http://sdo.gaps.edu.ru/theme/image.php/mgaps/core/1449418719/spacer

Виды речевых нарушений и их коррекция

|  |  |
| --- | --- |
| ***Форма дислалии*** | ***Характеристика*** |
| *Акустико-фонематическая* | К ней относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные избирательной несформированностью операций переработки фонем по их акустическим параметрам в сенсорном звене механизма восприятия речи. К таким операциям относятся опознания, узнавания, сличения акустических признаков звуков и принятие решения о фонеме.  В основе нарушения лежит недостаточнаясформированность фонематического слуха, назначением которого является узнавание и различение входящих в состав слова фонем. При этом нарушении система фонем оказывается у ребенка не полностью сформированной (редуцированной) по своему составу. Ребенок не опознает тот или другой акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. Вследствие этого при восприятии речи происходит уподобление одной фонемы другой на основе общности большинства признаков. В связи с неопознанием того или другого признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному восприятию слов *(гора*— «кора», *жук*— «щук», *рыба*— «лыба»). Эти недостатки мешают правильно воспринимать речь как самому говорящему, так и слушающему.  Неразличение, ведущее к отождествлению, уподоблению, наблюдается при дислалии преимущественно в отношении фонем с одномерными акустическими различиями. Например, в отношении шумных фонем, различающихся по признаку глухости-звонкости, некоторых сонорных фонем (р — л) и некоторых других. В тех случаях, когда тот или иной акустический признак является дифференциальным для группы звуков, например глухость-звонкость, дефектным оказывается восприятие всей группы. Например, звонких, шумных, которые воспринимаются и воспроизводятся как парные им глухие *(ж*— *щ, д*— т, г — к, *з*— *с*и т. д.). В ряде случаев нарушенным оказывается противопоставление в группе взрывных или сонорных согласных.  При акустико-фонематическойдислалии у ребенка нет нарушений слуха. Дефект сводится к тому, что у него избирательно не формируется функция слухового различения некоторых фонем.  От акустико-фонематической дислалии следует отличать более грубые нарушения, распространяющиеся на перцептивный и смысловой уровни процессов восприятия речи и приводящие к ее недоразвитию. |
| *Артикуляторно-фонетическая* | К этой форме относятся дефекты, обусловленные несформированностью операций отбора фонем по их артикуляторным параметрам в моторном звене производства речи. Выделяют два основных варианта нарушений. При первом — артикуляторная база оказывается не полностью сформированной, редуцированной. При выборе фонем вместо нужного звука (отсутствующего у ребенка) отбирается звук, близкий к нему по набору артикуляционных признаков. Отмечается явление субституции, или замены одного звука другим. В роли заменителя выступает звук более простой по артикуляции.  При втором варианте нарушения артикуляторная база оказывается полностью сформированной. Усвоены все артикуляторные позиции, необходимые для производства звуков, но при отборе звуков принимается неправильное решение, вследствие чего звуковой облик слова становится неустойчивым (ребенок может произнести слова правильно и неправильно). Это приводит к смешениям звуков в силу их недостаточной дифференциации, к неоправданному их употреблению.  Замены и смешения при этой форме дислалии осуществляются на основе артикуляционной близости звуков. Но, как и в предыдущей группе нарушений, эти явления наблюдаются преимущественно между звуками или классами звуков, различающихся по одному из признаков: свистящими и шипящими *с*— *ш, з — ж (крыса*— «крыша»), между взрывными шумными переднеязычными и заднеязычными *т*— *к, д*— г *(Толя*— «Коля», *гол*— «дол»), между парными по артикуляции язычными твердыми и мягкими фонемами *с*— *с, л*— *л, т*— *т (сад*— «сядь», *лук*— «люк», *тук*— «тюк») и др. Эти явления могут наблюдаться среди звуков, одинаковых по способу образования, между аффрикатами if и ч («курича» — *курица,*«крицать» — *кричать),*сонорами *р*и *л*(«лыба» — *рыба,*«рапа» — *лапа).