



Психологические особенности детей с нарушениями речи

**Выполнила
Королькова А.И.**

- **Логопсихология** – это отрасль специальной психологии, изучающая психические особенности человек с речевыми нарушениями первичного характера.
- **Предметом логопсихологии** является изучение своеобразия психического развития людей с различными формами речевой патологии.

- **Задачи логопсихологии:**
- Изучение специфики психического развития при первичных речевых нарушениях различной степени тяжести и этиологии.
- Изучение особенностей личностного и социального развития у детей с речевой патологией.
- Определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств воспитания и образования.
- Разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой студии, ЗПР, сложных недостатков развития).
- Разработка методов психологической коррекции и профилактики речевых нарушений в детском возрасте.

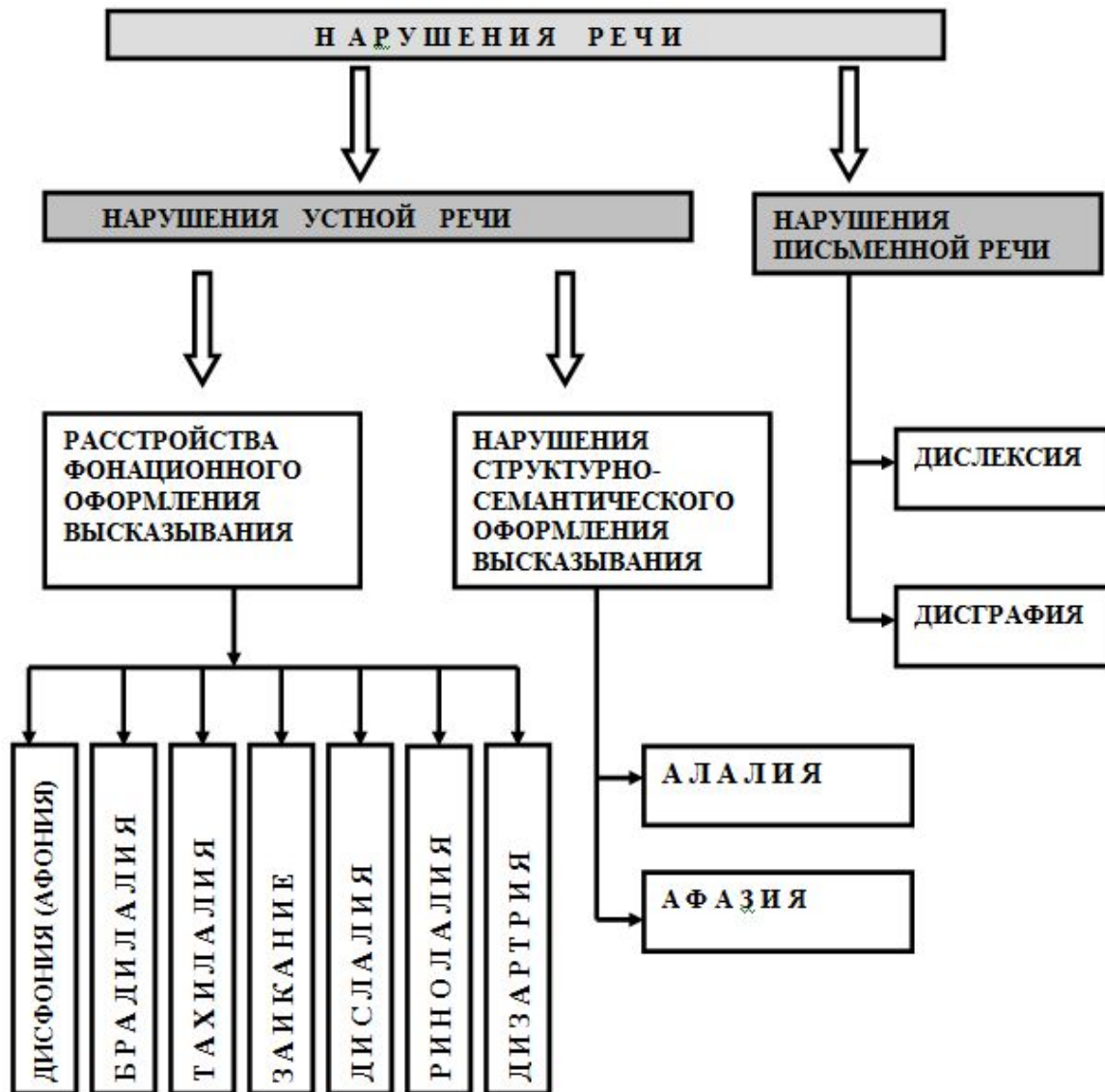
- **К условиям** формирования нормальной речи относятся: нормальная ЦНС, наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком.
- **Нарушения речи** - собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Как правило, они обусловлены отклонениями в психофизиологическом механизме речи, не соответствуют возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать влияние на психическое развитие. Для их обозначения специалистами используются различные, не всегда взаимозаменяемые термины - расстройства речи, дефекты речи, недостатки речи, недоразвитие речи, речевая патология, речевые отклонения.

