**Особенности развития детей с тяжелыми нарушениями речи.**

Главная особенность выявленных в детском возрасте нарушений развития речи — обратимость или минимизация сопутствующих им последствий. Они могут носить как физиологический, так и патологический характер. У детей с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) отсутствует первичное нарушение интеллекта, сохранен слух, но имеются серьезные речевые дефекты, которые оказывают негативное воздействие на становление психики — невнятная речь, неправильное произношение звуков, недостаточная степень овладения звуковым составом слова, которое может повлечь за собой нарушение в развитии навыков чтения и письма. Несмотря на то, что многие дети отлично понимают обращенную к ним речь, сами они не имеют возможности для общения с окружающими посредством словесной формы речи. В ряде случаев эти и многие другие дефекты являются серьезным препятствиям для полноценного общения.

**Причины возникновения ТНР.**

Среди факторов, способствующих возникновению таких нарушений различают неблагоприятные внутренние (эндогенные) и внешние (экзогенные). Так, внутриутробная патология приводит к нарушению развития плода, в частности, к речевой патологии: внутриутробная гипоксия, токсикоз, вирусные и эндокринные заболевания матери, травмы плода, несовместимость крови матери и плода по резус-фактору, алкоголизм, курение, ионизирующая радиация, постоянная вибрация и т.п. Особенно вредное влияние оказывает сочетание ряда неблагоприятных факторов, действующих в период его внутриутробного развития (чаще от 4 недель до 4-х месяцев). Примерами неблагоприятного воздействия речевого окружения может служить недоразвитие у слышащих детей, воспитываемых глухими родителями, появление заикания у ребенка, живущего в семье, где хотя бы один из родителей имеет такое же речевое нарушение.

У ребенка с нарушенной речью может быть:

* **алалия** – недоразвитие или полное отсутствие речи, связанное с нарушением речевых зон коры головного мозга (бывает экспрессивная и импрессивная, сенсорная, моторная и сенсомоторная);

**Моторная алалия** - отсутствие или недоразвитие экспрессивной (активной) речи при достаточно сохранном понимании речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития речи. При моторной алалии у детей не формируются операции программирования, отбора, синтеза языкового материала в процессе порождения языкового высказывания. Моторную алалию вызывает комплекс различных причин эндогенного и экзогенного характера (токсикоз беременности, различные соматические заболевания матери, патологические роды, родовая травма, асфиксия).

**Основными проявлениями моторной алалии являются:**

- задержка темпа нормального усвоения языка (первые слова появляются в 2-3 года, фразы - к 3-4 годам, у некоторых детей наблюдается полное отсутствие речи до 4-5 летнего возраста);

- наличие той или иной степени выраженности нарушений всех подсистем языка (лексических, синтаксических, морфологических, фонематических, фонетических);

- удовлетворительное понимание обращенной речи (в случае грубого недоразвития речи могут наблюдаться трудности в понимании сложных конструкций, различных грамматических форм, но при этом понимание обиходно-бытовой речи сохранно).

Проявления моторной алалии колеблются в широких пределах: от полного отсутствия экспрессивной речи до незначительных нарушений какой-либо подсистеме. В связи с этим выделяют три уровня речевого развития при моторной алалии:

• первый уровень (ОНР I ур.) характеризуется отсутствием речевых средств общения или лепетным состоянием речи;

• второй уровень (ОНР II ур.) характеризуется осуществлением общения посредством использования постоянного, хотя искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов;

• третий уровень (ОНР Ш ур.) характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития речи.

Сенсорная алалия - нарушение понимания речи (импрессивной речи) вследствие поражения коркового отдела речеслухового анализатора, характеризуется нарушением понимания речи при сохранном слухе и первично сохранном интеллекте. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, т.к. у него наблюдается недостаточность анализа и синтеза звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга. Ребенок при сенсорной алалии понимает отдельные слова, но теряет их значение на фоне развернутого высказывания, не понимает инструкции, слова вне конкретной ситуации. В случае грубых нарушений ребенок совсем не понимает речи окружающих, не дифференцирует шумы неречевого характера.

