

Предмет логопедии, ее становление как интегративной отрасли знаний

Логопедия — это наука о нарушениях речи, о методах их предупреждения, выявления и устранения средствами специального обучения и воспитания.

Термин происходит от греческих корней:

- *logos* (слово)
- *paideia* (воспитываю, обучаю)

и в переводе означает

«воспитание правильной речи».





Объект логопедии
человек (индивидуум),
страдающий
нарушением речи

Предмет логопедии
нарушения речи и
процесс обучения и
воспитания лиц
расстройством
речевой деятельности



Цель логопедии

разработка научно обоснованной системы обучения, воспитания и перевоспитания лиц с нарушениями речи, а также предупреждения речевых расстройств.

Задачи логопедии

Изучение этиологии, механизмов, структуры и симптоматики нарушений речи.

2. Выявление индивидуальных особенностей развития речи (онтогенез) при различных нарушениях речи.

3. Выявление динамики спонтанного и направленного развития детей с нарушением речевой деятельности, а также характера влияния речевых расстройств на формирование их личности, на психическое развитие, на осуществление различных видов деятельности, поведения.

4. Совершенствование методов профилактики речевых расстройств.

5. Изучение особенностей формирования речи и речевых нарушений у детей с различными отклонениями в развитии (нарушения интеллекта, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата).

6. Разработка методов обследования и приемов устранения нарушений речи детей и взрослых с нарушениями речи.

7. Разработка вопросов организации логопедической помощи.

ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Принцип — основное, исходное положение какой-либо теории, учения, науки; внутренние убеждения человека.

принципы анализа нарушений:

- принцип развития;
- принцип системного подхода;
- принцип рассмотрения речевых нарушений во взаимосвязи речи с другими сторонами психического развития.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ДЕФЕКТА

По мнению Л. С. Выготского, в аномальном развитии различаются две группы нарушений:



- **первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (детский церебральный паралич (ДЦП), врожденные расщелины нёба, различные поражения коры головного мозга и т. д.);**
- **вторичные — нарушения, которые возникают опосредованно в процессе аномального социального развития.**

- Среди факторов, способствующих возникновению речевых нарушений у детей, различают неблагоприятные *внутренние (эндогенные) факторы*, а также *внешние (экзогенные) условия* окружающей среды.



ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ



**пренатальную
(внутри-
утробную)**



**натальную
(повреждение
при родах)**



**постнатальную
(воздействие
различных
неблагоприятных
факторов после
рождения)
патологию**



**Перинальную
(внутриутробная
патология +
повреждение при
родах)**

В перинатальный период развития на организм будущего ребенка могут воздействовать следующие факторы:

- Различная внутриутробная патология;
- гипоксические (внутриутробная гипоксия — кислородное голодание);
- травматические (внутричерепные кровоизлияния);
- биологические (влияние вирусов, бактерий, простейших);
- заболевания матери во время беременности (острые и хронические).
Острые заболевания чаще всего бывают инфекционными, в том числе ОРВИ, грипп, «детские инфекции», токсо-плазмоз, сифилис. Среди хронических заболеваний наиболее опасны для развивающегося организма эндокринные заболевания матери (сахарный диабет, гипотериоз и др.);
- химические факторы (бесконтрольный прием лекарственных препаратов, влияние алкоголя, никотина, наркотических препаратов, экологическое состояние окружающей среды, гипо и гипервитаминозы, авитаминоз, недостаток микроэлементов);
- радиоактивное облучение;
- иммунологическая несовместимость по резус-фактору и антигенам крови матери и плода;
- наследственные (генные и хромосомные заболевания);
- социально-психологические.

В момент родов на плод воздействуют следующие тератогенные факторы:

- асфиксия (кислородное голодание плода в момент родов);
- травматические (родовая травма, акушерско-гинекологическая патология).

В постнатальный период развития ребенка возможно влияние следующих тератогенных факторов:

- наследственных, проявляющихся в период становления речи;
- травматических (открытые и закрытые черепно-мозговые травмы);
- биологических;
- ослабленного соматического состояния ребенка;
- химических;
- социально-психологических.

1. Различная внутриутробная патология, которая приводит к нарушению развития плода

- Наиболее грубые дефекты речи возникают при нарушении развития плода в период от 4 нед. до 4 мес.



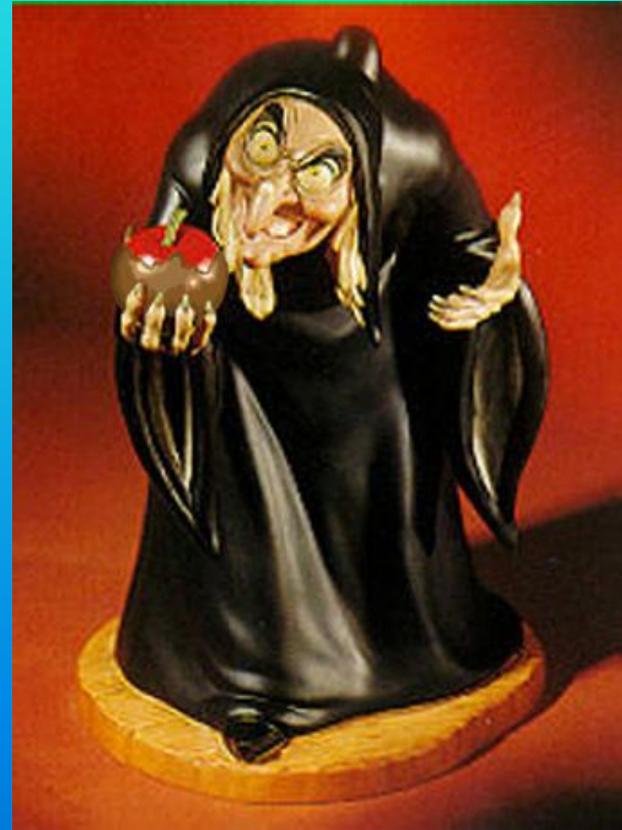
Токсикоз беременных-

- это нарушение процесса адаптации организма к беременности
- Ранний токсикоз появляется до 12 недель беременности и, как правило, прекращается после 12–14 недель.
- Поздние токсикозы развиваются во второй половине беременности (6-7 месяцы). К поздним токсикозам относится водянка беременных, которая характеризуется возникновением отечности.



Интоксикации (от лат. приставки in — "в" и греч. toxikon — яд) -

- отравление организма ядовитым веществом.
- может быть вызвана различными веществами токсического характера:
- минеральными (неорганическими, вроде мышьяка, фосфора и пр.),
- искусственно получаемыми органическими соединениями (сульфонал, хлорал-гидрат и т. п.),
- растительными ядами (в первую очередь—алкалоиды, потом некоторые из гликозидов, куда относятся такие сердечные яды, как строфант, дигиталис и др.),
- ядами животного происхождения (см. указанные выше).
- В особую группу должны быть выделены бактериальные яды.



Резус-конфликт при беременности



- Резус-фактор — это белок, который находится на поверхности эритроцитов — красных клеток крови, переносящих кислород в ткани. Он или есть (положительный резус), или его нет (резус отрицательный). По статистике, около 85% людей являются резус-положительными, остальные 15% — резус-отрицательными.

Попадая в кровотоки плода, защитные антитела матери атакуют эритроциты плода

Эритроциты плода разрушаются

Из разрушенных эритроцитов выделяется вещество - билирубин

Увеличиваются в размерах селезенка и печень плода, участвующие в утилизации разрушенных эритроцитов

Развивается анемия (малокровие) у плода

Билирубин оказывает токсическое действие на органы и ткани плода, особенно на его нервную систему

Кислородное голодание плода

Гемолитическая болезнь плода

ОБСЛЕДОВАНИЕ НА Rh-ФАКТОР

ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ (Rh-)

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ (Rh+)

↓
ОБСЛЕДОВАНИЕ МУЖА

↓
НЕТ ПОВОДА ДЛЯ
БЕСПОКОЙСТВА

↘
ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ
(Rh-)

↘
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ
(Rh+)

↓
НЕТ ПОВОДА ДЛЯ
БЕСПОКОЙСТВА

↓
ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ
АНТИТЕЛ В КРОВИ

↘
АНТИТЕЛА
ОБНАРУЖЕНЫ

↘
АНТИТЕЛА
НЕ ОБНАРУЖЕНЫ

↓
ВВЕДЕНИЕ
АНТИ-РЕЗУС
ИММУНОГЛОБУЛИНА

↓
БЛАГОПРИЯТНЫЙ
ПРОГНОЗ

Гипоксия плода

- патологические состояния, развившиеся под влиянием кислородной недостаточности во время беременности и в родах. В структуре перинатальной смертности гипоксия плода и новорожденного занимает одно из первых мест. Частота гипоксии плода составляет 4—6%, а в структуре перинатальной заболеваемости — 21—45%.
- Гипоксия плода возникает в результате нарушения доставки кислорода к тканям и (или) его использования. В соответствии с этим можно различать следующие виды гипоксии:
 - 1) гипоксическая гипоксия, когда насыщение гемоглобина кислородом ниже нормального уровня;
 - 2) циркуляторная гипоксия, когда кислород не поступает к тканям в достаточном количестве, несмотря на нормальное его напряжение в артериальной крови;
 - 3) гемическая (анемическая) гипоксия при значительном уменьшении эритроцитов (например, гемолитическая болезнь плода) или низком содержании гемоглобина в эритроцитах, а также при снижении способности гемоглобина связывать кислород;
 - 4) тканевая гипоксия при нарушениях клеточного гомеостаза, когда клетки не в состоянии в полной мере использовать кислород.

