

Какие диагнозы могут быть поставлены ребёнку с речевой патологией

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – это нарушение процессов формирования произносительной стороны родного языка у детей с различными речевыми расстройствами, связанными с дефектами восприятия и произношения звуков. К этой категории относят детей с нормальным слухом и сохранным интеллектом.

Специалисты выделяют несколько групп детей с данным диагнозом.

1. Дети, у которых возникают затруднения только в различении нарушенных в произношении звуков. Например, ребёнок не умеет произносить звук РЬ и поэтому произносит слова МАРИНА и МАЛИНА одинаково – МАЛИНА. Если предложить ребёнку поднять красный шар, когда слышит слово МАРИНА и синий шар, когда он услышит слово МАЛИНА, он растеряется и задание не выполнит, потому что эти слова звучат для него одинаково.
2. Дети, у которых нарушено различение большого количества звуков из разных групп. Например, ребёнок будет допускать множественные ошибки при различении звуков С и Ш, З и Ж, Р и Л в паре слов, если вы предложите ему поднимать флажок желтого цвета на один из пары звуков и зелёного на другой из пары звуков: КАШКА-КАСКА, МИШКА-МИСКА, ШАЛАШ, САЛАТ, НЕСУ-ПИШУ.
3. Дети с глубоким фонематическим недоразвитием, которые вообще не различают отношения между звуковыми элементами, не способны выделить звук из состава слова и определить их последовательность. Например, такой ребёнок не определит на слух, сколько звуков в слове ДОМ, СТОЛ, МАРКА. Для него крайне сложным будет задание выделить из ряда слов те слова, в которых есть звук Р: ЗАБОР, СТОЛ, ДИВАН, КРОВАТЬ, СТУЛ, РАСКЛАДУШКА. Он не сможет по порядку назвать звуки в слове КОТ.

Речь ребёнка с ФФНР характеризуется множественными заменами, пропусками, искажениями звуков. Иногда ребёнок может произносить неправильно 15-20 звуков.

Нарушение воспроизведения звуков у ребёнка с такой патологией связано с недостаточным различением как тех звуков, произношение которых нарушено, так и тех, которые произносятся правильно, но относятся к разным фонетическим группам. Наряду с этим у ребёнка отмечаются ошибки в слоговой структуре и звуконаполняемости слов: ПУВИЦА – ПУГОВИЦА, КОДА – СКОВОРОДА, НИКА – КНИГА, МОТ – МОСТ.

В ходе коррекционных занятий логопед учит таких детей узнавать и различать звуки родного языка, формирует их правильное произношение, закрепляет правильное произношение и различение звуков в речи, формирует умение

произносить звукослоговой анализ слова, что помогает в дальнейшем избежать стойких ошибок при овладении письменной речью. Родителям необходимо закреплять навыки, сформированные логопедом у их ребёнка, в домашних занятиях.

Задержка развития речи (ЗРР) характеризуется более медленным по сравнению с нормой темпами усвоения родного языка. Причем отставание равномерно в формировании всех компонентов речи: ребёнок не только неправильно произносит большинство согласных звуков, но и не усваивает грамматические категории, не овладевает связной речью. Некоторые ученые считают задержку речевого развития проблемой более психологической, чем логопедической, так как именно психология рассматривает вопросы задержки развития психических функций.

Причины задержки речевого развития разнообразны: проблемы в развитии слухового, зрительного и тактильного восприятия, интеллектуальная недостаточность, наследственный тип поздней речи. Среди причин задержки речевого развития следует также отметить соматическую ослабленность, болезненность ребёнка, из-за которой задерживается формирование всех психических функций, и социальные причины, а именно отсутствие адекватных условий для развития речи малыша. В условиях гиперопеки речевая функция часто остается невостребованной, так как окружающие понимают ребёнка без слов и предупреждают все его желания. Зачем кроха будет говорить, если вы опережаете все его желания?

Возможна первичная задержка развития речи в тех случаях, когда родители постоянно сопровождают свои обращения к ребёнку жестами и действиями и ребёнок привыкает реагировать не на слово, а на жест. Не общайтесь с крохой как с глухим, не жестикулируйте слишком активно.

Крайне вредно пребывание ребёнка в избыточно информированной речевой среде, когда малыш слышит речь взрослых, общающихся между собой, радио, телевидение и привыкает не вслушиваться в речь и не придавать значение слову. В этом случае ребёнок может произносить длинные бессмысленные псевдофразы, имитируя речь, а развитие истинной речи будет задерживаться. Пусть лучше в детской комнате в качестве фона негромко звучит спокойная музыка.

