 лет, работа по устранению остаточных дефектов — до 14 лет.