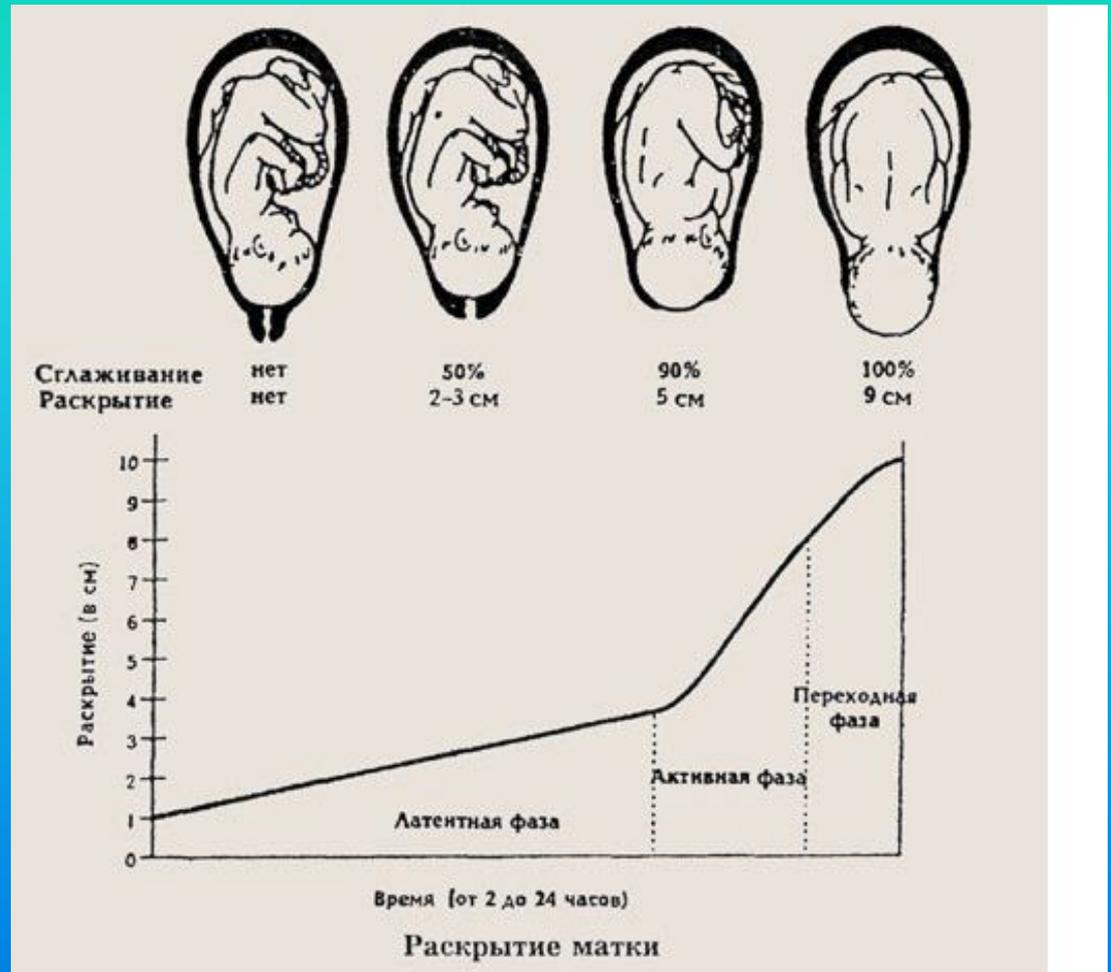


2. Родовая травма и асфиксия

- К **родовой травме** относятся повреждения тканей и органов ребёнка, вызванные механическими силами во время родов, и целостная реакция на эти повреждения со стороны организма, сопровождающаяся нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов.

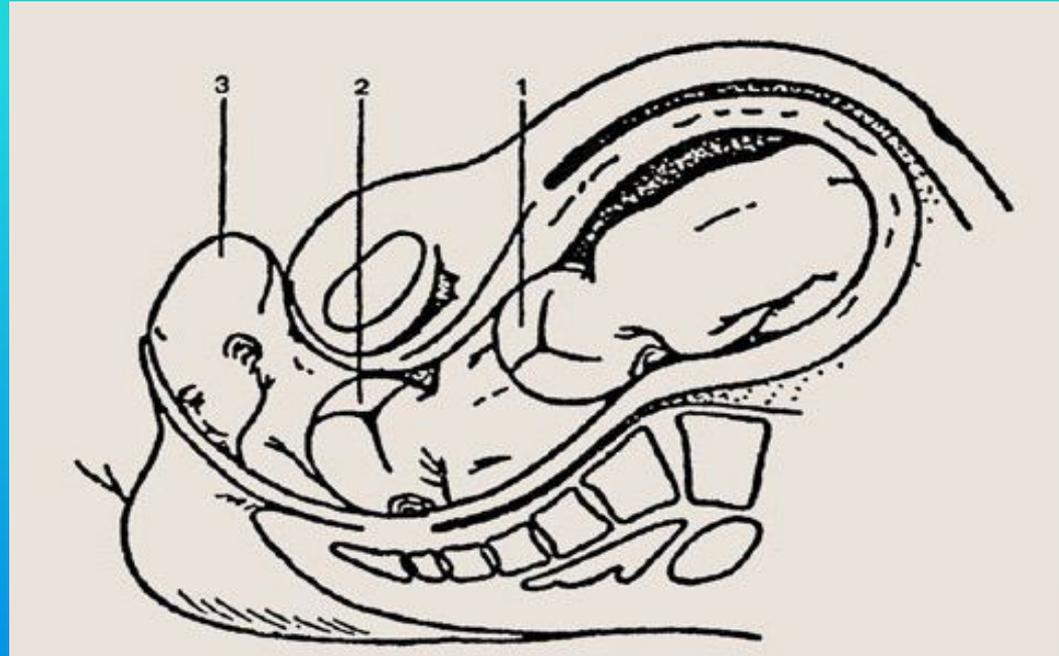


- **Предлежанием плода** определяется, какая часть тела плода первой при родах войдет в родовые пути.
- **Естественным положением**, лучшим для матери и плода, является то, при котором плод идет головкой вперед.
- Головка плода во время родов немного сплющивается, приобретает форму слегка вытянутой дыньки.



Но даже если плод идет головкой вперед, возможны различные варианты.

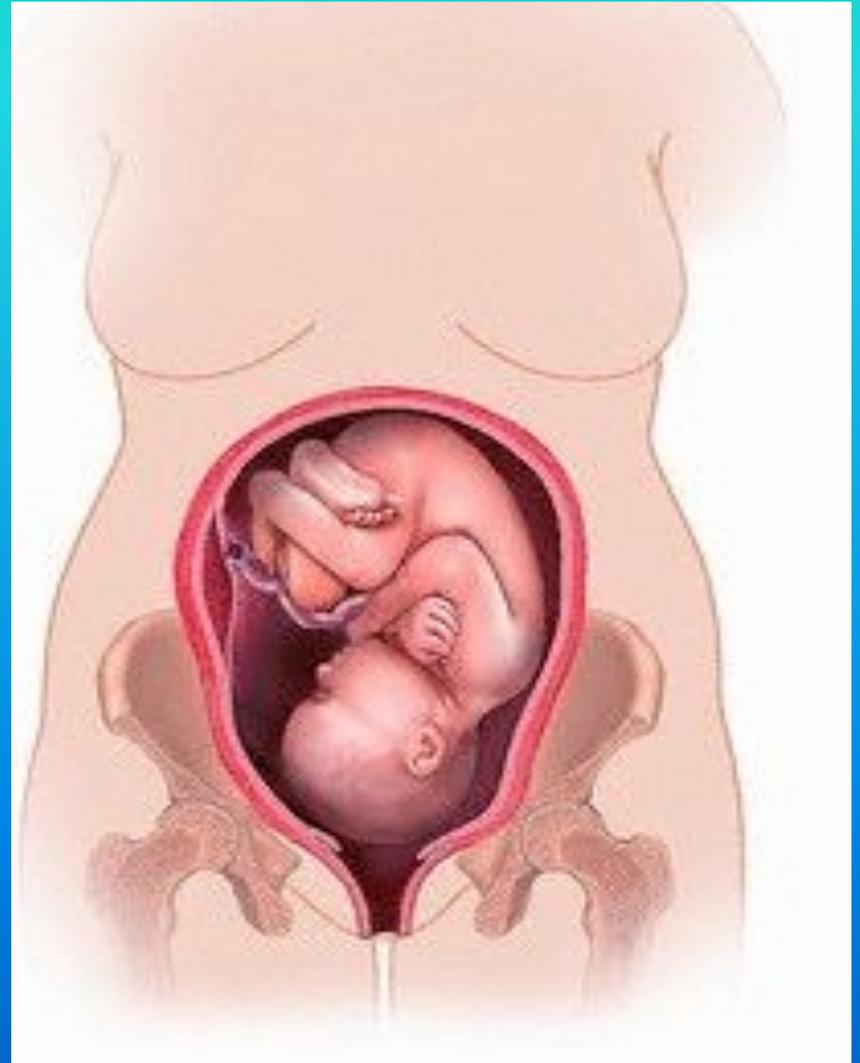
- **Нормальным**, физиологическим вариантом считается только один: когда головка ребенка проходит по родовому каналу так, чтобы **первым появился затылок**.
- То есть ребенок как бы наклоняет голову вперед и прижимает подбородок к груди.



Движение плода в родовых путях:

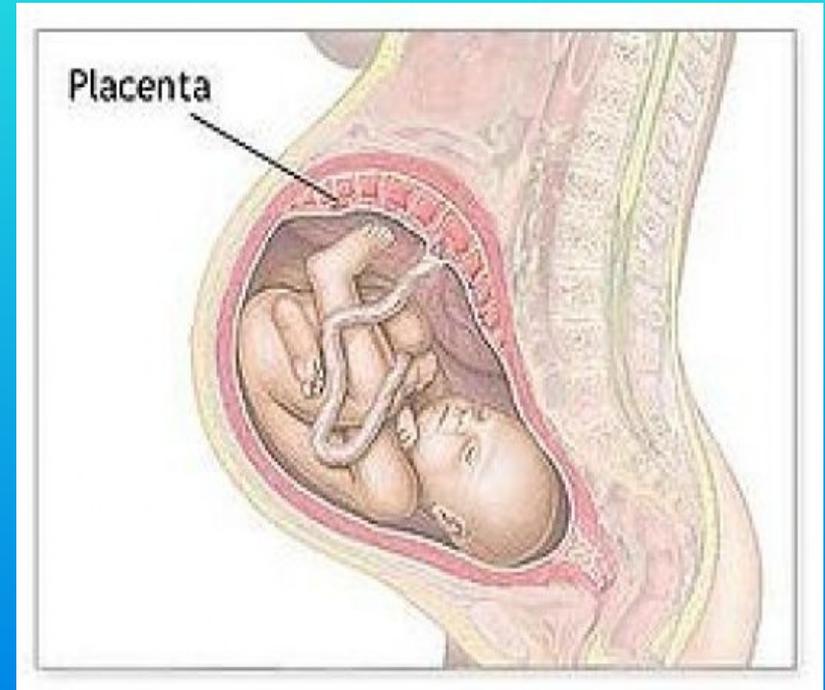
Аномальное положение плода

- Если плод идет головкой вперед, но головка при этом не прижата к груди, а как бы запрокидывается назад, к спине, это называют **ГОЛОВНЫМ предлежанием плода**.



