Дислалия

Формы дислалии

Мономорфная (простая) - страдает один звук или несколько звуков из одной группы (С-З-Ц или Ш-Ж-Ч)

Полиморфная (сложная) - страдает несколько звуков из разных групп (С-Р-К-Ш)

Физиологическая (возрастная) - нарушение звукопроизношения до 5 лет, обусловленные недостаточным развитием органов артикуляции. После 5 лет проходит сама. Эта единственная форма дислалии, которая присутствует у всех людей, на определенном этапе развития.

Функциональная - нарушение звукопроизношения при отсутствии отклонений в артикуляционном аппарате и функционировании центральной нервной системы, слуховом и периферическом артикуляционном аппарате.

Органическая (механическая) - обусловлена наследственными, врожденными или приобритенными анатомическими дефектами периферического артикуляционного аппарата.

Причины функциональной дислалии

Соматические - физическая и неврологическая ослабленность из-за длительных хронических заболеваний организма (расстройство пищеварения, частые простудные заболевания)

Социальные:

Педагогическая запущенность (родители не исправляют недостатки в речи детей и не демонстрируют образцов правильного звукопроизношения, бывает в неблагополучных семьях - алкоголиков или сильно занятых бизнесменов)

Двуязычие в семье (Когда родители разговаривают на разных языках, ребенок вставляет в один язык другой. Например французский + русский = горловой звук "Р")

Образец неправильной речи в окружении ребенка (по подражанию)

Выбор неправильной артикуляции

Недоразвитие фонематического слуха. Физический слух может быть сохранен, а фонематический нарушен

Причины органической (механической) дислалии

Органические - связанные со строением органа (языка, десны, зуба и др.)

Наследственные - передаются из поколения в поколение (редкие зубы, выдвинутая вперед нижняя челюсть и др.)

Врожденные - дефекты, сформировавшиеся в период внутриутробного развития

Приобретенные - дефекты, возникшие в момент родов или в течении последующей жизни (удаленные зубы, переломы челюстей и др.)

Проявления

Дислалия может проявляться в форме:

Наиболее частыми являются нарушения произношения свистящих и шипящих звуков (сигматизмы) или их затрудненное произношение (парасигматизмы). Среди них чисто фонетические сигматизмы (межзубный, боковой, губно-зубной, щечный и т. п.) и парасигматизмы (призубный, свистящий, шипящий и т. п.).

нарушения произношения сонорных звуков р, рь, л, ль, представлены двумя группами имеющими самостоятельные терминологические оформления.

нарушения произношения сонорных звуков л, ль, — ламбдацизм и параламбдацизм.

нарушения произношения сонорного звука «Р» (рь) — ротацизм и параротацизм. Просторечное Картавости — нарушения произношения звука [r], замены его на увулярное [R], [j], [l], [γ] или гортанную смычку [']. Как правило, картавость в большинстве случаев не является врождённым дефектом речи. Реализация фонемы /r/ как [R] во многих языках (например, французском, немецком) является нормой или вариантом нормы.

нарушения произношения заднеязычных звуков г, г ь, к, кь, х, хь — имеют самостоятельное название соответственно гаммацизм, каппацизм, хитизм. Некоторыми авторами они объединяются в одну группу «гаммацизм» или «готтентотизм».

нарушение звука «й» носит название йотацизм.

Редко встречаются нарушения других согласных звуков.

дефекты звонкости — расстройство звукопроизношения: замена звонких согласных глухими или их смешение [1. с. 126].

дефекты мягкости — расстройство звукопроизношения: замена мягких согласных твердыми или их смешение [1. с. 126].

В логопедии используют для более точной фиксации в речевой карте обозначения: (греч. название буквы)+суффикс(изм) для нарушений звукопроизношений и пара+(греч. название буквы)+суффикс(изм) для обозначения дефекта появляющегося в замене одного звука другим.

Проявления дислалии также называют дефектами звукопроизношения. Помимо дислалии к дефектам звукопроизношения относят дизартрию, ринолалию.

Дислалия сенсорная (сенсорное косноязычие) является следствием нарушений функций слухового аппарата.

К возрастным особенностям развития относится неправильное произношение некоторых звуков до периода замены молочных зубов на постоянные — молочное косноязычие.

Ринолалия

В медицинской терминологии

Ринолалия рассматривается только как синдром гнусавости. Гнусавость — изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков, обусловленное нарушением резонаторной функции носовой полости. Здесь различают два варианта Г.:

• Г. закрытая (rinolalia clausa) — Г., наступающая в результате нарушения проходимости полости носа или носоглотки [5]. Этот дефект соответствует логопедическим понятиям ринофония/палатофония (см. ниже).

