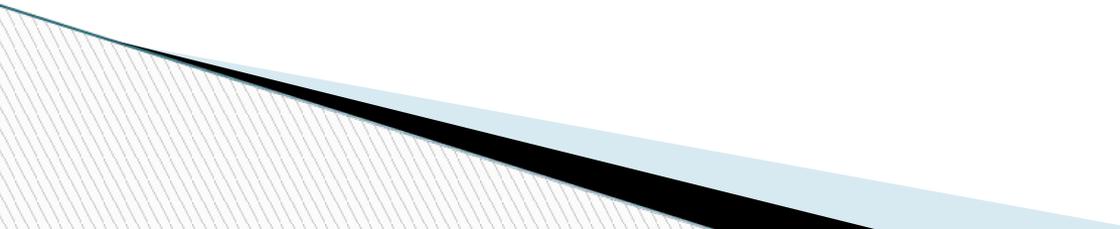
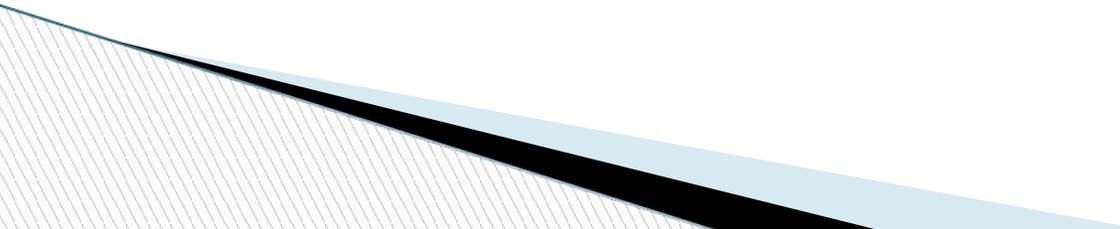


*Психологические особенности
детей с нарушениями речи*



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

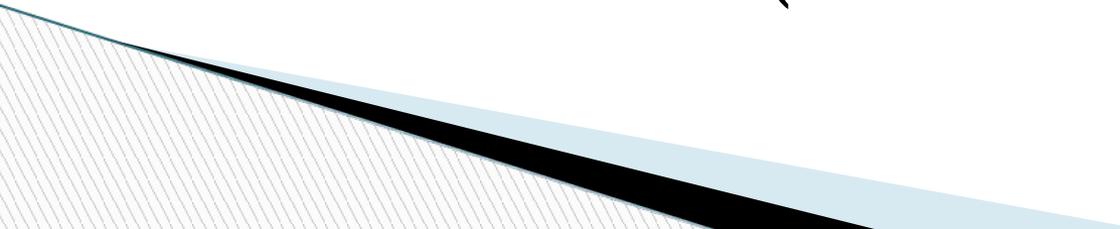
▣ **Задачи логопсихологии:**

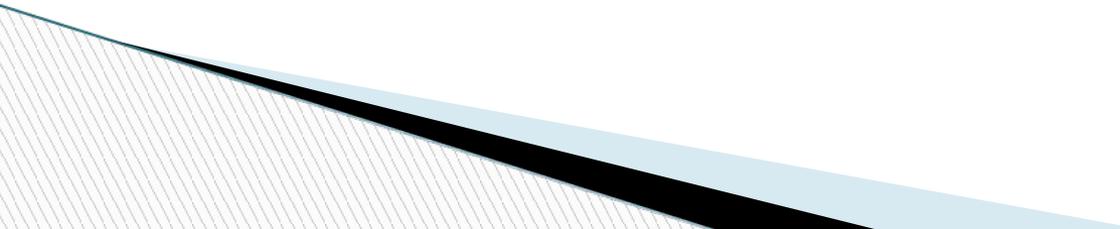
- Изучение специфики психического развития при первичных речевых нарушениях различной степени тяжести и этиологии.
 - Изучение особенностей личностного и социального развития у детей с речевой патологией.
 - Определение перспектив развития детей с нарушениями речи и эффективных средств воспитания и образования.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

Виды речи

- Речь - сложная психическая деятельность, имеющая различные виды и формы.
- Выделяют экспрессивную и импрессивную речь.
- **Экспрессивная (воспроизводимая) речь** – это высказывание с помощью языка, направленное вовне и проходящее несколько этапов: замысел – внутренняя речь – внешнее высказывание
- **Импрессивная (воспринимаемая) речь** – это процесс понимания речи (устной или письменной) окружающих, который также проходит несколько этапов: восприятие речевого сообщения – выделение информационных моментов – формирование во внутренней речи общей смысловой схемы воспринятого сообщения.