При сенсорной алалии грубо искажена и экспрессивная речь. Наблюдается феномен отчуждения смысла слов, эхолалия (механическое повторение слов и фраз за говорящим), иногда - бессвязное воспроизведение всех известных ребенку слов (логоррея). Характерна повышенная речевая активность на фоне пониженного внимания к речи окружающих и отсутствия контроля за собственной речью.

* **дизартрия** (все степени) – неправильное произношение звуков и интонаций, связанное с первичной недостаточностью иннервации речевого аппарата (органическое поражение);
* **афазия** - полная или частичная утрата речи, обусловленная поражением головного мозга (травмами, воспалительными процессами или инфекционными заболеваниями головного мозга, возникающими в возрасте после 3-5 лет).

Характер речевого нарушения во многом зависит от степени сформированности речи до момента поражения. Афазия у детей чаще всего носит сенсомоторный характер, при котором системно нарушаются все виды речевой деятельности.

* **заикание** – обусловлен судорогами речевого аппарата и проявляется нарушением плавности и ритмичности речи.

**Симптоматику заикания представляют две группы симптомов:**

• физиологические симптомы - судороги, нарушения центральной нервной системы, физическая ослабленность, нарушения общей и речевой моторики

• психологические симптомы - речевые запинки, другие сопутствующие речевые нарушения (ОНР, дислалия, дизартрия и др.), фиксированность на дефекте, уловки, логофобия (боязнь речи).

В современной логопедии выделяют две формы заикания - невротическую и неврозоподобную.

Невротическое заикание возникает после психотравмы (острой или длительно действующей) у ребенка боязливого, легко ранимого ребенка чаще в возрасте от 2 до 5 лет. При этом не наблюдается нарушений общей и речевой моторики, речь развивается в соответствии с возрастной нормой. При невротической форме заикание носит волнообразный характер.

Неврозоподобное заикание возникает на фоне раннего диффузного органического поражения центральной нервной системы в момент интенсивного формирования фразовой речи без видимой причины. При этом наблюдаются нарушения общей и артикуляционной моторики, часто отмечается задержка речевого развития, а затем ОНР, другие сопутствующие речевые нарушения. Течение заикания носит устойчивый характер, страх речи не является обязательным симптомом.

* **общее недоразвитие речи (1 и 2,3 уровни речевого развития) -** речевое расстройство, при котором нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, при нормальном слухе и интеллекте.

Симптоматика ОНР включает позднее начало развития речи, ограниченный словарный запас, Аграмматизм, дефекты звукопроизношения. Это недоразвитие может быть выражено в разной степени. Выделены три уровня речевого развития:

• первый уровень (ОНР I ур.) характеризуется почти полным отсутствием словесных средств общения или весьма ограниченным их развитием. У детей, находящихся на первом уровне речевого развития, активный словарь состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Слова и их заменители употребляются для обозначения лишь конкретных предметов и действий. Дети широко пользуются жестами и мимикой. В речи отсутствуют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. Речь ребенка понятна окружающим лишь в конкретной ситуации.

• второй уровень (ОНР II ур.) характеризуется возрастанием речевой активности детей. У них появляется фразовая речь. Но фраза остается искаженной в фонетическом и грамматическом отношении. Словарь более разнообразный. В спонтанной речи отмечаются различные лексико-грамматические разряды слов: существительные, глаголы, прилагательные, наречия, местоимения, некоторые предлоги и союзы. Характерным остается выраженный аграмматизм. Наряду с ошибками словообразовательного характера, наблюдаются трудности в формировании обобщающих и отвлеченных понятий, системы синонимов и антонимов, встречаются семантические (смысловые) замены слов. Связная речь характеризуется недостаточной передачей смысловых отношений и может сводиться к простому перечислению увиденных событий и предметов. Дети могут ответить на вопросы по картинке, связанные со знакомыми предметами и явлениями окружающего мира.

