**Вопросы, выносимые**

**на Итоговую государственную аттестацию по логопедии**

3. Анатомо-физиологические механизмы речи. Строение и функции центрального и периферического речевого аппарата.

4. Речь как психический процесс. Речь, язык, речевая деятельность, языковая способность с психологической и психолингвистической точек зрения.

5. Основные периодизации речевого развития в онтогенезе. Характеристика этапов развития речи ребенка.

8. Организация логопедической помощи лицам с нарушениями речи в России.

9. Норматично-правовые основы деятельности логопеда в учреждениях образования и здравоохранения. Современные требования к оборудованию логопедического кабинета и документации логопеда.

17. Основные средства, приемы и методы формирования темпо-ритмической организации речи при заикании.

18. Современные представления о дислалии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

19. Формы и методика логопедического воздействия при дислалии, ее эфективность.

20. Современные представления о ринолалии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

21. Формы и методика логопедического воздействия при ринолалии, ее эфективность.

22. Современные представления о дизартрии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

23. Формы и методика логопедического воздействия при дизартрии, ее эфективность.

24. Дифференциальная диагностика механической дислалии, дизартрии и ринолалии.

25. Специфика индивидуальной работы в различных типах учреждений для детей с речевой патологией.

26. Современные представления о алалии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.

27. Динамика развития речи ребенка при алалии. Принципы организации и содержание коррекционно-воспитательного воздействия при моторной алалии.

28. Принципы организации и содержание коррекционно-воспитательного воздействия при сенсорной алалии.

29. Современные представления об афазии: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.

30. Основные принципы, приемы и методы восстановительного обучения при афазии.

31. Современные представления об дисграфии: определение, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.

32. Основные направления логопедической работы при коррекции дисграфии.

33. Современные представления об дислексии: определение, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.

34. Основные направления логопедической работы при коррекции дислексии.

35. Определение фонетико-фонематического недоразвития речи (ФФН). Классификация ФФН, дифференциальная диагностика детей с ФФН.

36. Содержание коррекционного обучения дошкольников и школьников с фонетико-фонематическим недоразвитием речи.

37. Определение общего недоразвития речи (ОНР). Психолого-педагогическая характеристика детей с ОНР. Дифференциальная диагностика детей с ОНР.

38. Основные направления коррекционно педагогической работы при ОНР в дошкольном возрасте.

39. Основные направления развития речи младших школьников с ОНР.

40. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с ЗПР.

41. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с умственной отсталостью.

42. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми, страдающими ДЦП.

43. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с нарушениями слуха.

44. Особенности речевого развития и логопедической работы с детьми с нарушениями зрения.

45. Русский язык как учебный предмет в школе для детей с тяжелыми нарушениями речи.

46. Особенности литературного развития детей с тяжелыми нарушениями речи.

47. Основные принципы обучения математике детей с речевыми нарушениями.

48. Содержание и структура индивидуальных и фронтальных занятий по развитию речи детей с тяжелыми нарушениями речи.

1. Содержание пропедевтического периода обучения рисованию школьников в школе V вида. Особенности проведения декоративного, тематического и натурного рисования.

50. Технологии обследования речи детей.

**1. Научно-теоретические основы логопедии. Предмет, цели, задачи и принципы логопедии.**

**Логопедия** – это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания. Термин «логопедия» происходит от греческих корней: логос (слово), пайдео (воспитываю, обучаю). В переводе означает «воспитание правильной речи».

**Предметом логопедии**, как науки являются нарушения речи и процесс обучения и воспитания лиц с расстройством речевой деятельности.

**Объект** **изучения** – человек, страдающий нарушением речи.

Структуру логопедии составляет дошкольная, школьная логопедия и логопедия подростков и взрослых. Основной целью является разработка научно обоснованной системы обучения, воспитание и перевоспитание лиц с нарушениями речи, а так же предупреждение речевых расстройств.

**Задачи логопедии**.

1. изучение онтогенеза речевой деятельности при различных формах речевых нарушений
2. определение распространенности, симптоматики и степени проявлений нарушений речи
3. выявление динамики спонтанного и направленного развития детей с нарушением речевой деятельности, а так же характер влияния речевых расстройств на формирование их личности, психическое развитие, на осуществление различных видов деятельности, поведения
4. изучение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии (при нарушении: слуха, зрения, интеллекта, ОДА)
5. выяснение этиологии, механизмов, структуры и симптоматики речевых нарушений
6. разработка методов педагогической диагностики речевых расстройств
7. систематизация речевых расстройств
8. разработка принципов, дифференцированных методов и средств устранения речевых нарушений
9. совершенствование методов профилактики речевых расстройств
10. разработка вопросов организации логопедической помощи

В указанных задачах логопедии, определяется как теоретическая, так и практическая ее направленность.

Теоретический аспект - это изучение речевых расстройств и разработка научно обоснованных методов их профилактики, выявления и преодоления.

Практический аспект – профилактика, выявление и устранение речевых нарушений.

**2. Методы логопедического исследования и логопедического воздействия.**

***Методы логопедии как науки.***

Можно разделить на несколько групп:

*Организационные методы*: (сравнительный); лонгитюдинальный (изучение в действии, динамике); комплексный.

*Эмпирические методы:* наблюдение, эксперимент (лабораторный, естественный, формирующий, психолого-педагогический); психодиагностические тесты, анкеты; беседы; анализ речевой деятельности (сбор и анализ анамнестических данных).

К следующим относится количественный и качественный анализ полученных данных.

Способы теоретического исследования, связи между изучаемыми явлениями; использование технических средств.

Исходя из этого Л. опирается на следующие ***основные принципы:***

**Системность** – опирается на представление о речи, как о сложной функциональной системе, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии.

**Комплексности** – речевые нарушения во многих случаях включаются в синдром нервных и нервно-психических заболеваний (дизартрия, алалия, заикание); устранение речевых нарушений в этих случаях должно носить комплексный медико-психолого-педагогический и логопедический характер.

Принцип **развития** в процессе изучения нарушения речи и их коррекции важно учитывать общие и специфические закономерности развития аномальных детей. Принцип развития предполагает выделение в логопедической работе тех задач, трудностей, этапов, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка.

Учет ведущей деятельности ребенка – исследование детей с нарушением речи, организация логопедической работы с ними осуществляется с учетом ведущей деятельности ребенка (до 3-х лет предметно-практическая; с 3-х игровая; с 6-7 лет учебная).

Разработка методики коррекционно логопедической работы ведется с учетом последовательности развития речи в онтогенезе – **онтогенетический принцип**. Для успешной логопедической коррекции нарушения речи большое значение имеет установление в каждом отдельном случае: этиологии

(причины); механизмов нарушения; симптоматики речевых нарушений; выделение ведущих расстройств (речь и мышление; речь и психика); соотношение речевой и неречевой симптоматики.

Принцип **обходного пути** – т. е. формирование новой функциональной системы в обход пострадавшего звена.

**Дидактические** принципы – наглядность, научность, доступность, индивидуальный подход; сознательность.

**3. Анатомо-физиологические механизмы речи. Строение и функции центрального и периферического речевого аппарата.**

**4. Речь как психический процесс. Речь, язык, речевая деятельность, языковая способность с психологической и психолингвистической точек зрения.**

**5. Основные периодизации речевого развития в онтогенезе. Характеристика этапов развития речи ребенка.**

**6. Понятие «нарушение речи». Этиология речевых нарушений.**

Этиология нарушения речи. Критические периоды в развитии речевой функции.

**Этиология** – обозначает учение о причинах (термин греческий «этио» причина, «логос» наука, учение). Проблема причинности издавна привлекала внимание человечества. Наиболее интенсивно вопросы этиологии речевых нарушений начали разрабатываться с 20-х годов настоящего столетия. Впервые все причины речевых нарушений М.Е.Хватцев разделил на внутренние и внешние, особо подчеркнув их тесное взаимодействие.

**Внешние причины,** нарушающие речь или способствующие этому нарушению воздействию внешнего мира. Сюда относятся механические воздействия, биологические и социальные факторы.