С точки зрения лингвистики в речи могут быть выделены следующие единицы:

- — фонемы (смыслоразличительные звуки речи);
 - — лексемы (слова или фразеологические словосочетания);
 - — семантические единицы (обобщения в виде системы слов, обозначающие понятия);
 - — предложения (сочетания слов, обозначающие определенную мысль);
 - — высказывания (законченные сообщения).
- 

- ▣ Выделяют 4 самостоятельные формы речевой деятельности, две из которых относятся к экспрессивной речи, а именно: **устная и письменная речь**, и две—к импрессивной— **понимание устной речи и понимание письменной речи (чтение)**.
 - ▣ **Устная речь может быть монологическая и диалогическая.**
 - ▣ **Письменная речь может быть самостоятельной или под диктовку.**
- 

К условиям формирования нормальной речи относятся: нормальная ЦНС, наличие нормального слуха и зрения и достаточный уровень активного речевого общения взрослых с ребенком.

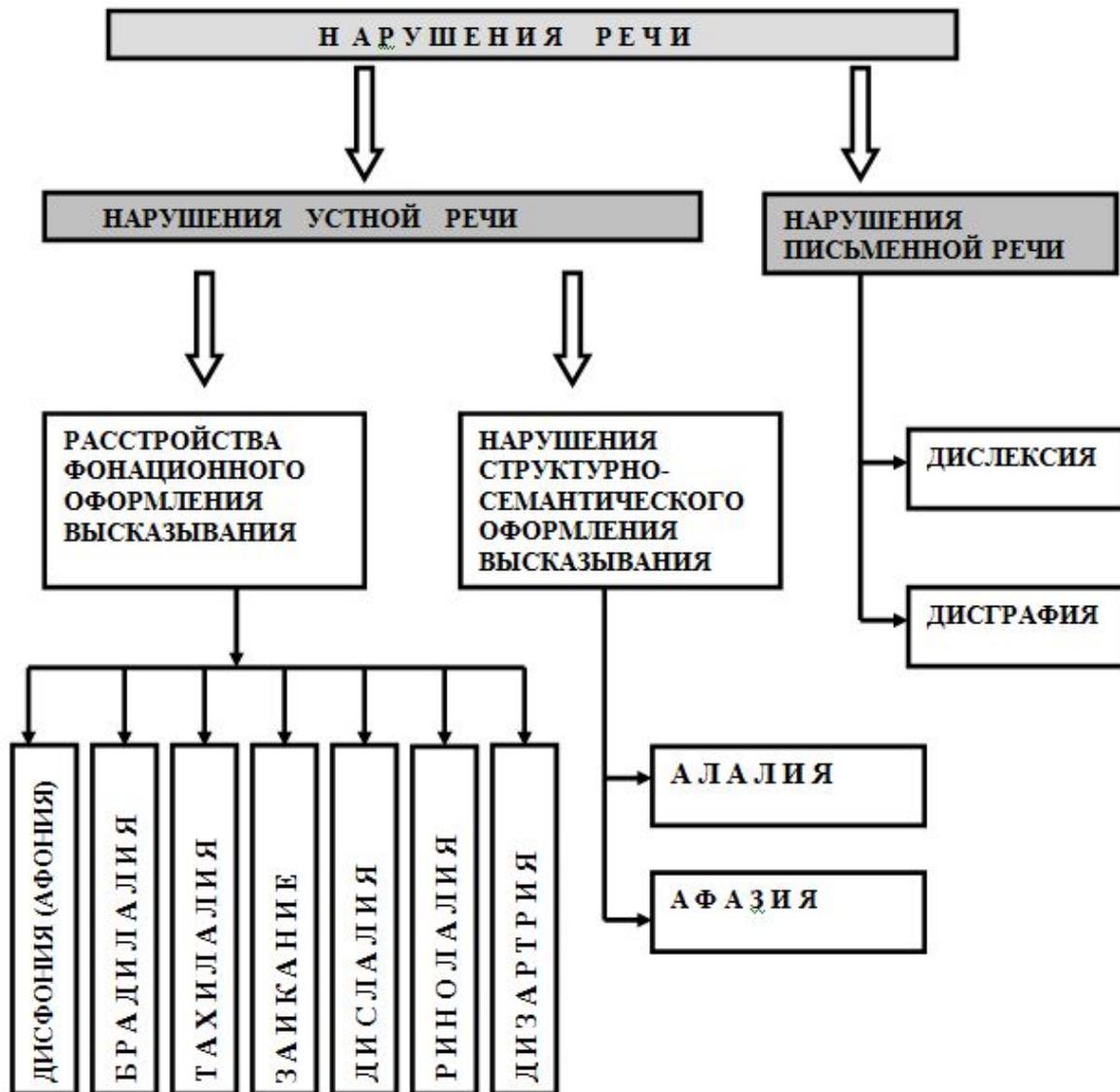
▣ **Нарушения речи** - собирательный термин для обозначения отклонений от речевой нормы, принятой в данной языковой среде, полностью или частично препятствующих речевому общению и ограничивающих возможности социальной адаптации человека. Как правило, они обусловлены отклонениями в психофизиологическом механизме речи, не соответствуют возрастной норме, самостоятельно не преодолеваются и могут оказывать влияние на психическое развитие. Для их обозначения специалистами используются различные, не всегда взаимозаменяемые термины - расстройства речи, дефекты речи, недостатки речи, недоразвитие речи, речевая патология, речевые отклонения.