• третий уровень(ОНР Ш ур.) характеризуется развернутой фразовой речью с элементами недоразвития лексики, грамматики и фонетики. Типичным для данного уровня является использование детьми простых распространенных, а также некоторых видов сложных предложений. При этом их структура может нарушаться. В активном словаре преобладают существительные и глаголы, недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов, страдает словообразование, затруднен подбор однокоренных слов. Для грамматического строя характерны ошибки в употреблении предлогов, в согласовании различных частей речи. Звукопроизношение детей не соответствует возрастной норме: они не дифференцируют близкие звуки, искажают и звуковую и слоговую структуру слов. Связное речевое высказывание детей отличается отсутствием четкости, последовательности изложения, в нем отражается внешняя сторона явлений и не учитывается причинно-следственные и временные отношения между предметами и явлениями. Условная верхняя граница Ш уровня определяется как нерезко выраженное общее недоразвитие речи (НВОНР).

* **ринолалия** - нарушение произношения и тембра голоса, связанное с врожденным анатомическим дефектом строения артикуляционного аппарата.

Анатомический дефект проявляется в виде расщелины на верхней губе, десне, твердом и мягком небе. В результате этого между носовой и ротовой полостью имеется открытая расщелина (отверстие), либо расщелина, прикрытая истонченной слизистой оболочкой. Часто расщелины сочетаются с различными зубочелюстными аномалиями. Речь ребенка при ринолалии характеризуется невнятностью из-за гнусавости голоса и нарушения произношения многих звуков. В тяжелых случаях речь ребенка совсем непонятна для окружающих. Дети, страдающие ринолалией, нуждаются в ранней диспансеризации, ортодонтическом и хирургическом лечении. Логопедическую помощь таким детям нужно начинать очень рано: еще в дооперационном периоде. После операции по восстановлению целостности артикуляционного аппарата логопедическую работу необходимо продолжить. При этом оказываемая ребенку помощь должна быть систематической и достаточно продолжительной.

По некоторым источникам, к ТНР также относят **дисфонию, афонию**, **тахилалию и брадилалию.**

Для всех детей с ТНР можно отметить, что особенности детской речевой деятельности оказывают непосредственное воздействие сенсорную, интеллектуальную и аффективно-волевую сферы, а именно — на процесс их формирования. Недостаточная степень устойчивости внимания и ограниченность возможностей для его распределения. Невысокая мнемическая активность способна сочетаться с замедленным развитием остальных психических процессов. Имея полноценные предпосылки для овладения доступными для своего возраста мыслительными операциями, дети лишены такой возможности по причине отставания в развитии словесно-логического мышления, они едва способны овладеть навыками анализа и синтеза, сравнения и обобщения.

Особенности развития детей с тяжелыми нарушениями речи выражаются также в виде соматической ослабленности и замедленного развития локомоторных функций. Для них характерно и некоторое отставание развития двигательной сферы, выражающееся в недостаточной координации движений, низкой скорости и ловкости их выполнения. Наиболее трудным является выполнение движений в соответствии со словесной инструкцией из-за недостаточной координации пальцев кисти рук и уровня развития мелкой моторики.

У детей с ТНР заметны отклонения в эмоционально-волевой сфере: им свойственны частая смена интересов, низкая мотивация, негативное восприятие, неуверенность в собственных возможностях, высокий уровень раздражительности и агрессии, обидчивость, проблемы в общении и установлении контактов с окружающими. Подобные нарушения выражаются также в затрудненном формировании саморегуляции и самоконтроля.

Приведенные выше особенности развития детей с тяжелыми нарушениями речи не могут быть преодолены спонтанно. Они требуют проведения целенаправленной коррекционной работы под руководством узкоквалифицированных специалистов. Главная задача родителей в данном случае — не игнорировать проблему, а оказывать всяческое содействие в ее решении.

Помимо коррекции речи, занятия со специалистами направлены на развитие памяти, внимания, мышления, общей и мелкой моторики. При грамотном подходе дети способны овладеть устной и письменной речью, а также многими другими необходимыми для успешного обучения в школе и общения со сверстниками навыками.