Как правило, в неблагополучных семьях, где у взрослых нет ни времени, ни желания общаться с детьми, их речевое развитие так же задерживается.

В настоящее время детей с задержкой речевого развития не оставляют без логопедической помощи. Если вашему ребёнку поставлен этот диагноз, и он направлен в логопедическую группу, помните, что домашние занятия с малышом остаются немаловажными. Необходимо стимулировать любые проявления

активности крохи, радоваться каждому произнесённому им звуку. Используйте различные дидактические игры (составление целого из частей – разрезные картинки, кубики с картинками, пазлы, игрушки-собирайки, игрушки-вкладыши), продуктивную деятельность (совместное рисование, лепку, изготовление аппликаций и т.д.), общение в быту. Следуйте советам, которые дадут вам специалисты после проведенных исследований, не отказывайтесь от медикаментозного лечения.

Общее недоразвитие речи (ОНР) считается тяжелым нарушением речи и рассматривается как системное нарушение речевой деятельности, сложные речевые расстройства, при которых у ребёнка нарушено формирование всех компонентов речевой системы, касающихся и звуковой, и смысловой сторон, при нормальном слухе и сохранном интеллекте. Общее недоразвитие речи может выступать как самостоятельная патология и как следствие других, более сложных дефектов, таких как алалия, дизартрия, ринолалия и т.д. Речевая недостаточность при ОНР неоднородна: от полного отсутствия речи, до развернутой фразовой речи с элементами недоразвития отдельных языковых компонентов. Специалисты выделяют 4 уровня речевого развития при ОНР.

При I уровне речевого развития речевые средства у ребёнка крайне ограничены, активный словарь практически несформирован и состоит из звукокомплексов (исъ – киска, ока-собака, нии-штаны). В активной речи могут быть фразы из двух лепетных слов, не оформленные грамматически (исъ иди – киска сидит). Характерна многозначность употребляемых слов (исъ – киска, мышка, мишка). При этом возможна замена названий предметов названиями действий и наоборот. Например, слово ПИ (часть глагола- пить) может обозначать ЧАШКУ, СОК, ВОДУ, МОЛОКО. И наоборот, слово – ДЕЙ (дверь) может обозначать глаголы ОТКРЫТЬ, ЗАКРЫТЬ. Ребёнок с первым уровнем речевого развития общается, широко используя жесты и мимику. Пассивный словарь шире активного, но также крайне ограничен, то есть ребёнок больше понимает, чем говорит, но утверждение родителей о том, что ребёнок не говорит, но понимает абсолютно всё, несостоятельно. И это можно легко доказать при обследовании такого ребёнка. Для детей представляет трудность выполнение заданий, связанных с пониманием категории числа существительных и глаголов, времени рода, падежа. Например, на просьбу логопеда дать ему несколько палочек, а одну палочку положить на стол ребёнок дает несколько палочек педагогу, а остальные кладёт на стол. Рассматривая картинки, предложенные логопедом, и получив его задание показать, про кого можно сказать «летит», а про кого «летят», ребёнок теряется и показывает обе картинки. В то же время задания связанные с знакомыми ситуациями, ребёнок может выполнить без ошибок. Произношение звуков у ребёнка с первым уровнем речевого развития при ОНР крайне

несовершенно. Как правило нарушено произношение всех сложных согласных звуков: С, З, Ц, Ш, Ж, Щ, Ч, Р, Л, РЬ, ЛЬ, причем в разных ситуациях каждый из этих звуков произносится по-разному. Возможно смягчение почти всех согласных звуков. Иногда в речи ребёнка с этим диагнозом практически отсутствуют звонкие согласные звуки: Б, В, ГД, Ж, З.