**Внутренние факторы** это воздействие изнутри организма через эндокринные железы, кровь и т. д.

Под влиянием внешних и внутренних причин формируются некоторые особенности психики и личности ребенка, которые в свою очередь влияют на развитие речи.

**Органические причины** связаны с органическим повреждением речевого аппарата, они могут быть врожденными (недоразвитие и поражение головного мозга и периферических органов речи) и приобретенными в результате различных травм и заболеваний. Органические причины подразделяют на: центральные и периферические, в зависимости от места поражения (центральные – головной мозг; периферические – при открытой ринолалии, неправильное строение речевого аппарата).

**Функциональные причины** не связаны с грубыми органическими поражениями, хотя могут сопровождаться легкой, органической микро симптоматикой.

Социально-психологические причины связаны с воздействием неблагоприятностей социального окружения (неправильная речь окружающих, вредные привычки, недостаточное внимание к речи ребенка со стороны взрослых, повышенное требование к речи ребенка)

Выделяются следующие основные причины нарушения речи в пренотальный период (неблагоприятная наследственность, патология беременности).

В нотальный период (в основном родовые травмы, асфиксия, быстрые и затяжные роды)

В поснотальный период (биологические факторы: различные заболевания в первые годы ребенка, травмы черепа)

**Три критических периода**:

При оценке речевых нарушений важно учитывать так называемые критические периоды, когда происходит наиболее интенсивное развитие тех или иных звеньев речевой системы. Критические периоды в развитии речи являются предрасполагающим условием к возникновению речевых расстройств. Выделяются три критических периода в развитии речевых функций:

1. 1-2 года, происходит формирование предпосылок речи, в этом возрасте наиболее интенсивно развивается корково-речевые зоны в частности зоны Брокка (зона речи). Критическим периодом ее развития считается 14-18 месяц. Любые даже незначительные факторы могут отразиться на развитие речи ребенка.
2. Критический период 3 года. Интенсивно развивается связная речь, могут возникнуть заикание, мутизм, наблюдаться отставания речевого развития, переход к связной речи
3. 6-7 лет начало развития письменной речи, возрастает нагрузка на ЦНС ребенка, могут происходить срывы нервной системы.

**7. Современные классификации нарушений речи.**

В настоящее время в логопедии существуют 2 классификации – **клинико-педагогическая** и **психолого-педагогическая (по Левиной Р.Е.)**. При различии в типологии и группировке видов речевых нарушений, одни и те же явления рассматриваются с разных точек зрения. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга и отражают определенный подход к речевым нарушениям и выбор средств коррекции.  
Клинико-педагогическая классификация нацелена на предельную детализацию видов и форм нарушений речи и основывается на подходе от общего к частному. В ней учитываются межсистемные взаимодействия нарушений речи с обусловливающим их материальным субстратом. Она основывается на совокупности психолого-лингвистических, клинических и этиопатогенетических критериях (хотя в данной классификации ведущая роль отводится психолого-лингвистическим критериям). Все виды нарушений речи делятся на 2 основные группы: нарушения устной и письменной речи.  
1. Нарушения устной речи определяются двумя формами, в которых выделяется 9 видов речевых нарушений:  
1) Нарушения фонационного (внешнего) оформления речи:   
• · афония, дисфония – отсутствие или расстройство голоса вследствие патологических изменений голосового аппарата  
• · брадилалия (или брадифразия) – патологически замедленный темп речи  
• · тахилалия (или тахифразия) - патологически ускоренный темп речи  
• · заикание (логоневроз) – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата  
• · дислалия (косноязычие) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата  
• · ринолалия (гнусавость, палатолалия) – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата  
• · дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.  
2) Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:   
• · алалия – отсутствие речи или системное недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или в раннем периоде развития ребёнка (до 3 лет)  
• · афазия  
• · дисграфия (аграфия) - частичное (полное) нарушение письма  
• · дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения.  
Об аграфии и алексии говорят в случае несформированности (в ходе обучения) процессов письма и чтения. Аграфия и алексия выявляются так же в случаях распада сформированных навыков вследствие поражений коры головного мозга. Причём координация движений и сила руки остаются сохранными. Может быть сохранным списывание.  
,. **Психолого-педагогическая классификаци**я группирует нарушения от частного к общему и строится на основе лингвистических и психологических критериев (в которых учитываются структурные компоненты речевой системы – звукопроизношение, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной или письменной). Здесь выделяются общие проявления дефекта при разных формах патологического развития речи у детей (уровни сформированности компонентов речевой системы). Нарушения речи в данной классификации делятся на 2 группы:  
1)*Нарушение средств общения:*  
• · ФФНР (фонетико-фонематическое недоразвитие речи) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. При частичной компенсации ФФНР переходит в ФНР (фонетическое недоразвитие речи).  
• · ОНР (общее недоразвитие речи) у детей с сохранным интеллектом и слухом, СНР (системное недоразвитие речи) у детей с умственной отсталостью – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. Выделяются три уровня ОНР (в зависимости от степени сформированности речевых средств). При компенсации фонетико-фонематической стороны речи и проявлениях недоразвития лексико-грамматического строя речи – ОНР и СНР переходит в ЛГНР (лексико-грамматическое недоразвитие речи).  
2) *Нарушение в применении средств общения:*  
• · Заикание – нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения. Возможен комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с ОНР.   
• · проявление речевого негативизма, мутизм и др.  
Нарушения письма и чтения в данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи, а рассматриваются в составе ФФНР и ОНР как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков. 

**8. Организация логопедической помощи лицам с нарушениями речи в России.**

**9. Норматично-правовые основы деятельности логопеда в учреждениях образования и здравоохранения. Современные требования к оборудованию логопедического кабинета и документации логопеда.**