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

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

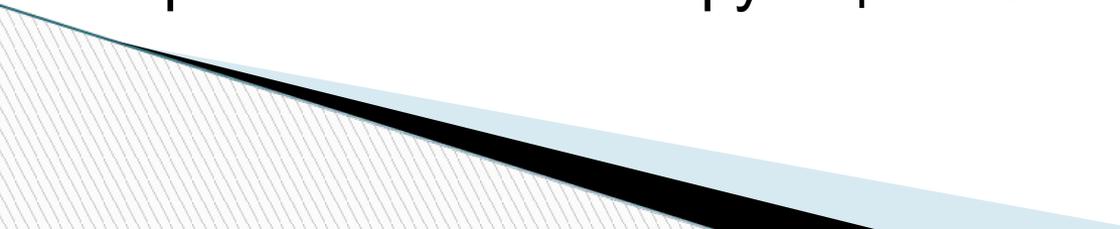
- ▣ **Социально-психологические факторы** риска связаны главным образом с психической депривацией детей. Отрицательное воздействие на речевое развитие могут оказывать необходимость усвоения ребенком младшего дошкольного возраста одновременно двух языковых систем, излишняя стимуляция речевого развития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

Клинико-педагогическая классификация нарушений речи



- 1. Дисфония (афония) — отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония), может быть обусловлена органическими или функциональными расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической локализации и возникать на любом этапе развития ребенка.

 - 2. Брадилалия — патологически замедленный темп речи. Проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы. Является центрально обусловленной, может быть органической или функциональной.

 - 3. Тахилалия — патологически ускоренный темп речи. Проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы, является центрально обусловленной, органической или функциональной.
- 

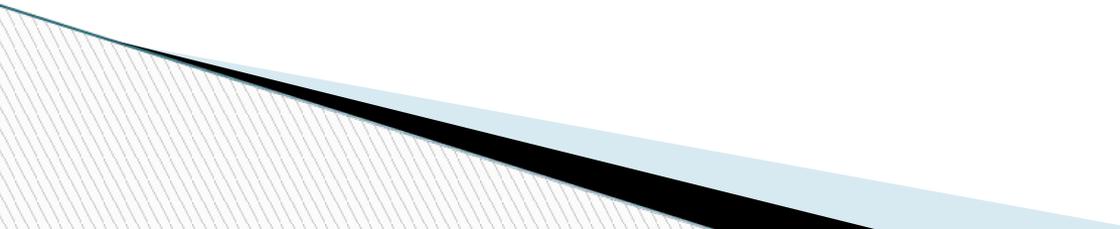
- 4. Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Является центрально обусловленным, имеет органическую или функциональную природу, возникает чаще всего в ходе речевого развития ребенка.

- 5. Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в неправильном звуковом (фонемном) оформлении речи: в искаженном (ненормированном) произнесении звуков, в заменах звуков или в их смешении.

При анатомических дефектах нарушения носят органический характер, а при их отсутствии — функциональный.