• Г. открытая (rinolalia aperta) — Г., характеризующаяся тем, что во время произнесения всех звуков речи воздух проходит не только через рот, но и через нос[5].

Логопедическая трактовка синдрома

Здесь синдром ринолалии дифференцируется более детально и трактуется несколько шире.

Специалисты-логопеды более детализируют как варианты гнусавости, так и содержание самого определения термина « ринолалия », в частности, в отечественной логопедии принято различать ринолалию и ринофонию как отдельные нозологические единицы и выделять внутри этих синдромов отдельные формы. Это необходимо при определении направления и при планировании объема логопедической работы.

Ринолалия (греч. rhinos нос + греч. lalia речь) — вид органической дислалии; расстройство звукопроизношения, образующееся в результате излишнего или недостаточного в процессе речи резонирования в носовой полости; такое нарушение резонанса происходит от неправильного направления голосовыдыхательной струи вследствие либо органических дефектов носоглотки, носовой полости, мягкого и твердого нёба, либо расстройств мягкого нёба; различают открытую, закрытую и смешанную Р.

• Р. закрытая — расстройство звукопроизношения, которое выражается в изменении тембра голоса; причинами Р.з. являются органические изменения в носовой или носоглоточной области или функциональные расстройства носоглоточного затвора, в связи с чем выделяют Р.з. органическую и Р.з. функциональную; Р.з. образуется при пониженном физиологическом носовом резонансе во время произношения фонем; при этом фонемы [м], [н], [н’] звучат как [б], [д], [д’]; одним из внешних признаков Р.з. является постоянно открытый рот.

• Р.з. задняя — нарушение звукопроизношения, являющееся следствием аденоидных разращений, закрывающих: а)верхний край хоан, б) половину или одну из них, в) обе хоаны с заполнением всей носоглотки аденоидной тканью; Р.з.з. может быть следствием сращения мягкого нёба с задней стенкой глотки после специфических воспалений (главным образом сифилитических), иногда носоглоточных полипов, фибромы или иных носоглоточных опухолей; врожденной причиной Р.з.з. бывает редко встречающаяся хоанальная атрезия, которая полностью отделяет носоглоточную полость от носовой.

• Р.з. передняя — нарушение звукопроизношения, которое вызывается резким искривлением носовой перегородки, полипами в носу, сильным насморком и др.; Р.з.п. может быть преходящей (при воспалительном отеке слизистой носа во время насморка) или длительной (при хронической гипертрофии слизистой носа, при полипах, искривлении перегородки носа, опухоли носовой полости).

• Р. открытая — патологическое изменение тембра голоса и искаженное произношение звуков речи, возникающее, когда мягкое нёбо при произнесении звуков речи сильно отстает от задней стенки глотки, оставляя значительную щель (укорочение мягкого нёба, параличи и парезы мягкого нёба) или при механических дефектах твердого и мягкого нёба, когда значительная часть воздуха попадает в носовую полость. В качестве синонима используют иногда термин «гиперринолалия».

• Р. смешанная — состояние, когда при носовой непроходимости имеется также недостаточный нёбно-глоточный затвор; на произношении это отражается понижением носового резонанса, главным образом для носовых фонем, при одновременном искажении остальных фонем, тембр которых становится как при ринолалии открытой; различают Р.с. переднюю и Р.с. заднюю; обе формы могут быть органическими или функциональными.

Ринофония

Ринофония (греч. rhinos нос + греч. phönê голос) — носовой (гнусавый) оттенок голоса, возникающий из-за неправильного направления голосовыдыхательной струи вследствие либо механических дефектов носоглотки, мягкого и твердого нёба, либо расстройств функции мягкого неба.

• Р. закрытая — ринофония при которой носовые согласные приобретают ротовое резонирование, гласные теряют звучность, тембр становится неестественным.

• Р. открытая — ринофония при которой имеет место патологическая назализация всех ротовых звуков, слабый и сдавленный голос.

Ряд зарубежных авторов рассматривает гнусавость, как сочетания двух основных симптомов: палатолалии (palatolalia от лат. palatum небо + греч. lalia речь — нарушение артикуляции, обусловленное наличием расщелины мягкого нёба) и палатофонии (palatophonia) при состоянии тождественном отечественной логопедической трактовке ринолалии (rinolalia aperta) и палатолалию (palatophonia от лат. palatum небо + греч. phönê голос), соответствующую ринофонии в принятой в отечественной логопедии трактовке (см. М. ееман,1962; К.-П. Беккер, М. Совак, 1981). При этом К.-П. Беккер и М. Совак (1981) различают 4 степени палатолалии.