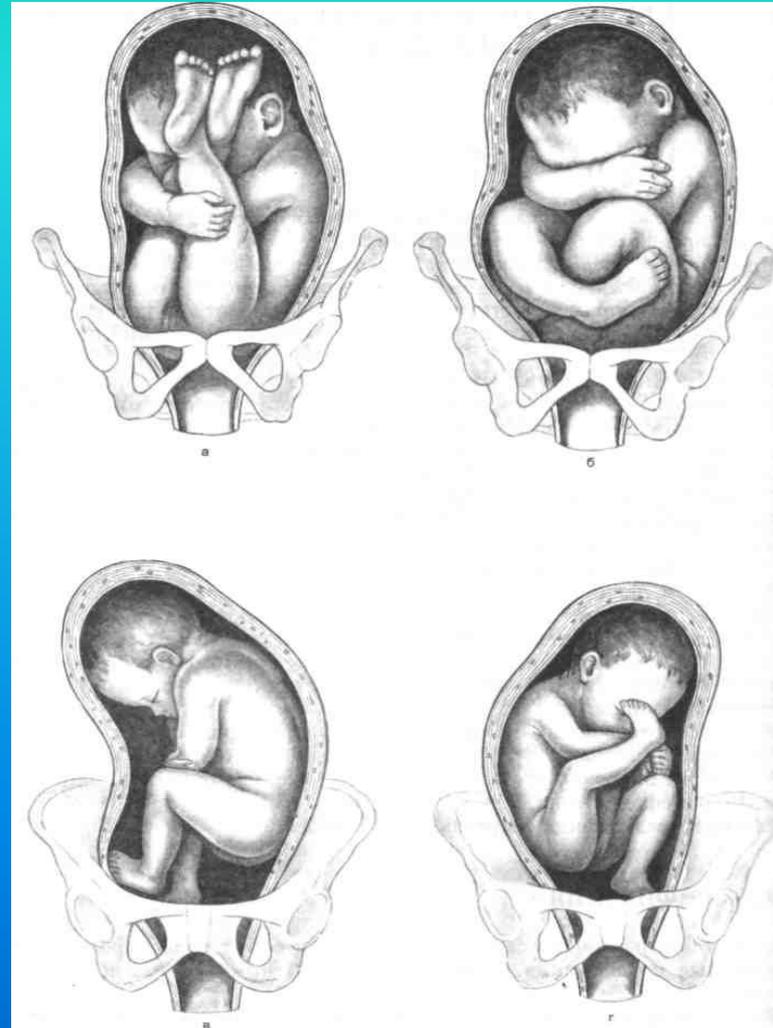
Головное предлежание плода возможно в 3 вариантах :

- Переднеголовное предлежание плода
- Естественные роды при этом возможны, но увеличивается риск получения травм матерью и плодом в процессе родов.
- Лобное предлежание плода
- Соответственно, ребенок входит лбом в малый таз матери и размер родового канала при этом необходим настолько больших размеров, что естественные роды невозможны. Необходима операция кесарева сечения.
- Лицевое предлежание плода
- Естественные роды возможны, если таз матери имеет большие размеры или плод небольшой. Но все таки лучший выход из ситуации, с наименьшим риском и для матери и для ребенка - кесарево сечение.



Тазовое предлежание плода

- В случае тазового предлежания плода плод входит в малый таз матери ягодичками или ножками вперед.
- В большинстве случаев при тазовых предлежаниях плода роды проходят с использованием кесарева сечения , так как оно помогает предотвратить тяжелые травмы у матери и ребенка.



Диспропорции между головкой ребенка и тазом матери

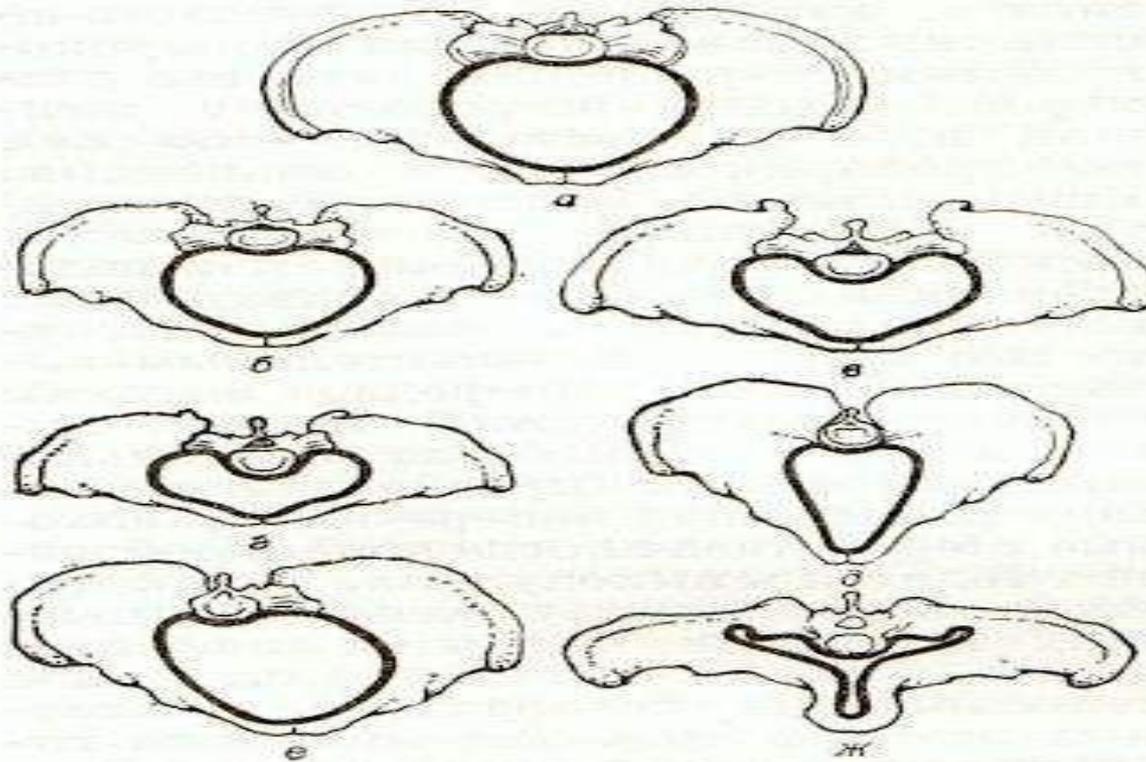


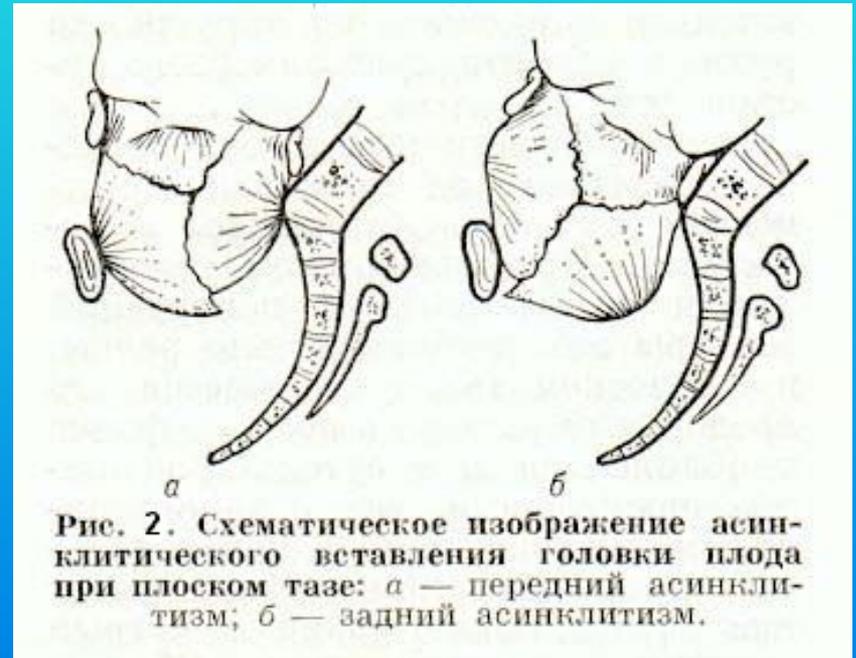
Рис. 1. Схематическое изображение форм входа в малый таз при некоторых видах узкого таза: *a* — при нормальном тазе (дан для сравнения); *б* — общеравномерно суженном; *в* — плоском; *г* — общесуженном; *д* — поперечносуженном; *е* — кососуженном; *ж* — остеомалатическом. Жирной линией показаны очертания входа в малый таз.

Ускорение и стимуляция родов



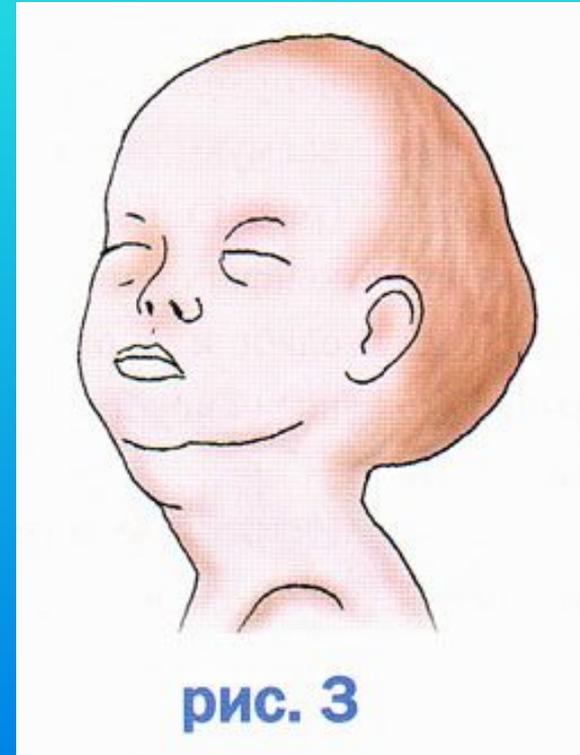
Причины родовой травмы

- Быстрые и стремительные роды
- Затяжные роды
- Асинклитическое вставление головки
- Разгибательные вставления головки
- Акушерский поворот
- Наложение щипцов и вакуум-экстракция плода



Проявления и осложнения родовой травмы

- Кефалогематома, переломы костей черепа, позвоночника, ключицы и др.
- Разрывы мозжечкового намета, серповидного отростка, мостовых вен, притоков вены Галена, сосудов между сосудистой оболочкой и веществом мозга и др.
- Сдавление головного мозга
- Нарушения мозгового кровообращения
- Перинатальные поражения нервной системы
- Двигательные нарушения — центральные и периферические параличи и парезы, детский церебральный паралич

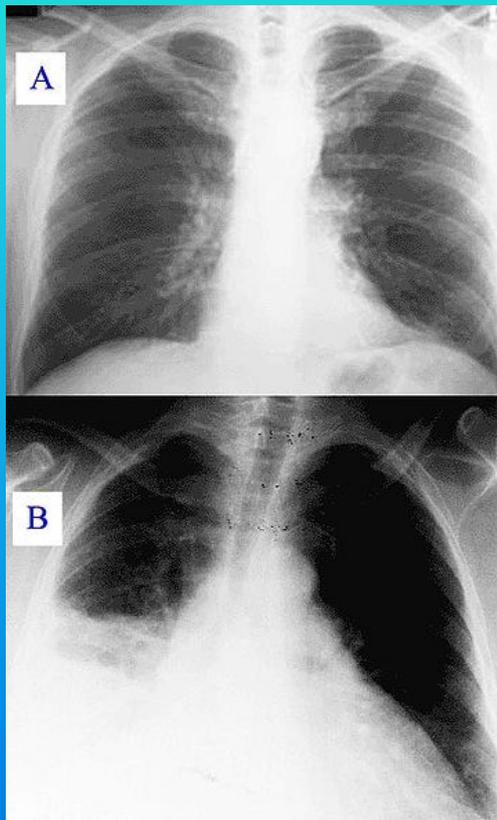


Асфиксия новорождённого (asphyxia neonatorum)