**10. Профилактика речевых расстройств.**

Профилактика нарушений речи, так же, как и профилактика любых заболеваний или патологических состояний, строится на устранении, по возможности, из жизни ребенка тех причин, которые могут приводить к возникновению нарушений. K сожалению, иногда все же не удается полностью предупредить возникновения речевой патологии, и в этих случаях задача профилактики сводится к возможно большему смягчению неблагоприятных последствий уже подействовавших вредоносных факторов. Ранний возраст – период интенсивного развития всех психических функций. Основное новообразование этого периода – овладение речью, которая становится фундаментом для дальнейшего развития ребенка. Поэтому важно вовремя заметить и скорректировать отставание в формировании речевой функции, стимулировать ее развитие, способствуя полноценному развитию ребенка. Говоря о категории детей с ограниченными возможностями, мы имеем в виду детей, имеющих нарушения, полученные в период пренатального, натального и постнатального развития, приводящие к возникновению различных нарушений хода развития, в том числе и речевого. Это дети: · с генетической предрасположенностью · с неблагоприятным акушерским анамнезом · перенесшие асфиксию, родовую травму · с недоношенностью, незрелостью при рождении, малым весом · имеющие инфекции и постнатальные повреждения мозга · с неблагоприятными условиями воспитания (депривацией), наличием психотравмирующих ситуаций · рожденные от матерей, употреблявших алкоголь и никотин. Так как наличие перинатальных энцефалопатий и психической депривации в период интенсивного развития речи приводит к отставанию в ее развитии, являясь причиной возникновения общего недоразвития речи, вопросы пропедевтики и профилактики их появления являются наиболее значимыми. Профилактика непосредственно речевых нарушений в раннем возрасте складывается в основном из таких моментов:  создание необходимых условий для сохранения физического и нервно- психического здоровья ребенка;  заботу о сохранности его речевых органов;  создание необходимых социально-бытовых условий для правильного речевого развития ребенка. 2 Что рекомендуют специалисты?  Предупреждение ушибов головы.  Предупреждение различных заболеваний, протекающих с высокой температурой.  Охрана органа слуха от простудных заболеваний, от попадания инородных тел, от излишнего шума (даже во время сна), а также своевременное лечение и обязательное долечивание ушных заболеваний.  Охрана артикуляционных органов: предупреждение (и лечение) рахита и возможного появления аномалий костных частей речевого аппарата; исключение случаев сосания пальца или постоянного подкладывания руки под щеку во время сна (последнее может привести к образованию так называемого перекрёстного прикуса); предупреждение преждевременной потери зубов, поскольку потеря зубов у детей ввязывает значительную деформацию соседних зубов и челюстей (здесь не имеется в виду возрастная смена зубов); своевременное оперирование расщелин верхней губы нёба; своевременное подрезание короткой уздечки языка (не позднее 4-5 лет, поскольку к этому времени в речи должны появиться те звуки, правильному артикулированию которых мешает короткая уздечка); охрана голосового аппарата от простуды, попадания пыли, голосовой перегрузки (чрезмерные крики, излишне громкая и напряженная речь и т.п.); охрана нервной системы ребенка (исключение громких окриков, страшных рассказов и разного вида запугиваний, щадящий подход к ребенку во время любой болезни и т.д.); этот вид профилактики особенно важен для предупреждения всякого рода невротических речевых расстройств и в первую очередь – заикания. В чём заключается забота о правильном речевом развитии ребенка?  Обеспечение благоприятного окружения как необходимого образца для подражания (в плане отсутствия речевых нарушений у окружающих ребенка людей).  Поощрение лепета ребенка мимикой радости.  Воспитание направленности на восприятие речи окружающих, для чего нужно больше разговаривать с ребенком, начиная с первых дней его жизни.  Медленное и четкое произношение взрослыми простых слов, связанных с конкретной жизненной ситуацией, а также называние окружающих предметов и 3 производимых действий, что поможет ребенку «приступить» к постепенному овладению речью.  Отчетливое произнесение взрослыми неправильно сказанных ребенком слов, рассчитанное на ненавязчивое и постепенное исправление его неправильного произношения.  Приучение ребенка смотреть во время разговора в лицо собеседника, поскольку зрительное восприятие артикуляции способствует более точному и более быстрому её усвоению;  Систематическое создание таких ситуаций, при которых ребенок должен выразить свою просьбу словесно (взрослым не следует стремиться «понимать его с полуслова» и тем более с одного только жеста ли взгляда); необходимо организовать жизнь ребенка таким образом, чтобы сама обстановка вызывала у него необходимость речевого общения, включая «разговор» с животными, игрушками и пр.  Полное исключение случаев «сюсюкания» с ребенком, лишающего его правильного образца для подражания.  Занятия ритмикой, музыкой и пением; последнее способствует развитию правильного дыхания и достаточно гибкого и сильного голоса, а также предупреждает невнятность речи.  Развитие тонкой ручной моторики, играющей чрезвычайно важную роль в овладении полноценной речью. Так же очень важно своевременное принятие лечебно-профилактических мер, рекомендуемых по линии детской консультации в поликлинике. В настоящее время существует много медикаментозных средств, способствующих более быстрому созреванию определенных мозговых структур и нормализации имеющихся в них патологических процессов.

**11. Современные представления о нарушениях голоса: определение, терминология, статистика, классификация, симптоматика, этиология и патогенез.**

Нарушения голоса — это отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Существует два основных термина для обозначения патологии голоса: афония (лат. а — отрицательная частица и греч. phone — звук, голос) — полное отсутствие голоса и дисфония (дис. и греч. phone) — частичные нарушения высоты, силы и тембра.

Нарушения голоса разделяются на центральные и периферические, каждое из них может быть органическим и функциональным. Большинство нарушений проявляется как самостоятельные, причинами их возникновения являются заболевания и различные изменения только голосового аппа­рата. Но они могут сопутствовать и другим более тяжелым нарушениям речи, входя в структуру дефекта при афазии, дизартрии, ринолалии, заикании. Механизм нарушений голоса зависит от характера изменений нервно мышечного аппарата гортани, прежде всего от подвижности и тонуса голосовых складок, который проявляется обычно в виде гипо- или гипертонуса, реже в сочетании того и другого. Органические нарушения голоса. Патология голоса, возникающая вследствие анатомических изменений или хронических воспалительных процессов голосового аппарата, считается органической. К периферическим органическим нарушениям относятся дисфонии и афонии при хронических ларингитах, парезах и параличах гортани, состояниях после удаления опухолей. Степень дефекта голоса зависит не от вида заболевания, а от его тяжести. Так, при любом из указанных заболеваний наряду с афонией может наблюдаться лишь незначительное изменение тембра (исключением является состояние после удаления гортани, которое всегда приводит к афонии). Хронические ларингиты весьма разнообразны. Это проявляется в характерных изменениях слизистой оболочки гортани, а в дальнейшем и в поражении ее нервно-мышечного аппарата. Появляющееся несмыкание голосовых складок ведет к стойкому дефекту голоса и сопровождается субъективными неприятными ощущениями в глотке и гортани. Голос теряет нормальное звучание, появляется сильная утомляемость до полной невозможности выполнять голосовую нагрузку. Нарушения голоса, обусловленные периферическими парезамии параличами гортани, возникают при травматизации или инфекционном поражении нижнего гортанного, или возвратного нерва. Более распространенными являются односторонние нарушения Центральные парезы и параличи гортани зависят от поражения коры головного мозга, моста, продолговатого мозга, проводящих путей.

Доброкачественные опухоли встречаются у детей и взрослых чаще злокачественных. Голосовая патология при локализации опухоли на голосовых складках развивается постепенно по мере ее роста. Множественные папилломы чаще наблюдаются у детей, они могут распространяться по всей гортани и рецидивировать после удаления. Обширный папилломатоз и рубцовые изменения после многократных операций вызывают тяжелые нарушения дыхания и голосообразования. Этиология и патогенез данного заболевания до настоящего времени не раскрыты. Ранний папилломатоз с нарушением дыхательной и голосовой функций может отрицательно влиять на формирование всей речи и личности ребенка. Функциональные нарушения голоса. Наиболее распространенные и многообразные — это функциональные нарушения голоса. Они не сопровождаются воспалительными или какими-либо анатомическими изменениями гортани. Встречающиеся в педагогической литературе утверждения о более легком устранении функциональных нарушений, по сравнению с органическими, весьма спорны, так как первые представляют для специалистов значительные трудности в связи со сложностью их этиологии и патогенеза. Причины функциональной патологии могут быть самые разнообразные: голосовое переутомление, плохая постановка голоса, различные инфекционные заболевания и влияния психических факторов. Иногда несколько из перечисленных причин выступают в совокупности и определение «пускового» момента затруднительно. К периферическим функциональным нарушениям относятся фонастения, гипо- и гипертонусные афонии и дисфо-нии. Фонастения — нарушение голоса в ряде случаев, особенно на начальных стадиях, не сопровождается видимыми объективными изменениями в голосовом аппарате. Данное нарушение имеет профессиональный характер и развивается у лиц голосоречевых профессий. Проявляется фонастения в нарушении координации дыхания и фонации, невозможности владения голосом — усиливать и ослаблять звучание, появлении детонации и ряда субъективных ощущений. Острые формы могут сопровождаться афонией. Гипотонусная дисфония (афония) обусловлена, как правило, двусторонними миопатическими парезами, т. е. парезами внутренних мышц гортани. Они возникают при некоторых инфекциях (ОРВИ, гриппе, дифтерии), а также при сильном перенапряжении голоса. Страдают мышцы, суживающие голосовые складки. При функциональных нарушениях внутренних мышц гортани повреждение затрагивает одну мышцу, чаще одну пару мышц (поскольку почти все они парные). При гипотонусе голосовые складки в момент фонации полностью не смыкаются, между ними остается щель, форма которой зависит от того, какая пара мышц страдает (рис. 17). Патология голоса может проявляться от легкой осиплости до афонии с явлениями голосового утомления, напряжения и боли в мышцах шеи, затылка и грудной клетки. Гипертонусные (спастические) нарушения голоса связаны с повышением тонуса гортанных мышц с преобладанием тонического спазма в момент фонации. Причины их возникновения полностью не изучены, но развиваются спастические дисфонии и афонии у лиц, форсирующих голос. Гипертонус может охватывать голосовые и вестибулярные складки. При попытках фонации голос или не возникает совсем, или появляется резко искаженный, глухой звук. Иногда наблюдается отсутствие смыкания голосовых складок (гипо-тонус) с напряженным смыканием вестибулярных (гипертонус). Образующийся при этом специфический грубый, монотонный звук называют ложноскладочным. Перегрузка голосового аппарата при несоблюдении охранительного режима в период мутации может привести к нарушению функции внутренних мышц гортани в виде гипо- и гипертонуса.