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают **биологические** и **социальные** факторы риска.

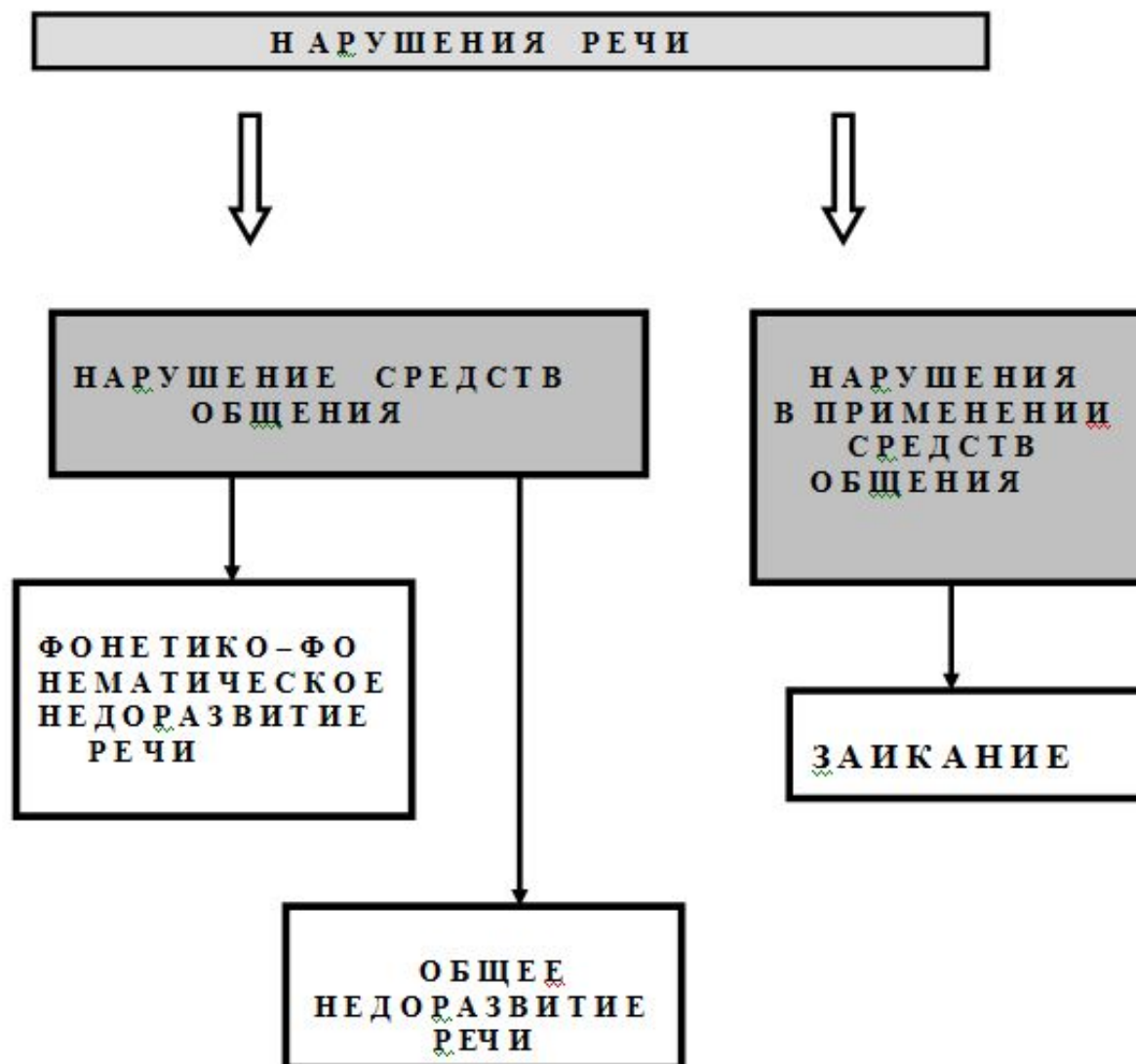
Биологические причины : патогенные факторы, воздействующие главным образом в период внутриутробного развития и родов (гипоксия плода, родовые травмы и т.п.), а также в первые месяцы жизни после рождения (мозговые инфекции, травмы и т.п.).