*  При этой форме дислалии фонематическое восприятие у ребенка чаще всего сформировано полностью. Он различает все фонемы, узнает слова, в том числе и слова-паронимы. Ребенок осознает свой дефект и пытается преодолеть его. Во многих случаях такая самокоррекция под управлением слухового контроля проходит успешно. Об этом свидетельствуют некоторые сопоставительные данные о распространенности смешений и замен звуков на разных возрастных этапах развития детей. Например, замены *р*— л в 5 лет составляют 42% всех нарушений звука р, в 6 лет — 34% , в 7 лет — 18% , в 8—9 лет — 18%; замены *л*— *р*в 5 лет составляют 9%, в 6 лет — 5%, в 7 лет и последующие годы не наблюдаются; замены *ш*— *с, ж*— *з в 5*лет составляют 50% всех нарушений шипящих, в последующие годы — 23—26% (Данные М. А. Александровской). Тенденция к преодолению замен и смешений звуков у детей в процессе их развития отмечается в работах многих исследователей (А. Н. Гвоздева, В. И. Бельтюкова, О. В. Правдиной и др.). Вместе с тем авторы отмечают, что полного преодоления недостатков достигают не все дети. Среди учащихся общеобразовательной школы (I—II классы) недостатки произношения фонематического порядка составляют не менее 15%. К концу обучения в начальном звене они встречаются единично.  Дефектное произношение при этой форме дислалии обусловлено не собственно моторными нарушениями, а нарушением операций отбора фонем по их артикуляторным признакам. Ребенок справляется с заданиями на имитацию сложных неречевых звуков, требующих для своей реализации определенных укладов речевых органов; нередко производит более сложные в моторном отношении звуки и заменяет ими отсутствующие, наиболее простые по артикуляции звуки. |
| *Артикуляторно-фонематическая* | К этой форме относятся дефекты звукового оформления речи, обусловленные неправильно сформировавшимися артикуляторными позициями.  Звуки произносятся ненормированно, искаженно для фонетической системы данного языка, которая у ребенка при этой форме дислалии сформирована, но фонемы реализуются в непривычных вариантах (аллофонах). Чаще всего неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному. Слушающий без особых затруднений соотносит этот вариант произнесения с определенной фонемой.  Наблюдается и другой тип искажения, при котором звук не опознается. В таких случаях говорят о пропуске, элизии звука. Случай пропусков звуков при этой форме дислалии — явление редкое (чаще встречается при других, более грубых дефектах, например, при алалии). При дислалии аналог звука, сугубо индивидуальный по своему акустическому эффекту, выполняет в речевой системе ребенка ту же фонематическую функцию, что и нормированный звук.  Нарушаются не все звуки: так, при различных индивидуальных особенностях произнесения акустический эффект при произнесении губных (взрывных и сонорных) согласных, а также переднеязычных взрывных и сонорных согласных оказывается в пределах нормы. Почти не встречаются искажения губно-зубных *ф*—*ф, в*— *в.*  Основную группу звуков, в которой наблюдается искаженное произношение, составляют переднеязычные не взрывные согласные. Реже наблюдается дефектное произнесение заднеязычных взрывных согласных и среднеязычного.  Переднеязычные не взрывные согласные представляют собой сложные по артикуляции звуки, овладение их правильным укладом требует тонких дифференцированных движений. При произношении ребенок не может опереться на те движения, которые у него сформировались ранее в связи с биологическими актами, например, при овладении губными согласными или взрывными переднеязычными. Эти звуки формируются у него позже других, потому что он должен овладеть новыми комплексами движений, предназначенных для произношения.  