

Институт экономики, управления и права (г. Казань)

Кафедра теоретической и инклюзивной педагогики

Серия «Педагогика и психология инклюзивного образования»

РАБОТА С ДЕТЬМИ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Методическое пособие

*Институт экономики, управления и права (г. Казань) –
республиканская базовая площадка по инклюзивному образованию,
федеральная инновационная площадка Министерства образования и науки РФ*

Казань
Познание
2015

УДК 376.3 (075)

ББК 74.57я7

Р 13

*Печатается по решению секции психолого-педагогических дисциплин
Учебно-методического совета
Института экономики, управления и права (г. Казань)*

**Автор введения и приложения «Индекс инклюзивности
для самообследования инклюзивной организации»: Д.З. Ахметова;
авторы-составители: А.Е. Игнатьев, Д.В. Айзатуллина**

Руководитель проекта – проректор по непрерывному образованию, директор Института дистанционного обучения, заведующая кафедрой теоретической и инклюзивной педагогики, д.п.н., профессор Д.З. Ахметова

Р13 Методические рекомендации по работе с детьми с речевыми нарушениями в условиях инклюзивного образования: методическое пособие / Д.З. Ахметова, А.Е. Игнатьев, Д.В. Айзатуллина. – Казань: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2015. – 56 с.

Данное методическое пособие адресовано учителям начальных классов, воспитателям детских садов, специалистам и руководителям образовательных организаций, которые создают и развивают инклюзивную систему, в которой обучаются и воспитываются дети с речевыми нарушениями.

УДК 376.3 (075)

ББК 74.57я7

© Институт экономики, управления
и права (г. Казань), 2015

© Ахметова Д.З., Игнатьев А.Е.,
Айзатуллина Д.В., 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
РАЗДЕЛ I. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	6
Причины речевых нарушений	7
РАЗДЕЛ II. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	8
Классификации речевых нарушений	8
РАЗДЕЛ III. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	40
РАЗДЕЛ IV. МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	44
ЛИТЕРАТУРА	47
ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ.....	48
ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ ДЛЯ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	50

ВВЕДЕНИЕ

В данном сборнике вы найдете материал, который поможет вам в работе с детьми с речевыми нарушениями, посещающими инклюзивные группы и классы дошкольных и школьных образовательных организаций. Вы познакомитесь с психолого-педагогической характеристикой детей, имеющих речевые нарушения, с разновидностями речевых нарушений, с особенностями диагностики таких детей и с особенностями их психолого-педагогического сопровождения.

Сборник предназначен для специалистов школьных и дошкольных образовательных организаций, чья деятельность непосредственно связана с работой с детьми в условиях инклюзивного образования, студентов психолого-педагогических факультетов, руководителей коррекционно-образовательных и инклюзивных учреждений (классов, групп).

Индекс (с английского index) – многозначный термин. Основные значения этого термина таковы: 1) список, указатель (например, индекс выходящих книг); 2) цифровой или буквенный показатель чего-нибудь (индекс цен); 3) объект базы данных, создаваемый с целью повышения производительности поиска данных. В случае применения «индекса» к измерению результатов инклюзивного образования он выступает в роли инструмента измерения, выявления того, в какой степени инклюзивная образовательная организация является инклюзивной в полном смысле этого слова. Данный индекс дает возможность проанализировать сильные и слабые стороны в организации инклюзивного обучения. Материалы Индекса инклюзии могут быть использованы для проведения мониторинга в общеобразовательных учебных заведениях с целью самоанализа для создания необходимых условий для обучения детей с особыми образовательными потребностями в условиях инклюзивного образования. Индекс инклюзивности дает возможность разработать план развития учебного заведения на основе полученных результатов самообследования.

В России индекс инклюзивности пока не разработан. При написании данного материала автором частично использован сборник «Index for inclusion» (составители Tony Booth и Mel Ainscow) [Index for inclusion: developing learning and participation in schools, Centre for Studies on Inclusive Education (CSIE 2011), Bristol BS16 1QU, UK].

Рассмотрены лишь общие показатели сформированности направлений и измерения инклюзивности. Индекс инклюзивности может стать руководством для образовательных организаций, которые встали на путь создания инклюзивной системы. Данные организации могут использовать Индекс инклюзивности для того, чтобы анализировать основные проявления

инклюзивной политики, инклюзивной культуры и инклюзивной практики с целью выявления различных барьеров в реализации идей инклюзивного образования, определить свои собственные приоритеты в развитии системы и оценке прогресса; использовать данный индекс в качестве составной части существующих стратегий развития, проводя глубокий анализ деятельности образовательной организации.

Индекс выполняет измерительную функцию социальной модели «disability» (неспособности, инвалидности), опирается на существующий мировой опыт развития инклюзивного образования и способствует выявлению не только достижений, но и недостатков в создании инклюзивной системы.

Данное пособие предназначено для педагогов и воспитателей, специалистов (психологов и дефектологов), работающих в инклюзивных образовательных организациях.

Необходимо помнить о том, что готовых рецептов (методик, технологий, приемов), которые могли бы использовать педагоги в конкретных ситуациях, не бывает, так как каждая личность ребенка уникальна и неповторима, каждая образовательная ситуация специфична. Педагоги и специалисты тоже отличаются друг от друга уровнем профессионализма и творческими способностями. Каждая образовательная организация должна стремиться создавать собственные подходы, методики, условия с учетом законодательной базы инклюзивного образования, материально-технических условий, профессиональных компетенций педагогов.

Знание психологических особенностей детей и их родителей, социальной ситуации их развития, гуманизм, толерантность, любовь к детям и убежденность в высокой социальной значимости своего труда позволят педагогам успешно реализовывать идеи инклюзивного образования.

Руководитель проекта профессор Д.З. Ахметова

РАЗДЕЛ I. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Даже небольшие расстройства речи могут отрицательно влиять на общее развитие ребенка. Плохо говорящие дети часто подвергаются насмешкам со стороны сверстников, что делает их неуверенными в себе, застенчивыми, нерешительными, и в дальнейшем это способно привести к возникновению больших комплексов, что мешает преодолению дефекта, и развитию неуверенности в себе и собственных силах.

Ребенок может начать избегать общения, что влияет на процесс социализации личности в целом.

Нарушения речи часто возникают вследствие органических или функциональных повреждений головного мозга.

В связи с этим у детей с расстройствами речевой функции зачастую наблюдаются различные сопутствующие нарушения мозга нарушения психической деятельности: нарушения и задержки психического развития, эмоционально-волевой сферы, умственного развития, нарушения памяти, внимания, познавательной деятельности.



Такие дети зачастую характеризуются:

1) повышенной возбудимостью к двигательной активности. Ребенку трудно усидеть на одном месте и заниматься длительное время одним и тем же видом деятельности, руки и ноги его находятся в постоянном движении. Ребенок встает и ходит во время занятий, не реагируя на педагога, в перерывах между занятиями ведет себя чрезмерно активно, с трудом переключается с физической деятельности на умственную. Иногда наоборот, встречаются дети, отличающиеся заторможенностью и вялостью;

2) эмоциональной неустойчивостью. Настроение таких детей может резко и часто изменяться от радостного к плаксивому, от печального к агрессивному и т.д., иногда появляются признаки агрессии, беспокойства, настороженности. Нелестное замечание, плохая оценка, конфликт с другими детьми могут вызывать вспышки гнева, ярости и даже психические расстройства;

3) низкой работоспособностью, в том числе и умственной. Ребенок способен работать только в определенном темпе, специфичном именно для него, и довольно непродолжительное время, затем наступает утомление;

4) повышенной утомляемостью. Дети быстро устают, утомление может накапливаться и приводить к вспышкам раздражительности и плохому самочувствию;

5) плохим самочувствием. Такие дети могут страдать головными болями, тошнотой и головокружением, плохо переносить жару и духоту;

6) нескоординированностью движений и нарушением равновесия;

7) нарушениями памяти, внимания, понимания;

8) ослаблением контроля за собственными действиями.

Причины речевых нарушений

Среди причин, вызывающих нарушения речи, различают биологические и социальные факторы риска. Биологические причины развития речевых нарушений представляют собой 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.) Особую роль в развитии речевых нарушений играют такие факторы, как семейная отягощенность речевыми нарушениями, леворукость и правшество. Социально-психологические факторы риска связаны главным образом с психической депривацией детей. Особое значение имеет недостаточность эмоционального и речевого общения ребенка со взрослыми. Отрицательное воздействие на речевое развитие также 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.

РАЗДЕЛ II. ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Классификации речевых нарушений

В настоящее время в современной логопедии в обращении находятся две классификации речевых нарушений, одна – клинико-педагогическая, вторая – психолого-педагогическая.

Клинико-педагогическая классификация опирается на традиционное для логопедии содружество с медициной, она ориентирована в основном на коррекцию дефекта речи, на разработку дифференцированного подхода к их преодолению.

Все виды нарушений, рассматриваемых в данной классификации, можно подразделить на две большие группы: нарушения устной речи и нарушения письменной речи (рис.1).

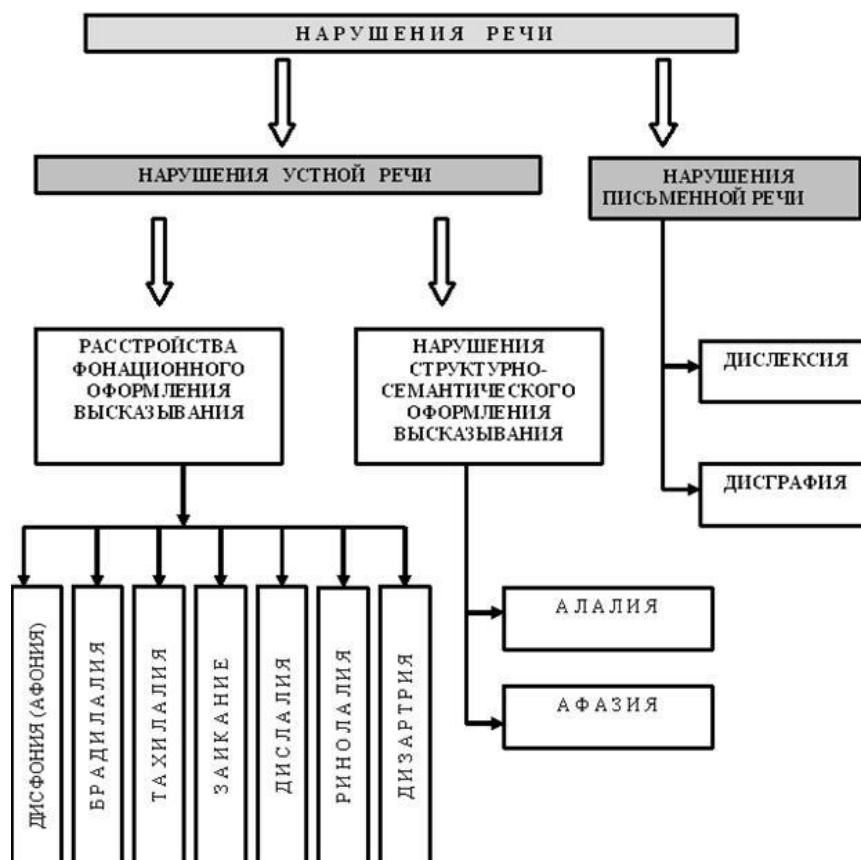


Рис. 1. Клинико-педагогическая классификация

В XX веке физиологам, педагогам, психологам, лингвистам стало понятно, что классификация и типология речевых нарушений у детей должна строиться с учетом других принципов анализа, нежели в клинической классификации.

Р.Е. Левина (1968) экспериментально-теоретически обосновала новые принципы анализа речевых нарушений у детей. Она предложила

классификацию речевых нарушений у детей с первично сохранным слухом, зрением и интеллектом. Основопологающим принципом построения этой классификации стал единый педагогический подход к детям с речевыми нарушениями разной этиологии. Специфика этой классификации заключается в выделении основных групп отклонений в формировании структурных компонентов речи ребенка: фонетики, фонематики, лексики, грамматики, связной речи, – которые и стали объектом коррекционного воздействия на логопедических занятиях в дошкольных и школьных учреждениях.

Речевые нарушения по психолого-педагогической классификации подразделяются на две группы: нарушения формирования языковых средств общения (фонетическое, фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи) и нарушения применения средств общения в процессе речевой коммуникации (заикание). Как видим, нарушения письменной речи не выделены в этой классификации в отдельную группу. Они рассматриваются как симптомы фонетико-фонематического или общего недоразвития речи, как их отсроченные проявления (рис. 2).