При переходе ко II уровню речевого развития речевая активность ребёнка возрастает. Ребёнок уже использует не только глаголы и существительные, но и другие части речи (прилагательные ХОРОШИЙ, ПЛОХОЙ, БОЛЬШОЙ, МАЛЕНЬКИЙ, КРАСНЫЙ, наречия ХОРОШО, ПЛОХО, ВКУСНО, ДАЛЕКО, БЛИЗКО, союзы И, А, НО), но глаголы и существительные по-прежнему составляют основную часть лексики, и словарный запас по-прежнему, значительно ниже нормы. Если в речи ребёнка с первым уровнем речевого развития преобладают двусложные слова, то ребёнок со вторым уровнем может использовать 3- и даже 4-сложные слова (АСИНА-МАШИНА, ИБУЯСЬКА-ЧЕБУРАШКА), при этом нарушая их звуконаполняемость и слоговую структуру. В речи простые предложения их 2-3-4 слов (АЗЯ ТАИТ А ТОЕ- ВАЗА СТОИТ НА СТОЛЕ). Отмечаются грубые ошибки в использовании грамматических конструкций: пропуск предлогов (ЯБОКИ ТОЕ – ЯБЛОКИ НА СТОЛЕ), отсутствие согласования прилагательных с существительными (КАСИ СЯПКА – КРАСНАЯ ШАПКА), смешение падежных форм (ЕМ ОСЬКА – ЕМ ЛОЖКОЙ). Понимание обращенной речи значительно развивается, хотя по-прежнему нельзя сказать, что ребёнок понимает все, о чем ему говорят. Фонетическая (звуковая) сторона речи то же по-прежнему характеризуется многочисленными искажениями.

III уровень речевого развития при общем недоразвитии речи характеризуется наличием развернутой фразовой речи с некоторыми элементами недоразвития языковых компонентов. Дети используют распространенные предложения, а не только короткие фразы, состоящие из 2-3 слов. Лексика таких детей включает практически все части речи: существительные, глаголы, прилагательные, наречия, предлоги, союзы. Наблюдается неточное употребление многих слов (КУСЬКА-ЧАШКА, СТАКАН, ТАНЫ-БРЮКИ, ШОРТЫ). Появляются первые навыки словообразования (СТОИК-СТОЛИК, ПИШЕЙ-ПРИШЁЛ), но дети не могут образовывать прилагательные от существительных (СОК ИЗ ЯБЛОК-ЯБЛОКИНЫЙ, КРЫША ИЗ СОЛОМЫ – СОЛОМОВАЯ), образовывать глаголы с тонкими оттенками действий приставочным способом (КРАСИЛ-ПОКРАСИЛ, ВЫКРАСИЛ, ДОКРАСИЛ, РАСКРАСИЛ). Недостатки произношения выражаются в смешении, замене и искажении звуков, причем замены могут быть не стойкими, то есть в некоторых словах ребёнок будет произносить звук правильно, а в некоторых будет искажать. Ребёнок может повторять в отражённой речи достаточно длинные слова (ВОДОПРОВОДЧИК,

ВЕЛОСЕПИДИСТ, МИЛЛИЦИОНЕР), но искажает их в речи (МИСАМЕЛ ЕДЕТ А МОЦИКЛЕ. ВОПОВОТИК ТИНИТ ВОПОВОТ). Понимание речи у детей этим диагнозом приближается к норме, то есть ребёнок понимает практически все, о чем ему говорят.

У детей IV уровнем речевого развития нет грубых нарушений звукопроизношения, а имеет место лишь недостаточно четкое различие звуков. Например, ребёнок произносит ТИПЛЕНОК, вместо ЦИПЛЁНОК, ШАВЕЛЬ вместо щавель и т.п. У ребёнка недостаточно внятная дикция, вялая артикуляция, «каша во рту», как говорят неврологи. В речи встречаются ошибки, проявляющиеся в замене слов, близких по значению (МАЛЬЧИК ЧИСТИТ МЕТЛОЙ ДВОР, вместо МАЛЬЧИК ПОДМЕТАЕТ МЕТЛОЙ ДВОР), в смешении признаков (БОЛЬШОЙ ДОМ, вместо ВЫСОКИЙ ДОМ).

Значительные трудности у детей вызывает образование слов с помощью суффиксов (ДОМУЩА вместо ДОМИЩЕ, ГНЁЗДКО вместо ГНЁЗДЫШКО). У детей отмечаются стойкие трудности в образовании сложных слов (ПЧЕЛЬНИК вместо пчеловод).

В грамматическом оформлении речи детей данной категории тоже отмечаются ошибки: «ДЕТИ УВИДЕЛИ МЕДВЕДЕВ, ВОРОНОВ. Я РАСКРАШИВАЮ ШАРИК КРАСНЫМ ФЛОМАСТЕРОМ И КРАСНЫМ РУЧКОЙ».

И все-таки речевые ошибки у детей, которых можно отнести к четвёртому уровню речевого развития при ОНР встречаются в незначительных количествах и носят непостоянный характер. Причём, если предложить детям сравнить правильный и неправильный ответы, то будет сделан правильный вывод.