□ **Социально-психологические факторы** риска связаны главным образом с психической депривацией детей. Отрицательное воздействие на речевое развитие могут оказывать необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития ребенка, неадекватный тип воспитания ребенка, педагогическая запущенность, т. е. отсутствие должного внимания к развитию речи ребенка, дефекты речи окружающих. В результате действия этих причин у ребенка могут наблюдаться нарушения развития различных сторон речи.

Клинико-педагогическая классификация нарушений речи



Психолого-педагогическая классификация нарушений речи
(по Р.Е.Левиной)



Зрительное восприятие

- Отмечаются **трудности узнавания объектов** в условиях, усложняющих восприятие, — например, зашумленных, контурных, наложенных контурных изображений.
- Восприятие детей характеризуется **фрагментарностью**, трудностями выделения фигуры из фона, снижением скорости узнавания. Это свидетельствует о несформированности целостного образа предмета.
- Рисунки носят **схематический характер**, отсутствует выделение существенных признаков предмета при сохранении обобщенных категориальных признаков. Эти особенности рисунка свидетельствуют о дефицитности образов-представлений, нарушении зрительных предметных образов, что проявляется в недифференцированности, бедности образов, инертности и непрочности зрительных следов, отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.
- **При нарушениях письменной речи** дефицитность зрительного восприятия наблюдается только при отдельных формах расстройств письма и чтения — оптической дисграфии и дислексии. Для них типично нарушение буквенного гнозиса, проявляющееся в трудностях узнавания сходных графических букв, изображённых пунктирно, в условиях

Слуховое восприятие

- У детей с **открытой ринолалией** имеет место снижение биологического слуха (в 80% случаев), которое обуславливает нарушение слухового восприятия, что проявляется в нарушении фонематического слуха. Кроме того, наблюдается снижение остроты слуха, причиной чего являются частые отиты, что наряду с иными факторами накладывает отпечаток на формирование других компонентов речи, приводя к ОНР.
- **При дизартрии** кроме нарушения фонематического слуха и снижения остроты слуха в ряде случаев имеет место повышенная чувствительность к звуковым раздражителям.

- **При сенсорной алалии** основными проявлениями нарушений восприятия звуковых стимулов являются мерцающие пороги слухового восприятия, высокая истощаемость слуховой функции, явления гиперacusии — повышенной чувствительности к звуковым раздражителям, нейтрально воспринимаемым окружающими (шелест бумаги, звук каплюющей воды и т.д.).
- Такие звуки вызывают у ребенка ярко выраженную болезненную реакцию. Пороги слухового восприятия у ребенка с сенсорной алалией вариативны, подвержены колебаниям в зависимости от воздействия внешних и внутренних факторов.
- Высокая истощаемость слухового восприятия проявляется в быстром развитии запредельного торможения на звуки чрезмерной для ребенка интенсивности, хотя интенсивность этих звуков может восприниматься окружающими как умеренная. В связи с этим, дети с сенсорной алалией могут лучше реагировать на тихое звучание, чем на громкие звуки.

- У детей с **моторной алалией** не наблюдается грубых нарушений слухового восприятия. Однако наблюдается диффузность фонематических представлений, нечёткость слухового восприятия, слабая ориентация в звуковом и слоговом составе слова, что приводит к недостаточности восприятия обращенной речи, замедленности и затруднённости понимания грамматических форм и развёрнутого текста.
- У детей дошкольного возраста с **заиканием** недостаточно сформированы слуховое внимание, способность к восприятию музыки, музыкальный, тембровый, звуковысотный и динамический слух, ритмическое чувство и восприятие ритма.
- У детей с **органическим поражением ЦНС** наблюдается снижение точности, полноты, целенаправленности и обобщенности процесса восприятия.