К функциональным нарушениям голоса центрального происхождения относится функциональная, или психогенная афония. Возникает она внезапно как реакция на психо-травмирующую ситуацию у лиц, склонных к истерическим реакциям, чаще у девочек и женщин. При полном отсутствии голоса сохраняются звучный кашель и смех, это является важным диагностическим признаком. Форма несмыкания голосовых складок при обследовании очень изменчива, что тоже свидетельствует о психогенном нарушении. Функциональная афония может протекать длительно, а после восстановления голоса возможны рецидивы.

**12. Особенности восстановительной работы при нарушениях голоса.**

Для изучения голоса большое значение имеет исследование голосового аппарата, в первую очередь функции голосовых складок. Существует несколько медицинских методов исследования. Первое представление о состоянии гортани дает непрямая ларингоскопия — осмотр при помощи зеркала (ларингоскопа). Ларингоскопия выявляет анатомические изменения или воспалительные заболевания. Более детальную картину функции голосовых складок раскрывает ларингостробоскопия. При помощи специального прибора, электронного стробоскопа, можно наблюдать характер колебаний голосовых складок. Рентгенография и томография отражают точную картину гортани в какой-то момент ее работы, не раскрывая характера движений голосовых складок. Применяются преимущественно для диагностики опухолей. Электромиография дает сведения о функции наружных и внутренних мышц гортани. Для исследования игольчатый электрод вводится в толщу мышцы, что малоприменимо в повседневной практике. В последнее время находит все большее применение новый метод исследования голосового аппарата — глоттография. Глоттограф был сконструирован французским физиологом Ф. Фабром в 1957 г. Принцип работы прибора основан на изменении сопротивления токов ультравысокой частоты, подаваемых на гортань. Проходя через гортань, ток изменяет свою силу в соответствии с колебаниями голосовых складок. Смыкание понижает сопротивление, размыкание — усиливает. Изменения силы тока фиксируются на экране осциллографа в виде кривой (глоттограммы). Таким образом, на глот-тограмме наблюдаются фазы колебаний голосовых складок в форме их электрического аналога. Данный метод позволяет наблюдать колебания голосовых складок в процессе естественной фонации, не причиняя болезненных или неприятных ощущений испытуемому. Метод Ф. Фабра применяют физиологи, врачи, вокальные педагоги, лингвисты, логопеды. Глоттография объективно оценивает динамические изменения голосового аппарата в процессе коррекционно-восстановитель-ного обучения и по завершении его. Логопед, приступая к восстановительному обучению, должен иметь заключение оториноларинголога или фониатра, а также сведения о начале и течении голосового нарушения. Восстановление голосовой функции *у* детей осуществляется комплексно совместными усилиями медицины и специализированной области логопедии — фонопедии. Артикуляционные дыхательные и голосовые упражнения сочетают с психотерапией, лечебной физкультурой и медикаментозным лечением. Дети получают специальную логопедическую помощь в лоротделениях и логопедических кабинетах поликлиник. В условиях стационара логопед занимается с ребенком несколько раз в день по 8 — 10 мин. В домашних условиях родители выполняют задания логопеда ежедневно. Вопросы методики восстановления голоса разработаны Е. В. Лавровой, С. Л. Таптаповой, О. С. Орловой и др. Коррекционно-логопедическая работа строится дифференцированно в зависимости от патологических проявлений каждого типа голосового расстройства. Однако начальным звеном всегда является психотерапевтическая беседа, основная цель которой — убедить ребенка в возможности восстановления голоса, установить с ним контакт, включить его в активную работу, разъяснив цели и задачи коррекции. Далее проводится артикуляционная и дыхательная гимнастика, лечебная физкультура. В начальном цикле занятий используют несложные артикуляционные упражнения (гимнастика языка, губ, нижней челюсти, мягкого нёба, кашлевые движения, «мычание» и пр.). Собственно голосовые упражнения состоят из вызывания голоса, закрепления голоса и автоматизации процесса «голосоведения». Основное содержание следующего периода — автоматизация полученного голоса путем произнесения слогов, фраз и отработка высоты, силы, модуляции голоса. Большую роль при этом играют вокальные упражнения, которые начинают с гласного звука *у.* Заключительный этап — введение вызванного голоса в повседневное речевое общение. Процесс восстановления голоса длится 3 — 4 мес. и более эффективен в возрасте 3 — 4 лет. При функциональных нарушениях голоса у детей логопедическая работа определяется тем, что при данном дефекте нет видимых анатомических изменений в строении голосовых складок. Патологическая симптоматика (гиперемия, набухание слизистой оболочки гортани (чаще носит временный характер и исчезает после лечения и ор-тофонических (голосовых) упражнений. Основная задача логопедической работы при восстановлении функциональных нарушений голоса — преодоление стойкого фиксированного патологического рефлекса голосообразования. Поэтому проведение психотерапевтических бесед является необходимым залогом успеха в работе. Большое значение могут иметь демонстрация магнитофонных записей голосов детей до и после лечения, личные встречи и беседы с детьми, которые уже закончили курс логопедических занятий. Вслед за беседой ребенку назначают режим молчания на 10 — 14 дней, после чего начинаются коррекционно-логопедические занятия. Они включают артикуляционную

и дыхательную гимнастику и голосовые упражнения. Артикуляционная гимнастика снимает напряжение с артикуляционного аппарата ребенка и способствует более активному участию органов артикуляции в процессе голосообразования. Дыхательные упражнения развивают фонационное дыхание, особенно удлиненный, сильный выдох.

При стойком нарушении голоса требуется более длительная логопедическая работа (иногда в течение месяца). И в этом случае прогноз обычно благоприятный. Патологическая мутация также требует своевременного вмешательства логопеда. Наиболее часто встречается затянувшаяся мутация, когда голос надолго приобретает высокое фальцетное звучание. Здесь основная задача логопедической работы — скоординировать деятельность артикуляционного, дыхательного и голосового аппарата, фиксировать более низкое, ненапряженное положение гортани и поставить все звуки речи — как гласные, так и согласные — в этом новом положении. При восстановлении функциональных расстройств особую роль приобретают профилактика и гигиена голоса. Личная профилактика нарушений голоса складывается из создания определенных условий быта, семьи, отдыха, режима жизни ребенка. К числу профилактических мер при дисфонии относится запрещение петь, громко декламировать и всячески перенапрягать голос. При остром начале заболевания важно дать полный покой голосу на 10 — 14 дней. Особые условия необходимо соблюдать во время мутации. Период становления голоса требует внимательного, чуткого, тактичного отношения со стороны педагогов, родителей, так как пубертатный период протекает на фоне физических и психических изменений личности подростка. Мутация связана с быстрым ростом гортани. У мальчиков гортань увеличивается почти вдвое, у девочек — на одну треть. Соответственно изменяются и голосовые складки. При разговоре и особенно пении голос мальчика неожиданно то срывается на высокие ноты, то начинает басить. Период мутации обычно длится 1,5 — 2 г. В этот период нужно щадить голосообразующий аппарат, не кричать, не петь громко, особенно в сырых или непроветренных, накуренных помещениях. Если наблюдаются частые срывы голоса, неприятные ощущения при фонации, следует обратиться к врачу — фониатру. После периода мутации голос обретает свою индивидуальность и 25 — 30 лет остается неизменным. С возрастом в органах голосообразования начинаются атрофические изменения и он слабеет, изменяется его тембр. Лицам, профессия которых требует длительной голосовой нагрузки, рекомендуется специальная постановка речевого голоса, которая предохраняет от переутомления. Нарушения голоса у детей дошкольного возраста очень важно предупреждать соблюдением профилактических мероприятий, занятиями дыхательной гимнастикой. Родители и педагоги должны знать основные правила охраны детского голоса. При возникновении нарушения голоса, особенно если оно принимает хронический характер, следует направить ребенка на консультацию к отоларингологу, а в случае необходимости — на занятия к логопеду. Восстановление звучной речи у лиц без гортани возможно только при создании компенсаторного органа голосообразования. Этим органом может быть физиологическое сужение в пищеводе на уровне IV—VI шейных позвонков, называемое псевдоголосовой щелью. При фонации происходит смыкание стенок пищевода протяженностью до 3,5 см. Ниже псевдого­лосовой щели находится воздушный пузырь, который и явля-ется энергетической базой голосообразования. Образующийся таким способом голос принято называть пищеводным или псевдоголосом. Клинико-экспериментальные исследования и методика образования пищеводного голоса разработаны С. Л. Таптаповой.