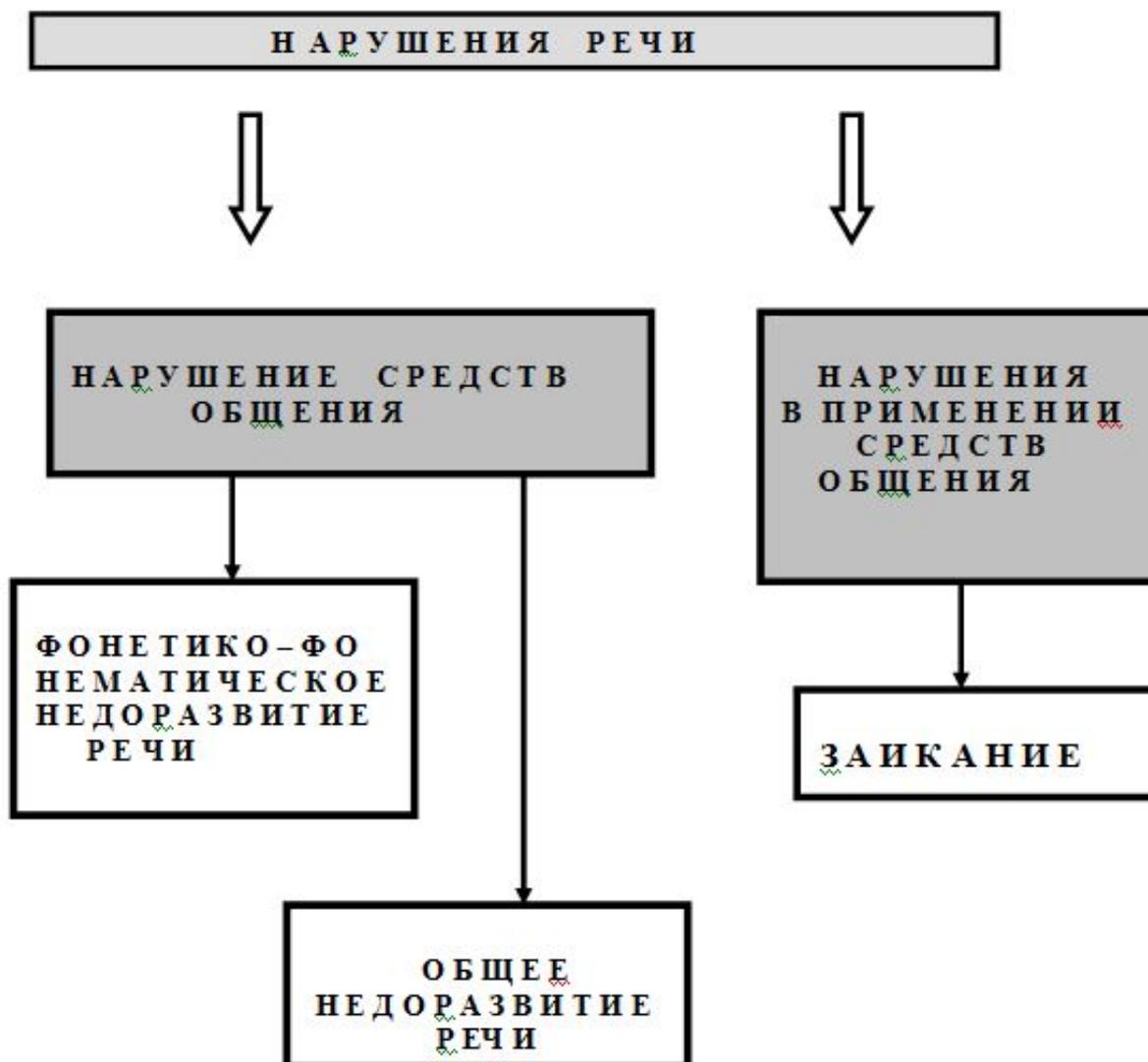
- 6. Ринолалия – нарушения тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные дефектами речевого аппарата. Проявляется в патологическом изменении тембра голоса, который оказывается избыточно назализованным, вследствие того что голосовыдыхательная струя проходит при произнесении всех звуков речи в полость носа получает резонанс. При ринолалии наблюдается искаженное произнесение всех звуков речи.

- 7. Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Наблюдаются несформированность всех звеньев сложного механизма фонационного оформления высказывания, следствием чего являются голосовые, просодические и артикуляционно-фонетические дефекты. Дизартрия является следствием органического нарушения центрального характера, приводящего к двигательным расстройствам.

- ▣ **Алалия** – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребёнка.
 - ▣ **Афазия** – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.
- 

- ▣ **Дислексия** – частичное специфическое нарушение процесса чтения.
- ▣ **Дисграфия** – частичное специфическое нарушение процесса письма.
- ▣ **Дизорфография** - стойкая и специфическая несформированность (нарушение) усвоения орфографических знаний, умений и навыков, обусловленная недоразвитием ряда неречевых и речевых психических функций, это стойкое и специфическое нарушение в усвоении и использовании морфологического и традиционного принципов орфографии, которое проявляется в разнообразных и многочисленных орфографических ошибках.

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



Зрительное восприятие

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

Слуховое восприятие

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

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

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

Кинестетическое восприятие

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

Пространственно-временные представления

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

- Отмечаются **нарушения вербализации** пространственных отношений, которые связаны как с несформированностью чувственного восприятия пространства, так и с речевым недоразвитием. Отсюда трудности понимания и порождения высказываний, содержащих лексико-грамматические средства, обозначающие пространственные отношения. Нарушается употребление предлогов и наречий, выражающих временные отношения, глаголов настоящего, прошедшего и будущего времени.
- **Недостаточно сформированны временные представления.** Даже в младшем школьном возрасте у учащихся с нарушениями речи отмечают неадекватное обозначение временных периодов, смешения слов, обозначающих времена года, дни недели, части суток, как внутри каждой категории, так и между категориями. Трудности ориентировки в последовательности временных единиц.

