

Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение
детский сад комбинированного вида №49 города Ставрополя «ФЕЯ»

Консультация для педагогов:

**«СТРУКТУРА И СИМПТОМАТИКА
ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА»**

Подготовила:
учитель-логопед
Семернина Наталья Игоревна

г. Ставрополь, 2023

В отечественной логопедии под термином общее недоразвитие речи (ОНР) понимается такая патология речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, которая характеризуется нарушением формирования всех компонентов речевой системы [Левина, Никашина, 1968].

Основными признаками ОНР в дошкольном возрасте являются позднее начало речи, замедленный темп, своеобразный ход ее развития, ограниченный запас слов, достаточно стойкие трудности в формировании грамматического строя речи, дефекты произношения и звукового анализа. Связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает ряд специфических особенностей. У детей с ОНР задерживается формирование сенсорных и двигательных функций, оптико-пространственных представлений, для них характерен низкий уровень развития основных свойств внимания: отмечается недостаточная его устойчивость, переключаемость, объем; страдают все виды памяти: слуховая, зрительная, моторная. При относительно сохранной смысловой и логической заметно снижены вербальная память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми. В ряде случаев низкая активность припоминания сочетается с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности. Обладая, в общем, полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, отмечается ригидность мышления.

Клинико-психолого-педагогические исследования показали, что эта группа детей крайне неоднородна не только по степени выраженности речевого дефекта, но и по его структуре и механизмам возникновения; неполноценная речевая деятельность негативно отражается на формировании сенсорной, интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы. В 50—60-х годах XX века сторонниками феноменологического подхода (Р.Е. Левиной, Н.А. Никашиной, Л.Ф. Спириной и др.) был выработан единый педагогический подход к разнородным по своей этиологии проявлениям недоразвития детской речи и решен вопрос о структуре различных форм патологии речи в зависимости от состояния речевой системы. Это позволило представить картину аномального развития ребенка по ряду параметров, отражающих состояние языковых средств и коммуникативных процессов. В зависимости от выраженности речевого дефекта были выделены три уровня речевого развития [Левина, Никашина, 1968].

1 уровень речевого развития. Ребенок не владеет общеупотребительными средствами общения. Для выражения просьбы, мысли дети прибегают к мимике и жестам, отдельным лепетным комбинациям и звукоподражаниям. Пассивный словарь шире активного, однако, логопедическое обследование выявляет недостатки импрессивной речи (трудности ориентации в обращенном словесном материале, непонимание вопросов косвенных падежей, значений предлогов, грамматических форм слов). Ярко выражена ограниченность способности восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова. Звуковая сторона речи характеризуется фонетической неопределенностью. Произношение звуков носит диффузный характер, что обусловлено неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями слухового распознавания фонем. Для так называемого «безречевого» ребенка или ребенка с лепетной речью задача выделения отдельных звуков в мотивационном и познавательном отношении непонятна и невыполнима.

2 уровень — начало развития фразовой речи. Активный словарь состоит из искаженного, значительно отстающего от возрастной нормы, но уже постоянного запаса общеупотребительных слов. Наблюдаются трудности понимания и употребления предложных конструкций, а также грубые аграмматизмы. Морфологические элементы постепенно приобретают смыслоразличительное значение. Фонетическая сторона характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений [Методы обследования речи детей, 2003]. Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи. Сохраняются нарушения в звукослоговой структуре: перестановка слогов, звуков, замена и уподобление слогов, многосложные слова редуцируются. Недостаточность фонематического восприятия проявляется в несформированности процессов дифференциации звуков различной контрастности.

3 уровень — появление бытовой фразы. Понимание речи значительно развивается и приближается к возрастной норме. Сохраняются элементы лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Отмечается недостаточное понимание изменений значений слов, выражаемых приставками, суффиксами. Наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения. На фоне

относительно развернутой речи выявляются неточности употребления многих лексических значений, аграмматизмы, упрощение слоговой структуры слов, недифференцированное произнесение звуков (в основном свистящих, шипящих, аффрикат и соноров). Дети не умеют пользоваться способами словообразования, с трудом овладевают звуковым анализом и синтезом. В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции.

Практическое изучение групп детей с общим недоразвитием речи раскрыло многообразие клинических проявлений этого диагноза. Условно можно выделить три группы [Жукова, Мастюкова, Филичева, 1990].

У детей первой группы выявляются признаки общего недоразвития речи без других выраженных нарушений нервно-психической деятельности, поражения центральной нервной системы отсутствуют. В одной трети случаев анамнез содержит сведения о токсикозе второй половины беременности, что приводит к осложнениям в пренатальный и натальный периоды, соматической ослабленности ребенка в первые месяцы и годы жизни. В психическом облике этих детей отмечаются отдельные черты общей эмоциональной незрелости, слабая регуляция произвольной деятельности. Дизонтогенетический вариант общего недоразвития речи подтверждает наличие малых неврологических дисфункций: нарушение регуляции мышечного тонуса, недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук, несформированность кинетического и динамического праксиса.

У детей второй группы общее недоразвитие речи сочетается с рядом таких неврологических и психопатологических синдромов, как гипертензионно-гидроцефальный синдром, характеризующийся повышенным внутричерепным давлением, церебрастенический синдром, проявляющийся в виде повышения нервно-психической истощаемости и эмоциональной неустойчивости, синдромы двигательных расстройств. При таком осложненном варианте общего недоразвития речи церебрально-органического генеза у детей отмечается моторная неловкость, трудности переключения с одного движения на другое. Автоматизированное выполнение простых ритмов, других двигательных заданий становится невозможным. Наблюдается нарушение общего и орального праксиса, недостаточность фонематического восприятия. Незрелость эмоционально-волевой сферы сочетается с низкой умственной работоспособностью и эмоциональной лабильностью. Деятельность таких детей периодически может носить непродуктивный характер.

У детей третьей группы наблюдается стойкое, специфическое речевое недоразвитие системного характера, которое клинически обозначается как моторная алалия — отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Характерным признаком моторной алалии является выраженное недоразвитие всех сторон речи. Резкое снижение возможностей самостоятельных высказываний проявляется на фоне относительно сохранного понимания речи. Речевая активность у таких детей крайне низкая, из форм общения с окружающими для них предпочтительнее мимика и жесты. Более всего страдает фразовая речь. В норме усвоение родного языка возникает непроизвольно в процессе речевого общения, имеет неосознанный, эмоциональный характер и играет важную роль в гармоничном развитии ребенка. При моторной алалии происходит дезавтоматизация речевого процесса, недоразвитие динамического стереотипа речевой деятельности, что обуславливает формирование патологического типа лингвистического поведения, основным дефектом которого является несформированность произвольной речевой деятельности. Кроме специфического речевого дефекта у многих детей с моторной алалией отмечаются нарушения неречевых функций (затрудненность формирования познавательной деятельности, недоразвитие общей и мелкой моторики, неврологические и психопатологические отклонения, в том числе поведенческий негативизм и т. д.) [Ковшиков, 2001].

Патогенетический анализ структуры дефекта крайне важен при отборе детей в специализированные учреждения и их дальнейшем обучении. Данный подход предполагает уточнение структуры первичного речевого дефекта и отграничение речевой патологии от внешне сходных различных аномалий познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы (отграничение ОНР от ЗПР, легких форм умственной отсталости, текущих нервно-психических заболеваний, приводящих к недоразвитию речи, своеобразного психического развития по типу раннего детского аутизма) [Мастюкова, 1997].