Как правило, дети с ОНР направляют в логопедические группы на 1-3 года. В группе с ребёнком проводит коррекционно-развивающие занятия логопед, психолог. При необходимости назначается лечение у невропатолога. Но в любом случае родители должны понимать, что переложить свои проблемы, проблемы своего ребёнка на плечи специалистов они не могут. Домашние занятия с ребёнком с использованием рекомендаций специалистов крайне необходимы.

Дизартрия возникает в результате органического поражения центральной нервной системы, головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка и проявляется в нарушении произносительной стороны речи. Основными клиническими признаками дизартрии являются нарушение мышечного тонуса в речевой мускулатуре, ограниченная возможность произвольных артикуляционных движений (движений органов речи), нарушение голосообразования и дыхания. Речевое развитие детей с дизартрией протекает своеобразно. Дети-дизартрики поздно начинают говорить, поэтому они имеют ограниченный речевой опыт. Грубые нарушения звукопроизношения приводят к недостаточному накоплению активного

словаря и отклонениям в формировании и развитии грамматического строя речи. Активный и пассивный словарный запас этих детей значительно различается по объему. Пассивный словарь шире активного, но из-за трудностей произношения дети не могут использовать многие известные им слова в активной речи. Про детей-дизартриков действительно можно сказать, что они все понимают, но многое сказать не могут. В грамматическом строе речи дизартриков можно выделить такие специфические ошибки, как пропуск предлогов (МЯТЬ БОЛОМ-МЯЧ ПОД СТОЛОМ), недоговаривание окончаний (ЗЁНИ СЯЙ-ЗЕЛЁНЫЙ ШАР), что тоже связано с трудностями произношения многих звуков.

В дошкольные учреждения с логопедическими группами чаще всего поступают дети со стертой дизартрией.

Следует учитывать, что в физическом статусе этих детей отмечаются общая физическая слабость, маленький рост, узкая грудная клетка, двигательная недостаточность, проявляющаяся в нарушениях равновесия и координации движений. В вегетативной нервной системе изменения проявляются в потливости верхних и нижних конечностей, в цианичности (посинении) языка, повышенной саливации (слюноотделении), которые ярко проявляются при речевой нагрузке, то есть, чем больше ребёнок говорит, тем ярче проявляются эти изменения.

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

При дизартрии необходимым является сочетание лечения и коррекционного воздействия. Лечение назначается невропатологом после проведения необходимых исследований, оно может быть, как медикаментозным, так и немедикаментозным. Немедикаментозное лечение предполагает проведение общего, сегментарного, точечного и артикуляционного массажа, артикуляционной гимнастики, лечебной физкультуры, физиотерапевтических процедур, логопедической ритмики. Коррекционная работа должна проводиться систематически, при тесном взаимодействии логопеда, психолога, родителей ребёнка, специалистов-медиков, участвующих в лечении ребёнка.

Алалия – это системное недоразвитие речи, в основе которого лежат трудности в усвоении языка. Это органическое нарушение центрального характера, при котором происходит запаздывание созревания нервных клеток в определённых областях коры головного мозга. Алалию вызывают органические поражения речевых зон коры

головного мозга во внутриутробном развитии плода или в раннем периоде развития ребёнка. Последние исследования доказывают, что при алалии имеют место множественные повреждения коры головного мозга обоих полушарий. Некоторые ученые отмечают ведущую роль в возникновении алалии родовых черепно-мозговых травм и асфиксии (кислородного голодания) новорожденных. Причем в большинстве случаев родовые травмы и асфиксия являются следствием внутриутробной патологии, вызывающей хроническое кислородное голодание (внутриутробную гипоксию). К возникновению алалии могут привести также внутриутробные энцефалиты, менингиты, интоксикации плода, внутриутробные или ранние прижизненные травмы мозга, болезни раннего детства с осложнениями на мозг. Некоторые западные исследователи подчеркивают роль наследственности, семейной предрасположенности к алалии.

Нельзя считать алалию просто временной задержкой речевого развития. При этом нарушении весь процесс становления речи протекает в условиях патологического состояния центральной нервной системы. Речь ребёнка, возникающая с опозданием, формируется в последующем на патологической основе. В современной логопедии принято говорить о *моторной и сенсорной алалии*.