- **патологическое состояние новорожденного, обусловленное нарушением дыхания и возникающей вследствие этого кислородной недостаточностью.**



- Причинами первичной асфиксии являются острая и хроническая внутриутробная кислородная недостаточность — гипоксия плода, внутричерепная травма, иммунологическая несовместимость крови матери и плода, внутриутробная инфекция, полная или частичная закупорка дыхательных путей плода или новорожденного слизью, околоплодными водами (аспирационная асфиксия), пороки развития плода. Возникновению асфиксии способствуют экстрагенитальные заболевания беременной (сердечно-сосудистые, особенно в стадии декомпенсации, тяжелые заболевания легких, выраженная анемия, сахарный диабет, тиреотоксикоз, инфекционные болезни и др.), поздние токсикозы беременных, перенашивание беременности, преждевременная отслойка плаценты, патология пуповины, плодных оболочек и плаценты, осложнения в родах (несвоевременное излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, несоответствие размеров таза роженицы и головки плода, неправильные вставления головки плода и др.).
- Вторичная асфиксия может быть связана с нарушением мозгового кровообращения у новорожденного, пневмониями и др.



3. *Различные заболевания в первые годы жизни ребенка*

- В зависимости от времени воздействия и локализации повреждения мозга возникают речевые дефекты различного типа. Особенно пагубными для развития речи являются частые инфекционно-вирусные заболевания, менинго-энцефалиты и ранние желудочно-кишечные расстройства.



Инфекционные заболевания нервной системы

подразделяются на
две основные
группы —
бактериальные и
вирусные.

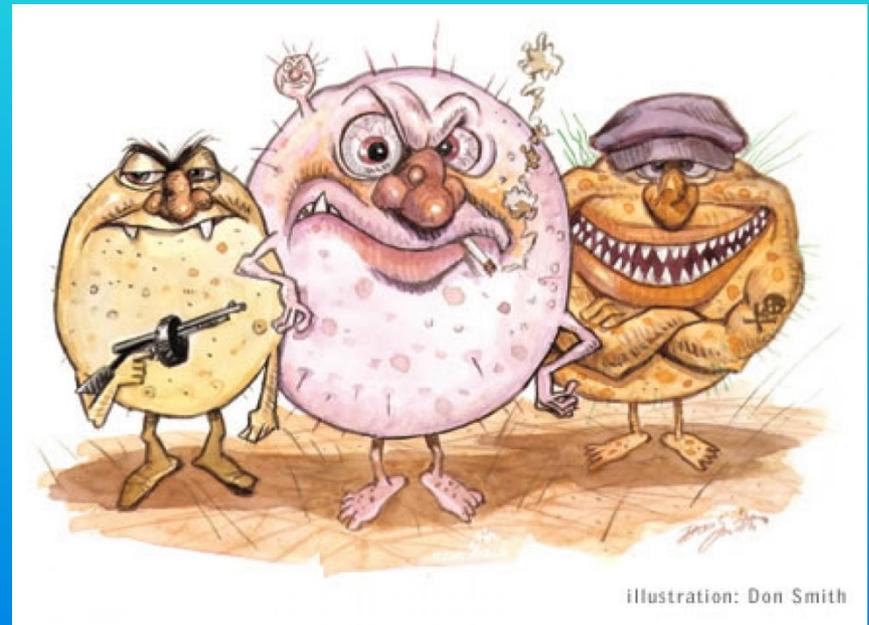
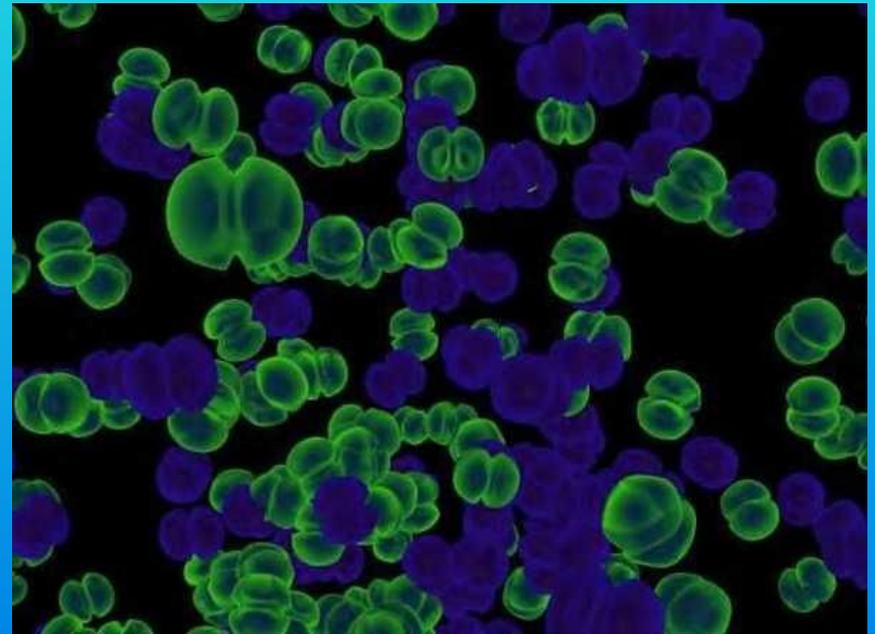


illustration: Don Smith

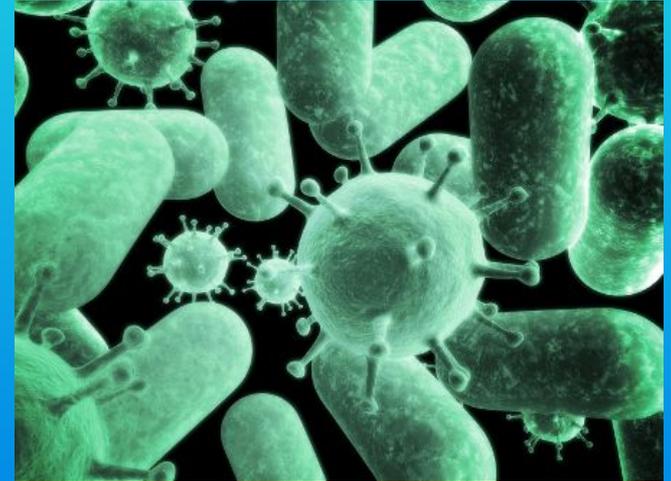
Пути проникновения возбудителей инфекции в центральную нервную систему разнообразны:

- непосредственное заражение оболочек и самого головного и спинного мозга при травматических поражениях черепа и позвоночника, когда нарушается целостность твердой мозговой оболочки;
- внутричерепное или внутрипозвоночное осложнение при воспалениях придаточных полостей носа или уха;
- через межпозвоночные отверстия в полость внутрипозвоночного канала, в эпидуральную клетчатку, спинной мозг и его оболочки.



Менингит (от греч. meninx — мозговая оболочка)

- воспаление оболочек головного и спинного мозга.
- Заболевание чаще встречается у детей. Начинается внезапно подъёмом температуры, головной болью, рвотой. Отмечается повышенная чувствительность к свету, шуму; у детей раннего возраста часто возникают судороги. Вследствие повышения внутричерепного давления (отёк воспалённой мозговой оболочки) наблюдается взбухание родничка; голова запрокидывается из-за судорожного тонического сокращения затылочных мышц, нарушается сознание вплоть до его полной потери.



Энцефалиты (от греч. enképhalos — головной мозг)

- группа воспалительных заболеваний головного мозга человека и животных, обусловленных главным образом вирусами, бактериями, простейшими и другими болезнетворными микроорганизмами.
- Большинство энцефалитов протекает остро. Основные проявления: повышение температуры тела, головная боль, тошнота, рвота, нередко расстройство сознания; судороги и другие неврологические симптомы (парезы, расстройства чувствительности, функций черепных нервов и др.).

Внутриутробные инфекции (ВУИ).

Важные факты:

- До 10% всех беременностей сопровождается передачей инфекции от матери к плоду
- 0,5% рожденных детей имеют те или иные симптомы инфекции
- Инфицирование матери далеко не обязательно приведет к инфекции плода Многие инфекции, опасные для плода, протекают у матери мягко или вообще не имеют симптомов
- Заражение плода чаще происходит при впервые возникшей инфекции у матери. Своевременное лечение беременной может снизить или свести к нулю риски для плода.

- **Частота внутриутробного инфицирования составляет около 10% всех беременностей. Частота ранней неонатальной заболеваемости и смертности при ВУИ колеблется от 5,3 до 27,4%, мертворождаемость достигает 16,8%.**



- В 1971 г. среди многих была выделена группа инфекций, которые имеют, несмотря на отличия в структуре и биологических свойствах, подобные клинические проявления и приводят к появлению у плода стойких структурных дефектов разных систем органов, важнейшим из которых является ЦНС. Для выделения этой группы была предложена аббревиатура TORCH



- Т – токсоплазмоз;
- О (others - азерс) – другие инфекции:
- абсолютные: сифилис, туберкулёз, хламидиоз (*хламидийная инфекция ведет к прерыванию беременности, невынашиванию, развитию фетоплацентарной недостаточности, внутриутробному инфицированию (ВУИ) плода, послеродовым воспалительным заболеваниям, неонатальным инфекциям*), энтеровирусные инфекции, гонорея, листериоз, уреа- и микоплазмоз, группа В-стрептококков;
- вероятные: корь, эпидемический паротит, ветряная оспа;
- гипотетические: грипп А, лимфоцитарный, хориоменингит, папилломавирусная инфекция.
- R – краснуха;
- С – цитомегаловирусная инфекция;
- H 5 – герпесвирусная инфекция, гепатит А и В. вирус иммунодефицита, человеческий папилломавирус, парвовирус.
- Впоследствии TORCH-комплекс был расширен до STORCH-комплекса, где S – сифилис.