Степени палатолалии

При I степени имеются остаточные явления палатолалии, которые выражаются в малозаметной гнусавости и незначительной дислалии; в целом речь производит впечатление нормальной; при II степени назальный призвук и ошибки в артикуляции проявляются сильнее, но в процессе общения не очень заметны; при III степени палатолалия выражается ясно, но речь еще понятна; при IV степени палатолалия выражена сильно, речь совсем не понятна, появляются сопутствующие мимические движения.

Приобретенная открытая ринофония может быть следствием осложнения при удалении небных миндалин (тонзиллоэктомии). Приобретенная закрытая ринофония — следствием нарушения проходимости носовых ходов (полипы, искривления носовой перегородки, хронический ринит). В этом случае страдает только оттенок голоса, но произносительная и фонетическая стороны речи остаются сохранными.

Нарушения речи при врожденной расщелине твердого и мягкого неба (см. Артикуляционный аппарат) проявляются более сложным синдромом, включающим [общее недоразвитие речи], ринолалию и ринофонию. Кроме того у таких детей нарушена вентиляция легких, проявляется общая физическая ослабленность и страх речи. Довольно часто выявляется сопутствующее снижение слуха. Естественным следствием дефекта твердого и мягкого неба являются трудности глотания при приеме пищи.

Лечение и логопедическая коррекция

Данный дефект звукопроизношения требует комплексного медико-педагогического и ортопедического подходов.

• Лечение.

Лечение (ортопедическое) — закрытие дефекта твердого и мягкого нёба временным обтуратором. Мягкий резиновый обтуратор требуется уже при кормлении ребенка. Жесткий обтуратор изготавливается индивидуально и носится вплоть до хирургического закрытия дефекта дна носовой полости и нёбной занавески. Лечение (хирургическое) — операция по восстановлению целостности дна носовой полости. Применяется в более позднем возрасте.

• Логопедическая коррекция.

Логопедическая работа должна начинаться как в период ношения обтуратора, подготовки артикуляционного аппарата к операции по закрытию дефекта твердого и мягкого неба, так и после успешно проведенного оперативного закрытия. Пластика неба производится начинается только после того, как появились все молочные зубы. Согласно образному выражению хирурга А.А. Лимберга (1925) хирургическое лечение только строит стенки и клапаны «музыкального инструмента», обучение игре на нем должны взять на себя логопеды (цит. по: О. В. Правдина, 1973, с. 75).

Помимо чисто тренировочных и коррекционных логопедических упражнений, при устранении симптомов гнусавости могут использоваться и механические приспособления, например, фонендоскоп М.Зеемана (трубка с двумя «оливами», одна из которых вставляется в ноздрю, а другая в наружный канал уха), артикуляторы Пискунова, логопедические проволочные зонды A. Hutzmann и Ф. Рау (см. Инструменты логопедические).

В настоящее время дефекты твердого и мягкого неба успешно оперируются в раннем возрасте (начиная с нескольких дней жизни) в зависимости от вида, величины дефекта и общего состояния новорожденного ребенка. Раннее закрытие дефекта способствует нормализации актов глотания пережевывания пищи и несомненно у детей прооперированных в ранние сроки не возникает проблем с речью как у детей у которых была проведена коррекция в более поздние сроки. Для получения информации о результатах ранних коррекций целесообразно воспользоваться не только информацией специалистов занимающихся данной проблемой, но и принять во внимание данные предоставляемые родителями детей прооперированными в ранние сроки, которые делятся опытом на форумах по данным вопросам ("Улыбки наших детей" и др.)

Дизартрия

Дизартрия (из др.-греч. δυσ- — приставка, означающая затрудненность, расстройство + ἀρθρόω — «сочленяю, соединяю») — нарушение произношения вследствие недостаточной иннервации речевого аппарата, возникающее в результате поражений заднелобных и подкорковых отделов мозга. При Д. в отличие от афазии (см.) ограничена подвижность органов речи (мягкого нёба, языка, губ), вследствие чего затруднена артикуляция. У взрослых Д. не сопровождается распадом речевой системы: нарушения восприятия речи на слух, чтения, письма. В детском возрасте Д. нередко приводит к нарушению произнесения слов и, как следствие, к нарушению чтения и письма, а иногда к общему недоразвитию речи. Недостатки речи при Д. могут быть исправлены с помощью логопедических занятий.

Проявления

Нарушение звукопроизношения и речи легко распознаются, поскольку речь смазанная, глухая, часто с носовым оттенком. Образный «диагностический симптом» Д.: «Говорит, как с кашей во рту». В свою очередь Д. является одним из признаков бульбарного или псевдобульбарного паралича. Формы дизартрии зависят от места поражения. Различают несколько форм Д.