Внимание

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

- При **заикании** присутствуют специфические черты, обусловленные влиянием вторичной психологической симптоматики. **Отмечаются нарушения всех свойств внимания**, которые пропорциональны степени выраженности заикания. **Речевая тревога** у заикающихся оказывает **влияние** на выполнение сложных заданий.
- У детей с **дизартрией** вследствие повышенной возбудимости наблюдаются неспособность к длительному напряжению, утомляемость, особенно при интеллектуальной деятельности.
- Низкий уровень произвольного внимания обнаруживается у детей с **моторной алалией**. Страдают все основные звенья деятельности: инструкция воспринимается неточно, фрагментарно; задания выполняются с ошибками, которые не всегда самостоятельно замечаются и устраняются детьми; нарушаются все виды контроля за деятельностью. Трудным является **распределение внимания** между речью и практическим действием, что и приводит к несформированности или значительному нарушению структуры деятельности.

Память

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

- У детей со **стертой дизартрией** объем памяти таких детей незначительно отличается от показателей детей с нормальным речевым развитием. Соотношение уровней сформированности памяти различной модальности у детей этой категории не отличается от нормы: наиболее сформирована моторная память, меньше— слуховая, еще меньше - зрительная, что связано с выраженными нарушениями зрительного восприятия, слабостью пространственных представлений. Это особенно проявляется при запоминании серии геометрических фигур.
- У детей с **моторной алалией** характерно **сужение объема кратковременной зрительной и слуховой (вербальной) памяти**, с преобладанием нарушений последней. Нарушения речевого развития при моторной алалии обуславливают и расстройства опосредованной памяти.
- Для лиц с **заиканием** характерна некоторая **диффузная недостаточность кратковременной памяти**. Есть сходство структуры мнестической деятельности при заикании и неврозах — сверхтщательности, склонности предъявлять к себе дополнительные требования, неравномерности процесса запоминания.

Мышление

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

- В сфере **вербального интеллекта** у детей с недоразвитием речи выявляется **неравномерность, фрагментарность развития понятийного мышления**. Недостаточна сформированно установление **сходства и различий** предметов по существенным признакам, **понимание переносного смысла, классификации предметов, операций обобщения и аналогии**. Отмечается **наличие значительных пробелов в знаниях и представлениях детей об окружающем мире**.
- Контингент детей с **дизартрией** по уровню мыслительной деятельности крайне неоднороден. Одни из них **близки к нормально развивающимся** сверстникам, другие, составляющие большинство, отличаются **низкой познавательной активностью**, проявляющейся в отсутствии интереса к заданиям, в недостаточном уровне психического напряжения и т. д.
- Вследствие двигательных и сенсорных нарушений **недостаточно развивается наглядно - действенное и наглядно - образное мышление. Задержано формирование словесно - логического мышления**, что проявляется в трудностях установления сходства и различия между предметами, несформированности многих обобщающих понятий, в трудностях классификации предметов по существенным признакам.
- Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий, в результате чего снижена способность к запоминанию и концентрации внимания. Таким образом, у детей с дизартрией часто не формируются основные предпосылки, на которых базируется логическое мышление, что в сочетании с эмоционально - волевой незрелостью определяет структуру специфической задержки психического развития.

- У детей с **моторной алалией** развитие интеллектуальной сферы характеризуется **неравномерностью и диспропорциональностью**. Это выражается в **несоответствии уровня умственного и речевого развития** (показатели интеллектуального развития выше, чем показатели речевого), в диспропорции в развитии вербального и невербального интеллекта (невербальный интеллект по своим количественным и качественным показателям значительно превышает развитие вербального интеллекта).
- В сфере **вербального мышления у детей с моторной алалией**, при сохранности способности к усвоению всех мыслительных операций, отмечается **недостаточность обобщений**.
- Характерны и трудности реализации мыслительных процессов, требующих речевого опосредования, опоры на развернутую речевую деятельность. Отмечается несформированность рассуждений, недостаточная осознанность, доказательность мышления; трудности вербализации причинно- следственных связей при правильном их установлении и даже результата решения интеллектуальной задачи.
- Несформированность знаний, неполноценность усвоения и воспроизведения вербализованных знаний, не подкрепленных непосредственным опытом.
- **Нарушения самоорганизации деятельности**, затрагивающие преимущественно **эмоционально-волевою и мотивационную сферы**, что проявляется в отсутствии или быстрой утрате интереса к интеллектуальной деятельности. У большей части детей отмечается психофизическая расторможенность, отвлекаемость, дети быстро приступают к выполнению задания, но оценивают ситуацию поверхностно, не вникая в ее суть.