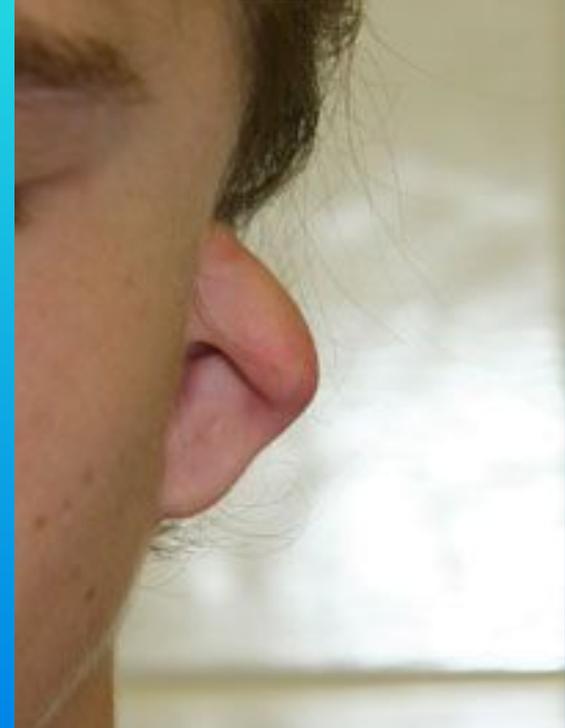
Все ВУИ имеют общие признаки:

- характерное латентное или стёртое течение, что значительно усложняет диагностику, особенно при внутриклеточной локализации возбудителя (хламидии, микоплазмы, вирусы) и не даёт возможность своевременно начать лечение;
- активация латентно персистирующей инфекции при нарушениях гомеостаза у беременных (анемия, гиповитаминоз, переутомление, стресс, декомпенсация экстрагенитальной патологии).

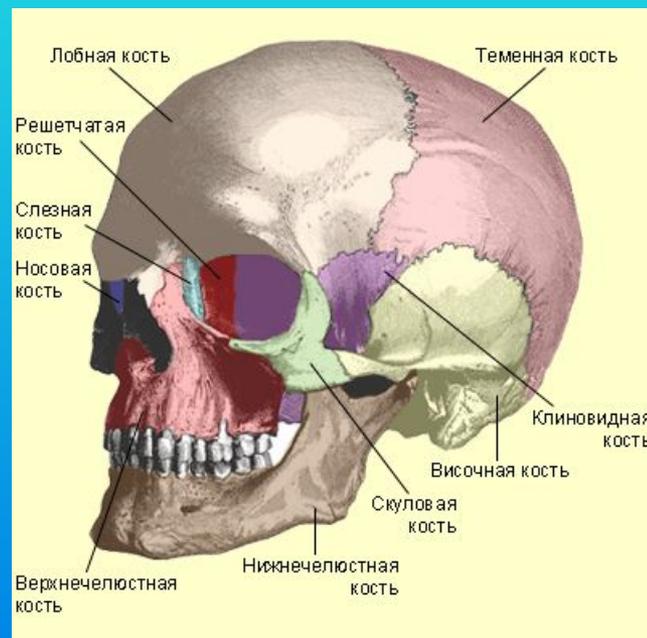


Как утверждает A.D. MacLean (1990), возможны следующие последствия фетальной инфекции:

- **врождённая патология:** цитомегаловирус, краснуха, ветряная оспа, трепонема, токсоплазма);
- **антенатальная гибель плода (гибель плода во время беременности):** цитомегаловирус, краснуха, грипп, коксаки (энтеровирусная инфекция), крп, трипонема, листерия, токсоплазма, малярийный плазмод;);
- **задержка развития плода:** цитомегаловирус, краснуха, ветряная оспа, микоплазма, токсоплазма, малярийный плазмод;);
- **преждевременные роды:** ветряная оспа, герпес, грипп, энтеровирус, папилома, микоплазма, хламидия, токсоплазма;);
- **заражение плода во время родов:** герпес, грипп, энтеровирус, папилломы, микоплазма, стрептококки. хламидия, токсоплазма;);
- **септический спонтанный аборт** – вирусы (цитомегаловирус, герпес, грипп, корь, краснуха, паротит, полиомиелит и т. д.; бактерии (листерия, сальмонелла, трепонема); прочие (кандида, хламидия, микоплазма, токсоплазма, малярийный плазмод;)).

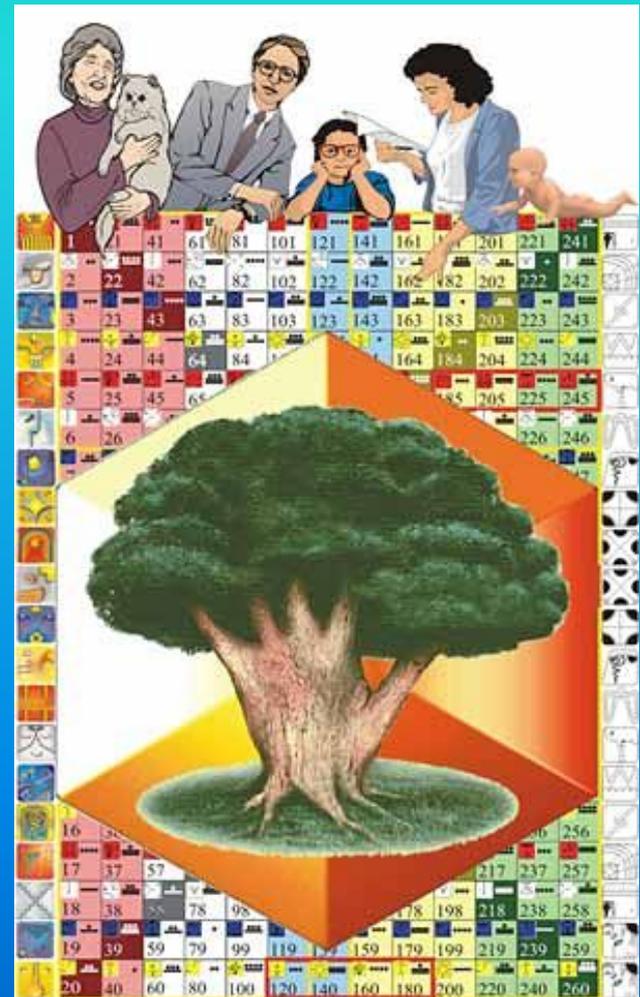


4. Опухоли и травмы черепа, сопровождающиеся сотрясением мозга



5. Наследственные факторы.

- В этих случаях нарушения речи могут составлять лишь часть общего нарушения нервной системы и сочетаться с интеллектуальной и двигательной недостаточностью.



Основные дизэмбриогенетические стигмы

Локализация	Характер аномалии
Череп	Форма микроцефальная, гидроцефальная, асимметричная; низкий лоб, выраженные надбровные дуги, нависающий или уплощенный затылок
Лицо	Прямая линия скошенного лба и носа. Седловидный нос, уплощенная спинка носа, искривленный нос. Монголоидный разрез глаз. Асимметрия лица, раздвоенный или клиновидный подбородок
Глаза	Эпикант, индианская складка века, низкое стояние век, асимметрия глазных щелей, отсутствие слезного мясца (третье веко), дистихназ (двойной рост ресниц), неправильная форма зрачков
Уши	Дисплазия ушных раковин: большие оттопыренные уши, малые деформированные, разновеликие уши. Аномалия развития завитка, приращенные мочки ушей, добавочные козелки (различный уровень расположения, низкорасположенные уши)
Рот	Микростомия, макростомия, «карпий рот», высокое узкое небо, уплощенное, аркообразное, короткая уздечка языка, складчатый, раздвоенный язык. Аномалии прикусов: прогнатия, прогения
Шея	Короткая, длинная, кривая; крыловидные складки
Туловище	Длинное, короткое; грудь вдавленная, куриная, бочкообразная, асимметричная, большое расстояние между сосками, добавочные соски
Кисти	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, поперечная борозда ладони, сгибательная контрактура пальцев, короткий изогнутый V палец, искривление всех пальцев
Стопы	Брахидактилия, арахнодактилия, синдактилия, сандалевидная щель, двузубец, трезубец, полая стопа, нахождение пальцев друг на друга
Кожа	Депигментированные и гиперпигментированные пятна, большие родимые пятна с оволосением, избыточное локальное оволосение, гемангиомы, участки аплазии кожи волосистой части головы



Рис. 1. Микроцефалия.

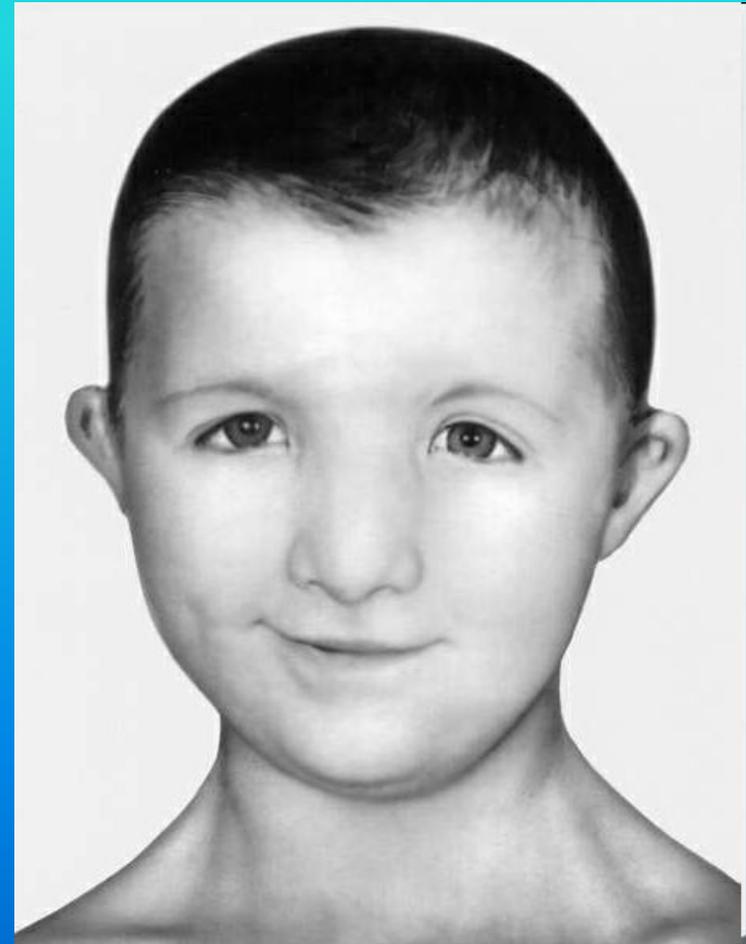
Рис. 2. Микроцефалия, ДЦП, спастический тетрапарез.



Гидроцефалия — это избыточное накопление жидкости, содержащейся в полостях головного мозга и спинномозговом канале.