Кинестетическое восприятие

- При **дизартрии** нарушается формирование кинестетического восприятия движений: слабость и недифференцированность кинестетических ощущений от органов артикуляции, которые усугубляют нарушения произносительной стороны речи и могут обуславливать вторичное недоразвитие речевого слуха.
- У детей с **открытой ринолалией** анатомический дефект артикуляционного аппарата (расщелины губы и неба) приводит к атрофическим процессам в мышцах органов артикуляции, что снижает и искажает кинестетические ощущения.

Пространственно-временные представления

- Затрудняются в дифференциации понятий справа, слева, с трудом усваивают многие пространственные понятия — спереди, сзади, между, не могут сложить из части целое и т. д.
- Наблюдается недостаточная **сформированность соматогнозиса**, при этом максимальные затруднения вызывает дифференциация правой и левой сторон своего тела, трудности ориентировки в схеме тела сидящего напротив.
- **Пространственные нарушения** проявляются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью, дети искажают пропорции, растягивают или сокращают фигуры, неправильно передают расстояния между частями фигуры и соотношения размеров частей объекта. Несформированность координатных представлений проявляется в виде поворотов фигуры или ее частей на 90° или 180° .

Вниман

ие

- **Слуховое внимание** является более нарушенным по сравнению со зрительным; произвольное — менее развитым по сравнению с произвольным.
- Нарушенными оказываются все свойства внимания, что проявляется в сужении объема, нарушении концентрации и устойчивости внимания, которые выражаются в повышенной отвлекаемости. В отличие от детей с нормальным речевым развитием, отвлечения у детей с нарушениями речи вызывают стимулы, несущественные для текущей деятельности. Характерны нарушения переключаемости внимания в виде трудностей перехода от одного вида деятельности к другому.
- **Недостаточность распределения внимания**, выражающаяся в невозможности одновременного выполнения речевой и практической деятельности.
- **Повышенная истощаемость внимания.**
- **Модальность внимания** преимущественно зрительная. Чужая речь часто воспринимается как помеха. Невозможно распределение внимания между речевой деятельностью и другими действиями, которые в норме синхронизированы или легко распределяемы.

Память

- Снижен объём всех видов памяти (слуховой, зрительной, тактильно - кинестетической). Нарушение структуры деятельности, неточное и фрагментарное восприятие инструкции связаны не только со снижением мнестической деятельности, но и с особенностями внимания.
-
- У детей с **ринолалией зрительная память развита лучше, чем слуховая. Однако по сравнению** с нормально говорящими они хуже запоминают слова и предметы, у них значительно снижено логическое запоминание.
- У детей с ОНР, моторной алалией, открытой ринолалией, стертой дизартрией показало недостаточность объема памяти различной модальности; наиболее нарушенной оказалась слуховая, особенно вербальная память.

Мышление

- Нарушения мышления при недоразвитии речи выражены нерезко и имеют сложную структуру, включающую в себя недостаточность регуляции интеллектуальной деятельности, особенности развития невербального мышления и специфические черты вербального мышления.
- Для детей **с ТНР** характерны недостаточная психическая активность, отсутствие ориентировки на образец, склонность к стереотипным способам выполнения заданий, низкая умственная работоспособность, дети испытывают необходимость в наглядных опорах при решении мыслительных задач.
- Задерживается становление регулирующей функций речи. Даже в школьном возрасте дети с недоразвитием речи в условиях интеллектуальной деятельности опираются на внешнеречевую, а не внутреннеречевую регуляцию, т.е. используют для программирования и контроля процессов решения интеллектуальной задачи внешнюю, громкую речь, тогда как дети без патологии речи опираются на внутреннюю речь.