**13. Современные представления о нарушениях темпа речи: определение, формы нарушений темпа речи, симптоматика, этиология и механизмы.**

К нарушения темпа речи относятся брадилалия и тахила-лия. При указанных расстройствах нарушается развитие как внешней, так и внутренней речи. Речь малопонятна для окружающих. Своевременное устранение этих нарушений в раннем возрасте исключает отрицательное их влияние на формирование речи и личности ребенка в дальнейшем, а также способствует профилактике заикания. Брадилалия — патологически замедленный темп речи. Термин произошел от греческих слов brabus — медленный, lalia — речь. С конца XIX в. ее определили как отдельное нарушение темпа речи. В этиологии исследователи выделяют наследственную природу (Ю. А. Флоренская, 1934; Д. Вейс, 1950; М. Зее-ман, 1962; М. Е. Хватцев, 1959), экзогенные факторы (интоксикация, астенизация и др.), психологические причины (воспитание, подражание и др. — А. Либманн, 1900; А. Гутц-ман, 1900; М. Надолечны, 1926; Э. Фрешельс, 1936). Брадилалия может быть самостоятельным нарушением темпа речи, а также наблюдаться в клинике некоторых форм психических заболеваний: при олигофрении, в неврологической клинике у больных с последствиями менингоэнцефалита, при дистрофических, органических заболеваниях центральной нервной системы, травмах, опухолях головного мозга и т. д. В этих случаях она сочетается с брадикинезией (замедленностью всех движений) астенизацией, общей заторможенностью, вялостью, слабостью и пр. При брадилалии голос монотонный, теряет модуляцию, сохраняет постоянно одну и ту же высоту, иногда появляется носовой оттенок. Музыкальный акцент меняется и при произношении отдельных слогов, высота голоса колеблется кверху или книзу. Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Термин произошел от греческих слов tachis — быстрый, lalia — речь. Синоним: Tachiphrasia (тахифразия). С конца XIX в. тахилалию включили в группу расстройств под названием дизфразии (А. Куссмауль, 1879). Отмечалось преимущественное нарушение дыхания в столь сильной степени («втягивание воздуха в себя»), что появлялось некоторое сходство с заиканием. Как самостоятельная форма нарушения речи с преимущественным расстройством ее темпа впервые выделена Ю. А. Флоренской в 1934 г. М. Е. Хватцев (1959) основной причиной тахилалии считал врожденную речедвигательную недостаточность речевого аппарата, а также неряшливую, неровную речь окружающих, отсутствие внимания и своевременного исправления быстрой речи ребенка. А. Либманн различал недостатки моторного и акустического восприятия, лежащие в основе тахилалии. Г. Гутцман утверждал, что это расстройство — следствие нарушения восприятия. По мнению Э. Фрешельса, ускоренная речь возникает вследствие того, что мысли мчатся чрезвычайно быстро и одно понятие вытесняется следующим раньше, чем первое может быть произнесено. М. Недолечны считал причиной ускоренной речи недостаточность артикуляции, поскольку больные испытывают трудности при произношении необычных и длинных слов. Речевая симптоматика тахилалии характеризуется следующими признаками: ненормально быстрый темп (вместо Ю—12 звуков в секунду произносится 20—30) речи без резких искажений фонетики и синтаксиса. Речь отличается неудержимой стремительностью. При торопливости могут появляться расстройства речевого внимания, запинки, повторения, проглатывания, перестановки слогов, слов, искажения предложений, неясность произношения фраз и т. д. У человека с тахилалией нарушается темп общих движений: движения быстрые и стремительные (быстрая ходьба, быстрый старт и остановка, гиперактивность, тики). Моторное беспокойство отмечается даже во время сна (дети мечутся в постели). Внимание неустойчивое, переключаемость с объекта на объект повышенная, недостаточный объем зрительной, слуховой и моторной памяти. Течение мысли быстрее, чем способность ее артикуляционного оформления.

КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗНОВИДНОСТЕЙ ТАХИЛАЛИИ

Баттаризм (парафразия) — неправильное формирование Фразы как следствие особого нарушения речевого внимания, тяжелых расстройств темпа речи. Часто сочетается с другими нарушениями речи. В качестве причин и механизмов возникновения можно рассматривать соматические, психогенные факторы и привычку. Неврологические исследования указывают на изменения в физиологии и анатомии мозга, которые или свидетельствуют о пренатальных нарушениях, или они унаследованы как конституциональная особенность.

Полтерн (спотыкание) — патологически ускоренная речь с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера (запинками, спотыканием, необоснованными паузами). Характеризуется нарушением общей и речевой моторики. Часто сочетается с другими нарушениями речи.

Анализ признаков полтерна и заикания показывает, что в первом случае люди обычно не осознают своего недостатка, в то время как заикающиеся от него страдают. При сосредоточенном внимании речь при полтерн и парафразии улучшается, а при заикании — ухудшается. В присутствии некоторых людей или в ответственной обстановке дети с парафразией и полтерн говорят лучше, заикающиеся — хуже. Во время непринужденного

разговора симптомы полтерн и парафразии усиливаются, симптомы заикания уменьшаются.

 В 30—50-х годах нашего столетия были проведены электроэнцефалографические исследования, подтверждающие различия между заиканием и спотыканием.

Обследование ведется комплексно: медицинское и психолого-педагогическое. Содержание обследования включает выяснение состояния нервно-психической сферы, интеллекта (по данным медицинской документации или обследования ребенка врачом-психоневрологом) и речи (на основе логопедического изучения). У детей с брадилалией и тахилалией по медицинской документации уточняются данные, касающиеся возможных психических заболеваний, неврологической симптоматики. Выясняются соматические и инфекционные заболевания в детском возрасте, травмы, опухоли головного мозга и др. Подробно изучается анамнез по следующим направлениям: данные о речевых нарушениях у родителей и родственников и о наличии у них нервно-психических или хронических заболеваний; протекание беременности и родов у матери; данные о развитии речи ребенка (особо отмечается, не было ли дефектов слоговой структуры слов, аграмматизмов, повторений звуков и слогов, каков темп речи; влияние нарушенного темпа речи на учение в школе, на общение со сверстниками); предполагаемые причины нарушенного темпа речи; особенности проявления брадилалии или тахилалии в разные возрастные периоды, условия жизни ребенка в семье (ре­жим, взаимоотношения членов семьи, их отношение к ребенку); наклонности, интересы ребенка, его взаимоотношения со сверстниками, с коллективом; круг ситуаций, в которых эти нарушения темпа речи выражены в тяжелой форме; выраженность психических симптомов (отношения у своему дефекту, защитные приемы, влияние на речевое общение в различных ситуациях: речь с родителями, на уроках, с незнакомыми и т. д.); влияние нарушенного темпа речи на успеваемость и пр.