В ходе освоения произносительных умений и навыков ребенок под управлением своего слуха постепенно нащупывает те артикуляционные позиции, которые соответствуют нормальному акустическому эффекту. Эти позиции записываются в памяти ребенка и в дальнейшем воспроизводятся по мере необходимости. При нахождении правильных укладов ребенок должен научиться различать уклады, близкие в произношении звуков, и выработать комплекс речедвижений, необходимых для воспроизводства звуков (Ф. Ф. Pay). Процесс выработки речедвижений сопряжен со специфическими трудностями, так как в качестве промежуточных звеньев выступают адекватные и неадекватные звуки, которые в русском языке не несут смыслоразличительной функции. В ряде случаев такой промежуточный для развития произношения звук-заменитель, близкий к нужному звуку по акустическому эффекту, начинает приобретать смыслоразличительную (фонематическую) функцию. Он принимается фонетическим слухом ребенка как нормированный. Его артикуляция закрепляется. В дальнейшем звук обычно не поддается самокоррекции вследствие инертности артикуляторных навыков. Эти дефекты, в отличие от дефектов предшествующих групп, имеют тенденцию к закреплению.  Для обозначения искаженного произношения звуков используются международные термины, образованные от названий букв греческого алфавита с помощью суффикса ***-изм:*ротацизм**— дефект произношения ***р***и ***р***,**ламбдацизм — л**и***л,*сигматизм**— свистящих и шипящих звуков, **йотацизм — йот**(j), **каппацизм — к**и**к, гаммацизм — г**и**г, хитизм**— ***х***и ***х.***В тех случаях, когда отмечается замена звука, то к названию дефекта прибавляют приставку ***пара-:*параротацизм, парасигматизм и др.**  Группировка дефектов произношения и термины, которыми они обозначаются, не подходят для описания нарушений русской произносительной системы. Например, для обозначения нарушении заднеязычных согласных излишни два термина, но они уместны для тех языков, в которых гик оказываются различными по способу образования. Для характеристики ряда согласных эта система недостаточна: нет названия для дефектов фрикативных шипящих *ш*и ж, для дефектов аффрикат. Так как в фонетической системе греческого языка не было подобных звуков, не оказалось и соответствующих названий. В связи с этим условно были объединены в группу сигматизмов, кроме дефектов произношения свистящих, и дефекты других звуков — фрикативных шипящих и аффрикат.  Для искаженного нарушения произношения характерно то, что в большинстве своем однородный дефект наблюдается в группах звуков, близких по артикуляционным признакам. Например, в паре глухих-звонких звуков искажение оказывается одинаковым: *з*нарушается так же, как *с, ж*как *ш.*Это же относится к парам по твердости-мягкости: *с*нарушается как *с.*Исключение составляют звуки *р*и *р л*и *л:*твердые и мягкие нарушаются по-разному. Могут нарушаться твердые, а мягкие оказаться не нарушенными. |

***2.****Заполните таблицу «Симптоматика различных видов ринолалии*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Форма ринолалии*** | ***Характеристика*** |
| *Органичес­кая открытая ринолалия* | Открытая ринолалия Характеризуется искажением тембра голоса и звукопроизношения при недостаточном смыкании небно-глоточного затвора, между мягким небом и стенкой глотки остается большая щель, воздух попадает в нос. Все ротовые звуки приобретают носовой оттенок, особенно страдают гласные «И», «У», при произнесении которых ротовая полость максимально сужена. Изменяется тембр и при производстве согласных звуков. Шипящие и фрикативные – приобретают хриплое звучание. Взрывные («П», «Б», «Д», «Т», «Г», «К») звучат нечетко с назальным оттенком, так как в ротовой полости отсутствует необходимое давление. Воздушная струя во рту настолько слаба, что не позволяет вибрировать кончику языка, поэтому страдает произнесение «Р» (в нос). Открытаяринолалия может быть органической и функциональной.    **Органическая**, в свою очередь, может быть врожденной или приобретенной, вследствие вышеуказанных причин.При органической ринолалии обязательно есть расщелины губы, мягкого, твердого неба или их сочетание. Анатомическое повреждение органов артикуляции исключают изоляцию носовой и ротовой полости, что приводит к расстройству верхней части периферического речедвигательного анализатора. |