Формы дизартрий

Д. бульбарная (d. bulbaris от гр. — луковица, форму которой напоминает продолговатый мозг.) — Д., обусловленная периферическим парезом или параличом мышц, принимающих участие в артикуляции, вследствие поражения языкоглоточного, блуждающего и подъязычного нервов и их ядер. Часто сочетается с расстройствами глотания. Является одним из симптомов бульбарного синдрома.

Д. корковая (d. corticalis) — обусловленная поражением отделов коры головного мозга, связанных с функцией мышц, принимающих участие в артикуляции; отличается расстройством произнесения слогов при сохранении правильной структуры слова.

Д. мозжечковая (d. cerebellaris) — Д., обусловленная поражением мозжечка или его проводящих путей; характеризуется растянутой, скандированной речью с нарушением модуляции и меняющейся громкостью.

Д. экстрапирамидная (гиперкинетическая, подкорковая) (d. extrapyramidalis) — Д., возникающая при поражении подкорковых узлов и их нервных связей. Речь смазанная, невнятная с носовым оттенком, резко нарушена просодика, интонационно-мелодическая структура речи, её темп.

Д. паркинсоническая (d. parkinsonika) — вид экстрапирамидной Д., наблюдаемой при паркинсонизме, характеризующийся замедленной невыразительной речью, нарушениями модуляции голоса. Требует лечения основного заболевания.

Д. псевдобульбарная (d. pseudobulbaris от др.-греч. ψευδής — ложный + бульбарный) — Д., обусловленная центральным параличом мышц, иннервируемых языкоглоточным, блуждающим и подъязычным нервами, вследствие двустороннего поражения двигательных корково-ядерных путей; проявляется монотонностью речи. Является одним из симптомов псевдобульбарного синдрома.

Д. экстрапирамидная (d. extrapyramidalis) — Д., обусловленная поражением стриапаллидарной системы. См. Д. подкорковая.

Д. стертая форма — нарушение произношения свистящих и шипящих звуков по типу бокового сигматизма, впервые выделена чешским врачом М. Зееманом; часто бывает единственным симптомом, свидетельствующим о наличии у ребенка недиагностированной Д. См. Дислалия.

Д. холодовая — симптом при миастении и миастеническом синдроме, проявляющийся в затруднениях артикуляции при понижении температуры в помещении и говорении на холоде. Требует лечения основного заболевания. Часто служит единственным симптомом, свидетельствующим о скрытой или недиагностированной врожденной миопатии.

Диагноз

Диагноз Д. выставляется врачом с учетом заключения логопеда (см. Речевое заключение). Логопед в свою очередь исследует не только особенности и характеристики нарушения звукопроизношения, но и всех других сторон речи и отражает состояние речи в речевой карте (см. Карта речевая). Немаловажная роль отводится исследованию общего интеллектуального развития ребенка, проводимого практическим психологом.

Лечение и коррекция

При Д. требуется комплексное лечебно-педагогическое воздействие. Логопедическая коррекция производится в сочетании с медикаментозным лечением и ЛФК. Особое значение приобретает использование при коррекции произносительной стороны речи логопедических инструментов (см. Инструменты логопедические). В детской логопедической практике важная роль отводится общему развитию всех сторон речи: словаря, грамматического строя, фонематического слуха, поскольку дети, страдающие Д. испытывают в школьные годы трудности в усвоении письменной речи. Наиболее целесообразно обучение таких детей в дошкольном периоде в логопедических группах детского сада, в школьные годы — в специальных речевых школах.

Нарушение голоса

Под голосом понимается совокупность любых звуков, исходящих из гортани человека, начиная от крика, стона, кашля, громкого зевка и кончая хорошо поставленным голосом профессионального оратора или певца. Голос является важным компонентом речеобразования, поскольку он обеспечивает, во-первых, слышимость речи и, во-вторых, ее интонационную выразительность. Интонация оказывает сильное воздействие на слушателя. Благодаря ей мы понимаем не только непосредственно слова и фразы, но и скрытый под ними подтекст.

Разнообразие интонаций достигается изменением высоты, силы, тембра голоса - его основных акустических характеристик. А это значит, что каждый человек должен научиться владеть своим голосом и уметь в полной мере использовать для целей речевого общения все его богатые возможности. Однако воспитанию голоса детей в семье и школе часто не уделяется должного внимания, что приводит к неправильному пользованию голосом и связанным с этим голосовым расстройством. Истинную цену голоса знает тот, кто потерял его или страдает стойкими его нарушениями.