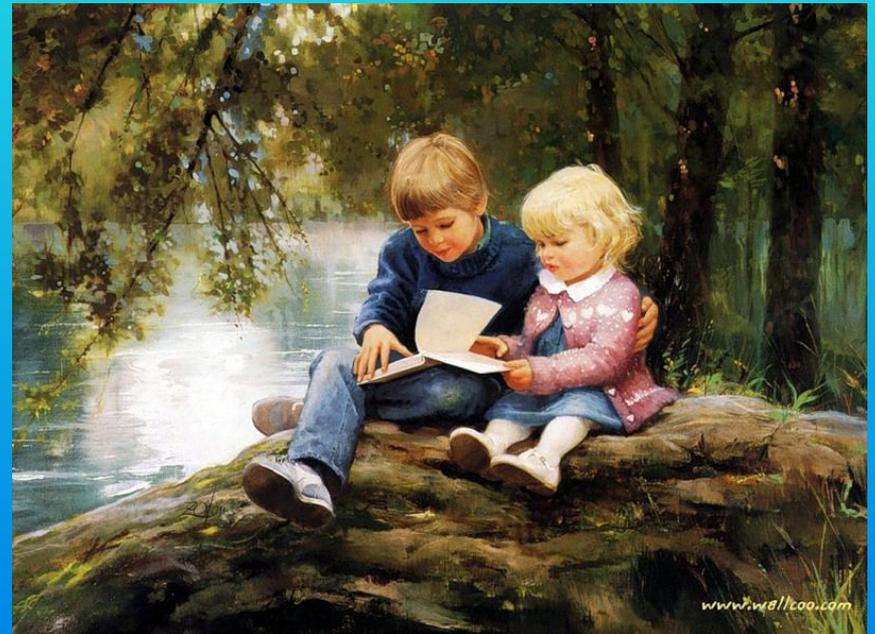
Монголоидный разрез глаз — опущены внутренние углы глазных щелей (антимонголоидный — наружные).



6. Неблагоприятные социально-бытовые условия, приводящие к микросоциальной педагогической запущенности, вегетативной дисфункции, нарушениям эмоционально-волевой сферы и дефициту в развитии речи.



- Каждая из названных причин, а нередко и их сочетание могут обусловить нарушения различных сторон речи.



- При анализе причин возникновения нарушений следует учитывать соотношение речевого дефекта и сохранных анализаторов и функций, которые могут быть источником компенсации при коррекционном обучении.

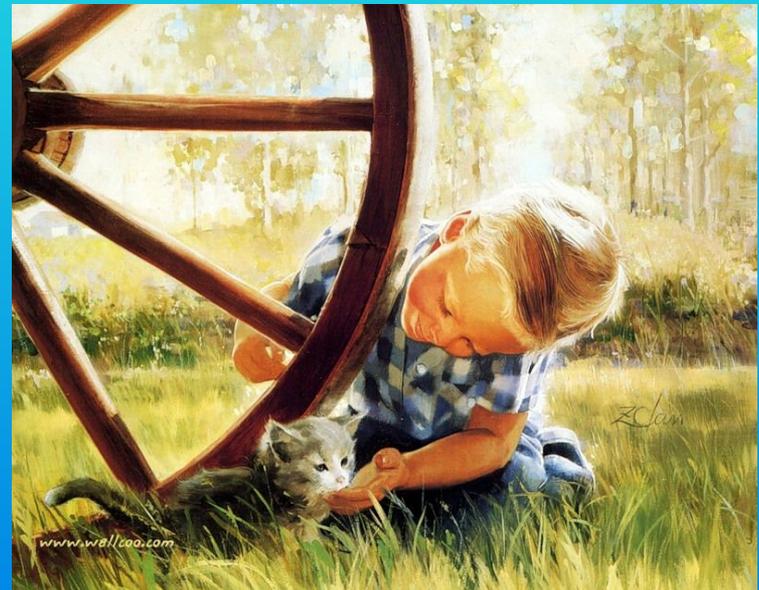


- Большое значение имеет ранняя диагностика различных аномалий развития речи. Если речевые дефекты выявляются только при поступлении ребенка в школу или же в младших классах, их бывает трудно компенсировать, что отрицательно сказывается на успеваемости. Если же отклонения обнаруживают у ребенка в ясельном или дошкольном возрасте, ранняя медицинская и педагогическая коррекция значительно повышает вероятность полноценного обучения в школе.



Раннее выявление детей с отклонениями в развитии в первую очередь проводится в семьях с «повышенным риском». К таким относятся:

- 1) семьи, где уже имеется ребенок с тем или иным дефектом;
- 2) семьи с умственной отсталостью, заболеванием шизофренией, нарушением слуха у одного из родителей или у обоих;
- 3) семьи, где матери перенесли во время беременности острое инфекционное заболевание, тяжелый токсикоз;
- 4) семьи, где имеются дети, перенесшие внутриутробную гипоксию, природовую асфиксию, травму или же нейроинфекцию, черепно-мозговые травмы в первые месяцы жизни.



В настоящее время в логопедии для описания и характеристики речевых нарушений используются две классификации нарушений речи



Клинико-педагогическая

(разработана Б.М. Гриншпуном, С.С. Ляпидевским, О.В. Правдиной)



психолого-педагогическая

(предложена Р. Е. Левиной)

Клинико-педагогическая классификация

**Нарушения
устной речи**

**Нарушения
фонационного
(внешнего)
оформления
высказывания**

***дисфония
(афония);
дислалия;
дизартрия;
ринолалия
тахилалия,
брадилалия;
заикание***

**Нарушения
структурно-
семантического
(внутреннего)
оформления
высказывания:**

***алалия;
афазия***

**Нарушения
письменной речи**

дислексия

дисграфия

Клинико-педагогическая классификация речевых нарушений

- ***I группа - нарушения устной речи***

- **1. Нарушения фонационного (внешнего) оформления высказывания (нарушения произносительной стороны речи)**
- **2. Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания (системные или полиморфные нарушения речи)**

- ***II группа - нарушения письменной речи***

Клинико-педагогическая классификация

Нарушения устной речи

1. Нарушения фонационного (внешнего) оформления высказывания, которые называют нарушениями произносительной стороны речи

Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. **Синонимы:** *нарушение голоса, нарушение фонации, фоноторные нарушения, вокальные нарушения.*

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Синонимы: *косноязычие* (устаревшее), *дефекты звукопроизношения*, *фонетические дефекты*, *недостатки произношения фонем*.



механическая



функциональная

РИНОЛАЛИЯ - нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата.

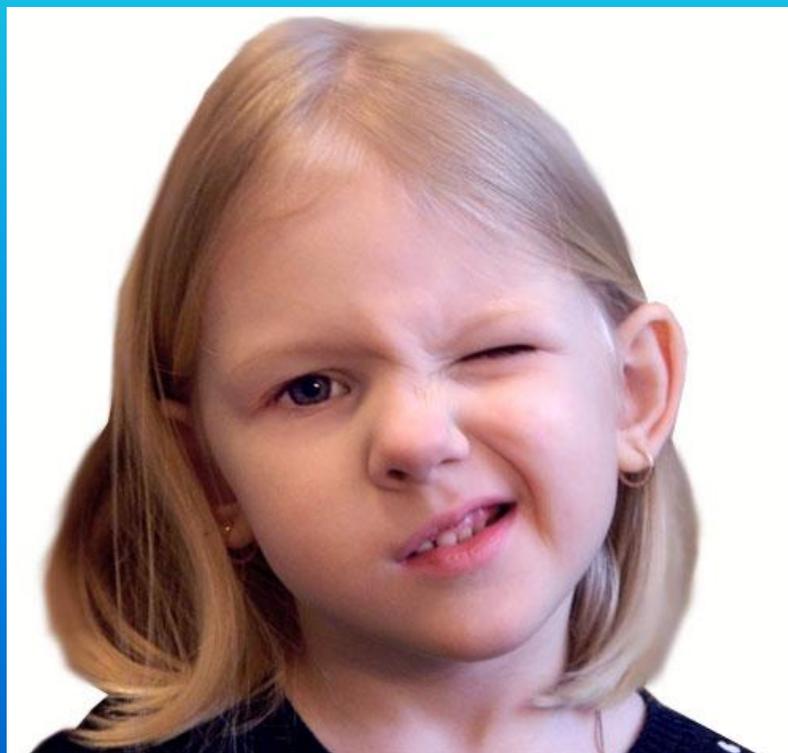
Синонимы:

- «гносавость» - устаревший термин
- «палатолалия»

РИНОФОНΙΑ – если нет расщелины неба, а есть только носовой оттенок голоса.



ДИЗАРТРИЯ – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное органической недостаточностью иннервации речевого аппарата.



Брадилалия — патологически замедленный темп речи.

Синоним: *брадифразия*.

Тахилалия — патологически ускоренный темп речи.

Синоним: *тахифразия*.



Заикание - нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.
Синонимы: логоневроз



2. Нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания, которые в логопедии называют системными или полиморфными нарушениями речи

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка.



Афазия – полная или частная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. *Синонимы: распад, утрата речи.*



Клинико-педагогическая классификация Нарушения письменной речи

1. **Дислексия (алексия)** – частичное (полное) специфическое нарушение процессов чтения.
2. **Дисграфия (аграфия)** – частичное (полное) специфическое нарушение процессов письма.



Психолого-педагогическая классификация (Р.Е. Левина)

Построена на основе лингвистических и психологических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной).



**Психолого-педагогическая
классификация**

```
graph TD; A[Психолого-педагогическая классификация] --> B[Нарушение средств общения]; A --> C[Нарушение в применении средств общения]; B --> D[Фонетико-фонематическое недоразвитие]; B --> E[Общее недоразвитие речи]; C --> F[Заикание];
```

*Нарушение средств
общения*

*Нарушение в
применении средств
общения*

**Фонетико-
фонематическое
недоразвитие**

**Общее
недоразвитие
речи**

Заикание

Фонетико - фонематическое недоразвитие

Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН)— это нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами из-за дефектов восприятия и произношения фонем.



Общее недоразвитие речи (ОНР)

Общее недоразвитие речи (ОНР) — различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне.

Заикание — нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения.