- При открытой органической врожденной ринолалии невербальное мышление сформировано в соответствии с возрастной нормой, то на уровне вербального мышления отмечается недоразвитие отдельных сторон мыслительной деятельности.
- При заикании не отмечается собственно нарушений мышления, однако психологическая симптоматика этого речевого расстройства влияет на протекание интеллектуальной деятельности. Специфические затруднения проявляются в виде неадекватных ответов: многословия, словесной бедности, тавтологии, смысловых ошибок.
- В мыслительном процессе заикающихся отчетливо прослеживается значительная эмоциональная окрашенность, склонность к сомнениям и перебору вариантов. Причина этого - повышенная неуверенность заикающихся в себе, в своих способностях.
- Умственная работоспособность зависит от эмоционального отношения к деятельности: при волнении снижаются продуктивность и качество выполнения заданий, усиливается невнимательность.

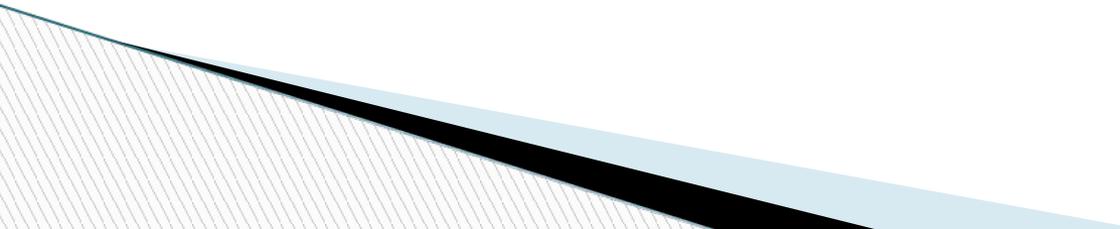
Эмоционально-личностная сфера

- ▣ Психофизиологическая реакция на речевой дефект
- ▣ Опираясь на клинические наблюдения, выделяют две группы детей с недоразвитием речи.
- ▣ *Первая группа характеризовалась повышенной возбудимостью нервной системы. Детям был свойственен повышенный фон настроения, эмоциональная лабильность, стремление к контакту с окружающими на доступном им уровне, суетливость, двигательное беспокойство, отвлекаемость во время занятий и игр, высокая эмоциональность.*
- ▣ *Для детей второй группы были характерны реакции тормозного типа. У них отмечалась однообразная форма выражения положительных и отрицательных эмоций, с трудным переходом из одного состояния в другое, чаще отрицательный фон настроения, избирательные привязанности, склонность к образованию стойких привычек, однообразные игры.*

□ **Личностная реакция на речевой дефект**

- У дошкольников с недоразвитием речи могут выявляться разной степени выраженности переживания по поводу речевого дефекта. Исследователи выделили три группы детей с недоразвитием речи в зависимости от уровня коммуникативных нарушений и степени выраженности переживания собственного речевого дефекта.
- Для детей **первой группы** характерно **отсутствие переживаний речевого дефекта**. Дети не испытывают трудностей при речевом контакте, активно взаимодействуют со взрослыми и сверстниками, при этом широко используют невербальные средства общения.
- **Дети второй группы** демонстрируют **умеренное переживание** собственного дефекта. Для дошкольников характерны некоторые трудности в установлении контакта с окружающими, у них отсутствует стремление к общению, дети избегают ситуаций, требующих использования речи. В игровых ситуациях дошкольники этой группы используют невербальные средства общения.
- У детей **третьей группы** отмечаются **выраженные переживания** по поводу речевого дефекта. Им свойственны речевой негативизм, отказ от общения, замкнутость, агрессивность, заниженная самооценка. Они избегают общения с детьми и взрослыми.

- В целом, для детей с недоразвитием речи характерна менее благоприятная картина эмоциональной сферы по сравнению с нормой. У них отмечается **сниженный эмоциональный фон, преобладание негативных переживаний, высокая степень психоэмоционального напряжения** как в дошкольном, так и в младшем школьном возрасте.
- В дошкольном возрасте у детей отмечается **повышенная тревожность**. При этом наибольший уровень тревожности выявляется в ситуациях взаимодействия со взрослыми, в меньшей степени — в ситуациях взаимодействия со сверстниками. Кроме того, для детей характерна **невыраженность установки к сопереживанию и содействию**.
- В связи с этим следует отметить, что дошкольники с недоразвитием речи испытывают трудности при идентификации эмоциональных состояний по мимике (фотографии, картинки, пиктограммы), отмечаются и трудности выражения собственных эмоциональных состояний при помощи мимических и интонационных средств.