При *моторной алалии* отмечаются позднее речевое развитие, медленное накопление словаря, нарушение слоговой структуры слова, позднее формирование фразовой речи, недостаточное или позднее отсутствие коммуникативной функции речи (желание общаться с помощью речи). Если говорить о неречевой симптоматике моторной алалии, то следует отметить недоразвитие многих высших психических функций (памяти, внимания, мышления). Исследователи отмечают сужение объёма памяти и быстрое угасание возникших следов. Особенно у ребёнка с алалией страдает память на слова, фразы, тексты. Можно отметить характерные для детей с моторной алалией ограниченность и неустойчивость внимания и восприятия. Дети как бы скользят взглядом по предметам, объектам, картинкам, не улавливая существенных деталей. Многие исследователи сходятся на том, что интеллект у них вторично изменён в связи с состоянием речи, и можно говорить о вторичной задержке умственного развития. Следует отметить примитивизм, конкретность мышления детей с моторной алалией. Интеллектуальная недостаточность усугубляется повышенной утомляемостью, снижением вниманием, памяти, работоспособности. У большинства детей отмечаются физическая недостаточность и соматическая (физическая) ослабленность. Обязательно следует отметить общую моторную неловкость детей с моторной алалией, неуклюжесть, раскоординированность, заторможенность или расторможенность движений. Особенно страдает мелкая моторика пальцев. Малыш с трудом овладевает навыками самообслуживания, долго держит ложку и карандаш в кулачке, не может застегивать и расстёгивать пуговицы, завязывать шнурки.

При **сенсорной алалии** первично нарушение понимания речи, что приводит к затруднениям в формировании экспрессивной (активной) речи. У детей с сенсорной алалией не формируется связи между словом и обозначаемым им предметом. Усвоение экспрессивной речи во многом зависит от имитационных способностей ребёнка с сенсорной алалией. Некоторые дети с сенсорной алалией совсем не понимают речи окружающих, относятся к ней как к шуму, не реагируют даже на собственное имя, не различают звуки речи и неречевые шумы. Другие понимают отдельные обиходные слова, но теряют их на фоне развернутого высказывания. У отдельных детей, наоборот, понимание изолированных слов затруднено более, чем понимание фраз. В ряде случаев дети понимают обращённую к ним фразу только после неоднократного повторения, так как одноразовый раздражитель оказывается недостаточным для восприятия. Некоторые исследователи отмечают, что при сенсорной алалии всегда наблюдается незначительное снижение тонального (физического) слуха, но оно не является ведущим в картине речевого недоразвития. Неполноценность восприятия объясняется не снижением слуха, а специфическим состоянием коры головного мозга. Дети с сенсорной алалией широко используют жесты и мимику, игру сопровождают модулированным лепетом, четко реагируют на изменение интонации обращающегося к ним человека, не понимая при этом смысла фраз. При правильно организованном обучении дети с сенсорной алалией начинают понимать ситуативную речь. При наличии собственной речи они говорят легко, плавно, не задумываясь над подбором слов, не замечая ошибок в собственной речи. У безречевых детей с сенсорной алалией отмечается часто двигательное беспокойство, дети хаотичны в деятельности. Можно говорить о нарушениях личности, разнообразных трудностях поведения, импульсивности, вторичной задержке умственного развития. В чистом виде сенсорная алалия встречается крайне редко. Чаще недостаточность речи при моторной алалии приводит к снижению понимания вторичного характера, поэтому можно говорить о **смешанной форме алалии** – моторная алалия с сенсорным компонентом, или сенсомоторная алалия.

Дети с алалией нуждаются в лечении у психоневролога, занятии с логопедом и психологом. Как правило, дети с этим диагнозом направляются в логопедические группы на 3-4 года, потому, что только за этот срок им может оказана коррекционная помощь в полном объеме. Этим детям необходимы и ежедневные занятия с родителями в соответствии с рекомендациями специалистов.

Ранний детский аутизм – это комплексное нарушение функционирования различных структур мозга, которое может развиваться под воздействием разных факторов: инфекции, перенесённые матерью во время беременности; приём матерью токсичных для плода лекарств, воздействие на нее токсичных веществ; алкоголизм и наркомания матери и т.п. Некоторые ученые считают, что основным фактором в