| *Функциональ­ная открытая ринола­лия* | *с*ледствие частых заболеваний глотки, в результате которых мышцы мягкого неба становятся вялыми. При этом состояние функции небно-глоточного аппарата остается в норме. Один из видов функциональной формы – **привычная открытая ринолалия**, возникает после удаления аденоидов или при длительной неподвижности мягкого неба. При этом нарушается звукопроизношение гласных звуков. |
| *Закрытая функциональ­ная ринола­лия* | Носоглоточный затвор остается закрытым вследствие органического повреждения в носовой полости или в функционировании небно-глоточного смыкания. Физиологический носовой резонанс понижен. При произнесении звуков «М», «Н», и их мягких вариантов струя выдыхаемого воздуха, не попадая в нос, проникает в ротовую полость, и звуки начинают звучать как ротовые «Б», «Д». Исчезает дифференциация звуков по принципу назальный-неназальный, что отражается на разборчивости речи. часто встречается у детей, но диагноз ставится редко. Проходимость носовой полости хорошая, дыхание не нарушено, но тембр носовых согласных и гласных звуков искажен, в связи с тем, что мягкое небо, поднимаясь слишком высоко, закрывает проход к носоглотке при фонации. Частой причиной являются невротические расстройства у детей. |
| *Закрытая ор­ганическая ринолалия* | При этой форме речевой дефект обусловлен анатомическими нарушениями в области носа, зева, носоглотки и в зависимости от того, где расположены эти анатомические дефекты она подразделяется на переднюю и заднюю. |

***3.****Заполните таблицу «Дифференциальная характеристика клинических форм дизартрии»*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Форма*** | ***Характеристика*** |
| *Бульбарная дизартрия* | Одностороннее (безразлично, право- или левостороннее) или двустороннее поражение периферических двигательных невронов (тройничного, лицевого, языко-глоточного, блуждающего и подъязычного).  Патогенез (особенности двигательных расстройств). Избирательные вялые, преимущественно право- или левосторонние параличи мышц речевого аппарата (языка, губ, мягкого нёба и глотки, гортани, поднимающих нижнюю челюсть, дыхательных). Атрофии этих мышц, их атония (язык вялый, дряблый). Снижены или отсутствуют глоточный и нижнечелюстной рефлексы. Расстройства любых непроизвольных и произвольных движений в соответствующих группах мышц.  Клинические симптомы. Голос слабый, глухой, истощающийся. Гласные и звонкие согласные звуки оглушены. Тембр речи изменен по типу открытой гнусавости. Артикуляция гласных приближена к нейтральному гласному звуку. Артикуляция согласных упрощена. Смычные согласные и вибрант /р/ заменяются соответствующими щелевыми. Характер щели у щелевых звуков тоже упрощается. В результате в речи доминируют глухие плоскощелевые звуки. Нередки избирательные расстройства артикуляции в соответствии с избирательным распределением вялых парезов. Речь замедленна, резко утомляет больного. Бульбарная дизартрия встречается только во взрослом возрасте. |
| *Подкорковая дизартрия* | Характер поражения мозга. Различные поражения подкорковых ядер мозга и их нервных связей.  Патогенез (особенности двигательных расстройств). Экстрапирамидные расстройства мышечного тонуса в виде гипертонии, гипотонии или дистонии. Насильственные движения (гиперкинезы) в мышцах речевого аппарата в виде дрожания (например, интонационный тремор), медленных червеобразных сокращений мышц (например, при двойном атетозе), быстрых внезапных сокращений разных мышечных групп (например, при хорее), быстрых ритмических сокращений одних и тех же мышц (например, при миоклонии).  Клинические симптомы. Расстройства произношения чрезвычайно разнообразны, часто непостоянны. Голос бывает напряженным, резким, хриплым, колеблющимся в тембре и громкости. Иногда голос в процессе речи затухает и переходит в шепот. Иногда артикуляция гласных бывает нарушена больше, чем согласных. Отдельные слова и звуки могут произноситься правильно, но в момент гиперкинеза они оказываются резко искаженными и невнятными. Как правило, расстраиваются темп, ритм и мелодика речи. Больной замечает свои расстройства артикуляции. |