Сила голоса определяется амплитудой колебания голосовых складок, измеряется в децибелах (Дб). Высота голоса характеризуется частотой колебательных движений голосовых складок. Тембр голоса - эмоциональная окрашенность высказывания, выражающая различные чувства и придающая речи многообразные оттенки; удивления, грусти, радости и т.д. Тембр речи, ее эмоциональная окрашенность достигается путем изменения высоты тона, силы голоса при произношении фразы, текста.

Тембр характеризуется основным тоном - это первичный звук, образующийся при колебаниях всей длины голосовых складок; обертоном, который образуется при колебаниях отдельных отрезков голосовых складок. Чем больше обертонов, тем богаче, красивей, ярче голос. Некоторые звуки, образующиеся голосом, называются тональными. Они образуются при почти полном отсутствии шума, что обеспечивает хорошую слышимость звука, например: гласные а, э, и, о, у, ы. Некоторые называются сонорными (звучными). Их качество определяется характером звучания голоса, который играет главную роль в их образовании, а шум участвует в минимальной степени, например: согласные м, м,, н, н,, л, л,, р, р,, i.

Нарушение темпа речи

Классификация нарушений речи

В настоящее время не существует единой классификации речевых расстройств. Попытки создания таковой (М.Е. Хватцев, О.В. Правдина, Р.А. Белова-Давид, М. Зееман, Р.Е. Левина и др.), предпринимались на протяжении всей истории развития логопедии, как науки и области практической деятельности. Безрезультатность классификации речевых нарушений объясняется довольно просто: у человека нет специфических органов для выполнения речевых функций. Порождение речи и голоса осуществляется приспособленными органами и системами, изначально выполняющими иные, другие физиологические функции. Восприятие и понимание речи также осуществляется системами, изначально использовавшиеся для другого. Отсюда и смежность дисциплин, занимающихся кроме логопедии коррекцией и лечением речевых расстройств. Для практических целей более подходит не «линнеевский принцип» — классификация, а разграничение по типам вариантов речевых расстройств (типология).

Клинико-педагогическая классификация

Все виды нарушений, рассматриваемых в данной классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.

Заикание

Заикание — это нарушение речи, которое характеризуется частым повторением или пролонгацией звуков или слогов, или слов; или частыми остановками или нерешительностью в речи, разрывающей её ритмическое течение. Диагноз ставится, когда эти симптомы значительны. В отечественно логопедической литературе устоялось более простое, но только обобщающее предыдущие, определение заикания как «нарушения темпо-ритмической организации речи, обусловленного судорожным состоянием мышц речевого аппарата». Синонимы: логоневроз, логоклония, lalonevros, balbuties.

Типы заикания

Формально принято выделять две формы заикания: тоническую, при которой возникает пауза в речи, либо какой-то звук растягивается, и клоническую, характеризующуюся повторением отдельных звуков, слогов или слов[2]. Также выделяют смешанную форму заикания, при которой наблюдаются и тонические, и клонические судороги. В другой классификации различают неврозоподобную и невротическую форму заикания. Неврозоподобная форма заикания подразумевает выраженный неврологический дефект, в частности, нарушения моторики в целом и артикуляции в частности; типична коморбидность с дизартрией. При этом возможно возникновение невротических реакций, но течение заикания мало зависит от них. Дети, страдающие неврозоподобным заиканием, обычно поздно начинают говорить, вообще развиваются чуть медленнее сверстников. ЭЭГ[3] в большинстве случаев выявляет патологическое либо пограничное функционирование головного мозга. При невротической форме заикания типично нормальное, либо раннее речевое и моторное развитие. Запинки изначально возникают на фоне стресса, как однократного (испуг), так и хронического. У таких детей отсутствуют выраженные неврологические нарушения, их ЭЭГ отражает более гармоничное функционирование мозга, чем в предыдущей группе. При этом выраженность заикания крайне зависит от функционального состояния: эти люди зачастую почти чисто говорят в спокойной обстановке, но с случае стресса (публичное выступление, разговор с незнакомым человеком, внезапно заданный вопрос) не могут сказать ни слова из-за сильных речевых судорог. Также отмечается сильная выраженность логофобии (страха речи) и избегающего поведения. В целом состояние этих больных соответствует критериям невроза, поэтому для невротической формы заикания чаще применяют термин «логоневроз», однако некоторые авторы используют его просто как синоним слова « заикание ».

Признаки

Заикание сопровождается прерываниями речи, которые могут выражаться в повторении отдельных звуков, слогов или целых фраз, в неестественных растягиваниях звуков (например: «м-м-м-м-м-м-м-м-м-мячик», «па-па-па-па-па-паровоз»).

Заикание почти всегда сопровождается напряжением, тревогой и страхом перед речью.

При этом возможны неестественные движения, гримасы лица или тики, с помощью которых заикающийся человек пытается преодолеть заикание .