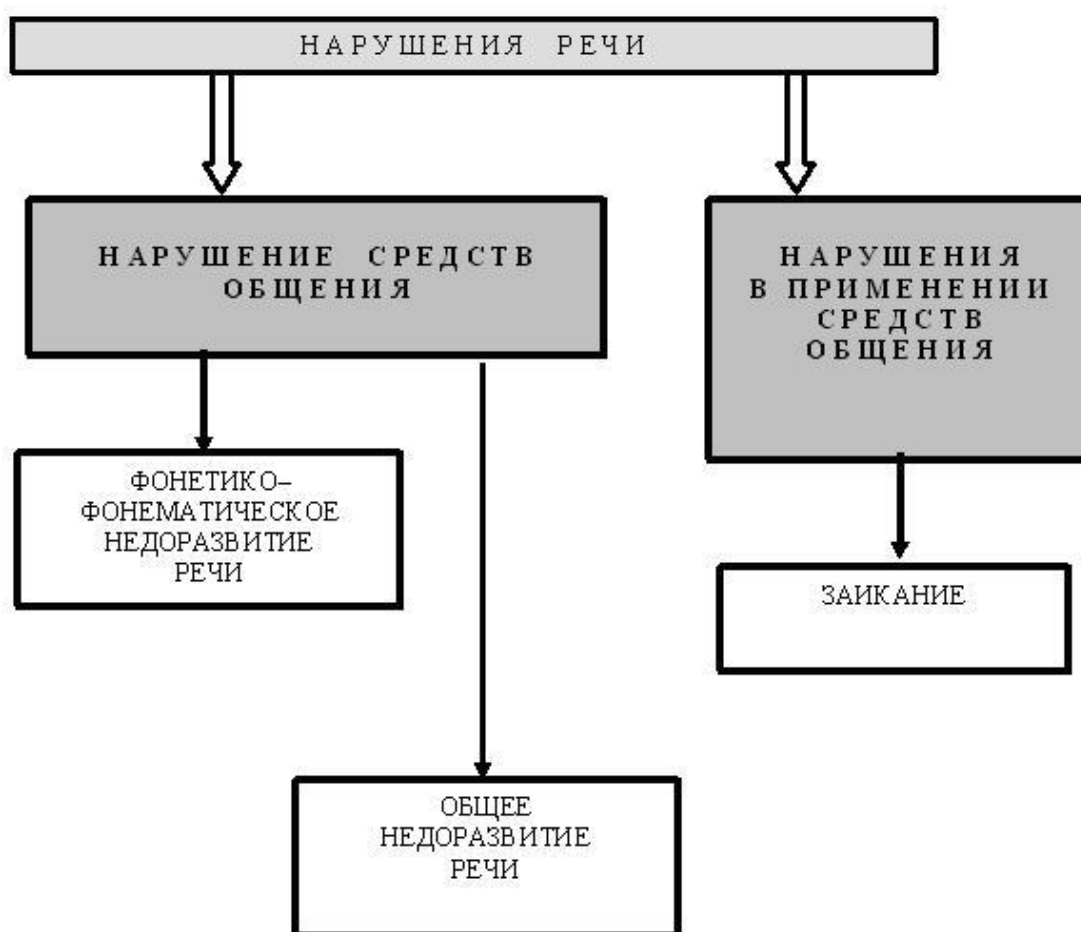


Рис. 2. Психолого-педагогическая классификация

Дисфония (афония)

Наблюдается два вида нарушения голосовой функции при органических заболеваниях гортани – афония и дисфония.

Дисфония (афония) – частичная или полная утрата голоса, вследствие патологических изменений голосового аппарата.

У детей наиболее распространенным нарушением является так называемая спастическая дисфония, возникающая из-за перенапряжения голоса. Начало развития дисфонии наблюдается приблизительно 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 нарастает 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 также способствовать негигиенические условия фонации – пыль, дым, шум в помещении и т. п.

У детей появляются органические изменения в гортани – узелки посредине голосовой складки (так называемые «узелки крикунов»). Чаще они наблюдаются у мальчиков в возрасте от 5 до 10 лет.

Основная причина их появления – перегрузка неокрепшего голосового аппарата в сочетании с характерологическими особенностями детей и неправильным отношением родителей и воспитателей к развитию голоса. Наряду с этим нарушается фонационное дыхание – оно становится поверхностным, напряженным и слабым. Голос характеризуется стойкой хрипотой.

Дисфония характеризуется нарушением высоты, силы и тембра голоса различной степени. Степень нарушения голоса зависит прежде всего от полноценности функции истинных голосовых складок, а также от деятельности ротоносоглоточного резонатора и его координации с дыхательным аппаратом. Работа периферической части речедвигательного анализатора подчинена регулирующему влиянию центральной нервной системы которая по возвратному нерву посылает импульсы определенной частоты к голосовому аппарату. Поэтому тембр голоса зависит также от эмоционального и физического состояния ребенка.

У детей может наблюдаться также и функциональная афония (отсутствие голоса). Характерной ее чертой является нестойкость патологических изменений в гортани и возможность появления звучного голоса при кашле. В этих случаях голос восстанавливается под воздействием лечения и специальных упражнений. К функциональным нарушениям

относится также патологическая мутация голоса – физиологическое изменение голоса в переходном возрасте, сопровождающееся рядом патологических изменений в голосе и в голосообразующем аппарате.

Брадилалия

Брадилалия (от греч. *bradus* – медленный, *lalia* – речь) – патологически замедленный темп речи.

При брадилалии речь чрезмерно замедленная, с растягиванием гласных звуков, с вялой, нечеткой артикуляцией. Большинству детей с такой патологией свойственна общая вялость, заторможенность, медлительность. Часто отмечается замедленный темп не только внешней, но и внутренней речи. У детей с брадилалией обычно бывают и нарушения общей моторики, внимания, памяти, мышления.

М.Е. Хватцев отмечал, что патологически замедленный темп речи нередко встречается у умственно отсталых детей.

Излишне медлительная речь вызывает нетерпение и раздражение со стороны окружающих. Поэтому дети с такой речью вообще стараются не говорить. А это еще больше задерживает их речевое, а следовательно, и умственное развитие. Брадилалии у детей часто сопутствует монотонность голоса, недостаточно модулированная речь.

Причины брадилалии разнообразны. М.Е. Хватцев одной из главных причин считал патологическое усиление тормозного процесса, который начинает доминировать над процессом возбуждения. Брадилалия может передаваться по наследству вместе с нарушением внутренней речи, а также возникать в результате подражания или неправильного воспитания. Работа по устранению брадилалии проводится комплексно. Она состоит из следующих направлений:

1. Медицинское воздействие (лечебное укрепление нервной системы медикаментами, физиотерапевтическими процедурами).

2. Специальные виды лечебной физкультуры.

3. Логопедические занятия, основной целью которых является выработка четких и быстрых речевых движений.

4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, развитие речевой и общей моторики, внимания, памяти). Большой эффект дают занятия с быстрой маршировкой и бегом под музыку, частые переключения движений в зависимости от изменения характера музыки, разнообразные подвижные игры, сопровождаемые речью.

Все логопедические занятия проводятся на чуть ускоренной речи. Но начинают эту работу очень постепенно и осторожно. Сначала логопед дает образец нормального темпа, произнося легкую для проговаривания фразу.

Затем «задает» темп отхлопыванием, дирижированием и т. д., и дети повторяют фразу многократно, постепенно ускоряя темп речи и следуя за все убыстряющимися хлопками логопеда. При этом необходимо следить, чтобы дети не переутомлялись, так как их возможности весьма ограничены.

На следующем этапе детей упражняют в быстром произнесении (по очереди) заученного стихотворения по строчкам. Логопед показывает на ребенка, а тот быстро произносит очередную строчку. Для оживления занятий нужно вводить в них элементы игры, «обмана», например, логопед смотрит на одного ребенка, а указывает на другого. Эмоциональная атмосфера занятия способствует лучшему усвоению навыка, развивает внимание. Затем проводят различного рода инсценировки, рассказывание сказок по ролям. При этом логопед добивается не только ускоренного темпа речи, но и ее выразительности. На последних этапах работы детей упражняют в произнесении скороговорок и закрепляют навыки нормальной речи.

Тахилалия

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи. Название это произошло от греческого слова *tachus*, что означает «быстрый», и *lalia* – речь.

По определению М.Е. Хватцева, при тахилалии произносится в секунду 20 – 30 звуков (при норме 9 – 14 звуков). Таковую стремительную речь бывает трудно понять, даже когда не изменяется звукопроизношение. Но часто от быстроты высказывания происходит повторение слогов или, наоборот, их пропуск, искажение звуков, а иногда слов. Но всего этого говорящий, как правило, не замечает. Он часто не дослушивает собеседника и торопится высказаться сам. Бурный поток звуков и слов произносится без передышки, до полного выхода. Иногда неумеренно быстрый темп речи сопровождается быстрыми, подчас беспорядочными движениями рук, ног или всего тела.

Тахилалия может возникнуть уже в детстве и, если не проводить специальной коррекционной работы, усилиться в переходном возрасте и остаться на всю жизнь.

Причины. Патологически ускоренный темп речи чаще всего возникает у детей нервных, возбудимых, порывистых, неуравновешенных. Существует несколько точек зрения на причины возникновения этого дефекта. М.Е. Хватцев утверждал, что центральным звеном в патогенезе тахилалии является расстройство темпа внешней и внутренней речи за счет патологического преобладания процессов возбуждения над процессами торможения. Доказана и наследственная природа тахилалии.

Немаловажную роль в возникновении этого дефекта играют и подражание быстрой речи окружающих, и неправильные приемы воспитания ребенка, его речи.

Спотыкание. Необычно быстрая, стремительная речь при тахилалии иногда напоминает по внешней картине заикание, так как говорящий часто повторяет звуки, слоги или слова. Однако такие «наскакивания» ничего общего с заиканием не имеют, так как прежде всего они носят несудорожный характер. И в отличие от заикания называются спотыканием.

При спотыкании, как и при заикании, могут возникать неоправданные паузы и остановки.

М.Е. Хватцев описал ряд признаков, по которым можно легко отличить истинное заикание от внешне сходных с ним запинок при спотыкании.

При заикании:

1. Судороги в момент речи в речевом аппарате.
2. Страх публичной речи и «трудных» звуков.
3. Периодичность в заикании (то ухудшение, то улучшение).
4. Речь ухудшается при посторонних.

При спотыкании:

1. Нет судорог.
2. Нет страха.
3. Нет ярко выраженной периодичности в протекании дефекта.
4. Все наоборот, и становится лучше при знакомых.

Основные принципы логопедической и психологической работы по устранению тахилалии разработаны Ю.А. Флоренской и З.С. Ходоровой еще в 1935 г. В настоящее время для преодоления патологически ускоренного темпа речи применяется комплексный метод. Он состоит из ряда направлений:

1. Медицинское воздействие (медикаментозное и физиотерапевтическое укрепление нервной системы).
2. Логопедические занятия (упорядочение темпа речи, воспитание логического мышления, внимания, нормализация просодической стороны речи: ритма, мелодики, пауз).
3. Специальные виды лечебной физкультуры.
4. Логопедическая ритмика (нормализация темпа и ритма общих движений, общей и речевой моторики).

Продолжительность занятий 9-10 мес.

Вся указанная работа проводится обязательно в коллективной форме, пусть небольшой, но группой. Ю.А. Флоренская подчеркивала, что коллектив используется как начало, сдерживающее, дисциплинирующее и снижающее повышенную психомоторную возбудимость.

На протяжении всех занятий дети приучаются к медленной, спокойной и плавной речи (вначале дети говорят в темпе, даже несколько более медленном, чем нормальный).

На первых порах детям бывает очень трудно выдерживать такой непривычный для них замедленный темп речи. Для этой цели логопед должен «задавать» нужный темп каким-то дополнительным образом: отхлопывать такт в ладоши, отстукивать по столу, дирижировать. Дети могут также произносить фразы под удары в мяч, под прыжки, под метроном. Такие приемы помогают детям сохранять заданный темп во время всего занятия.



На занятиях по музыкальной ритмике дети должны произносить стихи, фразы под неторопливую музыку, маршировку, разведение рук в стороны и т. д. Так изо дня в день дошкольников упражняют в замедленной речи. После того как навык неторопливой речи станет прочным, детей упражняют в нормальном темпе, в выразительной, эмоциональной речи.

При тахилалии часто бывает нарушена последовательность, логичность мышления. Этому также следует уделять большое внимание. В таких случаях полезно учить детей составлять рассказ по плану, подсказывая им последовательность изложения. Эффективен такой вид рассказывания, когда логопед начинает каждую фразу, а все дети по очереди договаривают. При этом все фразы должны быть объединены одной темой. Подобные упражнения развивают у детей логичность мышления и одновременно позволяют им тренироваться в неторопливом темпе речи.

После окончания курса занятий необходимо в течение года очень внимательно следить за речью ребенка, так как тахилалия имеет тенденцию к возвращению. Нужно беречь приобретенные ребенком навыки и не позволять ему ускорять темп речи. Если в течение года сохранится нормальный темп речи, значит, тахилалия исчезла прочно.

Заикание.

Здоровье человека закладывается в детстве, что определяет важное значение создания условий формирования хорошего здоровья. При этом здоровье рассматривается как способность детского организма в процессе роста и развития адаптироваться к условиям жизни. Одним из важнейших компонентов здоровья является психическое здоровье ребенка.

Здоровый организм характеризуется гармоничностью взаимосвязей всех органов и систем. Болезнь – это нарушение гармонии. В период роста и формирования физиологических функций организма дети и подростки

подвержены отрицательным влияниям со стороны окружающей среды. Их нервная система чутко реагирует на эмоциональное и физическое воздействие, что часто находит выражение в проявлении функциональных нарушений, таких как заикание, тики и др.