| *Мозжечковая дизартрия* | Характер поражения мозга. Встречается при поражении мозжечка и его связей с другими структурами мозга.  Патогенез и клинические симптомы. Отмечается выраженная асинхронность между дыханием, фонацией и артикуляцией. Вследствие этого речь замедлена по темпу, толчкообразная, с нарушенной модуляцией ударения, с затуханием голоса к концу фразы, то есть скандированная речь. Вследствие гипотонии движения артикуляционных органов воспроизводятся и удерживаются с трудом. В результате этого в фонетическом отношении нарушены звуки, которые требуют достаточно четких, дифференцированных движений и достаточной силы мышечных сокращений: сложные переднеязычные звуки, аффрикаты, смычные звуки. Развивается симптом открытой гнусавости. Просодические нарушения более выражены. |
| *Корковая дизартрия* | **Кинестетическая постцентральная корковая дизартрия.**  Характер поражения мозга. Одностороннее поражение постцентральных полей коры (их нижних отделов) доминантного, обычно левого полушария мозга.  Патогенез. Апраксия кинестетического типа. Распад кинестетических обобщенных схем артикуляции шумовых признаков звуков в структуре слога с трудностями различения соответствующих артикуляционных укладов.  Клинические симптомы. Голос и тембр речи не расстроены. В процессе речи заменяются шумовые признаки звуков признаки места образования (особенно язычных согласных), признаки способа образования (особенно аффрикат и шипящих), признаки твердости и мягкости. Эти нарушения артикуляции непостоянны, лабильны, вследствие чего замены звуков бывают неоднозначны (п- м, б - п, п - ф, п - т и др. ). Даже в тяжелых случаях кинестетической дизартрии тот или иной шумовой артикуляционный признак может искажаться не в 100% случаев. Ребенок-дизартрик слышит свои ошибки артикуляции и активно (под контролем слуха и кинестетических ощущений) пытается их исправить, что приводит к нарушениям плавности и замедлению речи.  **6. Кинетическая премоторная корковая дизартрия**  Характер поражения мозга. Одностороннее поражение премоторных полей коры (их нижних отделов) доминантного, обычно левого, полушария мозга.  Патогенез. Апраксия кинетического типа. Распад временных обобщенных схем артикуляторного действия с напряженностью, замедленностью отдельных движений, распадом артикуляторных действий на составляющие их элементы; трудности переключении с одного элемента на другой, персеверации.  Клинические симптомы. Голос звучный, тембр речи не нарушен. Ритмические структуры слов имеют тенденцию к превращению в цепочки открытых ударных слогов. Артикуляция согласных напряжена, начальные и конечные согласные нередко удлинены или толчкообразны. Характерны замены щелевых звуков на смычные. Переходные фазы артикуляции часто превращаются в самостоятельные звуки-вставки. Наблюдаются пропуски звуков в стечениях согласных и упрощения аффрикат (ц - с, т, те). Чрезмерная напряженность артикуляции косвенно приводит к усилению громкости голоса избирательному оглушению звонких смычных и реже щелевых согласных. |
| *Псевдобульбарная дизартрия* | Характер поражения мозга. Обязательно двусторонние поражения центральных двигательных кортико-бульбарных невронов.  Патогенез (особенности двигательных расстройств). Пирамидные спастические параличи мышц речевого аппарата. Мышечных атрофий нет. Тонус мышц повышен по типу спастической гипертонии (язык напряжен, отодвинут назад). Глоточный и нижнечелюстной рефлексы усилены. Нередки насильственные смех и плач. Параличи всегда двусторонние, хотя возможно их значительное преобладание справа или слева. Наиболее расстроены: 1) произвольные движения и 2) самые тонкие движения кончика языка.  Клинические симптомы. Голос слабый, сиплый и хриплый, гласные и согласные звуки произносятся глухо, но иногда, наряду с оглушением звонких согласных, наблюдается озвончение глухих согласных. Тембр речи гнусавый, особенно гласных заднего ряда и твердых согласных со сложным артикуляционным укладом (р, л, ш, ж, ч, ц). Артикуляция гласных сдвинута назад. Артикуляция согласных упрощена и тоже сдвинута назад. Смычные согласные и вибрант /р/ заменяются на щелевые. Щелевые согласные со сложной формой щели превращаются в плоскощелевые. Артикуляция твердых согласных нарушается больше, чем мягких. Больной слышит свои дефекты произношения и активно старается их преодолеть. Однако его усилия приводят, как правило, к нарастанию гипертонии в парализованных группах мышц и, следовательно, к усилению патологических особенностей артикуляции. |