Воображение

- Для детей с **ОНР** характерны недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения.
- Образы, создаваемые детьми с **ТНР** на бумаге, отличались меньшим количеством деталей, недостаточной чёткостью и тщательностью изображения, редким использованием оттенков цветов, однообразием раскрашивания рисунков.
- Вербальное творческое воображение значительно беднее у детей с **ТНР** по сравнению с нормально говорящими.
- Представления и образы у детей с **ТНР** зачастую не имеют яркости, чёткости, логической достоверности, тонких смысловых оттенков. Отмечаются слабая гибкость, недостаточная пластичность процессов мышления и воображения, эмоциональная бедность содержания продуктов творчества.



**Дизонтогенез психического
развития.**

**Классификация психического
дизонтогенеза.**

- **Онтогенез** [греч. on, ontos – сущее, существо+ генез]- совокупность последовательных морфологических, физиологических и биохимических преобразований организма от его зарождения до конца жизни.
(индивидуальное развитие)
- **Дизонтогения** – термин, впервые употребленный в 1927 г., для обозначения отклонений внутриутробного формирования структур организма от нормального физического и психического развития в детском возрасте.
(отклонения от нормального физического и психического развития)

- **Дизонтогенез** – различные формы нарушений онтогенеза, включая и ранний, постнатальный ограниченный теми сроками, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.
- **Психический онтогенез** – созревание отдельных психических факторов, которые детерминированы внутренними законами развития нервной системы и спецификой социальных влияний в разные возрастные периоды.

I Биологические факторы:

- Аntenатальные (токсикозы беременности, заболевания матери во время беременности, вредные привычки и нарколоогические проблемы, психические нарушения у матери).
- Перинатальные (внутриутробные повреждения плода, патология процесса родов).
- Постнатальные (генотип, соматические заболевание до 7 лет, черепно-мозговые травмы).
- Наследственность и состояние здоровья родителей.

II Социальные факторы:

- Факторы, влияющие на здоровье родителей и наследственность (клинические условия, особенности питания, уровень загрязненности окружающей среды, социально-стрессовые условия).
- Психические факторы (условия микросоциальной среды, типы воспитания, хронические психотравмирующие ситуации, школьные проблемы, школьная дезадаптация, структура и насыщенность свободного времени, фактор культуры).
- Психофизиологические факторы (умственное и физическое переутомление, структура и насыщенность двигательной активности, стиль жизни, проблемы подросткового возраста).



Классификация психического ДИЗОНТОГЕНЕЗА

В отечественной и зарубежной психиатрии и патопсихологии описаны различные варианты психического дизонтогенеза, но наиболее удобной для психологического анализа считают классификацию, предложенную В.В. Лебединским, выделившим шесть основных вариантов психического дизонтогенеза.

Классификация нарушений психического развития у детей, созданная в русле патопсихологической науки В.В. Лебединским (1985), является одной из наиболее распространенных. Она построена на базе идей Л.С. Выготского, исследованиях Г. Е. Сухаревой (1959), Л. Канера (1955), В. В. Ковалева (1995).

В ее основу были положены представления отечественных и зарубежных ученых о направлениях нарушений психического развития человека:

- *ретардации* - как запаздывания или приостановки всех сторон психического развития;
- *дисфункции созревания* - что связано с морфофункциональной возрастной незрелостью ЦНС;
- *повреждении развития* - изолированное повреждение начавшей развиваться структуры или системы;
- *асинхронии* - диспропорциональности развития.

Классификация психического дизонтогенеза

(по В.В. Лебединскому, 1985)

1. Недоразвитие - ранее повреждение, незрелостью мозговых структур;

2. Задержанное развитие - задержанный темп развития познавательной и эмоционально-волевой сфер;

3. Поврежденное развитие - повреждение развития после 2-3 лет;

4. Искаженное развитие - сочетание общего, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций;

5. Дисгармоническое развитие - диспропорция развития в эмоционально-волевой сфере;

6. Дефицитарное развитие - тяжелые нарушения отдельных анализаторных систем. **Группы отклонений психического**

развития

Отклонения, вызванные отставанием развития		Отклонения, вызванные диспропорциональностью развития		Отклонения, вызванные поломкой, выпадением отдельных функций	
Недоразвитие	Задержанное развитие	Искаженное развитие	Дисгармоническое развитие	Поврежденное развитие	Дефицитарное развитие