Речь, выполняя основное свое значение – средство общения между людьми, является одной из важнейших функций психики. Она развивается по мере формирования мозга. Среди всех известных речевых расстройств у детей особое место занимает заикание, проявляющееся в отсутствии способности говорить свободно, без напряжения и запинок.

В последние годы отмечается рост заикания у детей, что связывают с бурным внедрением в повседневную жизнь электронных средств массовой информации, видеоигр и др., что обрушивается массивом на неокрепшую нервную систему ребенка.

В России заикается около 2% детей и до 1,5% взрослых. С возрастом заикание уменьшается или исчезает совсем, но у некоторых пациентов оно остается, причем у мужчин чаще, чем у женщин, – в соотношении 2,2-5,3 к 1.

Заикание определяется как нарушение темпа, ритмики и плавности устной речи, обусловленной судорожными спазмами мышц, участвующих в речевом акте. Поскольку речь осуществляется взаимодействием таких функций, как дыхание, голосообразование и артикуляция (образование отдельных фонем), то спазм может наступить преимущественно в каком-либо одном отделе речевого аппарата, или чаще судорога охватывает все мышцы, участвующие в акте речи.

По характеру спазмов их подразделяют на клонические (когда сокращения мышц быстро следуют одно за другим, при этом повторяются отдельные звуки и слоги, чаще всего в начале слова) и тонические (когда спазм охватывает группу мышц более продолжительный отрезок времени, при этом имеет место напряжение, задержка в преодолении «сбоя» в собственной речи). У большинства заикающихся детей спазмы носят смешанный характер. Возникновение речевых судорог связывается с перевозбуждением моторных центров и распространением его на близлежащие отделы двигательной коры головного мозга в момент разрывов “речевого круга” при заикании, что вызывает судорожное сокращение мимической мускулатуры и мышц шеи. При этом существенно страдает коммуникативная сторона речи как средства общения. Речь заикающегося сопровождается запинками, остановками, повторениями отдельных звуков, слогов и слов. Заикающимся свойственно введение в речь добавочных слов (эмболофазия), подмена “трубных” слов “легкими” (уловки), наличие сопутствующих речи движений (кивки, подергивания, покачивания).

Наиболее часто встречающийся возрастной период появления заикания у детей – период от 2 до 4 лет. Это период активного формирования звукопроизношения, речи в целом, при еще недостаточно сформированной и достаточно хрупкой речевой функции. Причем предрасположенность к заиканию у мальчиков в 3-4 раза больше, чем у девочек. Причина – меньшая эмоциональная устойчивость мужчин к внешним факторам. Однако достаточно часто существенное прогрессирование речевых нарушений наблюдается лишь с началом обучения ребенка в школе. Это объясняется как увеличением нагрузки на нервную систему ребенка, так и неблагоприятным влиянием одноклассников и учителей на психику ребенка.

Определенное значение в развитии нарушения речи придается наследственным факторам. В генетическом коде ребенка могут быть заложены патологические особенности личности, которые при неблагоприятных условиях могут привести к возникновению заикания.

В зависимости от того, возникает заикание на невротической основе или на фоне признаков органического поражения головного мозга, выделяют невротическую и невротоподобную форму заболевания.

Развитие заикания разделяют на 4 фазы:

1-ая фаза. Наблюдаются небольшие эпизоды заикания, сокращение периодов плавной размеренной речи. Окончание первой фазы заикания определяют по следующим симптомам:

- затруднения в произношении возникают чаще в начальных словах предложений;
- эпизоды заикания возникают при произнесении союзов, предлогов и других кратких частей речи;
- «коммуникативное давление» усугубляет заикание;
- ребенок никак не реагирует на свои трудности с произнесением слов, разговаривает без смущения. Нет беспокойства, страха речи. Спровоцировать заикание способна сиюминутная эмоциональная вспышка.

2-ая фаза. Появляются проблемы в контактировании, некоторые сопутствующие движения. Постепенно повышается число ситуаций, сложных в плане общения.

- заикание приобретает хронический характер, но различается тяжесть приступов;
- проблемы с произнесением возникают чаще в многосложных словах, во время быстрой речи и значительно реже в кратких частях речи;
- ребенок осознает нарушения своей речи, но не считает себя заикающимся. Говорит непринужденно в любой ситуации.

3-я фаза. Закрепление судорожного синдрома. Однако пациенты не испытывают страха речи и какой-либо неловкости. Они используют любую

возможность для общения. Предложение о лечении не вызывает какой-либо поддержки или энтузиазма со стороны пациента. Они как будто дают себе установку на спокойствие.

- пациенты осознают, что по причине заикания некоторые ситуации становятся затруднительными в плане общения;
- появляются трудности в связи с произнесением определенных звуков, слов;
- попытки заменить «проблемные» слова другими.

4-ая фаза. На этой стадии заикание – большая личностная проблема. Появляются выраженные эмоциональные реакции на заикание и, как следствие, избегание речевых ситуаций. Если раньше пациент прибегал к замене «проблемных» звуков (слов) периодически, то теперь он делает это постоянно. Он начинает обращать внимание на реакцию окружающих на его заикание. Характерные черты 4-ой фазы заикания:

- ожидание заикания (антиципация);
- затруднения при произнесении определенных звуков (слов) принимают хронический характер;
- логофобия (страх речи);
- ответы на вопросы становятся уклончивыми.



Профилактика заикания.

Методы профилактики заикания разделяют на две группы. Одна из них нацелена на поддержание и укрепление детского здоровья, вторая – на организацию речевого развития ребенка. Полноценное питание, постоянный уход, соблюдение режима дня и гигиены – это важные составляющие психического и речевого развития ребенка, сохранения и укрепления его здоровья. Нормальному функционированию нервной системы и предохранению ее от перегрузок способствует правильное чередование бодрствования и сна. Следует беречь психику детей от чрезмерной информационной нагрузки (просмотр «взрослых» телепередач, чтение перед сном эмоциональных сказок), ситуаций, способных вызвать испуг.

Полноценное речевое развитие ребенка должно включать в себя три направления. Первое – расширение кругозора, понятия и представления об окружающем мире, явлениях и предметах (игры, прогулки, чтение книг). Второе – профилактика и предупреждение запинок в речи ребенка, обучение плавности и неторопливости речи, умению логично и последовательно излагать свои мысли, желания. Третье – формирование правильного

звукопроизношения, ритмики и темпа речи. Однако сообщать ребенку новую информацию следует постепенно, дозировано.

Исправив заикание, во избежание рецидивов необходимо создать ребенку соответствующие обстановку и режим, которые будут способствовать поддержанию благоприятной психологической обстановки.

Проблемы заикающихся детей в школе.

Заикание проявляется особенно сильно в незнакомой, волнительной обстановке: при ответе у доски, в личном разговоре с одноклассниками или учителем. Дома же, в разговоре с самим собой, заикающийся ребенок может говорить плавно.

Дети могут быть замкнуты, молчаливы, не общительны.

Испытывают трудности ответа у доски, с места, поэтому избегают их, как и участия в общешкольных мероприятиях, дискотеках и т.п.

Отсюда вытекают проблемы в общении, низкая самооценка, проблемы успеваемости. В то же время дети могут достаточно нормально читать по учебнику, петь.

Со временем старшие ребята учатся скрывать свое заикание: делают длительные паузы, растягивают слова, используют в речи слова-паразиты, которыми заполняют вынужденные остановки речи: «вот», «ну», «так» и другие. То есть внешне речь может быть уже достаточно плавной и ровной.

Работа учителя с заикающимися детьми.

Считается, что вылечить заикание проще в детском возрасте, нежели у взрослых. Поэтому как только к вам «попал» ребенок с заиканием, нужно начать работу с ним и его родителями (особенно, если они не занимаются у логопеда).

Речь ребенка всегда развивается подражательно: как говорят окружающие, так говорит и он. Поэтому ребенок может копировать манеру и темп речи заикающегося родственника, с которым он часто общается. При общении с заикающимся ребенком речь должна быть ровной, плавной, нельзя говорить быстро и проглатывать слова, недопустим разговор по слогам, говорение нараспев. Ребенок должен слышать нормальную речь.

Если вы слышите, что ребенок говорит в быстром темпе, захлебывается, торопится – остановите его, попросите говорить спокойно. Это может предотвратить заикание у склонных к нему детей.

Детям в раннем возрасте одинаково вредны чрезмерная речевая нагрузка и отсутствие говорения.

К ребенку нужно относиться с особенным вниманием, но не потворствовать его капризам и совершению плохих поступков. Всегда предъявляйте к ребенку единые требования.

Посадите заикающегося ребенка за одну парту со спокойным уравновешенным соседом, у которого хорошая, четкая, грамотная речь.

Не стоит привлекать ребенка к участию в играх и других мероприятиях, требующих индивидуальных выступлений с произнесением речи. Наоборот, лучше как можно чаще давать возможность играть в игры, в которых возможны совместные ответы.

Если вы проводите мероприятие, в котором задействованы все ученики класса, дайте заикающемуся ребенку возможность спеть хором, чтобы он не почувствовал свою неполноценность.

При ответе у доски такой ребенок часто может испытывать затруднения, поэтому постарайтесь не спрашивать его первым, помогайте отвечать. В случае, если ребенок не может ответить, задайте другой вопрос, ответьте сами, отвлеките его внимание, переключите на что-то другое. Таких ребят можно спрашивать с места: зачитать ответ по тетради, дать комментарий. За партой ребенок испытывает меньше волнений, чем у доски, поэтому его речь может быть более плавной.

При работе с заикающимся ребенком нужно проявить терпение и понимание, по возможности давать выполнимые задания, не требующие публичных ответов и выступлений (если, конечно, ребенок сам не настаивает на них). Главное – не заострять свое внимание на проблеме, не делать замечаний по поводу речи, и всеми возможными способами исключить насмешки одноклассников. С ребенком и его родителями важно установить доверительные отношения.

Необходимо развенчать в глазах ребенка кажущиеся ему непреодолимыми трудности речевого общения, продемонстрировать, что говорение – автоматизированный, легкий физиологический акт, навык говорения приобретается легко и может с каждым разом улучшаться. Для этого педагог, общаясь с заикающимся ребенком, в любой момент должен указать «перспективные линии» улучшения его речи. В неприятном случае у ребенка формируется ужас перед речью.

Главное направление работы учителя с детьми, страдающими расстройством речи, психолого-педагогическое перевоспитание, закалка эмоционально-волевой сферы ребенка.

Учитель, конечно же, лечить не должен, но его деятельность осуществляется в одном направлении с психокоррекционной работой перевоспитанием личности заикающегося, освобождением его от преувеличенных страхов за свою речь и свою неполноценность. Логопед и педагог могут посоветовать родителям, как верно себя вести с заикающимся ребенком, какие замечания по речи можно делать, какие нет. Замечания по типу: «Не торопись, не нервничай, говори спокойно, не спеши» по существу

недостаточно помогают ребенку. Он сам знает, в чем его трудность, а такие резонерские замечания будут лишь раздражать, дополнительно провоцируя его. Подобные замечания «загоняют» заикание в сознание ребенка. Педагог должен провести беседу с родителями, чтобы они дома говорили верно, четко, неторопливо. Родителям необходимо говорить с ребенком в естественном тоне, не сюсюкать, потому что это еще больше способствует формированию нарушений речи. Ребенка необходимо научить методам релаксации и утотренинга. Этим приемам эмоционально волевой тренировки может обучить доктор-психотерапевт.

Исключительное значение для исправления нарушений речи имеет развитие слухового (фонематического) восприятия речи, формирование так называемого речевого слуха и умения интонировать (улавливать речевую мелодию), повторяя образцы речи за педагогом. Учитель должен стараться вовлекать заикающегося ребенка в коллективные ролевые игры. В ролевых ситуациях происходит непроизвольное речепорождение в отличие от речи по принуждению.

Говоря с ребенком, страдающим недостатком речи, учитель должен говорить медленно, четко выговаривая слова, следя за артикуляцией, соблюдая соответствующую интонацию.

Большое значение имеет речевая атмосфера, создание которой рождает у заикающегося непреодолимое желание говорить с окружающими не стесняясь. Потребность в общении перекрывает отрицательные эмоции, и ребенок забывает о своих речевых неурядицах. Наконец, никогда не нужно скупиться на похвалу по предлогу успешной речи. Это ведет к появлению у школьника желания закрепить свои речевые достоинства.

Дислалия.

Дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Среди нарушений произносительной стороны речи наиболее распространенными являются избирательные нарушения в ее звуковом (фонемном) оформлении при нормальном функционировании всех остальных операций высказывания.

Эти нарушения проявляются в дефектах воспроизведения звуков речи: искаженном (ненормативном) их произнесении, заменах одних звуков другими, смешении звуков и – реже – их пропусках.