развитии аутизма являются асфиксия и гипоксия (кислородное голодание) во время беременности и в родах. Ранний детский аутизм характеризуется отказом ребёнка от контактов с людьми, желанием оставаться в одиночестве и не использовать для общения речь. Ребёнок – аутист не хочет участвовать в диалоге, разговаривая с ним, даже близкие люди не могут обеспечить контакт «глаза в глаза». Ребёнок не тянет руки к матери, не отвечает на ее улыбку. Симптомы раннего детского аутизма появляются в период до 3 лет. Признаками аутизма могут быть страхи, нарушение сна и привычек приема пищи, приступы ярости, агрессия, приверженность привычному распорядку жизни и страх перед переменами, специфические расстройства речи. Дети-аутисты мало кричат, они малоподвижны, с удовольствием остаются одни. Игнорируя контакты с людьми, такие дети часто активно «общаются» с неодушевлёнными предметами. Ранними симптомами аутизма следует считать расстройство пищевого и игрового поведения. Дети отвергают густую пищу при отсутствии физиологических причин для этого или принимают только пищу определённого цвета. Игрушки не вызывают у них интереса – или, напротив, они вцепляются в них и не отпускают с необыкновенным упрямством. Когда аутисты становятся старше, отчетливо проявляется их нежелание участвовать в коллективных играх. В 30% случаев дети нормально развиваются до второго года жизни, затем наступает регресс (обратное развитие) приобретенных навыков и постепенное формирование аутизма. Родители часто вспоминают, что эти изменения произошли после эмоциональной или физической травмы, после прививки. У ребёнка развиваются повторяющиеся стереотипные движения, напоминающие похлопывание руками, кивание головой и т.д. Также типичны ходьба на носочках, хождение по кругу, раскачивание, которые усиливаются при беспокойстве или в новой ситуации.

Речевые нарушения у аутистов разнообразны: от полного отсутствия речи (у трети детей-аутистов речь не развивается вообще) до отказа использовать речь для общения. Ребёнок-аутист не всегда откликается на своё имя.

Дети с аутизмом обладают повышенной чувствительностью к раздражителям, особенно к звукам.

У многих детей в течении ряда лет появляются признаки органического поражения мозга, в том числе нарушения слуха и ухудшение зрения.

К сожалению, методики работы с детьми, страдающими аутизмом, ещё не наработаны. Во многих регионах нашей страны такие дети остаются практически без помощи специалистов. В Институте мозга Российской академии наук (Санкт-Петербург) в последние годы приступили к лечению таких детей с использованием метода трансаксиальной микрополяризации. Как утверждают специалисты, результаты, полученные ими в ходе лечения детей-аутистов, обнадеживают.

Ринолалия (гнусавость) – это нарушение тембра голоса и произношение всех звуков речи, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (расщелинами нёба, рубцовыми изменениями, парезами (частичными параличами) и параличами мягкого нёба).

Специалисты выделяют две формы ринолалии – *открытую и закрытую*.

При *открытой* форме ринолалии все ротовые звуки приобретают носовой оттенок. Особенно изменяется тембр гласных звуков И, У. При произнесении шипящих звуков Ш и Ж прибавляется хриплый звук, возникающий в носовой полости. Звуки П, Б, Д, Т, К, Г звучат неясно. Речь ребёнка с открытой формой ринолалии неразборчива, монотонна.

При *закрытой* форме ринолалии понижен физиологический носовой резонанс, страдает прежде всего произношение звуков М, МЬ, Н, НЬ.

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

Ребёнку с ринолалией необходимо длительное согласованное лечение у хирурга и ортодонта, систематические и длительные коррекционные занятия с логопедом. Иногда ему нужна помощь и у других специалистов: стоматолога, оториноларинголога, невропатолога. При необходимости операции на нёбе (хейлопластика) осуществляется до 6 лет, работа по устранению остаточных дефектов – до 16 лет.

Заикание – нарушение темпоритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Судороги являются основным внешним симптомом заикания. Механизмы возникновения заикания неоднородны. В одних случаях оно появляется в результате сшибки нервных процессов коры головного мозга, расстройства темпа речевых движений (голоса, дыхания и артикуляции). В других случаях заикание является результатом зафиксированного рефлекса неправильной речи, возникшего в следствии различных речевых затруднений. Возможно возникновение заикания из-за дисгармоничного развития личности. Но в любом случае необходимо учитывать нарушения психологического и физиологического характера, составляющие единство.

В настоящее время выделяют две группы причин, вызывающих возникновение заикания, - *предрасполагающие и производящие*.

К *предрасполагающим* причинам относят неврологическую отягощенность родителей (нервные, инфекционные и соматические заболевания, ослабляющие

нервную систему), невропатические особенности самого заикающегося (ночные страхи, энурез, повышенная раздражительность, эмоциональная напряженность), конституциональную предрасположенность (заболевания вегетативной нервной системы, подверженность психическим травмам), наследственную отягощённость (врожденная слабость речевого аппарата, передающаяся по наследству), поражение головного мозга.

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

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

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

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

Фрагмент из книги Н. В. Нищевой «Если ребёнок плохо говорит»