На основе логопедического заключения проводится дифференциальная диагностика нарушений темпа речи от заикания, дизартрии, от нарушений речи у психических больных. Сложно отличить тахилалию от заикания: внешне речь при тахилалии напоминает заикание, но она отличается своим темпом, страх речи отсутствует; если человек с тахилалией обращает внимание на свою речь, то она улучшается, тогда как у заикающегося речь в таких случаях ухудшается. Тики, миоклонусы у детей с тахилалией не связаны с речью или намерением говорить и возникают независимо от того, говорит ли в данный момент ребенок или нет, тогда как сопутствующие движения при заикании возникают, как правило, во время речи.

**14. Система лечебно-педагогической комплексной работы при устранении нарушений темпа речи и профилактика нарушений темпа речи.**

Коррекционное воздействие необходимо направить на внешнюю и внутреннюю речь страдающего брадилалией и тахи-лалией. Например, при брадилалии необходимо в занятия включать задания на развитие невербального и вербального мышления, на быстрое речевое оформление мысли и др. Содержание и форма проведения занятия должны быть связаны с основной деятельностью ребенка (игровой, учебной), а его возраст должен определять подбор неречевого и речевого материала, методику работы, индивидуальный подход. Учет личностных особенностей страдающего нарушениями темпа речи позволяет вести систематическую, целенаправленную работу по коррекции его поведения, эмоционально-волевых проявлений с целью его социальной адаптации. Наряду с систематической коррекционной работой логопеда необходима и постоянная самостоятельная работа ребенка над речью и поведением.

Указанные положения реализуются в ходе индивидуальной и коллективной (групповой) логопедической работы. Групповая работа имеет ряд преимуществ: в коллективе легче создать проблемную, игровую, речевую ситуацию, организовать общение. Сначала инициатива принадлежит логопеду, а детям — исполнительная роль. Постепенно инициатива переходит к занимающимся: они самостоятельно осуществляют контроль над темпом и ритмом общих движений и речи. Методика преодоления нарушений темпа речи включает медицинское воздействие (медикаментозное, физиотерапевтическое, психотерапевтическое лечение), а также дидактические методы, логопедическую ритмику, физкультуру. Медицинское воздействие при брадилалии направлено на повышение активности нервной деятельности и нормализацию психических процессов. Лекарственное лечение и физиотерапия носят тонизирующий характер. Медикаментозная терапия при тахилалии включает общеукрепляющее, общеуспокаивающее лечение, дифференцированное воздействие в зависимости от выраженности раздражительности, беспокойства, двигательной расторможенности, гиперактивности и т. п. Применяются различные бальнеологические процедуры для регуляции общего тонуса, центральной и вегетативной нервной системы, улучшения самочувствия, укрепления физического здоровья. Психотерапия направлена на перевоспитание личности страдающего брадилалией или тахилалией, на изменение установки на собственную речь и микросоциальное окружение, на воспитание социальной функции речи.

При устранении брадилалии логопедические приемы направлены на воспитание более быстрых и четких речевых движений в процессе речи; убыстренных речевых реакций; темпа внутренней речи; темпов письма и чтения; выразительных форм сценического чтения и драматизированной речи и т. Д-5 правильной просодической стороны речи: темпа, ритма, мелодики, паузации, ударения. При выраженной брадикинезии необходимо в первую очередь нормализовать общую моторику: координацию, целенаправленность, ритм общих движений в более ускоренном темпе,  формировать ручной  праксис;  развивать  слуховое, зрительное внимание, более быстрый темп переключения внимания с объекта на объект, восприятие и воспроизведение ритмов и т. д. По мере нормализации моторики включать речевой материал. Все виды коррекционной работы основываются на различных речевых упражнениях. Основные упражнения: произношение речевого материала различной сложности (слогов, слов, коротких фраз, скороговорок и т. п.), чтение (сопряженное с логопедом, затем самостоятельное) под отбиваемый рукой такт, под метроном с постепенным ускорением темпа говорения и чтения; слушание и воспроизведение речевого материала, записанного на магнитофонную ленту в ускоренном темпе; запись слогов, слов и т. п. с предварительным четким проговариванием под такт, подаваемый логопедом, а затем самим ребенком; работа над воображением при действии внешних раздражителей различного ритма, темпа для убыстрения его во внутренней речи; заучивание и воспроизведение диалогов с акцентом на речевых особенностях разных персонажей самим пациентом в паре с логопедом, затем с товарищем по группе; выработка сценического поведения в соответствии с содержанием драматизации. Нормализации темпа речи при брадилалии способствуют также занятия по логопедической ритмике. Ходьба и маршировка в различных направлениях под бод-Рую музыку (марш, галоп), перемежающаяся поскоками, прыжками, приседаниями, остановками под меняющийся характер музыки. Указанные упражнения сочетаются со счетными Упражнениями, помогающими контролировать темп выполняемых движений и облегчающими детям удерживать нужный темп в речи. Упражнения, активизирующие внимание, воспитывают быструю и точную реакцию на зрительные, слуховые раздражители, развивают все виды памяти: зрительную, слуховую, моторную. Преодоление тахилалии предполагает воспитание: а) медленного, спокойного, плавного, строго ритмичного дыхания и голосообразования; б) медленного ритмического чтения; в) спокойной, ритмически упорядоченной речи; г) здоровой установки на коллектив в процессе речевого и общего поведения; д) общего и слухового внимания к речи. Логопедическую работу с подростками и взрослыми, страдающими тахилалией, рекомендуется проводить поэтапно. Первый этап — режим молчания. Логопед знакомится с особенностями речи каждого в условиях коллективного общения, проводит беседу о значении коллектива и логопедических занятий для нормализации темпа речи. Рекомендуется максимум молчания вне занятий и дома, ограничиваться лишь самыми необходимыми фразами. Режим молчания снимает тревожную возбудимость, успокаивает учеников, сосредоточивает их на задачах и правилах занятий. На занятиях с логопедом начинается усвоение медленного темпа на простейшем речевом материале (сопряженная, отраженная речь, ответы на вопросы). Второй этап — работа по усвоению медленного темпа начинается на материале громкого чтения. Сначала образец чтения дает логопед, затем дети читают сопряженно, отраженно, по очереди, с последующим анализом чтения каждого. Каждое занятие начинается с речевой зарядки (счет до 30 или 50), затем проводится индивидуальная и групповая (4—5 человек) самостоятельная речевая работа под руководством одного из занимающихся. Стержневым моментом во всех речевых упражнениях является слитная речь, отрабатываемая в замедленном темпе. Медленный темп приобретает основное значение как со стороны технической работы над речью, так и со стороны психотерапевтического воздействия на личность ученика. Дается установка на замедление не только внешней речи, но и всех других психомоторных процессов. Предлагается замедлить все движения, скорость течения ассоциативных рядов, реакции на внешнюю среду, все поведение в целом. В конце II этапа подводятся итоги работы дома и в группе, дети отчитываются о самочувствии. Третий этап — работа над редактированием высказываемых мыслей, над адекватностью фразы намеченному содержанию. Материал занятий: точные пересказы прочитанного по плану и без него, с произвольной установкой на ту или иную длину, детализацию пересказа; упражнения в произношении различных редакций одной и той же фразы. Четвертый этап — работа над коллективным рассказом/Внимательно слушая своего товарища, каждый включается в рассказ неожиданно, по сигналу логопеда или дежурного. На этом этапе вводится медленное чтение про себя, которое оказывает дисциплинирующее и замедляющее влияние на устную речь занимающихся. Больше времени отводится инди­видуальной работе над речью, которая продолжается и после окончания логопедического курса в течение не менее одного года по 2 раза в день (утром и вечером по 10—30 минут).

**15. Современные представления о заикании: определение, статистика, классификация, симптоматика, этиология и механизмы.**

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. В конце XIX в. наш отечественный психиатр И. А. Сикорский впервые установил, что заикание возникает в большинстве случаев в возрасте от 2 до 5 лет, и в связи с этим назвал его «детской болезнью».По данным ученых, как советских, так и зарубежных, заикаются примерно 2% детей от их общего числа. Причем заикание у мальчиков встречается в четыре раза чаще, чем у девочек.