***4.****Заполните таблицу «Классификация нарушений голоса»*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Центральные нарушения** | | **Периферические нарушения** | |
| ***Функциональные*** | ***Органические*** | ***Функциональные*** | ***Органические*** |
| К функциональным НГ центрального происхождения относится функциональная (психогенная) афония. Возникает она внезапно как реакция на психотравмирующую ситуацию у лиц.склонных к истерическим реакциям, чаще у девочек и женщин. при полном отсутствии голоса сохраняются звучный кашель и смех, это является важным диагностическим признаком. Форма несмыкания голосовых складок при обследовании очень изменчива, что тоже свидетельствует о психогенном нарушении. Функциональная афония может протекать длительно, а после восстановления голоса возможны рецидивы. | *Причина*: поражение головного мозга, ДЦП. Центральные парезы и параличи гортани зависят от поражения коры головного мозга, моста, продолговатого мозга, проводящих путей. У детей они втречаются при ДЦП. К центральным органическим нарушениям относятся афония и дисфония, наблюдаемые у детей, страдающих дизартрией. | *Причина:* фоностения, гипотонуснаядисфония, ронофония. К перферическим функциональным нарушениям относятся фонотения, гипо- и гипертонусные афонии и дисфонии. фонастения – нарушение голоса в ряде случаев, особенно на начальных стадиях, не сопровождается видимыми объективными изменениями в голосовом аппарате. Данное нарушение  имеет профессиональный характер и развивается у лиц голосоречевых профессий. Гипотонуснаядисфония (афония) обусловлена двусторонними миопатическими парезами, т.е. парезами внутренних мышц гортани. Они возникают при некоторых инфекциях и при сильном перенапряжении голоса. Страдают мышцы, суживающие голосовые складки.  Гипертонусные (спастические) НГ: У детей наиболее распространенным нарушением является так называемая спастическая дисфония, возникающая из-за перенапряжения голоса. Начало развития дисфонии наблюдается в 5-летнем возрасте, а наибольшая частота отмечается у детей в возрасте от 8 до 10 лет. Дисфония чаще возникает у детей с повышенной активностью, любящих громко говорить, кричать. Обычно у ребенка с дисфонией утром голос бывает ясным и чистым, но к вечеру постепенно наростает осиплость. Как правило, наряду с перенапряжением голоса при крике у детей наблюдаются хронический тонзиллит, аденоиды, ларингит. Внезапное нарушение голоса может проявиться у ребенка на фоне аллергического заболевания. Возникновению дисфонии могут способствовать негигиенические условия фонации – пыль, дым, шум в помещении. | *Причина:* параличи, парезы гортани и мягкого неба, травмы гортани, ожоги, опухоли, ларингиты, расщелины неба, рубцовый стеноз (сужение) гортани после заболевания или микрохирургической операции. К периферическим  нарушениям относятся расстройства голоса из-за патологических изменений гортани.  При афонии органического происхождения ребенок говорит только шепотом, звук голоса не появляется даже при кашлевом толчке.  При дисфонии голос монотонный, хриплый, глухой, часто с назальным оттенком, быстроиссякающий. Если подобные нарушения возникают у ребенка в раннем возрасте, это приводит к значительным трудностям в речевом общении, к сужению социальных контактов.страдает и речевое развитие. Характерны также соматическая и психическая астенизация (ослабленность), эмоциональные расстройства, нарушения саморегуляции. К перефирическим иногда относят расстройства голоса у слабослышащих и глухих детей. В этих случаях изменяется высота, сила и тембр голоса из-за отсутствия или снижения акустического контроля за речью. |