В классификации В.В. Лебединского учтены различные параметры дизонтогенеза

- *Первый параметр* связан с **функциональной локализацией нарушения**. В зависимости от этого В.В. Лебединский выделил два вида дефекта: частный и общий. Первый обусловлен нарушением или недостаточностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи; второй - общий, связан с нарушением регуляторных подкорковых и корковых систем.
- *Третий параметр* дизонтогенеза связан с нарушением **межфункциональных взаимодействий** в процессе аномального системогенеза. В патологии развития отмечается нарушение межфункциональных связей, наблюдаются диспропорции, нарушения своевременности развития различных психических функций. В результате возникают **асинхронии развития**. В их основе лежат два явления: ретардация и акселерация. **Ретардация** - незавершенность, отставание в отдельных периодах развития, отсутствие эволюции ранних форм. **Акселерация** - развитие, при котором одна их функций опережает сроки развития, значительно обгоняя типичную хронологию.
- *Второй параметр* связан со **временем поражения**. Как указывал Л.С. Выготский, чем раньше возникает то или иное нарушение, тем тяжелее последствия для психического развития. Причем для раннего возраста наиболее характерны явления **недоразвития**, в то время как на более поздних этапах онтогенеза вероятнее всего преобладание **повреждения и распада** психических функций.
- *Четвертый параметр* определяется взаимосвязями между первичными и вторичными нарушениями (**структура дефекта**). Эти взаимосвязи принято обозначать структурой нарушенного развития. **Первичные**, или ядерные, нарушения представляют собой малообратимые изменения в параметрах работы той или иной функции под непосредственным влиянием патогенного фактора. К **вторичным** относят нарушения в работе и развитии функций, так или иначе связанных с первично нарушенной.

На базе классификации В.В. Лебединского (1985) свою авторскую трактовку типологии отклоняющегося развития предлагают Н.Я. Семаго и М.М. Семаго (2001)

Они выделяют три основные группы собственно психологических синдромов:

- **Недостаточное развитие** - недостаточность по отношению к средненормативному всех (тотальное, задержанное) или отдельных (парциальное) психических функций, их базовых составляющих. При этом преимущественно страдают, оказываются недостаточно сформированными произвольная регуляция психической активности и пространственно-временные представления, которые являются основой развития когнитивной сферы ребенка.
- **Асинхронное развитие** - нарушение основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития, искаженного развития как отдельных психических функций, так и структуры их базовых составляющих (с преимущественным нарушением базовой аффективной составляющей).
- **Поврежденное развитие** - наличие повреждающего влияния на мозг того или иного фактора, искажающего в первую очередь органические основы развития, а вторично (в зависимости от большого количества факторов: локализации, сроков, объема, выраженности, качества повреждения и т.п.) — воздействующего на всю структуру дальнейшего психического развития.



Каждая группа отклоняющегося развития может быть подразделена на отдельные подгруппы, которые, в свою очередь, разделяются на типы.

Нейропсихологический подход к классификации представлен в работах А. В. Семенович

Ею выделены и подробно описаны синдромы отклоняющегося развития, которые могут служить основой для классификации нарушений.

Синдромы несформированности:

- **Функциональная несформированность лобных отделов мозга** - недостаточность саморегуляции, программирования, целенаправленности и контроля за протеканием собственной деятельности;
- **Функциональная несформированность левой височной области** - изолированные трудности в звукоразличении и, как следствие, понимании речи, воспринимаемой на слух;
- **Функциональная несформированность межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистого тела)** - данный синдром отличается характерным набором типичных признаков «функциональной автономности» мозговых полушарий в детстве;
- **Функциональная несформированность правого полушария** - недостаточность пространственных представлений (метрических, структурно-топологических, координатных) и нарушения порядка воспроизведения слухоречевых и зрительных эталонов на следах памяти.

Синдромы дефицитарности:

- **Функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) мозга** - дети этой группы отличаются выраженной эмоциональной лабильностью, быстрой пресыщаемостью, подчас просто неадекватными реакциями на происходящее;
- **Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга** - дистенетический синдром, который предполагает искажение, деформацию развития практически всех психологических процессов.

Классификация физических и психических отклонений

Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина

- Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- Дети с нарушением речи (логопаты);
- Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- Дети с умственной отсталостью;
- Дети с задержкой психического развития;
- Дети с нарушением поведения и общения;
- Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).



Является наиболее рабочей классификацией в практической деятельности специалистов.