Анатомо-физиологические механизмы речи

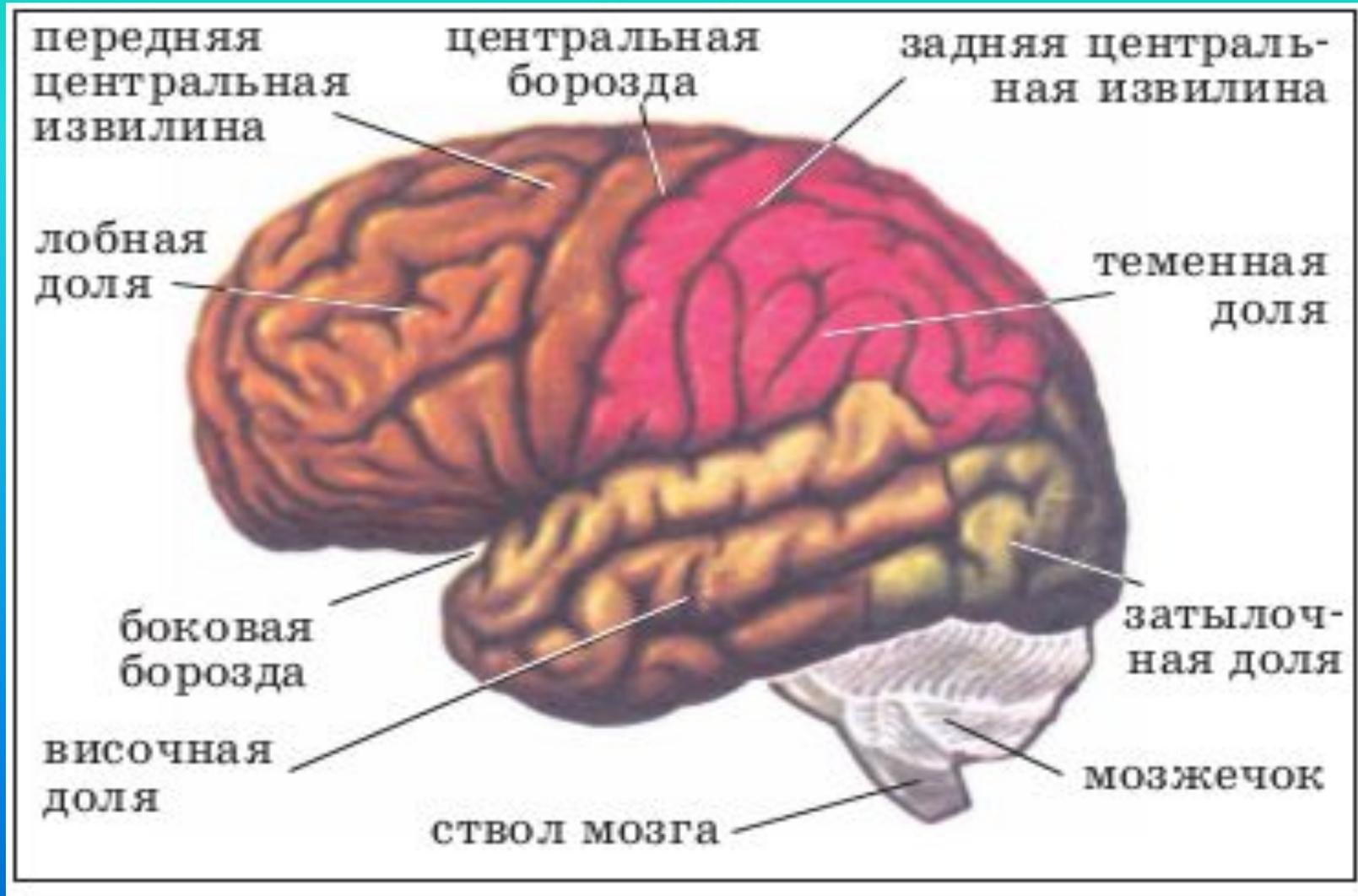
Системы, обеспечивающие речь, могут быть разделены на две группы:

периферические

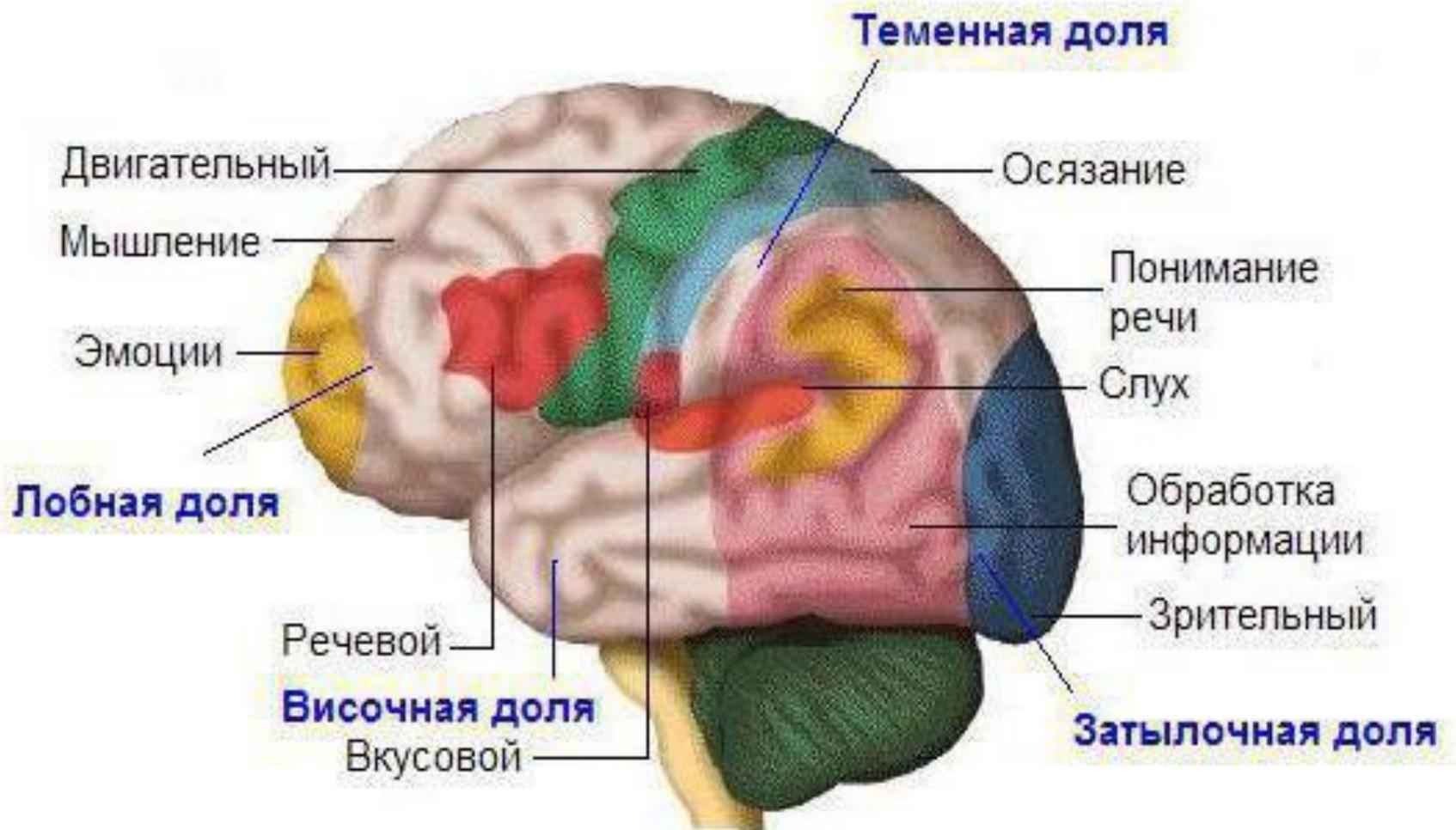


центральные

Строение мозга







**правое
полушарие**

восприятие
искусства

воображение

интуиция

восприятие
музыки

импровизация

моторика
левой руки



**левое
полушарие**

аналитическое
мышление

логика

языки

целеполагание

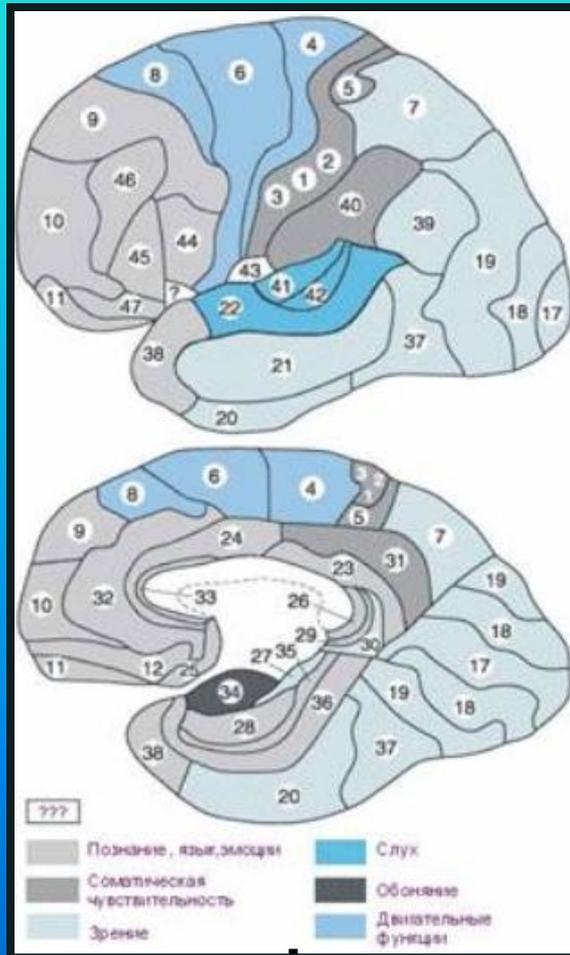
науки

письмо

моторика
правой руки



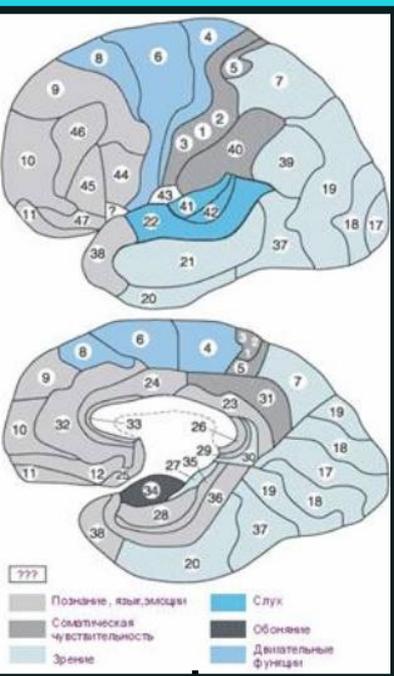
Центральный отдел речевой функциональной системы

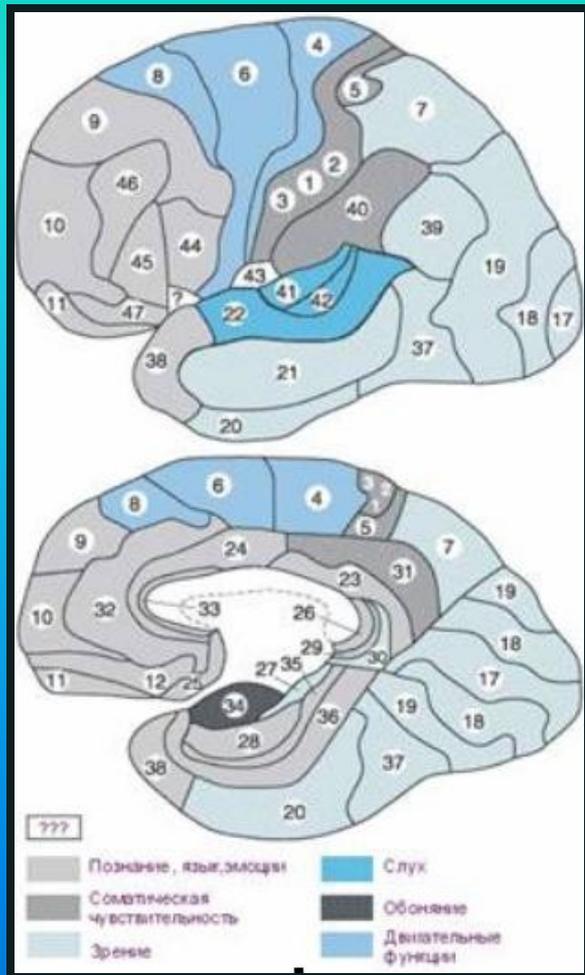


Речедвигательный центр Брока

— расположен в нижней части лобных извилин (поле 44) — это двигательный центр мышц языка. При поражении моторного центра речи развивается моторная *афазия* — в этом случае человек понимает речь, но сам, увы, говорить не может.