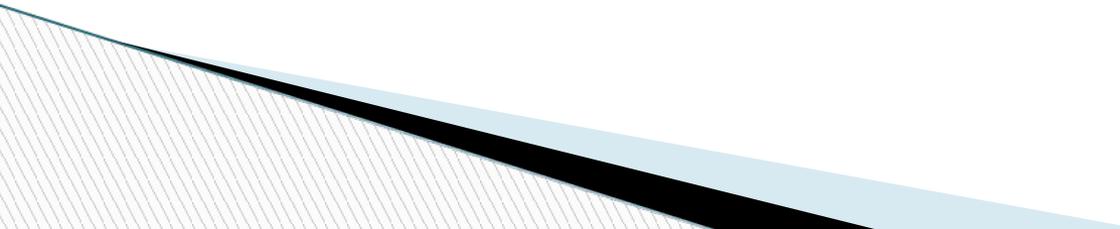
- У половины учащихся младших классов школы V вида наблюдается **пассивность, склонность к зависимости от окружающих, спонтанному поведению.**
 - Учащиеся первых классов с недоразвитием речи имеют менее уравновешенные нервные процессы, у них более выражены тормозные процессы, работоспособность снижена. У большинства детей преобладают отрицательные эмоции, повышена склонность к стрессовым состояниям.
 - Во втором классе у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессовым состояниям. Однако дети менее активны и инициативны, чем учащиеся школы общего вида.
- 

▣ Самооценка.

- ▣ Для младших школьников с недоразвитием речи, обучающихся в школе V вида, характерна **недостаточная критичность в оценке своих качеств**: дети переоценивают свои положительные и недооценивают отрицательные качества.
- ▣ Самооценка девочек с нарушениями речи почти по всем параметрам выше, чем у нормально развивающихся сверстниц, однако девочки с недоразвитием речи не считают себя здоровыми и вследствие этого в необходимой степени общительными. Мальчики с недоразвитием речи считают себя более честными, храбрыми, недрачливыми и необидчивыми, чем мальчики без речевой патологии. Однако они менее общительны и счастливы. При этом мальчики меньше, чем девочки, осознают, что причиной их необщительности является речевой дефект, у них менее выражено переживание своей ущербности.
- ▣ Иная тенденция в формировании самооценки школьников с ОНР наблюдается в том случае, **если они обучаются в школе общего вида**. У учащихся с недоразвитием речи выявляется **заниженная самооценка**, причем, если дети не получают логопедическую помощь, с возрастом проявления заниженной самооценки становятся более выраженными и устойчивыми. Для детей характерны недооценка своих реальных возможностей, повышенная самокритичность, застенчивость, боязнь неудачи при ответе в процессе учебной деятельности. Самооценка младших школьников с ОНР в целом менее дифференцирована.

- ▣ **Эмоционально-личностные нарушения при моторной алалии**
- ▣ Проявления особенностей эмоциональной сферы у дошкольников с **моторной алалией вариативны (3 группы).**
- ▣ У **первой группы** эмоциональная сфера и личностные свойства **сохранны**; отдельные особенности не выходят за пределы нормы.
- ▣ Для детей **второй группы** характерна **повышенная возбудимость**, гиперактивность, суетливость, двигательное беспокойство низкая концентрация внимания и отвлекаемость почти постоянно радостное настроение (у некоторых — эмоциональная лабильность), выраженное стремление к контактам, многоречивость, отсутствие переживания своего дефекта.
- ▣ Для детей третьей группы типична **повышенная тормозимость**, снижение активности, неуверенность в себе, замкнутость моторная скованность избегание контактов (чаще с незнакомыми людьми), речевой негативизм или предельное ограничение речи (особенно в новой обстановке), нередко не соответствующее степени нарушения языковой системы выраженное переживание языкового расстройства.
- ▣ У некоторых детей перечисленные отрицательные черты ярко выявляются только в определенных, трудных для них ситуациях.

- У детей с **дизартрией** эмоционально - волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. Одни склонны к раздражительности, двигательльно беспокойны, часто проявляют грубость, непослушание, другие заторможены, пугливы, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменению обстановки.
- Большинство детей характеризуются малой инициативностью, зависимостью от окружающих, у некоторых недостаточно развито чувство дистанции. Характерологические и патохарактерологические реакции носят характер протеста, отказа. Неуверенные в себе, обидчивые они часто плохо уживаются в кругу нормально говорящих сверстников, замыкаются в себе.

- **Нарушения в эмоционально-личностной сферы при заикании**
 - **К внутренним психологическим симптомам заикания относятся следующие.**
 - **■ логофобия** — патологическая личностная реакция на речевой дефект в виде боязни речевого общения;
 - • **доминирующие мысли о заикании;**
 - • **сопутствующие действия или ритуалы, уловки, защитные приемы, которые заикающиеся производят намеренно, осознанно, с целью сокрытия заикания.** Уловки и ритуалы носят речевой и двигательный характер.
- 

□ Фиксированность на дефекте.

1. Нулевая степень фиксированности (чаще всего — у детей дошкольного возраста): заикающиеся не испытывают ущемления от сознания дефекта либо вовсе не замечают его. Отсутствуют элементы стеснения, обидчивости за свою неправильную речь, какие-либо попытки к преодолению дефекта.
- 2. Умеренная степень фиксированности (чаще всего — у подростков)- заикающиеся переживают свой дефект, стесняются его, скрывают, прибегают к различным уловкам, стараются меньше общаться. Они знают о своем заикании, испытывают от этого ряд неудобств, стараются замаскировать свой недостаток.
- 3. Выраженная степень фиксированности (чаще всего — у подростков и в юношеском возрасте): у заикающихся переживания по поводу дефекта выливаются в постоянное тягостное чувство, когда каждый поступок осмысливается через призму речевой неполноценности. Они концентрируют внимание на речевых неудачах, глубоко переживают их, для них характерен уход в болезнь, болезненная мнительность, страх перед речью, людьми, ситуациями и пр.

▣ Общие личностные особенности заикающихся

- ▣ Эмоциональная сфера более сохранна у детей с **функциональным заиканием и девочек**, чем у детей с органическим заиканием и мальчиков.
- ▣ Заикающиеся мальчики более агрессивны, чем их нормально говорящие сверстники. Но мальчики более адекватны в защитных реакциях и более самодостаточны.
- ▣ У семилетних детей преобладают **реакции негативизма, протеста, агрессии, которые сопровождаются аффективными переживаниями.**
- ▣ Если у заикающегося повышена самооценка, то его поведение в конфликтных ситуациях выражается чрезмерно активно, агрессивно. У заикающихся с заниженной самооценкой стремление к самоутверждению в конфликтных ситуациях выражается в форме пассивного протеста, скрытой агрессии, негативизма.
- ▣ В подростковом возрасте у заикающихся наблюдается **усиление общеневротических нарушений, болезненных реакций личности, вплоть до развития депрессивных реакций.**
- ▣ *Во взрослом возрасте* у заикающихся проявления феномена фиксированности на дефекте менее подвержены внешним влияниям.

- Формирование нарушений эмоционально-личностной сферы при **открытой ринолалии** связано с переживаниями по поводу патологии речи и голоса, а также с переживаниями по поводу деформаций лица.
- В большинстве случаев **осознание имеющихся нарушений речи и особенностей внешности** у детей с ринолалией происходит **в старшем дошкольном возрасте** при поступлении в дошкольные образовательные учреждения.
- У детей и подростков с ринолалией постоянная психогенная травматизация, медицинское вмешательство, негативный эмоциональный опыт нарушают нормальное социальное и эмоциональное развитие. Это отражается в неравномерном развитии эмоционально-оценочной сферы, усилении с возрастом субъективного негативного отношения к собственной личности и социуму.
- В школьном возрасте глубина переживаний по поводу дефекта речи и внешности во многом **зависит от успеваемости ребенка**, являющейся формальным критерием его "полноценности".

- Расстройства эмоционально-личностной сферы при **нарушениях голоса** отличаются высоким разнообразием, что обусловлено вариативностью этиопатогенеза расстройств голосовой функции, возрастными особенностями пациентов, значимостью голоса для процессов коммуникации и профессиональной деятельности.
- У детей, перенесших заболевание в **младшем возрасте**, эмоционально-волевая сфера **оказывается более нарушенной**; с возрастом у этих детей углубляются переживания по поводу речевого дефекта, у них отмечается избирательность в общении, ограничение круга общения, отказ от вербальной коммуникации со сверстниками и в процессе учебной деятельности.

- Группы детей по характеру и степени выраженности эмоционально-личностных нарушений.
- ***К I группе отнесены дети с наиболее выраженными нарушениями эмоционально-волевой сферы.*** Они ослаблены физически, угнетены болезнью, протекающей с серьезными осложнениями. У них отсутствует воля к выздоровлению. Они неуравновешенны, с повышенной раздражимостью, со склонностью к аффективным вспышкам, капризам, плаксивости.
- ***Во II группу вошли дети, которых не угнетает болезнь и отсутствие голоса.*** Они безразлично относятся к своему состоянию, нет стремления выздороветь. Эти больные недисциплинированы, к себе некритичны. В контакт вступают обычно легко, добродушны, настроение устойчивое, бодрое.
- ***III группу составили дети, у которых при психолого-педагогическом обследовании не обнаружено значительных изменений в эмоционально-личностной сфере.*** Они терпеливо относятся к медицинским манипуляциям, отличаются уравновешенностью настроения, контактностью, дисциплинированностью, критическим отношением к своему дефекту, интересом к логопедическим занятиям и страстным желанием выздороветь и восстановить голос.

Воображение

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