ПРИЧИНЫ ЗАИКАНИЯ Еще Хр. Лагузен (1838) к причинам заикания относил аффекты, стыд, испуг, гнев, страх, сильные ушибы головы, тяжелые болезни, подражание неправильной речи отца и матери. И. А. Сикорский (1889) первым подчеркнул, что заикание свойственно детскому возрасту, когда развитие речи еще не окончено. Решающую роль он отводил наследственности, считая иные психологические и биологические причины (испуг, ушиб, инфекционные болезни, подражание) лишь толчками, нарушающими равновесие неустойчивых у детей речевых механизмов. Таким образом в этиологии заикания отмечается совокупность экзогенных и эндогенных факторов (В. А. Гиляровский, до. Б. Хватцев, Н. А. Власова, Н. И. Красногорский, Н. П. Тяпу-гян, М. Зееман и др.).В настоящее время можно выделить две группы причин: предрасполагающие («почву») и производяшие («толчки»).

**Формы заикания.** По типу судорог, периодически возникающих в различных отделах периферического речевого аппарата, различают три формы (или вида) заикания: клоническую, тоническую, смешанную. Наиболее ранняя и легкая форма заикания — клоническая, при которой повторяются звуки или слоги *(к-к-к-кошка, б-б-б-ба-бушка, со-ба-ба-бака).* Со временем она нередко переходит в более тяжелую форму — тоническую, при которой в речи появляются длительные остановки в начале или середине слова *(к...нижка, каранд...аш, зм...ея).* Встречается и смешанный вид заикания: клоно-тонический или тоно-клонический (по преобладающему характеру судорог). **Степени заикания.** Различают три степени заикания: слабую (умеренную), среднюю и сильную (тяжелую). Четких критериев определения степеней заикания нет. В практике обычно считают слабой степенью такую, при которой заикание проявляется едва заметно и не мешает речевому общению. Сильной считается такая степень, при которой в результате длительных судорог речевое общение становится невозможным. Кроме того, при сильной степени проявляются также сопутствующие движения и эмболофразия (см. ниже) Сопутствующие движения. Заикание не сразу сопровождается сопутствующими движениями. Они, как правило, появляются в процессе его развития, когда дефект прогрессирует и принимает все более тяжелые формы. Сопутствующие движения — это судорожные явления, которые возникают в различных группах мышц внеречевой мускулатуры: лица, шеи, туловища, конечностей. Движения самые разнообразные: зажмуривание глаз, моргание, раздувание крыльев носа (рефлекс Фрёшельса), опускание или откидывание головы, напряжение мышц шеи, сжимание пальцев, притопывание ногами, различные движения туловища. Различают *непроизвольные,* т. е. не зависящие от воли говорящего, сопутствующие движения и *произвольные.* По мере развития заикания появляются новые уловки — речевые. Заикающийся начинает для мнимого облегчения речи добавлять стереотипные слова или звуки, например: «а-а», «э-э», «ну», «вот это», «вот так», «это», «вот», «как это» и т. п. Такое явление называется эмболофразией. Медицинская классификация: Заикание часто является симптомом разных в этиопатогенетическом и клиническом отношении расстройств. Сочетаясь с другими нарушениями, заикание может входить в рамки 2-х наиболее частых синдромов поражения речи: 1) логоневроза и неврозоподобного речевого синдрома -логосиндром (термины М. И. Буянова-отечественный психиатр). Клиническая картинаскладывается при логоневрозе: - из логофобии, - невротического заикания, невротический мутизм и др. невротические симптомы (тики), которые могут по-разному сочетаться и выражаться, а некоторые могут отсутствовать. 2) логосиндром: - тахилалия, - дислалия, - неврозоподобное заикание и некоторые другие расстройства наследственного или остаточного происхождения. Иногда картина может усложняться за счет присоединения невротических наслоений. 2-я классификация: В. В. Ковалев, Н. М. Асатиани — выделили невротическое и неврозоподобное заикание. Невротическое заикание — возникает в условиях психической травматизации в возрасте 2,5-3 лет и в дальнейшем характеризуется волнообразностью течения. Раннее речевое развитие соответствует возрастным срокам. В отдельных случаях может опережать их. Речевые судорожные проявления бывают разными. Чаще отмечаются клонические артикуляционные судороги, усиливающиеся при эмоциональном напряжении, а также тоно-клонические судороги в начале речи. Личностная реакция на дефект проявляется в виде волнения перед речью, отказов от речевого общения. Помимо заикания обнаруживаются невротические проявления: - капризность, страхи, колеб. Настроения, впечатлительность, тревожность. Неврозоподобное заикание — возникает на фоне остаточных явлений целебрально-органической недостаточности на ранних этапах онтогенеза. Признаки целебрально-органической недостаточности обнаруживаются рано и проявляется в виде рассеянной неврологической симптоматики и в различной степени выраженности целебрастеническим синдромом. Целебрастенический синдром проявляется в виде утомляемости, истощаемости, повышенной раздражительности, двигательной расторможенности. В некоторых случаях диагностируется психопатоподобный синдром, который характеризается трудности поведения и явлениями двигательной расторможенности. Заикание возникает вне связи с психогенными моментами (фоном) на фоне наиболее интенсивного развития фразовой речи и утяжеляется постепенно. Речь ухудшается при утомлении и после соматогений. Заикание имеет тенденцию к стойкому монотонному или прогредиентному течению в отличие от невротического. Дети с неврозоподобным заиканием имеют наличие или выраженные формы дизартрии, дислалии, иногда на фоне ОНР. **В настоящее время условно выделяются две группы симптомов, находящихся в тесной взаимосвязи: биологические (физиологические) и социальные (психологические).**  К физиологическим симптомам относятся речевые судороги, нарушения ЦНС и физического здоровья, общей и речевой моторики. К психологическим — речевым запинки и другие нарушения экспрессивной речи, феномен фик-сированности на дефекте, логофобии, уловки и другие психологические особенности. Основным внешним симптомом заикания являются судороги в процессе речевого акта. Их длительность в средних случаях колеблется в пределах от 0,2 секунд до 12,6 секунд. В тяжелых случаях достигают 90 секунд. Судороги различаются по форме (тонические, клонические и смешанные), по локализации (дыхательные, голосовые, артикуляционные и смешанные) и по частоте. При тонических судорогах наблюдается короткое толчкообразное или длительное спазматическое сокращение мышц — тонус: «т-ополь»1. При клонических судорогах наблюдается ритмическое, с менее резко выраженным напряжением повторение одних и тех же судорожных движений мышц — клонус: «то-то-тополь». Такими судорогами обычно поражается весь дыхательно-голосо-артикуляцион-ный аппарат, так как его функция управляется целостно работающей центральной нервной системой и он, следовательно, в процессе речи работает как нерасчленимое целое. В зависимости от преобладания судорог в тех или иных органах речи различают дыхательные, голосовые и артикуляционные. Отмечаются три формы нарушения дыхания при заикании: экспираторная (судорожный выдох), инспираторная (судорожный вдох, иногда со всхлипыванием) и респираторная (судорожные вдох и выдох, нередко с разрывом слова).

В экспрессивной речи заикающихся детей отмечаются фоне-тико-фонематические и лексико-грамматические нарушения. Распространенность фонетико-фонематических нарушений заикающихся дошкольников составляет 66,7%, среди младших школьников — 43,1%, средних — 14,9% и старших — 13,1%. Среди заикающихся дошкольников, помимо нарушений звуко-произношения, в 34% случаев отмечаются отклонения в развитии речи, в сроках появления слов, формирования фразовой речи. Нарушаются словесное ударение, интонация, ритм. Речь прерывиста, с необоснованными паузами, повторениями, изменяются громкость и темп произношения, сила, высота и тембр голоса, связанные с речевым намерением, эмоциональным состоянием заикающегося.