Сенсорный центр Вернике — расположен в височной зоне в задних отделах верхней височной извилины (поля 22, 37, 42 левого полушария) — связан с восприятием устной речи. Задача этого центра – распознавание и хранение устной речи, как собственной, так и чужой. При поражении возникает сенсорная афазия — человек не воспринимает устную речь, страдает произношение, так как нарушается восприятие собственной речи. Человек может говорить, излагать устно свои мысли, но не понимает чужой речи, и хотя слух и сохранен — человек не узнает слов. Такое состояние называется сенсорной слуховой афазией. Такой человек часто много говорит (логорея), но речь его неправильная (аграмматизм), при этом наблюдается замена слогов и слов (парафазии).



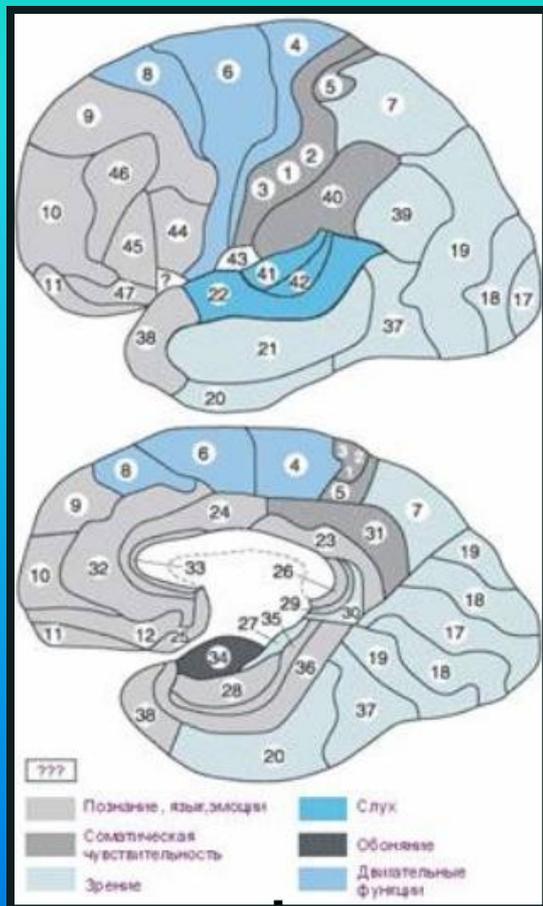


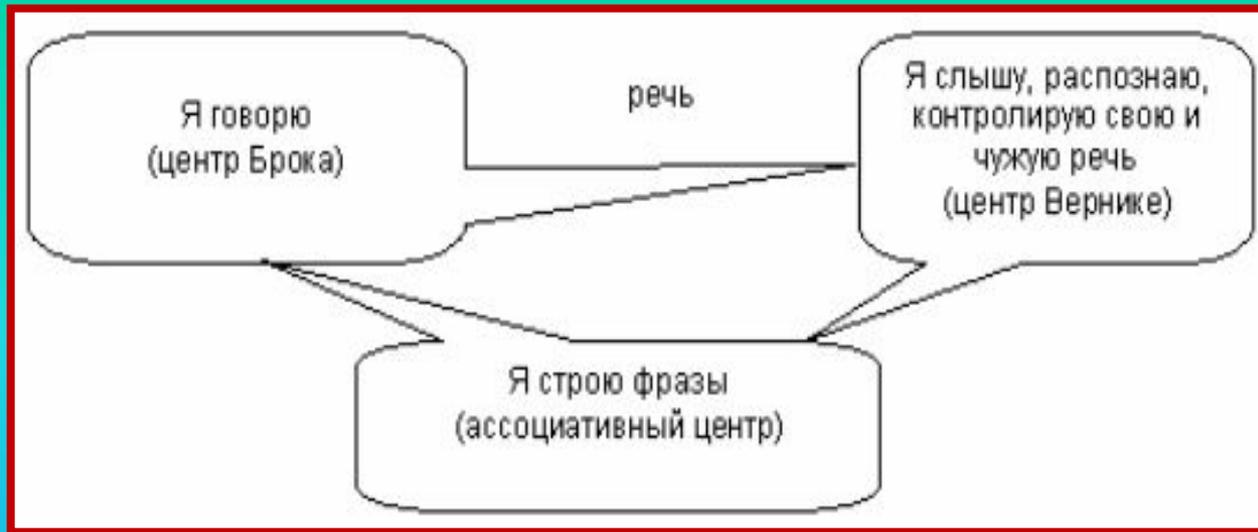
Поле 37, отвечает за запоминание слов. Люди с поражениями этого поля не помнят названия предметов. При этом они очень напоминают забывчивых людей, которым постоянно приходится подсказывать нужные слова. Такой человек, забыв название предмета, четко помнит его назначение и свойства, поэтому долго описывает его качества, объясняет, что делают с этим предметом, но назвать его, хоть убей, не может. Ну, например, вместо слова «галстук» человек, глядя на него, говорит примерно следующее: «это то, что надевают на шею и завязывают специальным узлом, чтобы было красиво, когда идут в гости».

Центр восприятия письменной речи – располагается в зрительной зоне коры головного мозга.

На границе височной, теменной и затылочной долей (поле 39) находится центр чтения письменной речи, обеспечивающий распознавание и хранение образов письменной речи. Понятно, что поражения этого центра приводят к невозможности чтения и письма.

При повреждении этого центра зрение сохранится, но тут же наступит расстройство узнавания – так называемая зрительная агнозия. Такой человек, будучи абсолютно грамотным, не сможет прочесть написанное, и будет в состоянии признать знакомого человека только после того, как тот заговорит.





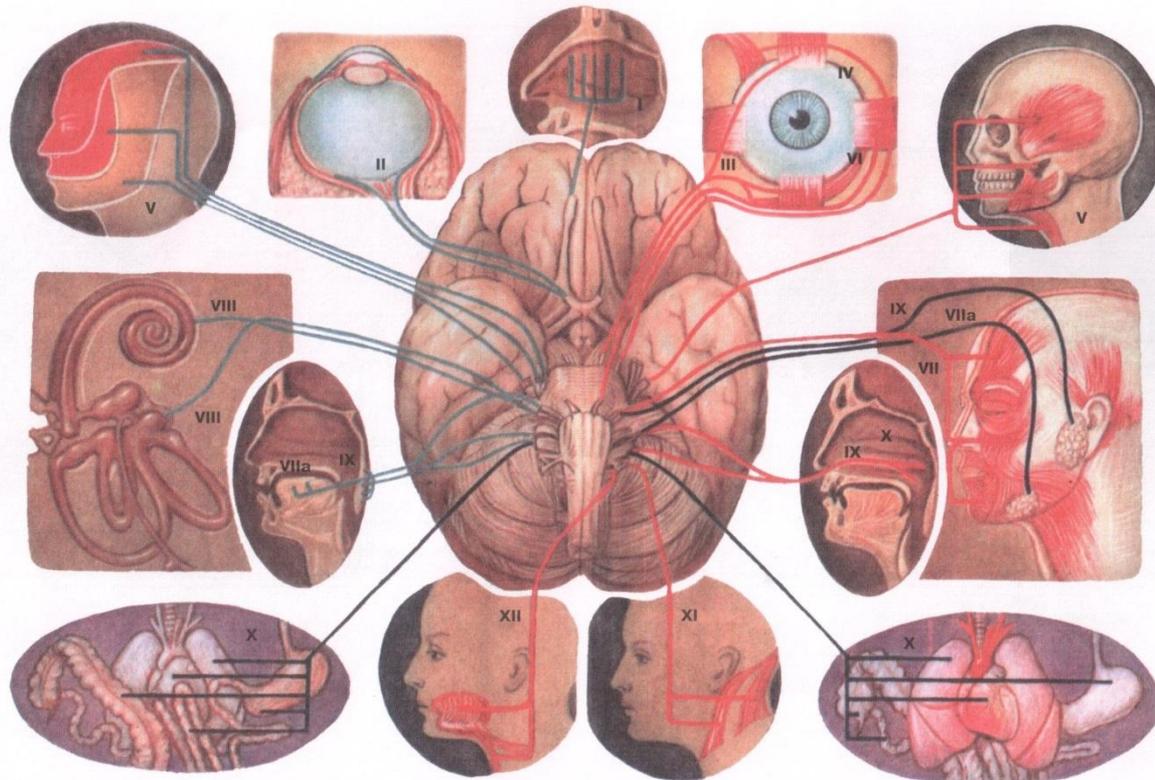
Таким образом, речевой процесс есть круговой процесс.

Речевой круг образуют три мозговых речевых центра:

- **центр Брока производит речь, управляя речевой мускулатурой,**
- **центр Вернике распознает собственную речь и речь других людей (слуховой центр речи),**
- **ассоциативный центр создает структуру фраз и предложений.**

Разрыв речевого круга в любой точке разрушает речевой процесс.

Топография черепномозговых нервов



Черепные нервы — 12 парных нервов, отходящих от головного мозга. I — обонятельный нерв (n.olfactorius); II — зрительный нерв (n.opticus); III — глазодвигательный нерв (n.oculomotorius); IV — блоковый нерв (n.trochlearis); V — тройничный нерв (n.trigeminus); VI — отводящий нерв (n.abducens); VII — лицевой нерв (n.facialis) и VIIa — промежуточный нерв (n.intermedius Wrisbergi); VIII — преддверно-улитковый нерв (n.vestibulocochlearis); IX — языкоглоточный нерв (n.glossopharyngeus); X — блуждающий нерв (n.vagus); XI — добавочный нерв (n.accessorius); XII — подъязычный нерв (n.hypoglossus). Три черепных нерва являются чувствительными (I, II, VIII); шесть — двигательными (III, IV, VI, VII, XI, XII) и три — смешанными (V, IX, X).

(По Бадалян)