Дислалия является одним из наиболее распространенных дефектов произношения. Статистические данные отечественных и зарубежных исследователей указывают, что недостатки произношения имеются у 25–30%

детей дошкольного возраста (5-6 лет), у 17-20% детей школьного возраста (I – II классы). У учащихся более старшего возраста недостатки произношения занимают не более 1%. Это свидетельствует о том, что встречаются временные нарушения, которые преодолеваются в ходе речевого развития детей и в процессе школьного обучения.

Дислалии бывают функциональными и механическими.

Функциональная дислалия может возникать у детей чрезмерно возбудимых, с задержкой психического развития, а также в тех случаях, когда дефектное произношение маленького ребенка не только не исправляется, но даже культивируется: родители, окружающие подражают речи малыша, сюсюкая с ним, или когда речь живущих с ребенком взрослых имеет какие-то недостатки звукопроизношения.

Механическая дислалия может зависеть от нарушений костного и мышечного строения периферического речевого аппарата. Эти нарушения бывают врожденными и приобретенными. Врожденные дефекты периферического речевого аппарата: массивные и короткие подъязычные уздечки, изменения формы и относительной величины челюстей, патологическое расположение и форма зубов верхней и нижней челюстей. Необходимо учитывать, что эти дефекты чаще всего являются лишь предрасполагающими к появлению нарушений звукопроизношения, поскольку у физически и психически здорового ребенка при правильном речевом воспитании в большинстве случаев находятся естественные возможности компенсации такого дефекта. Приобретенные дефекты периферического речевого аппарата возникают в результате челюстно-лицевых травм из-за раздробления костей и разрыва мышц (с последующими рубцами).

Как функциональная, так и механическая дислалии могут быть простыми (мономорфными) – когда у ребенка нарушена какая-то одна группа звуков, например, сигматизм, ротацизм, каппацизм, и сложными (полиморфными) – когда оказываются нарушенными несколько групп звуков, например, сигматизм и каппацизм, ротацизм, йотацизм и дефекты озвончения. При простой дислалии сначала исправляют звук – базовый для этой группы, а потом последовательно все остальные звуки. Например, в группе шипящих прежде всего исправляют звук «ш». Затем на основе его артикуляции ставят звуки «ж» (путем озвончения «ш»), «ч» (соединяя звуки «тш» и произнося их в быстром темпе), «щ» (продвигая язык вперед). Чтобы ускорить работу по исправлению звуков этой группы, к постановке звука «ж» можно приступать уже на этапе автоматизации звука «ш» в конце слов, а к постановке звука «ч» – на этапе автоматизации звука «ш» в предложениях.

При исправлении сложной дислалии работу можно вести сразу над несколькими группами звуков, но соблюдая поэтапность внутри каждой группы. Однако не стоит брать для одновременной работы те группы звуков, артикуляция одной из которых является базой для другой, например, если нарушены свистящие и шипящие, то к шипящим надо переходить после постановки свистящих (хотя бы «с» и «з»). Не стоит одновременно исправлять и те звуки, артикуляция которых прямо противоположна, например, у ребенка свистящие («с», «з», «ц») – боковые, а «л» он заменяет на двугубный «в». При исправлении «с» бокового надо вырабатывать воздушную струю, идущую посередине языка, а при исправлении «л» – воздушную струю, идущую вбок. Лучше сначала поставить и ввести в речь «с», «з» и на этапе автоматизации «ц» начать работать над «л».

Ринолалия.

Ринолалия (от греческого rhinos– нос; lalia– речь) – это нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата и характеризующееся своеобразным сочетанием неправильной артикуляции звуков и голосовых расстройств.

В отличие от дислалии, нарушается произношение как гласных (из-за назального тембра голоса), так и согласных звуков. Ринолалию следует отличать и от близкого по механизму нарушения – ринофонии, при которой нарушен только тембр голоса, а артикуляция звуков почти не отличается от нормативной.

При ринолалии механизм артикуляции, фонации и голосообразования обусловлен нарушением взаимодействия и ротоглоточного резонаторов. При нормальной фонации происходит отделение носоглоточной и носовой полости от глоточной и ротовой во время произношения всех звуков речи, кроме носовых. Эти полости разделяются нёбно-глоточным смыканием, осуществляемым сокращением мышц мягкого нёба и боковой, и задней стенок глотки.

Одновременно с движением мягкого нёба при фонации происходит утолщение задней стенки глотки, которое также способствует контакту задней поверхности мягкого нёба с задней стенкой глотки.

При произношении носовых звуков м–м', н–н' воздушная струя свободно проникает в пространство носового резонатора. Несбалансированный резонанс приводит к изменению акустического спектра голоса и появлению назальности или назализаций (гнусавость), что и является основным признаком ринофонии. Если же к изменению акустических параметров присоединяется спектр отклонений в аэродинамических условиях

речеобразования (недостаточное воздушное давление в полости рта, утечка воздуха через носовые ходы), то приспособление к особым условиям создает разнообразные искажения произношения. В этих случаях наблюдается риноплазия.

Врожденные несращения лица и нёба.

Случаи рождения ребенка с расщелиной губы и нёба – один на 500-800 рождений нормальных детей. Врожденные дефекты лица и нёба являются следствием разнообразных внешних и внутренних воздействий на эмбрион на раннем этапе внутриутробного развития. Отмечаются наследственный характер этой аномалии, дефицит отдельных микроэлементов, применение некоторых гормональных препаратов. Отрицательное влияние оказывают также заболевания матери краснухой, малярией и т.п., алкоголь, курение. Причиной аномалии могут быть отрицательные факторы, связанные с профессией, психические потрясения и др. Многие авторы подчеркивают воздействие ряда внешних и внутренних неблагоприятных факторов. У таких детей в процессе их физического развития возникают серьезные функциональные расстройства, связанные с наличием дефекта. Расщелины губы и нёба оказывают также различное влияние на формирование речи в зависимости от величины и формы анатомического дефекта. Принято различать следующие виды расщелин:

- 1) расщелина верхней губы; верхней губы и альвеолярного отростка;
- 2) расщелины твердого и мягкого нёба;
- 3) расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и нёба – одно и двусторонние;
- 4) подслизистые (субмукозные) расщелины нёба.

Структура анатомического дефекта является фактором, способствующим возникновению компенсаторных нарушений, при которых страдают все отделы периферического речевого механизма.

Затрудненное вскармливание в раннем периоде развития приводит к ослаблению жизненных сил, и ребенок становится восприимчивым к различным заболеваниям. Дети с расщелинами особенно предрасположены к катару верхних дыхательных путей, бронхиту, пневмонии, рахиту, анемии.

Нередко у детей наблюдаются патологические изменения в лор органах: искривления носовой перегородки, деформации крыла носа, аденоиды, гипертрофии (увеличения) миндалин. Часто у детей возникают воспалительные процессы в носовой области, которые могут перейти со слизистой оболочки носа и глотки на евстахиевы трубы и вызвать воспаление среднего уха. Частые отиты, нередко принимающие хроническое течение, служат причиной различной степени понижения слуха.

С отклонениями в анатомическом строении губы и нёба тесно связаны недоразвитие верхней челюсти и неправильный прикус с дефектным расположением зубов. У детей с врожденной расщелиной нёба отклонения в формировании зубов наблюдаются в 64% случаев, а при сквозных расщелинах губы и нёба – в 98%. Многочисленные функциональные нарушения, вызванные дефектом строения губы и нёба, требуют постоянного медицинского наблюдения.

В нашей стране созданы условия для комплексного лечения в специализированных центрах при НИИ, при кафедрах хирургической стоматологии и других учреждениях, где осуществляется лечебно-профилактическая работа. Операция по восстановлению верхней губы (хейлопластика) рекомендуется в первый год жизни ребенка. Часто она производится в родильных домах в первые дни после рождения. Операция восстановления нёба (уранопластика) проводится в большинстве случаев в дошкольном возрасте.

По состоянию психического развития дети с расщелинами делятся на три категории:

- с нормальным психическим развитием;
- с задержкой умственного развития;
- с олигофренией (разной степени).

При неврологическом обследовании признаки выраженного очагового поражения головного мозга, как правило, не выявляются. У некоторых детей имеются отдельные неврологические микропризнаки: нистагм, легкая асимметрия глазных щелей, носогубных складок, повышение сухожильных и периостальных рефлексов. В этих случаях ринолалия осложняется ранним поражением центральной нервной системы. Значительно чаще у детей наблюдаются функциональные нарушения нервной системы, иногда – значительно выраженные психогенные реакции, повышенная возбудимость.

Врожденные расщелины нёба оказывают отрицательное влияние и на развитие речи ребенка. При нормальной фонации вибрация голоса проникает только в ротовую полость (кроме произношения носовых звуков). Если же разделение с ротовой полостью неполное, вибрирующий звук проникает и в носовую полость. При нарушении преграды между ротовой и носовой полостями увеличивается пространство голосового резонанса. При этом изменяется тембр звуков, особенно гласных. Наиболее сильно изменяется тембр гласных «и» и «у», при произношении которых ротовая полость сужена и звуковые волны устремляются в носовую полость. Все звуки речи приобретают носовой или назальный оттенок, который грубо нарушает внятность.

Дизартрия.

Среди нарушений речи у детей особое место занимает дизартрия, которая проявляется в ограниченной подвижности речевого аппарата: мягкого нёба, языка, губ, вследствие чего страдает овладение нормальным звукопроизношением, нарушается тембр голоса.

Причинами дизартрии являются органические поражения ЦНС в результате воздействия различных неблагоприятных факторов на развивающийся мозг ребенка во внутриутробном и раннем периодах развития. Чаще всего это – острые и хронические инфекции, токсикоз, родовые травмы, несовместимость по резус-фактору. Часто дизартрия наблюдается при детском церебральном параличе (от 65 до 85%).

Дизартрия нередко приводит к недоразвитию речи (неполноценности словаря, нарушению грамматической связи слов), а в школьном возрасте – к нарушениям письма и чтения. Исправление этих дефектов возможно в результате длительных, своевременно начатых логопедических занятий в сочетании с лечебными мероприятиями.

Успех в преодолении нарушений речи у детей, страдающих дизартрией, зависит во многом от правильного сочетания специального лечения, обучения и семейного воспитания.

Воспитатели могут оказать неоценимую помощь, если будут систематически терпеливо выполнять рекомендации специалиста-логопеда; родители – в домашних условиях применять ряд доступных упражнений, направленных на выработку внятной речи и закрепление речевых навыков, достигнутых на занятиях с логопедом, следуя его рекомендациям.

Наиболее часто встречающаяся форма детской дизартрии – псевдобульбарная. Псевдобульбарная дизартрия является следствием перенесенного во внутриутробном периоде, во время родов или в раннем детстве органического поражения мозга как следствия энцефалита, родовых травм, опухолей, интоксикации и др. В результате у ребенка нарушается общая и речевая моторика. Ребенок плохо сосет, поперхивается, захлебывается, плохо глотает. Из рта течет слюна, нарушена мускулатура лица.

Нередко проявления легкой степени дизартрии называют «стертой» дизартрией, имея в виду негрубые («стертые») парезы отдельных мышц артикуляционного аппарата, нарушающих процесс произношения. В последнее время отмечается большая распространенность этой категории детей в связи с увеличением случаев ранней энцефалопатии.

Выделение этих детей в особую группу предусматривает сложную комплексную процедуру, т.к. требует углубленного неврологического обследования (для выявления минимальной неврологической симптоматики),

тщательного анамнеза и развернутого логопедического обследования всех сторон речи. Следствием нарушения функции артикуляционного аппарата является тяжелый дефект произношения. Речь таких детей обычно очень невнятная, смазанная, тихая, с заметным назальным оттенком. Из-за малоподвижности губ, языка, характерна нечеткая артикуляция гласных, произносимых обычно с сильным носовым выдохом. Звуки «А» и «У» недостаточно четкие, звуки «И» и «Ы» обычно смешиваются. Из согласных чаще полноценны П, Т, К, М, Н, Х. Свистящие, шипящие, «Ч» и «Ц», «Р» и «Л» произносятся приближенно, как носовой выдох с неприятным «хлюпающим» призвуком. Выдыхаемая ротовая струя ощущается очень слабо. Звонкие согласные чаще заменяются глухими. Нередко звуки в конце слова и в стечении согласных опускаются. В результате речь детей, страдающих псевдобульбарной дизартрией, оказывается непонятной для окружающих.

Как правило, дети с подобным нарушением не могут успешно обучаться в общеобразовательной школе. Наиболее благоприятные для них условия обучения и воспитания созданы в специальных школах для детей с тяжелыми нарушениями речи (V вида), где осуществляется индивидуальный подход к таким учащимся.

Ошибки в письме в виде замен букв наиболее характерны для детей с глубокими нарушениями артикуляции, у которых нерасчлененность звукового состава речи связана с искаженным звукопроизношением. Кроме того, в письме детей-дизартриков распространены ошибки на неправильное употребление предлогов, неправильное согласование и управление и др. Эти нефонетические ошибки тесным образом связаны с особенностями овладения устной речью детьми-дизартриками – с неполноценным грамматическим строем и словарным запасом, ограниченным речевым общением.