**16. Современный комплексный подход к преодолению заикания. Особенности логопедической работы по устранению заикания у лиц различных возрастных категорий.**

Становлению современного комплексного подхода к преодолению заикания предшествовал поиск различных приемов и средств преодоления дефекта. При изучении существовавших ранее приемов, средств и методов преодоления заикания целесообразно рассматривать их в зависимости от характера рекомендуемых средств воздействия на заикающегося — медицинского или педагогического. В первом случае — это лечебные меры (терапевтические, хирургические, ортопедические, психотерапевтические), во втором — меры педагогические (дидактические) и в третьем — различные сочетания лечебного и педагогического воздействия на заикающихся. Опираясь на исследования отечественных физиологов — И. М. Сеченова, И. П. Павлова и их последователей, ученые и специалисты-практики преодолели тенденциозность разработанных ранее приемов устранения заикания, отобрали из них все лучшее, рациональное и определили современный комплексный подход к преодолению заикания. В. А. Гиляровский, Ю. А. Флоренская, Ф. A. Pay, Н. П. Тяпугин, М. Е. Хватцев, Н.А. Власова, М. И. Панкин, В. С. Кочергина, М. С. Лебединский, С. С. Ляпидевский, В. И. Селиверстов и другие своими исследованиями и практической деятельностью способствовали развитию комплексного медико-педагогического подхода к преодолению заикания. **Под современным комплексным подходом к преодолению заикания понимается лечебно-педагогическое воздействие на разные стороны психофизиологического состояния заикающегося разными средствами и усилиями разных специалистов.** В комплекс лечебно-педагогических мероприятий входят лечебные препараты и процедуры, лечебная физкультура, психотерапия, логопедические занятия, логопедическая ритмика, воспитательные мероприятия. Цель их — устранение или ослабление речевых судорог и сопутствующих расстройств голоса, дыхания, моторики и речи; оздоровление и укрепление нервной системы и всего организма в целом; избавление ребенка от неправильного отношения к своему речевому дефекту, от психологических наслоений, перевоспитание его личности и поведения, социальная реадаптация и адаптация заикающегося. Весь лечебно-педагогический комплекс по характеру воздействия на заикающихся можно условно разделить на две составные части: лечебно-оздоровительную и коррекционно-цедагогическую. Основными задачами лечебно-оздоровительной работы, которую проводит врач, являются: укрепление и оздоровление нервной системы и физического здоровья заи­кающегося; устранение и лечение отклонений и патологических проявлений в их психофизическом состоянии (ослабление или снятие речевых судорог, расстройств вегетативно нервной системы, нарушений моторики и др.). Основной задачей коррекционно-педагогической работы, которую преимущественно проводит логопед, является: устранение речевых дефектов (перевоспитание неправильной речи) и психологических особенностей заикающихся. Логопед организует содружественную медико-педагогическую работу необходимых специалистов (врачей, воспитателей, ритмиста, инструктора по ЛФК, музыкального работника и др.), использующих свои методы и средства при воздействии на заикающихся. К лечебно-оздоровительной работе относятся: создание благоприятной обстановки для лечения, организация режима дня и рационального питания, закаливающие процедуры, лечебная физкультура, медикаментозное лечение, физио- и психотерапия. Психотерапия в комплексе лечения заикания занимает существенное место. Основная задача психотерапии — оздоровление психики заикающегося — осуществляется через: 1) воспитание полноценной личности, 2) воспитание здоровой установки на свой недостаток и социальную среду, 3) воздействие на микросоциальную среду. Оздоравливающее воздействие на заикающегося оказывает косвенная и прямая психотерапия. Под косвенной психотерапией понимается обстановка, окружающая природа, коллектив, отношение обслуживающего персонала, режим, игры и многое другое. Прямая психотерапия — лечебное воздействие словом в виде разъяснения, убеждения, внушения и обучения. В современной психотерапии различают два основных вида воздействия словом: 1) рациональную (по Дюбуа), или разъяснительную (по В. М. Бехтереву), психотерапию; 2) суггестивную терапию, в которой выделяются внушение в бодрствующем состоянии, во сне (гипноз) и самовнушение (аутогенная тренировка). Педагогическую часть комплексного подхода составляют коррекционно-педагогическая (логопедическая) работа, которая включает систему логопедических занятий,

Курс логопедических занятий представляет завершенную, целостную по времени, задачам и содержанию систему работы с заикающимися и разделяется на периоды (подготовительный, тренировочный, закрепительный). В каждом периоде можно выделить ряд этапов (например, молчания, сопряженной, отраженной речи, речеручного режима и т. д.). Каждый этап логопедической работы состоит из связанных между собой занятий. МЕТОДИКИ ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ ПО УСТРАНЕНИЮ ЗАИКАНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Работа со школьниками имеет свои особенности. 1. Меняется тип ведущей деятельности главной является Учебная деятельность, хотя элементы игровой деятельности сосуществуют с учебой. 2. Игровая форма занятий заменяется уроком. 3.   Если у дошкольников вся работа ведется через семью воспитателей, то в школьном возрасте логопедическое воздействие осуществляет логопед в содружестве с учителем. 4.   В дошкольном возрасте все элементы речи воспитываются на основе подражания логопеду в процессе игровой деятельности, в школьном возрасте большее значение приобретает установка на сознательное преодоление дефекта,  на самостоятельные упражнения над речью.

ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ЗАИКАЮЩИМИСЯ ПОДРОСТКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ В подавляющем большинстве у подростков и взрослых заикание является следствием длительно протекающего процесса, возникшего в детстве. В данные возрастные периоды речевой дефект наиболее ярко выражен, стоек в своих проявлениях, Методика устранения заикания у подростков в условиях медицинского стационара, разработанная сотрудниками ГНИИ уха, горла и носа под руководством проф. С. С. Ляпидевского, содержит 6 основных этапов логопедической работы: 1) подготовительный (2—3 дня); 2) установочный (вступительная конференция, специальный инструктаж в плане Психотерапии); 3) максимальное ограничение речи (10—14 Дней); 4) активная перестройка речевых навыков (3—4 недели); 5) закрепление правильных речевых навыков (3—4 не-Дель); 6) заключительный этап (выпускная конференция, специальный инструктаж).

В. М. Шкловский подчеркивает необходимость диспансеризации и профилактики как важных разделов работы, без которых не может быть решена проблема лечения заикания. Для заикающихся с глубокими невротическими нарушениями и резко выраженной вегетативной дистонией автор советует проводить санаторно-курортное лечение с использованием климато-бальнеологического воздействия, ЛФК и физиотерапевтических мероприятий. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕОДОЛЕНИЯ ЗАИКАНИЯ Эффективность комплексной лечебно-педагогической работы зависит от многих условий, которые следует учитывать при реализации коррекционного курса. 1.       Учет этиологии заикания. Например, Н. А. Власова считает, что заикание, возникшее в результате инфекции, психической травмы или вследствие подражания, устраняется более ус­пешно. Объясняется это тем, что инфекции в большинстве случаев вызывают лишь функционально-динамические сдвиги, не дают органических изменений центральной нервной си­стемы. При заикании, возникшем вследствие психотравмы, имеются лишь единичные факты испуга заикающегося ребенка (гудок паровоза, окрик, лай собаки и т. п.). Менее эффективно и успешно устранение заикания в тех случаях, когда оно возникло вследствие запоздалого развития речи, неправильных методов воспитания в семье, вследствие подражания родителям. 2.       Учет возрастного фактора. У детей дошкольного возраста устранение заикания наиболее эффективно. По данным Н. А. Власовой, 70% детей дошкольного возраста полностьюизбавляются от заикания, 30%  — имеют остаточные явления. По данным Е. Ф. Pay, в 60% случаев достигается полный успех, в 19% — значительное улучшение, в 13% — отсутствие успешности, в 8% — рецидивы.По данным Г. А. Волковой, у заикающихся детей 4—7 лет непосредственно по окончании занятий речь без заикания отмечается в 70,2% случаев, значительное улучшение - - в 26,3% , заметное улучшение — в 3,5% случаев.Лучшие результаты зафиксированы у детей дошкольного и младшего школьного возраста и менее хорошие — у подростков 16—17 лет. По данным М. Е. Хватцева, 15% школьников полностью освобождаются от заикания, 82% школьников в разной степени улучшают свою речь, 3% не дают положительного результата.

**17. Основные средства, приемы и методы формирования темпо-ритмической организации речи при заикании.**