***5.****Заполните таблицу основных форм дислексии.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Формы дислексии* | *Механизмы* | *Симптоматика* |
| **Фонематическая**  **Семантическая**  **Аграмматическая**  **Оптическая**  **Мнестическая**  **Тактильная** | Механизм основан на общей недоразвитости функций фонематической системы.  Часто называется как «механическое чтение» из-за того, что нарушается понимание прочитанных слов, предложений и целых текстов.  Форма характеризуется изменениями в падежных окончаниях, числе существительных, различного рода согласований, а также в глагольных окончаниях. Наиболее часто встречается у детей с системными недоразвитиями речи.  При оптической дислексии ребёнку трудно усваивать и различать схожие по написанию буквы. Буквы при этом могут различаться несильно (С-О, Р-В) или же состоять из схожих частей, но при разном их расположении на бумаге (Г-Т, П-Н).  Данная форма характеризуется трудностями в понимании букв. Ребёнок не может связать звук с конкретным графическим его изображением.  Может быть только у слепых детей. Выражается в проблемах с пониманием букв на таблице Брайля. | Дислектик в этом случае при произношении путает звуки, отличающиеся по смыслоразличительному признаку (б-п, с-ш и т. п.). Может наблюдаться перестановка букв и некоторых частей слов в словах при зачитывании и на письме.  Дети с семантической дислексией затрудняются в выполнении следующих заданий:  а) слитно произнести слова, предъявленные в виде последовательно произнесенных изолированных звуков с короткой паузой между ними (л, у, ж, а);  б) воспроизвести слова и предложения, предъявленные по слогам (де-воч-ка со-би-ра-етцве-ты) Нарушение понимания прочитанных предложений обусловлено несформированностью представлений о синтаксических связях слов в предложении. При этом в процессе чтения слова воспринимаются изолированно, вне связи с другими словами предложения.  При этой форме дислексии наблюдаются: изменение падежных окончаний и числа существительных («из-под листьях», «у товарищах», «кошка»—«кошки»); неправильное согласование в роде, числе и падеже существительного и прилагательного («сказка интересное», «детей веселую»); изменение числа местоимения («все»— «весь»); неправильное употребление родовых окончаний местоимений («такая город», «ракета наш»); изменение окончаний глаголов 3-го лица прошедшего времени («это был страна», «ветер промчалась»), а также формы времени и вида («влетел»—«влетал», «видит»—«видел») . Аграмматическаядислексия чаще всего наблюдается у детей с системным недоразвитием речи разного патогенеза на синтетической ступени формирования навыка чтения.  Выявляются трудности узнавания букв, написанных одна над другой, дети не могут отличить правильную букву от неправильной, плохо конструируют знакомые буквы, не справляются с добавлением недостающих элементов буквы и преобразованием одной в другую (например, из буквы Р сделать букву В, из буквы П сделать букву Н). Выполнение этих заданий требует умения определять различие сходных оптических изображений, анализировать, представлять изображение или букву как целое, состоящее из определенных элементов, по-разному расположенных по отношению друг к другу. Для некоторых детей соптическойдислексией буква является сложным оптическим образованием, анализ которого на составляющие элементы затруднен. Вследствие несформированности оптического анализа представления о сходных графически буквах являются неточными и недифференцированными. Отмечаются затруднения в определении пространственных соотношений, в их речевом обозначении. В тяжелых случаях нарушена схема тела. При литеральной оптической дислексии наблюдаются нарушения при изолированном узнавании и различении буквы. При вербальнойдислексии нарушения проявляются при чтении слова. При органическом поражении головного мозга может наблюдаться зеркальное чтение.  Дети не могут воспроизвести в определенной последовательности ряд из 3—5 звуков или слов, а если и воспроизводят, то нарушают порядок их следования, сокращают количество, пропускают звуки, слова. Нарушение ассоциации между зрительным образом буквы и слухопроизносительным образом звука особенно ярко проявляется на этапе овладения звуко-буквенными обозначениями.  Может быть только у слепых детей. Выражается в проблемах с пониманием букв на таблице Брайля. |