Распространённость

По статистике более 3 млн людей по всему миру заикаются. Это заболевание возникает независимо от возраста, но чаще всего возникает у детей в возрасте от 2 до 6 лет, когда вырабатываются навыки речи. Мальчики в три раза больше подвержены заиканию, чем девочки. Но чаще всего заикание проходит с возрастом, по статистике только 1 % взрослых заикается.

Причины возникновения

Причины возникновения заикания точно не установлены. Предполагается, что возникновение заикания обусловливается совокупностью генетических и неврологических факторов. В любом случае, заикание сопровождается повышением тонуса и возникновением судорожной готовности двигательных (моторных) нервных речевых центров, включая центр Брока. Также есть мнение что заикание возникает вследствие испуга в раннем возрасте у детей, можно лечить разными способами. У взрослых людей заикание может появиться вследствие контузии, такое заикание может пройти со временем.

Механизм

Заикание вызывается спазмами речевого аппарата: языка, нёба, губ или же мышц гортани. Все, кроме последнего — артикуляционные судороги, судороги мышц гортани — голосовые (отсюда название « заикание » — спазмы напоминают икоту). Также существуют дыхательные судороги, при которых нарушается дыхание и возникает ощущение нехватки воздуха. Механизм возникновения спазмов связывают с распространением избыточного возбуждения от двигательных речевых центров головного мозга к соседним структурам, включая смежные двигательные центры коры и центры, ответственные за эмоции.

Факторы улучшения/ухудшения речи

Данные факторы индивидуальны по типу заикания, но есть некоторые «правила», «работающие» в большинстве случаев.

Условия, благоприятно влияющие на речь заикающегося

Сикорский, Иван Алексеевич (1842—1919) — российский врач-психиатр, профессор, в честь которого заикание получило в России второе название — «невроз Сикорского». В своей монографии «О заикании » Сикорский рекомендовал «медленную речь, произносимую низким голосом и однообразным тоном» в качестве фактора, уменьшающего заикание .

Условия, неблагоприятно влияющие на речь заикающегося

Если заикание — невроз, оно усиливается, когда человек начинает нервничать, а также вообще при сильных эмоциях.

Методики лечения

Существует ряд способов вылечить заикание , но, к сожалению, ни один из них не даёт гарантии 100%. Все методы[источник не указан 405 дней] так или иначе делятся на рассматривающие заикание как дефект речи и как логоневроз.

Первые советуют «говорить плавно» или как-то нормализовать речь.

Вторые концентрируются на нервной системе, считая заикание лишь одним из проявлений невротизма. Методик лечения заикания великое множество (см. ссылки), но единой «правильной» не существует.

Все методики лечения заикания подразделяются по типам методического подхода и видам терапевтического воздействия. В целом их можно подразделить на:

Логопедические

Психологические

Психотерапевтические

Логопсихотерапевтические

Социореабилитационные

Медикаментозные

Физиотерапевтические

Комплексные

Нетрадиционные.

Терапевтическая организация методик лечения заикания может быть: амбулаторной, стационарной, семейной, групповой и индивидуальной.

Алалия

Алалия (гр. а- приставка, означающая отрицание или отсутствие качества + греч. lalia речь) — отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте; причиной алалии , чаще всего является повреждение речевых областей больших полушарий головного мозга при родах, а также мозговые заболевания или травмы, перенесенные ребенком в доречевой период жизни; тяжелые степени алалии выражаются у детей полным отсутствием речи или наличием лепетных отрывков слов; в более легких случаях наблюдаются зачатки речи, характеризующиеся ограниченностью запаса слов, аграмматизмом, затруднениями в усвоении чтения и письма.

В строгом смысле слова алалия — полное отсутствие или достаточно выраженная дефицитарность речи (продуцирования речи или ее восприятия), не обусловленные дефектами интеллекта и слуха. Принятому разделению алалии на моторную и сенсорную в МКБ-10 соответствуют расстройства экспрессивной (F80.1) и рецептивной речи (F80.2) [1]. Алалию следует отличать от специфического расстройства речи, которое представляет собой нарушения языка и речи при адекватном уровне интеллекта и отсутствии каких-либо других расстройств, в том числе мозговых повреждений.

Этиология и патогенез

Этиология и патогенез разнообразны: воспалительные процессы и травмы головного мозга, алиментарно-трофические, обменные нарушения во внутриутробном и раннем постнатальном периоде развития ребенка.

Формы алалий

Различают два основных варианта А.