Для того чтобы овладеть произношением звуков, дети с дизартрией нуждаются в тренировочных упражнениях по развитию подвижности речевого аппарата (нижней челюсти, губ, языка, мягкого нёба). Систему этих упражнений, их последовательность и длительность, конкретные приемы, необходимые именно этому ребенку, планирует логопед. Однако некоторые приемы, требующие многократного повторения и тренировки, должны использоваться воспитателем или родителями в соответствии с рекомендациями логопеда.

Алалия.

На протяжении многих десятилетий внимание ученых привлекали дети, у которых практически полностью или частично отсутствовала полноценная

речь. Представители разных научных направлений называли такое состояние безречья «слухонемой», «врожденной афазией», «афазией детского возраста» и т.д., пока не остановились на термине «алалия» (буквально «не говорю»: «а» – отрицание, «laliō» – говорю). Алалия – это недоразвитие или грубое нарушение развития речи у ребенка, возникающее в доречевой период, имеющее системный характер и обусловленное патологией ЦНС определенных зон коры головного мозга.

Научно обоснованных статистических сведений о распространенности алалии нет. Имеются данные о том, что среди детей дошкольного возраста алалия встречается примерно у 1%, а среди детей школьного возраста у 0,6-0,2%. В среднем можно считать, что алалия встречается у 0,1% населения. У мальчиков это нарушение речи встречается в 2 раза чаще, чем у девочек.

По наблюдениям С.С. Корсакова и Н.И. Красногорского, алалия бывает следствием соматического заболевания, вызывающего истощение центральной нервной системы, в первую очередь гипотрофии.

Выделяются разные степени тяжести алалии: от простой словесной неловкости до полной неспособности пользоваться разговорной речью.

Моторная алалия – это системное недоразвитие экспрессивной речи центрального органического характера, обусловленное несформированностью языковых операций, процесса порождения речевых высказываний при относительной сохранности смысловых и сенсомоторных операций. Моторная алалия представляет собой сложный синдром, комплекс речевых и неречевых симптомов, отношения между которыми являются неоднозначными. В структуре речевого дефекта при моторной алалии ведущими являются языковые нарушения.

Сенсорная алалия. Основным симптомом сенсорной алалии является нарушение понимания речи вследствие нарушения работы речеслухового анализатора, что возникает при преимущественном поражении височной доли доминантного полушария. Это приводит к недостаточному анализу и синтезу звуковых раздражителей, поступающих в кору головного мозга, как следствие этого не формируется связь между звуковым образом и обозначаемым им предметом. Ребенок слышит, но не понимает обращенную речь, так как у него не развиваются слуховые дифференцировки в воспринимающем механизме речи.

Сенсорная алалия менее изучена, чем моторная алалия. В некоторой степени это связано с тем, что количество детей с таким нарушением относительно невелико, а его распознавание и дифференциальная диагностика с другими видами нарушений затруднены. Проблема сенсорной алалии на протяжении всей истории ее изучения вызывала острые дискуссии. С течением времени менялись требования к диагностике, понимание

нарушения то сужалось, то неоправданно расширялось. Существование сенсорной алалии как самостоятельного нарушения и сейчас у отдельных исследователей вызывает сомнения, иногда полагают, что диагноз ставится без необходимых оснований.

Проверка слуха у детей с сенсорной алалией очень трудна, при исследовании на специальной электроакустической аппаратуре обнаруживается слуховая неустойчивость: сигналы одинаковой частоты и громкости то воспринимаются, то не воспринимаются.

Особенности слухового внимания и восприятия при сенсорной алалии, их замедленность, неустойчивость, колебания (непостоянство слуховых реакций ребенка на звуковые раздражители) затрудняют правильную оценку состояния слуха. Реакция на звук прямо не зависит от его интенсивности. Отмечается нарушение произвольного слухового внимания: дети не слушают, не вслушиваются в звуки, быстро утомляются, отвлекаются, теряют интерес к звучаниям, слуховая функция истощается. Аудиометрические исследования бывают более убедительными, когда их проводят неоднократно и только после того, как ребенок свыкнется с ситуацией и правильно будет понимать задания.

Окончательный вывод о состоянии слуха ребенка делают только после сопоставления нескольких аудиограмм, взяв за предполагаемые показатели наиболее близкие совпадения данных 8-10 исследований.

При сохранности звукопроводящей функции слухового анализатора у детей отмечается неспособность локализовать звук в пространстве, выявляется нарушение слуховой памяти, индифферентность к звуковым раздражителям. Обращенный сигнал (речь взрослого) оказывается слишком слабым, чтобы вызвать понимание, интерес и ответ. Невключение внимания и его быстрая истощаемость – типичные проявления в картине недостаточности.

Иногда дети с сенсорной алалией безосновательно направляются в специальные учреждения для глухих и слабослышащих детей. Н.Н. Трауготт (1940), исследовав 200 глухих учащихся специальной школы, у 8 из них обнаружила сенсорные нарушения, которые ошибочно квалифицировались как нарушение слуха.

Афазия.

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга. Афазия – одна из старейших проблем неврологии, психологии, физиологии. Представления об афазии на основании новых данных дали возможность уточнить определение. Афазия – системное нарушение речи, которое возникает при органических поражениях мозга,

охватывает разные уровни организации речи, влияет на ее связи с другими психическими процессами и приводит к дезинтеграции всей психической сферы человека, нарушая прежде всего коммуникативную функцию речи. При афазии проявляются системные нарушения речевой функции, охватывающие все языковые уровни фонологии: фонетику, лексику, грамматику. Афазия включает четыре составляющие: 1) нарушение собственно речи и вербального общения; 2) нарушение других психических процессов; 3) изменение личности; 4) личностную реакцию на нарушение.

Причинами афазии являются разнообразные органические поражения речевых систем головного мозга в период уже сформировавшейся речи: травмы головного мозга, воспалительные процессы мозга, опухоли мозга, сосудистые заболевания и нарушение мозгового кровообращения (инсульт). При афазии наблюдаются повреждения в лобных, теменных, затылочных и височных долях коры левого полушария. Форма афазии, тяжесть дефекта и характер его протекания зависят от: обширности очага поражения и его локализации; характера нарушения мозгового кровообращения; состояния непострадавших отделов мозга, выполняющих компенсаторные функции. Различные патологические процессы, следствием которых явилась афазия, неизбежно откладывают отпечаток на ее характер, возникновение и обратное развитие, что необходимо учитывать при анализе афазического расстройства. Каждый этиологический фактор имеет свои особенности развития, и синдром, вызванный тем или другим фактором, может быть различным в разных стадиях течения основного нарушения. Так при афазии, вызванной ростом опухоли, в отдаленный период – различные симптомы, нередко корковые. Это может привести к нарушению интеллектуально-мнестических процессов и другим изменениям психики, несвойственным афазии, вызванной очаговым поражением мозга. При сосудистом заболевании афазия может быть различной в зависимости от характера инсульта (геморрагического или ишемического), распространенности атеросклеротического процесса. Афазия, вызванная травмой головного мозга, характеризуется большей связью с очаговым поражением мозга. Ей часто свойственно хорошее обратное развитие, т.к. травматические поражения обычно встречаются у молодых людей с сохранными мозговыми сосудами и большими компенсаторными возможностями.

Значительно реже встречаются детские афазии. Сходство детской афазии с афазиями у взрослых в том, что: и в первом, и во втором случае имеет место распад уже сформировавшейся речи; в какой-то мере схожи причины нарушения (травмы, воспалительные процессы, опухоли мозга), лишь за исключением нарушения мозгового кровообращения (инсульт), встречающегося в детском возрасте крайне редко; при детской афазии и

афазии у взрослых раннее развитие протекало нормально; афазии у детей школьного возраста проявляются теми же клиническими картинами, что и у взрослых. Отличие детской афазии от афазии у взрослых в следующем: даже самые тяжелые афатические синдромы у детей быстро поддаются обратному развитию; у дошкольников не может быть того многообразия афазий, что у взрослых, так как речь не достигла должного уровня. Схожесть детской афазии с алалией у детей проявляется в: нарушении всех компонентов речи; общей незрелости и в первом, и во втором случаях речевой функциональной системы и связанных с ней психических функций; характере логопедической работы. Различия в том, что: алалия – системное недоразвитие речи, а афазия – системный распад уже сформировавшейся речи; коррекционно-педагогическая работа при алалии – воспитание речи, при афазии – восстановление речи.

При восстановлении речи у больных с афазией необходимы предварительная неречевая работа с ними, использование обходных путей для решения задач коррекционно-педагогической работы.

В связи с системным характером афазических расстройств работа ведется над всеми сторонами речи с учетом специфики нарушения каждой речевой функции при разных формах афазии.

В процессе восстановительного обучения при афазии ставится конкретная перспективная цель и работа ведется поэтапно в соответствии с индивидуальными особенностями и возможностями больного.

Программы восстановления речи при разных формах афазии носят дифференцированный характер, но на раннем этапе после инсульта при ряде форм афазии для преодоления вторично нарушенной смысловой стороны речи используются близкие по характеру методические приемы. Одной из важных проблем афазиологии является изучение вариантов разных форм афазий. Они требуют своего дальнейшего исследования в целях разработки и модификации приемов восстановительного обучения.

Дислексия.

В современной литературе для обозначения нарушений чтения используются термины: «алексия» – для обозначения полного отсутствия чтения и «дислексия», «дислексия развития», «эволюционная дислексия» – для обозначения частичного расстройства процесса овладения чтением в отличие от тех случаев, когда акт чтения распадается, например, при афазиях.

Распространенность нарушений чтения среди детей довольно велика. В европейских странах отмечается, по данным различных авторов, до 10% детей с дислексиями, имеющих нормальный интеллект. По данным Р.Беккер, нарушения чтения наблюдаются у 3% детей начальных классов массовой

школы, в школах для детей с тяжелыми нарушениями речи количество детей с дислексией достигает 22%. По данным Р.И. Лалаевой, в первых классах вспомогательной школы нарушения чтения отмечаются у 62% учеников. По данным А.Н. Корнева, дислексия наблюдается у 4,8% учащихся 7-8 летнего возраста. В школах для детей с тяжелыми речевыми нарушениями и с задержкой психического развития дислексия выявлена в 20-50% случаев. У мальчиков дислексия встречается в 4,5 раза чаще, чем у девочек.

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Современный анализ проблемы нарушения чтения основывается на понимании сложной психофизиологической структуры процесса чтения в норме и особенностей усвоения этого навыка детьми.

Чтение представляет собой сложный психофизиологический процесс, в котором участвуют различные анализаторы: зрительный, речедвигательный, речеслуховой. В основе его лежат «сложнейшие механизмы взаимодействия анализаторов и временных связей двух сигнальных систем».

По своим психофизиологическим механизмам чтение является более сложным процессом, чем устная речь, вместе с тем оно не может рассматриваться вне единства письменной и устной речи.

Процесс чтения начинается со зрительного восприятия, различения и узнавания букв. В дальнейшем происходит соотнесение букв с соответствующими звуками и осуществляется воспроизведение звукопроизносительного образа слова, его прочитывание. И наконец, вследствие соотнесения звуковой формы слова с его значением осуществляется понимание читаемого. Таким образом, в этом процессе можно условно выделить две стороны: техническую (соотнесение зрительного образа написанного слова с его произношением) и смысловую, которая является основной целью чтения. Между ними существует тесная связь. Понимание читаемого определяется характером восприятия. С другой стороны, зрительное восприятие испытывает на себе влияние смыслового содержания ранее прочитанного.

При чтении взрослый человек осознает лишь задачу, смысл читаемого, а те психофизиологические операции, которые предшествуют этому, осуществляются как бы сами собой, неосознанно, автоматизированно. Однако эти автоматизировавшиеся при овладении чтением операции являются разносторонними и сложными.

Как всякий навык, чтение в процессе своего формирования проходит ряд этапов, качественно своеобразных ступеней. Каждый из них тесно связан с предыдущим и последующим, постепенно переходит из одного качества в

другое. Формирование навыка чтения осуществляется в процессе длительного и целенаправленного обучения.

Нарушения чтения часто сопровождаются и неречевыми расстройствами, которые не включаются в симптоматику дислексии, представляя собой патологические механизмы (например, нарушения пространственных представлений).

При дислексии наблюдаются следующие группы ошибок:

1. Замены и смешения звуков при чтении, чаще всего фонетически близких звуков (звонких и глухих, аффрикат и звуков, входящих в их состав, и др.), а также замены графически сходных букв (Х – Ж, П – Н, З – В и др.).

2. Побуквенное чтение – нарушение слияния звуков в слоги и слова, буквы называются поочередно, «бухштабируются» (р, а, м, а).

3. Искажения звуко-слоговой структуры слова, которые проявляются в пропусках согласных при стечении, согласных и гласных при отсутствии стечения, добавлениях, перестановках звуков, пропусках, перестановках слогов и др.

4. Нарушения понимания прочитанного, которые проявляются на уровне отдельного слова, предложения и текста, когда в процессе чтения не наблюдается расстройства технической стороны.

5. Аграмматизм при чтении. Они проявляются на аналитико-синтетической и синтетической ступени овладения навыком чтения. Отмечаются нарушения падежных окончаний, согласования существительного и прилагательного, окончаний глаголов и др.