***6.****Заполните таблицу основных форм дисграфии.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Форма дисграфии*** | ***Механизмы нарушения*** | ***Симптоматика*** |
| Артикуляторно-акустическая форма дисграфии  **Акустическая форма дисграфии.**  **Дисграфия на почве нарушения языкового анализа и синтеза.**  **4. Аграмматическаядисграфия.**  **5. Оптическая дисграфия.** | Ребенок, имеющий нарушение звукопроизношения, опираясь на свое неправильное произношение, фиксирует его на письме. Иными словами, пишет так, как произносит.  Эта форма дисграфии проявляется в заменах букв, соответствующих, фонетически близким звукам.  Нарушение различных форм языкового анализа и синтеза   1. Неправильное произношение звуков. 2. Недостаточность слуховых дифференцировок. 3. Нарушение языкового анализа и синтеза. 4. Недоразвитие грамматического строя речи. 5. Несформированность зрительно- пространственных функций.   В основе оптической дисграфии лежит недостаточнаясформированность зрительно-пространственных представлений и зрительного анализа и синтеза. | Артикуляторно-акустическая дисграфия проявляется в заменах, пропусках букв, соответствующих заменам и пропускам в устной речи. Чаще всего наблюдается при дизартрии, ринолалии, дислалии полиморфного характера. Иногда замены букв на письме остаются и после того, как они устранены в устной речи. В данном случае можно предположить, что при внутреннем проговаривании нет достаточной опоры на правильную артикуляцию, так как не сформированы еще четкие кинестетические образы звуков. Но замены и пропуски звуков не всегда отражаются на письме. Это обусловлено тем, что в ряде случаев происходит компенсация за счет сохранных функций (например, за счет четкой слуховой дифференциации, за счет сформированности фонематических функций).  При этом в устной речи звуки произносятся правильно. На письме чаще всего смешиваются буквы, обозначающие звонкие – глухие (Б-П; В-Ф; Д-Т; Ж-Ш и т.д.), свистящие – шипящие (С-Ш; З-Ж и т.д.), аффрикаты и компоненты, входящие в их состав (Ч-Щ; Ч-ТЬ; Ц-Т; Ц-С и т.д.).  Также проявляется в неправильном обозначении мягкости согласных на письме: «писмо», «лубит», «больит» и т.д.  Для этой формы дисграфии наиболее характерны следующие ошибки: • пропуски букв и слогов; • перестановка букв и (или) слогов; • недописывание слов; • написание лишних букв в слове (бываеткогда ребенок, проговаривая при письме, очень долго «поет звук»; • повторение букв и (или) слогов; • контоминация – в одном слове слоги разных слов; • слитное написание предлогов, раздельное написание приставок («настоле», «на ступила»); Это наиболее часто встречающаяся форма дисграфии у детей, страдающих нарушениями письменной речи.  Связана с недоразвитием грамматического строя речи. Ребенок пишет аграмматично, т.е. как бы вопреки правилам грамматики («красивый сумка», «веселые день»).Аграмматизмы на письме отмечаются на уровне слова, словосочетания, предложения и текста. Аграмматическаядисграфия обычно проявляется с 3-го класса, когда школьник, уже овладевший грамотой, «вплотную» приступает к изучению грамматических правил. И здесь вдруг обнаруживается, что он никак не может овладеть правилами изменения слов по падежам, числам, родам. Это выражается в неправильном написании окончаний слов, в неумении согласовать слова между собой.  Характерны нарушения зрительного восприятия, анализа, синтеза и гнозиса, неточность представлений о форме, величине, цвете, недоразвитие зрительной памяти, пространственного восприятия, трудности оптического и оптико-пространственного анализа.Все буквы русского алфавита состоят из набора одних и тех же элементов («палочки», «овалы») и нескольких «специфичных» элементов. Одинаковые элементы по-разному комбинируясь в пространстве, и образуют различные буквенные знаки: и ш ц щ; б в д у….. |