Алалия моторная (a. motoria; лат. motor двигательный) — недоразвитие экспрессивной речи, выраженное затруднениями в овладении активным словарем и грамматическим строем языка при достаточно сохранном понимании речи; в основе А. м. лежит расстройство или недоразвитие аналитико-синтетической деятельности речедвигательного анализатора, выраженное, в частности, заменой тонких и сложных артикуляционных дифференцировок более грубыми и простыми; причина — поражение коркового конца речедвигательного анализатора (центр Брока) и его проводящих путей.

Алалия сенсорная (a. sensoria; лат. sensus чувство, ощущение) — недоразвитие импрессивной речи, когда наблюдается разрыв между смыслом и звуковой оболочкой слов; у ребенка нарушается понимание речи окружающих, несмотря на хороший слух и сохранные способности к развитию активной речи; причиной сенсорной алалии является поражение коркового конца слухоречевого анализатора (центр Вернике) и его проводящих путей.

В то же время, это деление условно, поскольку на практике имеют место сочетания и моторной алалии, и сенсорной алалии

Клиническая картина

Наблюдаются А. различной степени: от легких нарушений речи до тяжелых, когда ребенок не говорит до 10 — 12 лет или, несмотря на длительное обучение, его речь ограничена скудным словарным запасом, сохраняясь на уровне элементарной аграмматичной речи.

Моторная А. развивающуюся при нарушении функций лобно-теменных областей коры левого полушария головного мозга (центр Брока) и проявляется в нарушении экспрессивной речи при достаточно хорошем понимании обращенной речи, позднем формировании фразовой речи (после 4 лет) и бедности предречевых этапов (нередкое отсутствие лепета). Сопровождается грубым нарушением грамматического строя (отсутствие согласования слов в роде, падеже и числе, неправильное употребление предлогов, отсутствие в речи отглагольных форм, перестановка слогов и звуков внутри слова и др.). Имеет место выраженная бедность словарного запаса. Моторная алалия лежит в основе нарушений школьных навыков типа дислексии и дисграфии, а также нарушений пространственного гнозиса и расстройств моторики в виде апраксии; она сочетается с локальной и рассеянной неврологической симптоматикой и поражением структур доминантного полушария, определяющего возможности экспрессивной речи. В психическом состоянии детей с подобным нарушением нередки проявления разной степени выраженности психоорганического синдрома в виде двигательной расторможенности, расстройств внимания и работоспособности в сочетании с наруше¬ниями интеллектуального развития.

Сенсорная А. возникает при поражении височной области левого полушария (центр Вернике) и связана с нарушениями акустико-гностической стороны речи при сохранности слуха. Она проявляется в недостаточном понимании обращенной речи и грубом нарушении фонетической ее стороны с отсутствием дифференциации звуков. У детей затруднено и задержано в развитии соотнесение между предметом и словом: они не понимают речь окружающих, в силу чего и экспрессивная речь крайне ограничена. Дети искажают слова, смешивают сходные по произношению звуки, не прислушиваются к речи окружающих, могут не откликаться на зов, но одновременно реагировать на отвлеченные шумы, отмечаются эхолалии; резко нарушено слуховое внимание, хотя тембр речи и интонации не изменены. В психическом состоянии отмечаются признаки органического поражения головного мозга — нередко в сочетании с интеллектуальным недоразвитием в широком диапазоне (от легких парциальных задержек развития до олигофрении).

Для всех форм А. характерна диссоциация между вербальными и невербальными формами психической деятельности. Невербальные задания выполняются без выраженных затруднений в соответствии с возрастом ребенка (смысл и последовательность сюжетных изображений, графические аналогии и пр.). Задержки темпа развития речи проявляются в том, что отдельные этапы речевых навыков — гуление, лепет, появление лепетного монолога, отдельные слова, фразы и др. — формируются с запаздыванием, отмечается их редуцированность или они отсутствуют. Помимо растягивания сроков формирования функции, характерно длительное сохранение ранее пройденных этапов развития речи — эгоцентрическая речь, замена речи жестикуляцией или выразительными криками без слов, запаздывание появления экспрессивной речи при достаточно хорошем понимании обращенной речи. Кроме того, могут отмечаться бедность словарного запаса, легкие аграмматизмы, косноязычие.

Сопутствующие симптомы

Иногда у детей с А. наблюдаются невротические реакции на имеющийся дефект речи. Отмечается быстрая утомляемость, пониженное внимание и работоспособность, вторичная задержка психического развития. При моторной А. в разные сроки развития речи, особенно при переходе к фразовой речи, отсутствует плавность речи, появляется заикание. Большей частью это наблюдается при патологических процессах в левой премоторной области. Таких детей необходимо обучать плавности речи, мелодичности, разнообразию интонаций. У детей с сенсорной А. наблюдается крайняя лабильность слухового внимания и нарушения фонематического слуха.