Симптоматика и течение дислексии во многом зависит от ее вида, степени выраженности, а также овладения чтением.

На аналитическом этапе овладения чтением (на ступени овладения звуко-буквенными обозначениями и послогового чтения) нарушения чаще всего проявляются в заменах звуков, нарушении слияния звуков в слоги (побуквенном чтении), искажении звуко-слоговой структуры слова, нарушении понимания прочитанного. На этом этапе наиболее распространенной является фонематическая дислексия, обусловленная недоразвитием функций фонематической системы.

На этапе перехода к синтетическим приемам чтения симптоматика дислексии проявляется в искажениях структуры, заменах слов, аграмматизмах, нарушении понимания прочитанного предложения, текста.

При синтетическом чтении наблюдаются также замены слов аграмматизмы, нарушения понимания прочитанного текста, чаще всего отмечается аграмматическая дислексия, обусловленная недоразвитием лексико-грамматической стороны речи.

Динамика дислексии носит регрессирующий характер с постепенным уменьшением видов и количества ошибок при чтении, степени выраженности.

Нарушения чтения могут отрицательно влиять на формирование личности ребенка. Так, неудачи при овладении чтением могут вызвать и закрепить у него такие черты характера, как неуверенность в себе, робость, тревожную мнительность или, наоборот, озлобленность, агрессивность, склонность к негативным реакциям.

Дисграфия.

Дисграфия – это частичное специфическое нарушение процесса письма. Письмо представляет собой сложную форму речевой деятельности, многоуровневый процесс. В нем принимают участие различные анализаторы: речеслуховой, речедвигательный, зрительный, общедвигательный. Между ними в процессе письма устанавливается тесная связь и взаимообусловленность. Структура этого процесса определяется этапом овладения навыком, задачами и характером письма. Письмо тесно связано с процессом устной речи и осуществляется только на основе достаточно высокого уровня ее развития. Процесс письма взрослого человека является автоматизированным и отличается от характера письма ребенка, овладевающего этим навыком. Так, у взрослого письмо является целенаправленной деятельностью, основной целью которого является передача смысла или его фиксация. Процесс письма взрослого человека характеризуется целостностью, связностью, является синтетическим процессом. Графический образ слова воспроизводится не по отдельным элементам (буквам), а как единое целое. Слово воспроизводится единым моторным актом. Процесс письма осуществляется автоматизированно и протекает под двойным контролем: кинестетическим и зрительным.

Симптоматика дисграфии проявляется в стойких и повторяющихся ошибках в процессе письма, которые можно сгруппировать следующим образом: искажения и замены букв; искажения звукослоговой структуры слова; нарушения слитности написания отдельных слов в предложении; аграмматизмы на письме.

Дисграфия может сопровождаться и неречевой симптоматикой (неврологическими нарушениями, нарушением познавательной деятельности, восприятия, памяти внимания, психическими нарушениями). Неречевые симптомы определяются в этих случаях не характером дисграфии и в связи с этим не включаются в ее симптоматику, а совместно с нарушением письма входят в структуру нервно-психических и речевых расстройств (при алалии, дизартрии, нарушениях речи при умственной отсталости и др.).

Дисграфия (как и дислексия) у детей с нормальным интеллектом может вызывать различные отклонения в формировании личности, определенные психические наложения.

При целенаправленном коррекционно-логопедическом воздействии постепенно симптоматика дисграфии сглаживается.

Профилактика нарушений чтения и письма должна проводиться с дошкольного возраста, особенно у детей с речевыми нарушениями, с задержкой психического развития, умственно отсталых и других категорий аномальных детей. Осуществляется работа по развитию зрительно-пространственных функций, памяти, внимания, аналитико-синтетической деятельности, по формированию языкового анализа и синтеза, лексики, грамматического строя, по устранению нарушений устной речи.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН).

В подготовительные группы для детей с недоразвитием фонетико-фонематической стороны речи принимают детей шестилетнего возраста с нормальным слухом и нормальным интеллектом. В картине недоразвития речи на первый план выступает несформированность звуковой ее стороны. Характерным для этих детей является незаконченность процесса формирования фонематического восприятия. Недостатки речи при этом не ограничиваются неправильным произношением звуков, но выражены недостаточным их различением и затруднением в звуковом анализе речи. Лексико-грамматическое развитие при этом нередко задерживается.

Несформированность звуковой стороны речи выражается в следующем:

Замены звуков более простыми по артикуляции. Так, звонкие заменяются глухими, Р и Л звуками Л' и И, с звуком Ш или Ф и т. п. Некоторые дети всю группу свистящих и шипящих звуков, т.е. звуков фрикативных, заменяют более простыми по артикуляции взрывными звуками Т, Т', Д, Д'. Дети произносят "тамолет" вместо "самолет", "тапка" вместо "шапка", "коды" вместо "козы" и т. д.

В других случаях не произошел процесс дифференциации звуков, и вместо двух или нескольких артикуляционно близких звуков ребенок произносит какой-то средний, неотчетливый звук, например: мягкий звук Ш вместо Ш и С, вместо Ч и Т нечто вроде смягченного Ч и т. п.

Некоторые звуки ребенок по специальному требованию произносит правильно, но в речи не употребляет или заменяет. Например, ребенок правильно произносит простые слова "собака", "шуба", но в речи наблюдается смешение звуков С и Ш, например: "Шаса едет по сошше" (Саша едет по шоссе).

Часто наблюдается нестойкое употребление звуков в речи. Одно и то же слово ребенок в разных контекстах или при неоднократном повторении произносит различно.

Нередко указанные особенности произношения сочетаются с искаженным произнесением звуков, т.е. звук может произноситься искаженно и в то же время смешиваться с другими звуками или опускаться и т. д.

Количество неправильно произносимых или неправильно употребляемых в речи звуков может достигать большого числа (до 16-20). Чаще всего оказываются несформированными свистящие и шипящие звуки (С, С', З, З', Ц, Ш, Ж, Ч, Щ); звуки Т и Д'; звуки Л, Р, Р'; звонкие нередко замещаются парными глухими. Реже недостаточно противопоставлены некоторые пары мягких и твердых звуков; отсутствует непарный мягкий согласный Й; гласный Ы. Могут быть и другие недостатки произношения.

Приведем примеры неправильного произношения слов детьми шести-семилетнего возраста: "тольнытка" или "сойныско" вместо "солнышко", "ляде" вместо "ружье", "сяник" вместо "чайник", "тупы" вместо "зубы", "паяпан" вместо "барабан", "Тинята лидали в ятике" вместо "Щенята лежали в ящике", "Дивет под клилет-ком, квот колеткам, кодяином длудит, дом таладит" вместо "Живет под крылечком, хвост колечком, с хозяином дружит, дом сторожит" и т. п.

Иногда дети с трудом произносят многосложные слова и слова со стечением согласных, например: "катиль" вместо "скатерть", "сипет" вместо "велосипед", "листри" вместо "электричество" и т. д.

Уже сам характер отклонений произношения и употребления в речи звуков детьми указывает на недостаточную полноту у них фонематического восприятия. Эта недостаточность проявляется и при выполнении специальных заданий по различению звуков. Так, у детей возникли затруднения, когда им предложили внимательно слушать и поднимать руку в момент произнесения какого-либо звука или слога. Не меньшие трудности возникают при повторении за логопедом слогов с парными звуками (например: ПА-БА, БА-ПА) при самостоятельном подборе слов, начинающихся на какой-либо определенный звук, при выделении звука, с которого начинается слово. Большинство детей затрудняются в подборе картинок на заданный звук.

На недостаточность слухового восприятия указывают и затруднения детей при анализе звукового состава речи.

Кроме всех перечисленных особенностей произношения и различения звуков, при фонетико-фонематическом недоразвитии нередко наблюдается смазанность речи, сжатая артикуляция, а также бедность словаря и некоторая задержка в формировании грамматического строя речи.

Проявления речевого недоразвития у данной группы детей выражены в большинстве случаев нерезко. И только при специальном обследовании речи выявляются разнообразные ошибки в падежных окончаниях, в употреблении предлогов, в согласовании прилагательных и числительных с существительными и т. п.

Общее недоразвитие речи (ОНР).

Общее недоразвитие речи – это речевая патология, при которой отмечается стойкое отставание в формировании всех компонентов языковой системы: фонетики, лексики и грамматики.

Известно, что в 2,5-3 года дети при нормальном речевом развитии уже имеют определенные навыки речевого общения. Одни из них пользуются развернутыми предложениями: «Мама, одевайся, пойдем гулять», общение других с окружающими ограничивается небольшими фразами с включением «лепетных» слов: «Папа, дай бибику» (Папа, дай машину) или: «Вова боли патик» (У Вовы болит пальчик).

Однако для определенной категории трехлетних детей характерны недостатки речевого развития, касающиеся в той или иной степени как смысловой, так и звуковой стороны речи. Анализируя самостоятельные высказывания таких детей, можно выделить следующие общие закономерности:

- позднее появление речи;
- ограниченный словарный запас;
- грубые нарушения грамматического строя;
- выраженные недостатки звукопроизношения и фонемообразования.

Характер проявления речевой недостаточности не однороден: от полного отсутствия речи до развернутой фразовой, с элементами фонетико-фонематической и лексико-грамматического недоразвития.

I уровень – полное или частичное отсутствие общеупотребительной речи. Дети общаются с окружающими, используя «лепетные» слова, неполные «лепетные» предложения, подкрепляя высказывания жестами и мимикой.

Ограниченность словаря сочетается с недостаточным уровнем понимания речи, для детей представляет трудность выполнение заданий, связанных с пониманием категории числа существительных и глаголов, времени, рода, падежа. Например, на предложение воспитателя дать ему кубик, а на стол положить кубики, ребенок дает воспитателю кубики и несколько кубиков кладет на стол. Или: на доске выставлены картинки с изображением одной и нескольких птиц, рыб, одного или нескольких животных. Ребенок должен показать, про кого можно сказать летит – летят,

плывет – плывут и т.д. В то же время задания, связанные с хорошо знакомой, привычной ситуацией, дети выполняют правильно:

- Налей воду в стакан.
- Повесь пальто.
- Убери карандаши в коробку.
- Положи ложку в чашку и т.д.

Как только задание усложняется и становится необычным, ребенок выполняет его стереотипно:

Положи чашку на ложку. (Ребенок кладет ложку в чашку.)

Положи коробку на карандаши. (Ребенок убирает карандаши в коробку.)
и т.п.

Анализируя самостоятельную речь таких детей, можно выделить следующие закономерности:

1. Использование одних и тех же «лепетных» слов для обозначения нескольких предметов и явлений (биби – машина, велосипед, самолет; пароход плывет и т.д.).
2. Замена названий предметов названиями действий и наоборот.
3. Общеупотребительные слова ребенок воспроизводит в виде отдельных слогов и сочетаний.

II уровень речевого развития характеризуется тем, что у ребенка появляются в самостоятельных высказываниях уже простые распространенные предложения из 2-3-4 слов. Отмечается употребление наиболее частотных грамматических конструкций, расширяется словарный запас, в основном за счет предметной и глагольной обиходной лексики. Расширяются возможности воспроизведения слов не только двух-, но и трех-четырехсложных. Например: Сек а улиги. Сивавик. Де лепи сек. Дели гэзи. Нось макова. Мета. (Снег на улице. Снеговик. Дети лепят снег. Сделали глаза. Нос – морковка. Метла.)

Или: мятик игаит. Мятик а толь. Се пали. (Играет в мячик. Мячик на стол. Все упало.)

Анализ подобных детских высказываний позволяет выделить основные пробелы в формировании всех языковых компонентов, которые дают право говорить о выраженном недоразвитии речи у данной категории детей в том числе:

- 1) ограниченность пассивного словарного запаса, незнание названий многих профессий и их атрибутов, не только оттенков, но и некоторых основных цветов (желтый, коричневый, зеленый и т.д.), глаголов с различными оттенками значений (подъехал, переехал, выехал), предметного и глагольного словаря, связанного с животным и растительным: миром и т.д.;

2) наличие аграмматизма (неправильное употребление грамматических конструкций), пропуск предлогов (пат ковати – спать на кровати; игаю куки – играю с куклой), отсутствие согласования прилагательных, с существительными (ет пати – пять пальцев; гая катя, гая тети – горячая каша, горячая котлета); смешение падежных форм (исую кадас – рисую карандашом);

3) грубое нарушение слоговой структуры и звуконаполняемости слов (гаю – играю; лека – елка; батик – бантик; мого – много);

4) недостаточность фонетической стороны речи подтверждается наличием большого количества несформированных звуков (наблюдается наличие 6 видов нарушения звукопроизношения: дефекты озвончения, смягчения, сигматизм, ротацизм, ламбдацизм, йотацизм и дефекты нёбных звуков).

При *III уровне речевого развития* дети пользуются распространенными предложениями, отмечается попытка употреблять сложносочиненные и сложноподчиненные конструкции. Лексика таких детей включает все части речи.

Появляются первые навыки словообразования: (кукойка – куколка; стоик – столик; налил – вылил; пришел – ушел и т.д.). Более устойчивым становится употребление наиболее простых грамматических форм, а также слов различной слоговой структуры и звуконаполняемости. Однако, несмотря на значительное продвижение в формировании самостоятельной речи, четко выделяются основные пробелы лексико-грамматического и фонетического оформления связной речи, в т.ч.:

1) лексические замены (плащ – пальто; халат – пижама; катушка – нитки; душ – мыться; узкий – маленький; дно – чайник; ствол – дерево; конура – собачка живет тут и т.д.);

2) трудности в образовании прилагательных от существительных с различными значениями соотнесенности: клюный – клюквенный (с продуктами питания), глинявый – глиняный (с различными материалами), сосный. березкин (с растениями); в употреблении приставочных глаголов с наиболее тонкими оттенками действий (приехал – ехал, подписал – писал, вырезал – резал и т.д.);

3) аграмматизм, проявляющийся в неправильном употреблении предлогов, согласовании прилагательных с существительными, числительных – с существительными: мама снимает чайник плиты (с плиты); домик лисички (для лисички); рисую красным карандашом и красным ручком; пять ручкам, кроватям, медведих и т.д.

Незначительные нарушения компонентов языковой системы проявляются в процессе детального обследования при выполнении

специально подобранных заданий. Отмечается недостаточная дифференциация звуков (ть-ц-с-сь-щ). Характерное своеобразие нарушения слоговой структуры проявляется в том, что, понимая значение слова, ребенок не удерживает в памяти его фонематический образ. И, как следствие, возникает искажение звуконаполняемости в разных вариантах (потрной – портной, качиха – ткачиха и т.д.).

Недостаточные внятность, выразительность речи и нечеткая дикция оставляют впечатление общей ее «смазанности». Остаются стойкими ошибки при употреблении суффиксов существительных со значениями единичности предмета (горошка – горошина), субъекта-деятеля, эмоционально-оттеночных, уменьшительно-ласкательных (скворчик – скворушка), а также прилагательных, характеризующих эмоционально-волевое и физическое состояние объектов (хвостовый – хвастливый). Отмечаются стойкие трудности в образовании малознакомых сложных слов: книжник – книголюб, пчельник – пчеловод).

Особую сложность представляют для этих детей конструкции предложений с разными придаточными (пропуски и замены союзов, инверсия). Они испытывают затруднения при планировании высказывания и отборе соответствующих языковых средств, что также обуславливает своеобразие их связной речи. Эти состояния охарактеризованы Т.Б. Филичевой (2000 г.) и отнесены к *IV уровню развития*.

РАЗДЕЛ III. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Психолого-педагогическое обследование детей с нарушениями речи имеет важное значение для выбора наиболее рациональных путей преодоления речевых нарушений.

Основной целью психолого-педагогического обследования является определение структуры дефекта, а также психофизических и социальных условий развития личности.

Заключение о состоянии речи ребенка, его психологических особенностях будет считаться правильным и обоснованным лишь в том случае, если в процессе изучения ребенка будут соблюдены основные принципы обследования:

- комплексность и всесторонность;
- целостность и конкретность;
- индивидуальный подход в установлении контакта;
- изучение в процессе обучения;
- выявление положительных возможностей.

Принцип комплексности и всесторонности предполагает, что ребенок должен быть обследован разными специалистами: врачами, психологами, педагогами. Следовательно, комплексность и всесторонность означает четко разграниченное, но связанное между собой обследование каждого специалиста. Исходя из природы речевого нарушения, участие разных специалистов при обследовании детей с различной речевой патологией неравноценно. Так, при обследовании детей с ринолалией необходимо не только участие логопеда, но и отоларинголога, хирурга-стоматолога и ортодонта. При обследовании детей с дизартрией, заиканием важное значение имеют данные обследования невропатолога и психиатра. Принцип целостности предполагает исследование речи как сложной функциональной системы, структурные компоненты которой находятся в тесном взаимодействии, т.е. выясняется не только какой компонент речевой деятельности нарушен (лексика, грамматика, фонетика), но и какова его взаимосвязь с другими компонентами речи. Особое внимание следует уделять реализации принципа конкретности, заключающегося в том, что применительно к каждому конкретному случаю обследование должно быть индивидуализировано, с выборочным, в зависимости от характера и тяжести речевого нарушения, использованием заданий. В частности, при обследовании детей с ринолалией особое внимание следует обратить на строение и функцию речевого аппарата, слуховое восприятие, так как нередко у этих детей наблюдается снижение слуха.

При обследовании детей с дизартрией важными являются данные о состоянии общей и речевой моторики, особенностях психического развития. Обследование заикающихся предполагает изучение не только проявлений заикания, а прежде всего тщательного изучения особенностей эмоционально-волевой сферы, так как известно, что эффективность устранения заикания зависит не столько от тяжести заикания, сколько от психологических особенностей заикающихся. При обследовании детей с алалией большое значение должно придаваться изучению познавательной деятельности, особенно мышления, что весьма важно для дифференциальной диагностики сходных состояний.

Принцип индивидуального подхода и установления контакта предполагает учет всех личностных особенностей ребенка, помогает раскрыть характер динамики нарушения, своеобразие формирования психологических особенностей, выяснить, какую роль играют нарушения речи в судьбе ребенка, как они отражаются на трудовой деятельности, на взаимоотношениях с окружающими. В связи с этим при обследовании необходимо создать благоприятные условия для деятельности. Например, если логопед затягивает обследование, ребенок утомляется, и результаты обследования могут быть значительно ниже реальных. Или, если логопед начинает обследование с предъявления ребенку заданий, требующих большой речевой активности, то ребенок может замкнуться, затормозиться и результат обследования окажется неверным. Это, прежде всего, относится к детям, страдающим дизартрией, алалией, заиканием.

Принцип динамичности предполагает выявление компенсаторных возможностей ребенка, определение зоны его ближайшего развития. Необходимо вмешиваться в процесс работы ребенка, оказывать ему помощь, которая должна быть продумана. При этом следует обратить внимание, насколько улучшается работа ребенка при оказании ему помощи. Соблюдение этого принципа особенно необходимо при обследовании детей с системными нарушениями речи, так как это способствует дифференциальной диагностике общего недоразвития речи от недоразвития речи при умственной отсталости и задержке психического развития. Этот принцип имеет значение и для дифференциальной диагностики невротического и неврозоподобного заикания, так как обнаружено, что темп психического развития детей с неврозоподобной формой заикания замедлен по сравнению с детьми, страдающими невротическим заиканием. Принцип выявления положительных возможностей предполагает обращение внимания не

только на недостатки ребенка, а, прежде всего, на положительные стороны его деятельности, поведения, на которые можно будет потом опереться в процессе коррекционно-воспитательной работы, так как уже в дошкольном возрасте должна проводиться работа по повышению уровня компенсации дефекта, социальной адаптации к окружающей среде.

Следует помнить, что наличие таких качеств личности, как самостоятельность, целенаправленность, организованность, собранность составляют тот компенсаторный фонд, который при устранении неблагоприятных средовых влияний, способствует эффективному устранению речевых нарушений, особенно заикания. Для правильного логопедического заключения, для отграничения различных форм речевых нарушений от сходных состояний, связанных с интеллектуальной недостаточностью, эмоциональными и поведенческими расстройствами, для выбора рациональных путей устранения речевых нарушений необходим дифференцированный подход к обследованию детей с различной речевой патологией. Например, при обследовании детей, страдающих дизартрией, следует обратить особое внимание на изучение их психического развития (восприятия, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы и т.д.). Прежде всего необходимо изучение особенностей восприятия (слухового, зрительного, тактильного). При дизартрии часто наблюдается не только нарушение фонематического слуха, но и снижение остроты слуха, особенно при гиперкинетической форме дизартрии, а также в ряде случаев имеет место повышенная чувствительность к звуковым раздражителям (гиперакузия). Среди нарушений зрительной функции у этих детей наиболее часто имеет место недостаточность фиксации взора, сужение поля зрения, нистагм, что приводит к зрительным агнозиям (предметной, цветовой, симультанной и др.). Нарушено и тактильное восприятие, наблюдаются астереогнозии. У детей с дизартрией наблюдается своеобразие развития различных видов памяти (слуховой, зрительной). При этом следует знать, что зрительная память страдает больше, чем слуховая. Известно, что контингент детей с дизартрией по уровню мыслительной деятельности крайне неоднороден. Одни из них близки к нормально развивающимся сверстникам, у других наблюдается задержка психического развития, у третьих – олигофрения. Следовательно, изучение различных форм мыслительной деятельности (наглядно-действенной, наглядно-образной, словесно-логической) имеет важное значение для диагностики нарушений познавательной деятельности. При обследовании детей с алалией особое внимание надо обратить на

состояние импрессивной и экспрессивной сторон речи с целью дифференциальной диагностики моторной и сенсорной алалии, на состояние слуха, что важно для отграничения детей с сенсорной алалией от слабослышащих, на особенности познавательной деятельности, особенно мышления, что позволяет разграничить алалию от умственной отсталости, задержки психического развития. При исследовании мыслительной деятельности следует больше опираться на невербальные задания.

РАЗДЕЛ IV. МЕДИКО-ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ С РЕЧЕВЫМИ НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Идея инклюзии не нова: в большинстве развитых стран мира существует приоритет такого вида образования для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов. В результате экспериментальных исследований учеными разных стран, в которых модели инклюзивного образования отрабатываются достаточно длительное время, было установлено, что у детей с особыми образовательными потребностями имеется динамика в развитии: повысилась мотивация к учебной деятельности, выросла познавательная активность, сформировалась коммуникативная функция речи. Значимость такого рода образования для детей с ограниченными возможностями здоровья, закрепление возможности каждого ребенка обучаться в зависимости от его потребностей при создании специальных условий в том общеобразовательном или дошкольном учреждении, которое предпочтут родители, отмечают все сторонники инклюзивного образовательного процесса.

К сожалению, в силу специфики развития современного российского общества, полноценного инклюзивного образования в нашем государстве пока нет. Имеются отдельные инновационные и экспериментальные модели инклюзивного образования. Трудности в реализации инклюзивного подхода в образовании детей с речевыми нарушениями вызываются отсутствием у педагогов специального образования и, как следствие, незнанием специальных методов и приемов в работе с детьми с ТНР, позволяющих включить их в общий процесс обучения.

Для успешной коррекции и профилактики различных речевых нарушений у детей дошкольного возраста необходимо знать их симптоматику, этиологию, механизмы. Реализовать это можно в комплексном сопровождении детей. К сотрудничеству необходимо привлекать специалистов и родителей, вовлекая их в коррекционно-воспитательный процесс.

Комплексное сопровождение позволяет решать следующие задачи:

- выявить детей, находящихся в зоне риска;
- выяснить этиологию, механизмы, симптоматику и структуру речевых нарушений;
- разработать и реализовать комплексную коррекционно-воспитательную работу;

- использовать способы привлечения родителей к воспитательному процессу.

Система комплексного медико-педагогического сопровождения детей с нарушениями речи в условиях ДООУ включает в себя деятельность педагогов и специалистов на основе решения профильных задач.

Система комплексного медико-педагогического воздействия

СПЕЦИАЛИСТ	МЕТОДЫ РАБОТЫ
учитель-логопед	1. Проводит логопедическое обследование, позволяющее выявить детей с РН. 2. Проводит анкетирование родителей с целью выявить жалобы родителей на речь ребенка. 3. Выявляет этиологию, механизмы, симптоматику и структуру речевых нарушений. Анализирует полученные данные. Проводит дифференциальную диагностику. 4. Проводит логокоррекционную работу с детьми дошкольного возраста. 5. Консультирует родителей. 6. Распространяет логопедические знания среди родителей.
воспитатели	1. Осуществляют наблюдение за детьми в различных видах деятельности. 2. Проводят диагностику речевого развития детей. 3. Сообщают результаты наблюдений и диагностики. 4. Проводят коррекционно-развивающую работу. 5. Консультируют родителей.
медицинский работник совместно с учителем-логопедом	1. Проводят анкетирование родителей с целью получения данных о психофизиологическом развитии ребенка. 2. Выявляют детей, находящихся в зоне риска. 3. Рекомендуют родителям посещение и консультации невропатолога, окулиста, отоларинголога, психиатра, педиатра.
медицинские специалисты (невропатолог, окулист,	1. Проводят ежегодный медицинский осмотр с выездом в ДООУ. 2. Ведут прием детей, консультируют родителей. 3. Диагностируют речевые нарушения.

отоларинголог, стоматолог, педиатр)	4. Осуществляют медикаментозное воздействие.
родители	1. В ходе анкетирования сообщают информацию о развитии ребенка. 2. Во время консультаций получают необходимую информацию по интересующим вопросам. 3. Выполняют рекомендации специалистов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов Т.Г. Визель. – М.: АСТАстрель Транзиткнига, 2005. – 384,(16) с. (Высшая школа).
2. Волкова Л.С. Логопедия: учебник для студентов дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / под ред. Л.С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. Изд. Центра ВЛАДОС, 2009. – 703с.: ил. – (Коррекционная педагогика).
3. Зайцев И.С. Афазия. Учебно-методическое пособие. – Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006.
4. Маллаев Д.М., Омарова П.О., Магомедова А.Н. Роль семьи в социализации личности детей с ограниченными возможностями развития. – М.: СМУР «Academa», 2008. – 180 с.
5. Пятница Т.В. Логопедия в таблицах и схемах. – Минск : Аверсэв, 2006. – (В помощь логопеду).
6. Русецкая М.Н. Нарушение чтения у младших школьников: Анализ речевых и зрительных причин: монография. – СПб.:КАРО, 2007. – 192 с.

ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЙ СЛОВАРЬ

Алалия – это недоразвитие или грубое нарушение развития речи у ребенка, возникающее в доречевой период, имеющее системный характер и обусловленное патологией ЦНС определенных зон коры головного мозга.

Астереогнозия – расстройство стереогностического чувства, т.е. узнавания предметов путем их ощупывания при закрытых глазах. Больной должен определить форму, величину, консистенцию и другие свойства ощупываемого предмета и узнать предмет в целом. В чистом виде об А. следует говорить только тогда, когда более или менее сохранены все прочие виды чувствительности или они не настолько пострадали, чтобы их расстройствами объяснить неузнавание предметов. Чистая А. является симптомом поражения коры головного мозга.

Афазия – полная или частичная утрата речи, обусловленная локальными поражениями головного мозга.

Брадилалия (от греч. *bradus* – медленный, *lalia* – речь) – патологически замедленный темп речи.

Гиперакузия – извращенное восприятие звуков, при котором относительно слабые звуки воспринимаются как чрезмерно интенсивные. Иногда гиперакузия мучительна для больного, раздражает его, вызывает выраженные невротические реакции, лишает возможности адекватно воспринимать окружающее, мешает выполнять текущую работу.

Дизартрия – это нарушение звукопроизношения, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата.

Дисграфия – частичное специфическое нарушение процесса письма, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Дислалия (от греч. *dis* – приставка, означающая частичное расстройство, и *lalio* – говорю) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата.

Дислексия – частичное специфическое нарушение процесса чтения, обусловленное несформированностью (нарушением) высших психических функций и проявляющееся в повторяющихся ошибках стойкого характера.

Дисфония (афония) – частичная или полная утрата голоса, вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Заикание – нарушение темпа, ритма и плавности устной речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Иннервация – снабжение органов и тканей нервами, что обеспечивает их связь с центральной нервной системой (ЦНС).

Общее недоразвитие речи (ОНР) – это речевая патология, при которой отмечается стойкое отставание в формировании всех компонентов языковой системы: фонетики, лексики и грамматики.

Ринолалия (от греческого rhinos– нос; lalia– речь) – это нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата и характеризующееся своеобразным сочетанием неправильной артикуляции звуков и голосовых расстройств.

Социализация – процесс усвоения и овладения тем социальным опытом, который передается индивиду в ходе его взаимодействия и общения с социальным окружением.

Тахилалия – патологически ускоренный темп речи.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФН) – это нарушение процессов звукопроизношения и восприятия фонем при различных речевых нарушениях у детей с нормальным интеллектом и биологическим слухом. ФФН характеризуется заменами, смешением и искажением звуков, нарушением слоговой структуры слова, нерезко выраженными лексико-грамматическими нарушениями.

ИНДЕКС ИНКЛЮЗИВНОСТИ ДЛЯ САМООБСЛЕДОВАНИЯ ИНКЛЮЗИВНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Определение инклюзивного образования

Инклюзивное образование – это «обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей» [Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Российская газета. Федеральный выпуск. 2012. №5976. 31 декабря].

В понимании сущности и предназначения инклюзивного образования мы ориентируемся на определение ЮНЕСКО: «В понятие «инклюзия» необходимо включать способы интеграции культурного, политического, расового, этнического, полового и языкового разнообразия» [Итоги 48-ой сессии Международной конференции по образованию на тему: «Инклюзивное образование: путь в будущее». 25-28 ноября 2008 г.].

В данном определении ключевое слово – «разнообразие». С этой точки зрения все дети (и взрослые) разнообразны, не похожи друг на друга и имеют какие-либо различия. В этом ракурсе инклюзивное образование означает полную адаптацию учебно-воспитательного процесса к каждому обучающемуся с учетом специфики разнообразия, отличительных возможностей каждой отдельно взятой личности.

При оценке инклюзивного образования мы рекомендуем опираться на более широкое его понимание, в русле общих приоритетов образования и тенденций развития.

Принципы инклюзивного образования

1. Равно ценить всех обучающихся и сотрудников.
2. Расширять участие обучающихся в культурных, учебных и общественных делах образовательных организаций, снижать «исключенность» учащихся из этих сфер деятельности.
3. Провести реструктуризацию культуры, политики и практики в организациях с целью организации обучения всех категорий учащихся.
4. Снизить барьеры на пути к обучению и к участию в делах организации всех обучающихся, не только для тех, кто имеет ограничения в состоянии здоровья или для тех, кто отнесен к категории «имеющих особые образовательные потребности».

5. Стремиться снизить барьеры у «особенных» учащихся в обучении и в участии в делах организации, чтобы в дальнейшем достичь изменений для всех обучающихся в более широком смысле.

6. Различия между обучающимися следует рассматривать как различия интеллектуальных и материальных ресурсов, необходимых для их обучения.

7. Признавать право обучающихся на получение образования по месту жительства.

8. Совершенствовать образовательные организации как для сотрудников, так и для обучающихся.

9. Усиливать значимость инклюзивного образования в создании инклюзивного общества и в развитии инклюзивных ценностей.

10. Содействовать взаимной поддержке отношений между образовательными организациями и общественностью.

11. Признавать, что инклюзия – «включение в образование» является одним из аспектов интеграции личности в общество.

Реализация этих принципов является обязательной для всех сотрудников инклюзивной образовательной организации.

Измерение инклюзивности

В мировой практике рассматривается три параметра инклюзивности:

- А. Создание инклюзивной культуры;
- В. Проведение инклюзивной политики;
- С. Развитие инклюзивных практик.

Параметр А: Создание инклюзивной культуры.

А1: Создание сообщества равных людей.

А2: Признание инклюзивных ценностей.

Параметр В: Проведение инклюзивной политики.

В1: Оказание поддержки всем категориям обучающихся.

В2: Управленческая политика организации.

Параметр С: Развитие инклюзивной практики.

С1: Организация процесса обучения.

С2: Мобилизация ресурсов.

Параметр А: Создание инклюзивной культуры.

А1: Построение сообщества равных людей.

Показатели

1. Каждый осознает с радостью, что он принят в образовательное сообщество данной местности.
2. Обучающиеся помогают друг другу.
3. Все работники организации сотрудничают друг с другом.
4. Сотрудники и обучающиеся относятся друг к другу с уважением.
5. Существуют партнерские отношения между сотрудниками и родителями/опекунами обучающихся.
6. Сотрудники и руководители образовательной организации работают слаженно.
7. Общественность также участвует в жизни образовательной организации.

А2: Определение инклюзивных ценностей.

Показатели

1. Школа развивает инклюзивные ценности.
2. Сотрудники, руководство школы, обучающиеся и родители/опекуны разделяют «философию включения», т.е. инклюзии.
3. Всех обучающихся ценят одинаково.
4. Сотрудники и обучающиеся относятся друг к другу по-доброму, уважая другого, признавая его суверенность, человеческое достоинство; относясь как к субъектам, занимающим определенную социальную роль в обществе.
5. Сотрудники стремятся устранить барьеры на пути к обучению учащихся и к их участию во всех делах образовательной организации.
6. Школа стремится искоренить дискриминацию обучающихся.
7. Школа поощряет ненасильственное взаимодействие и разрешение конфликтов.
8. Школа способствует укреплению здоровья детей и взрослых.

Параметр В: Проведение инклюзивной политики.

В1: Оказание поддержки всем категориям обучающихся.

Показатели

1. Координируются все формы поддержки и реабилитации обучающихся.
2. Деятельность в области развития персонала помогает сотрудникам отвечать потребностям «разных» обучающихся.

3. Политика в области «особых образовательных потребностей» - это политика в области «инклюзии»

4. Кодекс работы с детьми с особыми образовательными потребностями используется с целью уменьшения барьеров в обучении и участии в делах организации всех обучающихся.

5. Поддержка тех, кто изучает русский и родные языки, осуществляется регулярно.

6. Политика в области оказания благотворительности и помощи семьям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации, имеет положительные результаты.

7. Отсутствуют барьеры к поступлению в образовательную организацию детей из незащищенных слоев населения.

В2: Управленческая политика организации.

Показатели

1. Назначение сотрудников и их продвижение осуществляется справедливо.

2. Всем новым сотрудникам оказывается помощь в процессе освоения профессиональных задач.

3. Здание образовательной организации оборудовано таким образом, чтобы все обучающиеся имели физический доступ ко всем ресурсам образовательной организации.

4. Всем новым обучающимся оказывается помощь в процессе адаптации к образовательной организации.

5. Проявляется уважительное отношение ко всем национальностям и религиозным взглядам.

6. Профессиональное саморазвитие помогает педагогам справляться с профессиональными задачами обучения различных категорий детей.

Параметр С: Развитие инклюзивной практики.

С.1. Организация процесса обучения.

Показатели

1. При планировании учебно-воспитательного процесса учитывается необходимость обучения и научения всех обучающихся.

2. Занятия вдохновляют всех обучающихся на активное участие и проявление личностных качеств.

3. Обучающиеся активно вовлечены в процесс самообучения и самообразования.

4. Обучение осуществляется в сотрудничестве.

5. Оценивание обучающихся способствует формированию навыков самооценки.
6. Дисциплина в классе основана на взаимоуважении.
7. Учителя планируют, обучают и проводят анализ достижений детей в сотрудничестве.
8. Учителя заботятся о том, чтобы поддерживать участие в делах организации всех обучающихся.
9. Домашние задания способствуют самообразованию обучающихся.
10. Все обучающиеся принимают участие во внеклассных мероприятиях.

С.2. Мобилизация ресурсов.

Показатели

1. Различия между обучающимися являются различиями между интеллектуальными и материальными ресурсами, необходимыми для обучения.
2. Компетентность сотрудников (знание и опыт) используется полностью.
3. Сотрудники разрабатывают ресурсы для поддержания обучения и участия в делах образовательной организации всех обучающихся.
4. Образовательные ресурсы являются открытыми.
5. Материальные и образовательные ресурсы распределяются для всех обучающихся честно и справедливо.

Готовность педагогов реализовывать инклюзивную культуру и инклюзивную практику

В реализации инклюзивного образования главная роль принадлежит педагогу. Его профессиональная компетентность и гуманные человеческие качества являются гарантом создания инклюзивной образовательной среды. Специальная подготовка педагогов для работы в инклюзивных образовательных организациях является одним из основных условий эффективности системы, наряду с созданием доступной среды и материально-технических основ инклюзивного образования.

Предлагаем оценить по 10-балльной шкале следующие качества педагогов, занятых в инклюзивной образовательной организации.

1. Личные качества:

- гуманизм;
- толерантность;
- любовь к детям и к людям;
- общая культура;

- терпеливость;
- сдержанность;
- коммуникабельность.

2. Профессиональная компетентность и профессиональные качества:

- владение научными основами своего предмета (предметов);
- владение технологиями обучения и воспитания;
- коммуникативная компетентность;
- умение налаживать контакты с коллегами;
- умение находить и реализовывать индивидуальные маршруты обучения и воспитания всех, в том числе, «особых» обучающихся;
- умение устанавливать доверительные отношения с семьями обучающихся, в том числе, с семьями «особых обучающихся»;
- перманентное самообразование;
- общественная активность;
- убежденность в высокой значимости своей профессии;
- творческий подход к любому виду деятельности.

3. Особые (фасилитаторские) качества:

- умение быть «рядом и вместе» с каждым;
- быстрое реагирование на проблемы обучающихся, оказание помощи в их решении;
- проявление веры в успех всех и каждого.

Обобщение полученных данных по всем показателям, анализ сильных и слабых сторон позволят выявить, в какой степени образовательная организация по содержанию своей деятельности является инклюзивной и отвечает социальной потребности общества.

Учебное издание

Серия «Педагогика и психология инклюзивного образования»

РАБОТА С ДЕТЬМИ С РЕЧЕВЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ
ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Ахметова Дания Загриевна
Игнатъев Артём Евгеньевич
Айзатуллина Дина Вадимовна

Методическое пособие

Редактор *Н.А. Паранина*
Технический редактор *Г.Г. Зарипова*
Дизайнер *Е.Н. Морозова*

Подписано в печать 02.02.15. Формат 60х84 1/16
Гарнитура Усл. печ. 4,55 л. Уч.-изд. 2,69 л.
Тираж 500 экз. Заказ № 12.



Издательство «Познание»
420111, г. Казань, ул. Московская, 42.
Тел. (843)231-92-90, e-mail: zaharova@ieml.ru

Отпечатано с готового оригинал-макета в типографии
Института экономики, управления и права (г. Казань)
420108, г. Казань, ул. Зайцева, 17.