Прогноз

Прогноз зависит от тяжести основного патологического процесса, от степени нарушения речи, от времени диагностики А. и от постановки лечебно-восстановительной работы с ребенком. У детей с сенсорной А. при хорошо проводимой логопедической работе речь нередко восстанавливается быстрей, чем при моторной А.

Лечение и логопедическая коррекция

Лечение. Разработана специальная система логопедических занятий, способствующих развитию речи у детей с моторной и сенсорной формой А. (см. Логопедия). Работа по развитию семантики речи наиболее сложна, требует большой логопедической и педагогической работы, с помощью которой также удается получить хорошие результаты. Значительно повышается эффективность логопедических занятий с детьми, страдающими различными формами А., если занятия проводят в сочетании с курсами лечения витаминами В12, В15, галантамином, гаммалоном при постоянном динамическом наблюдении врачей (невропатолога и педиатра) за ребенком.

Афазия

Афазия — нарушение уже сформировавшейся речи, возникающее при локальных поражениях коры (и «ближайшей подкорки» — по выражению А. Р. Лурия) левого полушария (у правшей) и представляющее собой системные расстройства различных форм речевой деятельности.

Афазия — полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Афазия (от др.-греч. ἀ- — отрицательная частица и φάσις — проявление, высказывание) — это системное нарушение сформировавшейся речи (в отличие от алалии). Возникает при органических поражениях речевых отделов коры головного мозга в результате перенесенных травм, опухолей, инсультов, воспалительных процессов и при некоторых психических заболеваниях.

Классификация афазий

Существуют различные классификации афазий (Вернике-Лихтгейма; Лурия). В России наибольшее распространение получила классификация А. Р. Лурия.

Типы афазий

Афазия Брока, или эфферентная моторная афазия (efferentis — выносящий; эфференты — конечная часть рефлекторной дуги) впервые описана Полем Брока в 1861 году. Она возникает при поражении нижних отделов премоторной коры левого полушария мозга (двигательный речевой центр (центр Брока)) Она вызывает распад грамматики высказывания и трудность переключения с одного слова (или слога) на другое вследствие инертности речевых стереотипов.

Динамическая афазия проявляется в нарушениях сукцессивной (последовательной) организации речевого высказывания.

Афферентная моторная афазия (от afferentis — привносящий; афференты — нервные окончания) Для таких больных характерно нарушение звена выбора звука. Механизмом является нарушение кинестетических ощущений. Ведущий дефект — невозможность найти точные артикуляционные позы и уклады для произнесения слова.

Афазия Вернике, или сенсорная афазия. В её основе лежит нарушение фонематического слуха, различение звукового состава слов. При акустико-гностической афазии наблюдается утрата способности понимания звуковой стороны речи.

Акустико-мнестическая афазия — это нарушение объёма удержания речевой информации, тормозимость слухо-речевой памяти. В основе оптико-мнестической афазии лежит нарушение зрительной памяти, слабость зрительных образов слов.

В основе семантической афазии лежат дефекты симультанного анализа и синтеза речи, одновременного схватывания информации. Ведущим дефектом для этой формы является нарушение понимания сложных логико-грамматических структур.

Амнестическая афазия

В целом речь афазиков характеризуется бедностью лексики, они редко употребляют прилагательные, наречия, описательные обороты, почти не используют и не понимают пословицы, поговорки.

Афазии изучаются в рамках логопедии, нейропсихологии и психолингвистики.

Номинальная афазия, проявляющаяся в затруднении называния предметов, является одним из симптомов болезни Альцгеймера.

Нарушения письменной речи

Классификация нарушений речи

В настоящее время не существует единой классификации речевых расстройств. Попытки создания таковой (М.Е. Хватцев, О.В. Правдина, Р.А. Белова-Давид, М. Зееман, Р.Е. Левина и др.), предпринимались на протяжении всей истории развития логопедии, как науки и области практической деятельности. Безрезультатность классификации речевых нарушений объясняется довольно просто: у человека нет специфических органов для выполнения речевых функций. Порождение речи и голоса осуществляется приспособленными органами и системами, изначально выполняющими иные, другие физиологические функции. Восприятие и понимание речи также осуществляется системами, изначально использовавшиеся для другого. Отсюда и смежность дисциплин, занимающихся кроме логопедии коррекцией и лечением речевых расстройств. Для практических целей более подходит не «линнеевский принцип» — классификация, а разграничение по типам вариантов речевых расстройств (типология).

Клинико-педагогическая классификация

Все виды нарушений, рассматриваемых в данной классификации, на основе психолого-лингвистических критериев можно подразделить на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи.