**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «КРЫМСКИЙ ИНЖЕНЕРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ФЕВЗИ ЯКУБОВА»**

Факультет психологии и педагогического образования

Кафедра специального (дефектологического) образования

**ПЕТРОСЯН ЛУСИНЭ АРМЕНОВНА**

направление подготовки 44.03.03. Специальное (дефектологическое) образование

профиль «Логопедия»

группа З-СД(О)Л-17

Курсовая работа

по дисциплине: «Логопедия. Системные нарушения речи (алалия), (афазия)»

**ОСОБЕННОСТИ СИМПТОМАТИКИ И ДИАГНОСТИКИ АЛАЛИИ У ДОШКОЛЬНИКОВ**

|  |  |
| --- | --- |
| К защите допускаю: Канд. пед. наук, доцент кафедры С(Д)ОАндрусёва И.В.   | Научный руководитель:  Преподаватель кафедры С(Д)О Абибуллаева Л.Ш. |

Оценка:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата защиты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Симферополь, 2020 г.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| **ВВЕДЕНИЕ........................................................................................................** | 3 |
| **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИМПТОМАТИКИ И ДИАГНОСТИКИ АЛАЛИИ……………………..** | 6 |
| * 1. Анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме изучения алалии у дошкольников………………………….
 | 6 |
| * 1. Особенности этиологии и симптоматики алалии………………………..
 | 12 |
| **Выводы по главе 1............................................................................................** | 16 |
| **ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НЕДОСТАТКОВ ПРИ АЛАЛИИ…………………………….** | 17 |
| * 1. Состояние речевой функции при алалии………………………………….
 | 17 |
| * 1. Специфика методов и приёмов обследования ребёнка-алалика…………
 | 24 |
| **Выводы по главе 2............................................................................................** | 28 |
| **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.................................................................................................** | 30 |
| **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....................................** | 32 |
| **ПРИЛОЖЕНИЯ………………………………………………………………** | 35 |

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность исследования.** В современных условиях функционирования и развития системы образования как никогда остро стоит задача повышения эффективности обучения и воспитания подрастающего поколения. Это предусматривает совершенствование всех звеньев системы образования, улучшения качества профессиональной подготовки педагогов.

В ряду задач, стоящих перед дошкольным учреждением, важное место занимает задача подготовки детей к школе. Одним из основных показателей готовности ребенка к успешному обучению является правильная, хорошо развитая речь.

Специальные исследования показали разнообразие проявлений речевых патологий. В одних случаях отмечаются только отклонения в развитии звуковой стороны речи, в других – у детей нарушается формирование всех компонентов речевой системы.

Одним из наиболее сложных речевых нарушений является алалия. Алалия относится к разряду органических речевых нарушений центрального характера. В настоящее время термином «алалия» принято обозначать тяжелое нарушение речи, обусловленное недоразвитием или поражением речевых областей в левом доминантном полушарии головного мозга, наступившее еще до формирования речи, т.е. до 1-2 лет жизни ребенка.

Это нарушение характеризуется полным или частичным отсутствием речи, несмотря на сохранность периферического слуха, а также интеллекта.

Спорных вопросов и расхождений между исследователями алалии было больше, чем общепринятых положений, на современном этапе развития логопедии имеется больше общего во взглядах на алалию, больше общих точек зрения, чем разногласий. Общее проявляется в основных, принципиальных установках на понимание дефекта, его механизма, путей преодоления.

Проблема детей, страдающих алалией, является объектом изучения учёных уже не одно десятилетие. Изучением механизмов и симптоматики алалии занимались такие выдающиеся ученые как В. А. Ковшиков, А. Н. Корнев, В. А. Калягин, Р. Е. Левина, А. К. Маркова, Е. Ф. Соботович, С. Н. Шаховская и другие исследователи.

Причины, вызывающие алалию, разнообразны. Большинство авторов указывает на воспалительные или травматические поражения головного мозга, на алиментарно-трофические обменные нарушения как во внутриутробном или природовом, так и в раннем периоде жизни ребенка (З. Е. Агранович, М. В. Белоусова, М. А. Уткузова, Е. Е. Иванова и др.).

Алалия не является простой задержкой развития речи. Динамическое изучение речи алалика обнаруживает своеобразие путей ее развития и специфические трудности, имеющие место на всех этапах этого развития, тогда как дети с запозданием речи, начав развиваться, в дальнейшем развиваются нормально и часто самостоятельно.

Наблюдаются различные степени тяжести алалии: от сравнительно легких нарушений, при которых речь начинает, хотя медленно и искаженно, но самостоятельно развиваться с 3-4 лет, до тяжелых, когда ребенок не пользуется речью и в 10-12 лет. Позднее, притом при систематической специальной помощи, он овладевает неполноценной и бедной речью.

**Цель исследования** – теоретическое изучение особенностей симптоматики и диагностики алалии у дошкольников**.**

**Задачи исследования:**

1. Проанализировать общую и специальную психолого-педагогическую литературу по проблеме изучения алалии у дошкольников;

2. Обосновать особенности этиологии и симптоматики алалии;

3. Охарактеризовать состояние речевой функции при алалии;

4. Рассмотреть специфику методов и приёмов обследования ребёнка-алалика.

**Объект исследования** – процесс изучения и диагностики алалии у дошкольников.

**Предмет исследования** – особенности симптоматики и диагностики алалии у дошкольников.

**Методы исследования:**

– теоретические: теоретический анализ и обобщение общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме исследования симптоматики и диагностики алалии у дошкольников.

**Структура и объём курсовой работы.** Данная курсовая работа состоит из введения, двух глав, выводов по главам, заключения, списка использованной литературы. Объем работы 35 страниц.

**ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ СИМПТОМАТИКИ И ДИАГНОСТИКИ АЛАЛИИ**

**1.1 Анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме изучения алалии у дошкольников исследования**

Речь является функциональной системой, представляющей собой единство процессов говорения и восприятия.

По мнению З. Е. Агранович речь как сложная функциональная система имеет динамическую локализацию, и вовлекаемые в речевую деятельность разные структуры мозга вступают друг с другом в постоянно меняющиеся связи. Сложно-организованный и полимодальный по своему строению речевой процесс не сводится исключительно к моторному уровню. Для детей с алалией типичны не только запаздывания появления экспрессивной речи, но и патологический ход ее развития [1].

К расстройствам речи Л. Н. Зуева и Н. Ю. Костылева относят нарушения функций её восприятия и образования. Их причины: анатомические дефекты периферического речевого аппарата, нарушения его иннервации, а также органические и функциональные изменения некоторых отделов центральной нервной системы, обеспечивающих речевую деятельность. Расстройства образования речи проявляются в нарушениях синтаксической структуры фраз, в изменениях словаря, звукового состава, методики, темпа и плавности речи [14].

Исследователь Г. А. Волкова отмечает, что при классификации речевых расстройств учитывают основные их проявления, сопутствующие неврологические симптомы, характер анатомических изменений речевого аппарата. Нарушения процессов анализа и синтеза сообщений и нарушения речевой памяти, возникающие при локальных поражениях головного мозга, относят к группе афазии. Аналогичные поражения центральной нервной системы у детей, возникшие до освоения ими речи, приводят к алалии [8].

Не возникает сомнений, что в раскрытии сути алалии центральное место должно занимать изучение механизмов нарушения. Знания о механизмах в большинстве случаев определяет выбор методов и средств коррекционно-воспитательной работы. Однако, до настоящего времени проблема механизмов нарушения при алалии остается спорной и нерешенной.

Исследователями Л. С. Чутко, А. М. Ливинской алалия определяется как «отсутствие или недоразвитие речи, вызванное органическими поражениями речевых зон коры головного мозга внутриутробно или в раннем возрасте» [29, с. 18].

Педагог-психолог Р. Е. Левина алалию относит к группе нарушений структурно-семантического (внутреннего) оформления выражения. Она отмечает, что алалия входит к группе нарушений средств общения и в зависимости от глубины повреждения мозговых механизмов может быть соотнесена с общим недоразвитием речи и, иногда, с фонетико-фонематическим недоразвитием речи (в случае, когда дефект проявляется лишь на уровне звуковой стороны речи) [22].

Исследователи Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской научной работе «Логопедия» подчеркивали: «Впервые описание алалии осуществили А. Куссмауль и Р. Коэн. Но на первых этапах подход был симптоматический, внутренние особенности речевого механизма фактически не рассматривались, на первый план исследователи выдвигали моторную недостаточность» [19, с. 80].

В. А. Калягин и Т. С. Овчинникова определяли алалию, как «врожденную аномалию» детей, которые совершенно неспособны произносить звуки и слоги, но в которых сохранены центры головного мозга, координация движений, а также те органы, которые необходимы для развития речи [15].

М. В. Белоусова, М. А. Уткузова и Е. Е. Иванова дают следующее определение понятию: «алалия – функциональное нарушение тех центров и путей головного мозга, которые ответственны за состояние речи, главным образом это нарушение координации артикуляционных движений» [6, с. 17].

Большинство авторов, занимавшихся изучением факторов, влияющих на возникновение алалии среди которых В. А. Ковшиков, Р. Е. Левина, Е. Ф. Соботович, М. Е. Хватецев подчеркивали роль наследственности в ее этиологии, а именно наследственно обусловленное замедленное созревания определенных корковых структур головного мозга и ассоциативных волокон [16; 22; 25; 27].

А. Либман связывал неполноценность речи при алалии с интеллектуальной недостаточностью [18].

М. Зееман считал, что речь не развивается из-за нарушения мозговых центров [13].

В. А. Ковшиков, отмечал ведущую роль в возникновении алалии постнатальных черепно-мозговых травм и асфиксии новорожденных [16].

Ряд ученых А.Р. Лурия и Е.Ф. Соботович и другие придерживались положения, что центральным симптомом нарушения речи при алалии является апраксия (недостаток артикуляционной моторики) [20; 25].

Также исследователями Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской выделены две формы апраксических расстройств: кинетическую (эфферентную) и кинестетическую (афферентную) [19].

Ученые Т. Г. Визель и Р. А. Белова-Давид, отмечая имеющиеся у многих детей с алалией нарушения психической деятельности, расценивали их как патогенные факторы алалии. К этим факторам относили нарушения мышления, интеллекта и эмоционально-волевой сферы и др [5; 7].

Некоторые исследователи особо подчеркивали влияние расстройств произвольного внимания на формирование у детей алалии (М. В. Белоусова, М. А. Уткузова, Е. Е. Иванова), но известно, что в онтогенезе внимание сама формируется за счет развития психических процессов и речи [6].

Также, по последним исследованиям известно, что ранние этапы фонологической, лексической, семантической и синтаксической обработки языка центральной нервной системой могут происходить автоматически, вне фокуса внимания.

У детей с алалией наблюдаются вторичные особенности интеллектуальных способностей, которые выражены неравномерностью их психического развития – гиперкомпенсацией за счет высокого развития конструктивного праксиса, зрелости образного мышления, сочетающаяся с недостаточностью в сфере вербально-логических функций.

Хотя исследователь Л. С. Выготский отмечает, что механизмы мышления, с позиции особенностей их развития, строения и функционирования, не находятся в тесной зависимости друг от друга, а являются автономными [9].

Алалия является сложным речевым расстройством и характеризуется целым комплексом взаимосвязанных между собой нарушений, поэтому некоторыми авторами она называется симптомокомплексом, ведущее место в котором занимает тяжелое недоразвитие речи.

В экспериментальных исследованиях В. А. Ковшикова подтверждается, что типичные для алалии речевые нарушения не находятся в причинной зависимости от состояния общей моторики и артикуляционных нарушений, а также от состояния мышления, эмоциональных расстройств [16].

Л. С. Выготский, Л. В. Щерба подчеркивают: «Значительно более серьезными являются нарушения деятельности усвоения и использования речи, которые случаются при алалии, через которые, собственно, ее и относят к группе речевых нарушений. Данные авторы также рассматривали алалию как своеобразную форму патологии речевой деятельности, которая относится к группе «языковых», «символических» расстройств, в основе которых лежит нарушение пост семантических языковых операций [9; 30].

Исходя из этого из этого Е. Ф. Соботович изучала алалию в психолингвистическом аспекте и определяла значительные речевые нарушение как трудности овладения и использования ребенком синтагматически и парадигматически организованных языковых единиц, связанных со звукосложной структурой слова, синтаксисом, словообразованием, морфологической словоизменением, процессами трансформации внутренней структуры высказывания в поверхностную, понимание сложных логико-грамматических конструкций и тому подобное [25].

Р. Е. Левина и Н. А. Никашина объясняли, что «оптико-гностические нарушения, которые проявляются в доразговорный период, затрудняют накопление предметных обобщений, что служит препятствием для нормального речевого развития» [24].

А. Н. Корнев в психологическом и нейролингвистическом анализе клинической картины речевого нарушения утверждает, что так называемое «общее» или первичное тотальное недоразвитие речи представлено двумя типами: алалическим и параалалическим. Предлагаемая дихотомия основана на разграничении синдромов с механизмами первично речевого уровня (алалический тип) и гностико-праксического уровня (паралалический тип) [17].

И. И. Демина связывает механизм алалии со слабостью процессов возбуждения и торможения, их инертностью, слабостью замыкающей функции коры головного мозга и нарушением взаимодействия сигнальных систем с преобладающей слабостью второй сигнальной системы [11].

Е. М. Мастюкова, характеризуя алалии с позиций нейроонтогенеза, определяет поражение диффузного характера (минимальная мозговая дисфункция). Автором определено нарушение механизмов внутренней речи [12].

Исследовательница Е. М. Мастюкова отмечает, что у детей есть специфические расстройства второй сигнальной системы, страдает формирование лабильных, пластических систем временных связей, или динамических временных связей и нарушается система опережения и обратной связи, то есть нарушается процесс внутреннего программирования будущей фразы. Также ученый, анализируя электроэнцефалограммы детей с алалией и выраженными интеллектуальными нарушениями, выявила патологические воздействия со стороны стволово-диэнцефальных мозговых структур [12].

По исследованиям Т. П. Хризман, В. Д. Еремеевой, Т. Д. Лоскутовой активно разрабатывалась гипотеза о влияние дефектов речи на функциональную асимметрию мозга. Исследованиями установлено, что чем сложнее речевых дефект, тем больше проявляется леворукость и амбидекстрия. Таким образом можно говорить о нарушениях доминантно-субдоминантных отношений в сторону уменьшения асимметрии [28].

В раннем возрасте ребенок понимает речь в основном правым полушарием мозга. Восприятие текстов аморфное, характеризуется нечеткостью их содержания и постижением общего смысла (важная роль просодических параметров: темпа, ритма, интонации, ситуации общения). С переходом к левополушарной латерализации ребенок понимает речь более дискретно: членящее услышанное на отрезки и соотносит их с принятыми в языке правилам и законам на основе полезных признак.

Важную роль в произвольной психической деятельности и речи в частности играют лобные участки, обеспечивают механическую имитацию услышанного, а осмысленную речевую деятельность.

Т. Г. Визель в исследовании «безмолвных» детей определяет причину этого в незначительной роли сотрудничества логопедов, психологов с врачами и нейрофизиологами. Специальные дифференциально-диагностические исследования в рамках нейропсихологии и нейролингвистики в области речевых нарушений на сегодня являются достаточно фрагментарными, однако они имеют прямое отношение к проблеме алалии в частности [7].

Таким образом, алалия – неврологическое заболевание, при котором речь ребенка или недоразвита, или вообще отсутствует, и сопровождается данная патология слуховыми нарушениями или дисфункциями мозговой деятельности. Выделяются разные степени тяжести алалии: от простой словесной неловкости до полной неспособности пользоваться разговорной речью. Подобное многообразие взглядов на природу и механизм алалии обусловлен тем, что эта проблема остается неоднозначной и недостаточно изученной. Таким образом, литературные данные по проблеме алалии многоаспектны и разноречивы.

**1.2 Особенности этиологии и симптоматики алалии**

В медицине выделяется две разновидности алалии, в зависимости от пораженной речевой части – сенсорная алалия и моторная алалия. Также существует смешанный тип алалии – сенсомоторная алалия.

Сенсорная алалия – это отсутствие понимания разговорной речи при полном здравом слухе ребенка. В этой форме болезни поражение отмечается в том участке коры головного мозга, где находится центр слухоречевого анализатора [10].

Моторная алалия – это задержка экспрессивной части языка ребенка, или нарушения деятельности участка коры мозга, где происходит замыкание нервных путей речедвигательного анализатора. То есть, ребенок слышит и понимает разговорную речь, но он не в состоянии сам овладеть разговорными навыками. Его артикуляция сильно нарушена, и в результате привычные слоги или буквы ребенок заменяет на более примитивные и нечленораздельные звуки [10].

Сенсомоторная алалия представляет собой несформированность речевого функционала на достаточно глубоком уровне. При это в большинстве случаев удается диагностировать проблему еще в дошкольном возрасте, когда удается скорректировать ее развитие и обеспечить ребенку нормальную последующую жизнь.

Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева к причинам появления сенсорной алалии относятся:

– Патологии плода, появившиеся во время беременности. Вынашивание может быть осложнено гипоксией, инфекциями, гипотрофией. Могут возникать нарушения в развитии ЦНС плода при употреблении алкоголя, наркотических веществ.

– Нарушение ЦНС во время родов. Плод может получить повреждения нервной системы при неправильных действиях акушера. При родах ребенок может получить травму головы.

– Заболевания в постнатальный период. Они могут возникнуть в первые годы малыша [12].

Существуют другие причины, которые также способны вызвать такое речевое нарушение. Диагностировать можно только после проведения комплексного осмотра ребенка. Малыша должны осмотреть логопед, педиатр, невролог, детский психолог, отоларинголог.

Причины появления моторной алалии

Характерным симптомом моторного типа алалии является неспособность повторять речь, услышанную от взрослых. В особо тяжелых ситуациях, ребенок не может повторить даже простейшие звуки, такие как «АУ», «БА», «ПА», хотя и понимает обращенную речь взрослых. Чем сложнее слог, тем сложнее дается его повторение. Дети, страдающие такими речевыми расстройствами, как правило имеют неврологические или психические нарушения [12].

Неврологические симптомы могут быть выражены в неловкости, плохой координации движений, недостаточной физической активности. Может наблюдаться плохая мелкая моторика пальчиков – сложно застегивать пуговицы или завязывать шнурки.

Детям с моторной алалией сложно играть с другими детьми. Им сложно хорошо прыгать, играть в мяч и делать другие движения, которые при этом легко даются здоровым детям.

В некоторых случаях может наблюдаться обратный эффект, то есть повышенная активность. Это зависит от локализации поражения головного мозга. В этом случае дети могут проявлять гиперактивность, легко возбудимы, проявляют излишнюю суетливость, но при этом они быстро устают [15].

В большинстве случаев, наблюдается смешанный тип алалии – сенсомоторный. Чтобы понять, что такое сенсомоторная алалия, опишем классическую клиническую картину. Ребенок поздно заговорил, имеет трудности в формировании речи. Словарный запас (и активный, и пассивный) довольно скудный. Понимание обращенной речи плохое.

Нарушены навыки социальной адаптации, что часто затрудняет дифференцирование сенсомоторной алалии от заболеваний аутичного спектра. Может присутствовать боязнь громких звуков, нередки навязчивые движения. Но тем не менее, и этот тип поддается лечению и коррекции.

Далее охарактеризуем симптоматику алалии. Поскольку нарушение речевых функций при алалии могут быть очень разными, то и симптоматика при этом заболевании имеет разнообразную форму. Расстройства речи могут быть незначительными, или же речь может полностью отсутствовать. При развитии алалии некоторые дети не могут говорить до двенадцати летнего возраста вообще, а некоторые просто уметь произносить крайне малое количество слов, при активном обучении [17].

При сенсорной алалии ребенок слышит язык, но, не понимая и не различая отдельных слогов и звуков, пытается сам построить примитивные и грубые формы слов, переставляя буквы и слоги в слова, слова в фразах, опуская при этом совершенно непонятные для него звуки. При сенсорной алалии, практически всегда можно выявить определенные отставание в развитии головного мозга или олигофрению.

При моторной алалии ребенок понимает и слышит все, что говорят вокруг, но его речь проявляется только до четырех лет. При этой форме болезни в детском возрасте отсутствует даже лепет. С возрастом речевой запас у больного моторной алалией ребенка практически не пополняется, а остается на уровне младшего школьного возраста. В школе часто возникают проблемы с чтением и письмом. Но, такие дети всегда проявляют расторможенность и шаловливость. С возрастом у них формируются различные бытовые навыки. Дети, страдающие любым видом алалии, очень легко и с желанием выполняют любые поручения и задания взрослых, при условии, что эти задачи, не связанны с речевой деятельностью [12].

Диагностика алалии проводится врачами неврологом и логопедом. Невролог выявляет нарушения в интеллектуальном развитии и определяет невротическую настроенность ребенка, которая формируется при развитии речевых дефектов. Логопед, в свою очередь, определяет степень нарушения и дисфункции речевого аппарата пациента.

Чтобы выявить причины развития алалии применяют всестороннюю диагностику, при которой так же выявляются дополнительные нарушения в умственном развитии ребенка.

К профилактическим методам алалии можно отнести избежание травм головы ребенка, и особенно нельзя допускать родовых травм головного мозга, поскольку такие травмы могут привести к необратимым патологическим процессам.

Лечение алалии заключается в грамотной и последовательной логопедической корректировке речевых навыков больного. Для этого разрабатываются индивидуальные схемы занятий. Логопед и педагог должны работать в паре с каждым отдельно взятым ребенком, страдающих алалией.

Особое внимание на таких занятиях уделяется семантике языка ребенка. Как правило, такой терапии легче поддается коррекции сенсорная алалия. Для коррекции речи при моторной алалии необходим более длительный временной срок. Так же в методику лечения алалии входит постоянный контроль и наблюдение за больным специалистов невролога и педиатра [21].

Таким образом, алалия может стать следствием асфиксии новорожденного, недоношенности, родовых травм. Иногда такое нарушение встречается у детей после преждевременных или затяжных родов. Провоцирующими факторами могут стать осложнения при беременности и родах, перинатальные патологии. Причинами возникновения алалия обычно являются: инфекционные заболевания (заражение произошло внутриутробно или при родах); гипоксия; асфексия; токсикозы; травма плода (падение или удар беременной женщины); риск самопроизвольного прерывания беременности; ряд хронических заболеваний у женщины. Среди этиопатогенетических факторов появления заболевания необходимо выделить энцефалиты, менингиты, травмы головы, ряд соматических заболеваний, влияющие на центральную нервную систему. Ряд ученых связывает алалию с наследственностью. Дети – алалики серьезно отличаются от умственно отсталых деток. По мере развития речи их умственное отставание исчезает.

**Выводы по главе 1**

В первой главе курсовой работы было дано теоретическое обоснование особенностям симптоматики и диагностики алалии. Полученные результаты исследования нашли отражение в следующих выводах.

Осуществив анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы были рассмотрены различные подходы к понятию «алалия». Так под алалией понимается органическое нарушение речи центрального характера, ведущее место при ее возникновении занимает минимальная мозговая дисфункция, которая сопровождается целым комплексом патологических факторов.

Среди этиологических факторов алалии исследователи выделяют: внутриутробные энцефалиты, менингиты, интоксикация плода, асфиксия новорожденных, внутриутробные или ранние пожизненные травмы головного мозга, болезни раннего детства с осложнением на мозг и др. Внутриутробная патология приводит к диффузному поражению веществ мозга, родовые черепно-мозговые травмы и асфиксия новорожденных вызывают более локальные нарушения. Эти поражения различных областей коры головного мозга вызывают нарушения развития речевых и неречевых функциональных систем. По наблюдениям некоторых исследователей соматические заболевания также могут быть причиной алалии, так как они усугубляют воздействие патологических причин неврологического характера, которые являются ведущими.

**ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ И КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НЕДОСТАТКОВ ПРИ АЛАЛИИ**

**2.1 Состояние речевой функции при алалии**

Алалия относится к патологическому развитию речи из-за поражения участков коры головного мозга в перинатальном или постнатальном периоде жизни ребенка. Из-за недостаточного уровня развития речевых центров коры больших полушарий головного мозга, лежащих в основе дисфазии (моторная или экспрессивная алалия), может быть врожденным или приобретенным на ранних этапах онтогенеза, в доречевом периоде.

Появление алалии может быть также обусловлено внутриутробными энцефалитами, негативными условиями развития, интоксикацией плода, менингитом, врожденной отягощенностью, внутриутробной или прижизненной травмой головного мозга, микрокровоизлиянием, болезнями раннего детства с осложнением на мозг, инфекцией, минимальной мозговой дисфункцией и др. При изучении этиологии алалии исследователи отмечают биологические и социально-психологические факторы.

Симптоматика алалии по мнению А. Р. Лурия представляет собой языковые и неязыковые нарушения:

– неречевые – неврологические и психопатологические нарушения;

– речевые – нарушения устной речи (лексические, морфологические, синтаксические, фонематические, фонетические и др., заикание);

– нарушения письменной речи (дислексия, дисграфия разных форм в том числе и смешанная);

– нарушение функций и форм речи [20].

1 степень нарушения языковой системы: все подсистемы языка функционируют аномально, используется ограниченное количество слов, основным компонентом коммуникации выступает кинетическая речь, звукоподражания.

2 степень нарушения языковой системы: используются одно-двусловные предложения, нарушен или неразвит навык словоизменения, процесс поиска слов нарушен, словарный запас ограничен, звуки в слове заменяются, пропускаются.

3 степень нарушения языковой системы: употребляются разноконструктивные предложения, но конструкции во многих случаях деформированы, пропуски и замена слогов — слоговая аппроксимация, многочисленные аграмматизмы [20].

Симптоматика алалии многообразна и является не только нарушением речевой функции. В каждом индивидуальном случае характер алалического синдрома зависит от тяжести и локализации органического поражения, от соматического состояния ребенка в общем, его интеллектуальных возможностей, возраста и окружающей среды.

Вследствие того, что в основе различения форм алалии заложены разные критерии, имеются и разные классификации.

Ю. В. Микадзе разработал классификацию по ведущему типу нарушения языковых систем: 4 формы моторной недостаточности, 4 формы сенсорной недостаточности и 2 формы (двигательно-зрительные расстройства) [23].

По В. А. Ковшикову существует импрессивная (сенсорная) алалия, при которой языковое расстройство характеризуется нарушением усвоения языковых единиц и правил их функционирования при сохранности смысловых и артикуляционных операций и экспрессивная (моторная) алалия [16].

Р. Е. Левина разделяет группы детей с нарушением: фонематического восприятия, психической активности, зрительного восприятия [22].

Е. Ф. Соботович выделяет алалии с нарушениями освоения парадигматической и синтагматической систем языка [25].

Как было сказано выше, при алалии речевое расстройство заключается в отсутствии речевой функции или значительной ее ограниченности. У одних детей отсутствует экспрессивная речь (когда ребенок не говорит сам), что принято называть моторной алалией, у других отсутствие импрессивной речи (плохо понимают чужую речь) – сенсорная алалия. Так как экспрессивная и импрессивная речь связаны между собой, то, как правило, при обеих формах алалии отмечается недостаточность и того, и другого видов речевой деятельности, но при каждой из них и причинный первичный дефект и вторичные следствия разные.

Дети с синдромом алалии страдают от недостатка сведений, которые черпаются из процесса коммуникации с окружающими. Дети с таким синдромом имеют определенные интеллектуальные особенности: конкретность мышления, затруднение в овладении понятиями, примитивизм, пробелы в знаниях. Все это усугубляется благодаря их физическому состоянию: высокой утомляемостью, снижением работоспособности, слабостью произвольного внимания.

Алалия при этом отличается от других видов речевых расстройств – дизартрии, афазии, нарушений речи при глухоте, аутизме, умственной отсталости. К проблеме алалии нельзя подходить как к проблеме детской афазии, обусловленной поражением речевых зон мозга, как делалось ранее в традиционной логопедии. Мозговая организация детей существенно отличается от той, которая находится в более зрелой стадии развития из-за того, что в мозге ребенка еще не сформированы те речевые зоны, что находятся у взрослого человека [19].

У детей, которые старше 2,5 лет, отдельные участки мозга уже получают речевую специализацию, по этой причине их поражение приводит к «детской» афазии. Она отличается от «взрослой» афазии нестойкостью, т.к. пластичность детского мозга обеспечивает достаточно быструю компенсацию речевого дефекта.

Алалия согласно психологической концепции не может быть обусловлена только моторными причинами. Главным, по мнению А. Либерманна является психологический фактор: нарушение эмоционально-волевой сферы, мышления, внимания, памяти [18].

Сенсорная концепция. Первопричиной является недостаточность речевого слухового гносиса (Н. Н. Тауготт, Р. Е. Левина) [22].

В настоящее время приоритетной является языковая концепция. Ей придерживаются такие исследователи, как В. А. Ковшиков, Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Е. Филичева, Б. М. Гриншпун, В. К. Воробьева, Л. Р. Давидович, Е. Ф. Соботович, Т. Г. Визель. По этой концепции у человека не развивается «языковая способность». Ребенок не овладевает языком как при моторной, так и при сенсорной алалии.

Несмотря на это, навыки бессловесного сопровождения у ребенка могут успешно вырабатываться (счет, конструирование, рисование). Это объясняется тем, что, особенно при моторной алалии, речевые стимулы воспринимаются, и вырабатывается внутренняя речь. Формирование внутренней речи при сенсорной алалии также происходит, но сводится к зрительному восприятию картины мира и артикуляционных движений взрослого человека.

Нейропсихологический подход. Кроме того, что у человека есть врожденная готовность к языковому развитию, первично сохраненный интеллект, нужно чтобы между отдельными анализаторами и надстроенными модальностями между ними имелись полноценно функционирующие проводящие пути, по которым информация передается от одной зоны головного мозга в другую. Речь без связи отдельных частей головного мозга развиваться не может. Нейрофизиологические исследования (М. Кинзборн, Д. А. Фарбер, М. М. Безруких и др.) показали, что в раннем речевом онтогенезе большую роль играют процессы левого полушария, отвечающие за речевые функции. Ребенок вначале усваивает неречевые шумы (предметные звуки, звуки животных, природные звуки). Эту информацию накапливает правое полушарие, левое полушарие выбирает из этой информации ту необходимую часть, которая нужна для формирования речи. Такие приобретения правого полушария представляют собой базу для первичных операций речевого развития [16].

Вся звуковая память левого полушария (шипение, мычание, свист и пр.) должна изменяться и превращаться в звуки речи, которые сохраняют в самих названиях связь с исходными звучаниями. Таким образом, формируется речевой гносис.

У алаликов доречевой период проходит без каких-либо отклонений, они соответственно возрасту также, как и обычные дети овладевают различными доречевыми навыками. Трудность состоит в невозможности выделения из неречевых шумов полезных для речи признаков, т.е. слуховой гносис не формируется или формируется дефектно. Звуки, издаваемые человеческим голосом, остаются недоступными, и возникает потребность в немедленной коррекционной помощи. В отличие от сенсорной алалии, когда отсутствуют необходимые связи между правым и левым полушарием мозга, при моторной алалии патологический процесс сконцентрирован в левом полушарии [11].

У ребенка неречевые шумы трансформируются в звуки, при этом необходима способность артикуляционно воплощать их в речь. Это возможно в том случае, если проводящие пути между сенсорной и моторной областями мозга полноценны.

Изложенные представления о патогенезе алалии подтверждаются данными современных аппаратных исследований. У подавляющего большинства лиц, страдающих алалией, не обнаружены очаговые поражения мозга. К тому же регистрируемые в области речевых зон кисты и другие образования, как правило, к алалиям не приводят. Таким образом, мнение о том, что алалия - детский аналог афазии, обусловленный поражением мозга в области Вернике или Брока, не находит сегодня подтверждения.

На современном этапе изучения можно говорить, что неспособность детей с алалией овладевать средствами языка и способами их применения в собственной речи объясняется сочетанием группы факторов, препятствующих этому [14].

Нарушения речи сопровождаются изменениями в развитии коры головного мозга: т.е. имеются недостатки вербального мышления. У детей-алаликов образное мышление, недостаточное развитие фонематического слуха, недостаточная сформированность саморегуляции и словесной регуляции действий. Такие дети испытывают проблемы с длительным запоминанием, мелкой моторикой, мыслят образами. Для них важен эмоциональный фон событий. Важно ни что сказать, а как сказать. По этой причине дети-алалики пропускают слова в спонтанной речи, а при чтении вслух пропускают абзацы.

Для детей, страдающих алалией, проблема состоит в том, что для них неестественно произносить слова звук за звуком, читать слова слог за слогом, или даже следить за буквами в слове слева направо [22].

Алалики имеют образное мышление и хотят охватить все слова сразу. Пытаясь правильно произнести написанное, они не могут осознать то, что прочитали. Поэтому таким людям нужно перечитывать текст много раз, получая взамен сильную усталость. Им хочется понять суть явления, поэтому к выполнению задания они приступают медленно и задают множество уточняющих вопросов.

Люди, страдающие алалией, быстро улавливают общее и опускают детали из-за своего специфического воображения. Другими словами, им не составляет труда представить себе явление, но очень трудно описать его словами. Такие дети быстро утомляются, имеют кратковременную память. В работе с такими детьми нужно стараться пробудить у них способность не только «видеть», но и «слышать» красоту русского слова. Направляя их воображение, стараться создать условия для возникновения разнообразных ассоциативных связей при рассмотрении словесных образов в художественном тексте. В результате – и пейзаж, и интерьер, и портрет приобретают особую значимость в достижении предметных результатов - раскрытии идейно-художественного содержания произведения, его понимании и переживании [26].

Такие специалисты, как М. Совак, М. Критчли и др., считают, что центральные нарушения речи при алалии бывают в виде вербальной акустической агнозии и вербальной моторной апраксии (неспособность создавать и воспроизводить словесные символы, образцы). Алалия характеризуется различными степенями тяжести, например, простая словесная неловкость и абсолютная неспособность пользоваться разговорной речью.

Особенностью речи детей с моторной алалией является неумение вовремя ее использовать. Дети знающие слова, далеко не всегда могут их сказать тогда, когда это нужно, то есть когда он знает слова «Есть» и «тарелка», но когда хочет есть он ведет взрослого на кухню, показывает на еду и ничего не говорит. Такие дети не привыкли к пользованию речью и поэтому им трудное произвольно сказать те слова, которые ему нужны. Особенно трудно для них называние предметов, а еще труднее произношение слов в ответ на вопросы, когда предмета, обозначаемого этим словом, у них перед глазами нет.

Неумение использовать знакомые слова отличает ребенка с моторной алалией от ребенка, страдающего умственной отсталостью. Речь умственно отсталого ребенка может быть очень бедной, но слова, которые он понимает и может повторить, ребенок использует тогда, когда это ему нужно [28].

Алалия может быть итогом негативного влияния на только формирующийся мозг ребенка перинатальных и перинатальных факторов или механизмов наследственности. Доказано, что значительную роль в возникновении алалии играют не только патология пре, интра, перинатального периодов, но и наследственная предрасположенность. Нарушения в развитии речи у детей с дисфазией, проявляясь не изолированно, затрагивают и другие важные аспекты индивидуального развития.

Таким образом, научная литература по проблеме алалии многоаспектна и разноречива. Из-за того, что речь представляет собой сложную функциональную систему, которая имеет динамическую локализацию, вовлекаемые в речевую деятельность разные структуры мозга также вступают друг с другом в постоянно меняющиеся связи. Являясь сложноорганизованным и полимодальным по строению, речевой процесс не сводится исключительно к моторному уровню. Для детей с алалией типичны не только запаздывания появления экспрессивной речи, но и патологический ход ее развития.

**2.2 Специфика методов и приёмов обследования ребёнка-алалика**

Во время школьного обучения у некоторых детей выявляются трудности в формировании навыков и умений письменной речи. Вследствие бедной языковой практики и несостоявшихся языковых обобщений в них не может сформироваться готовность к изучению грамматики и собственно овладения грамотой. Кроме общих для моторной алалии дефектов отмечаются проявления, характерные для определенной ее формы. Эти дефекты составляют те нарушения, которые не всегда удается выявить на начальных этапах развития языка, поскольку они маскируются сопутствующими нарушениями.

Во время проведения обследования во внимание принимают факторы, позволяющие выделить детей с алалией из детей, страдающих другими нарушениями речи. При изучении данного заболевания обращает внимание на резкое ограничение или отсутствие лепета. Родители, отмечая молчаливость, говорят о детях как все понимают, но не желают разговаривать. Отсутствие общения в ряде случаев родителями ошибочно расценивается как проявление лени или упрямства [29].

У детей вместо речи развиваются жестикуляция и мимика, которые используются избирательно при эмоциональных ситуациях общения. Первые слова произносятся поздно, а фразовый язык часто начинает формироваться после пяти-шести лет. Родители подчеркивают, что кроме отставания в речи, в остальном дети развиваются абсолютно нормально.

Обследование маленьких детей с алалией, особенно, если они маленькие и негативно настроенные, продолжают одновременно с логопедической работой. Устанавливают, как он вступает в контакт, какие у него негативные реакции речевого и общего характера, в чем именно они проявляются и как преодолеваются. Обращают внимание, как ребенок ставится материалу и ходу занятий, каковы его реакции на изменения ситуации. Кроме того, отмечают отсутствие или наличие критического отношения к своему состоянию, присутствие у ребенка желание исправить свою речь и стремление к общению, возможности речевого и внеречевая общения [19].

В логопедической работе используются различные методы: практические, наглядные и словесные.

Выбор и использование того или иного метода определяется характером речевого нарушения, содержанием, целями и задачами коррекционно-логопедического воздействия, этапом работы, возрастными, индивидуально-психологическими особенностями ребёнка и др. На каждом из этапов логопедической работы эффективность овладения правильными речевыми навыками обеспечивается соответствующей группой методов. Так, для этапа постановки звука характерно преимущественное использование практических и наглядных методов, при автоматизации, особенно в связной речи, широко используются беседа, пересказ, рассказ, т.е. словесные методы.

При устранении алалии для развития сенсорной сферы, моторики, познавательной деятельности ребёнка также используются практические и наглядные методы. В то же время при закреплении правильных навыков грамматических форм словоизменения и словообразования наряду с наглядными методами применяются и словесные.

К практическим методам логопедического воздействия относятся упражнения игры и моделирование.

Упражнение - это многократное повторение ребенком практических и умственных заданных действий. В логопедической работе они эффективны при устранении артикуляторных и голосовых расстройств, так как у детей формируются практические речевые умения и навыки либо предпосылки к их развитию, происходит овладение различными способами практической и умственной деятельности. В результате систематического выполнения артикуляторных упражнений создаются предпосылки для постановки звука, для правильного его произношения. На этапе постановки звука формируется навык его изолированного произношения, а на этапе автоматизации добиваются правильного произношения звука в словах, словосочетаниях, предложениях, связной речи [15].

Освоение правильных речевых навыков представляет собой длительный процесс, который требует разнообразных, систематически используемых видов деятельности.

При обследовании принимается во внимание ряд факторов, которые помогают разграничить детей с алалией от детей, страдающих другими речевыми нарушениями. При сборе анамнестических сведений обращает на себя внимание отсутствие или резкое ограничение лепета. Родители отмечают молчаливость, характеризуют детей как понимающих, но не желающих говорить. Отсутствие возможности общения родители в ряде случаев ошибочно расценивают как проявление упрямства и лени.

Вместо речи развиваются мимика и жестикуляция, которыми дети пользуются избирательно в эмоционально окрашенных ситуациях общения.

Первые слова появляются поздно, фразовая речь в большинстве случаев начинает формироваться только после 5-6 лет. Родители подчеркивают, что, кроме отставания в речи, дети в остальном развиваются нормально.

Обследование обычно не заканчивается разовой встречей с ребёнком, особенно, если он мал и негативистичен, а продолжается параллельно с начатой логопедической работой. Устанавливается, как ребенок вступает в контакт, есть ли у него негативные реакции общего и речевого характера, в чем они проявляются и как преодолеваются. Обращается внимание на отношение ребенка к ходу и материалу занятий, его реакции на изменения ситуации. Отмечается наличие или отсутствие критичности к своему состоянию, возможности внеречевого и речевого общения, наличие у ребенка стремления к общению и желания исправить свою речь.

Выявляются интересы к игрушкам, играм, книгам, у школьника – учебные интересы; учитывается активность и работоспособность ребенка при обследовании; уточняется характер игровой и учебной деятельности (может ли развернуть игру, включиться в подражание игровым действиям, продолжить их, способен ли выполнить задание, в какой степени обучаем и т. д.). Устанавливается запас сведений, представлений о величине, форме, месте расположения предметов и т. д.

Для изучения состояния словаря, грамматического строя и фонетико-фонематической стороны речи используется общепринятая в логопедии схема обследования и специально подготовленные пособия, применяются речевые упражнения, задания на словообразование и словоизменение. Ведется длительное динамическое наблюдение за детьми в процессе выполнения ими разных видов деятельности.

Уточняется состояние слуха и понимания, это важно для отграничения детей с сенсорной алалией от слабослышащих и глухих, а также от детей с преимущественным нарушением восприятия, а не собственной речи. Уточняются особенности гнозиса, праксиса. Обращается внимание на четкость латералиты (латерализация – преобладание левого или правого в парных органах), состояние мелкой моторики и общедвигательной сферы. Выявляется степень владения практическими навыками: самообслуживание, бытовые действия, предметно-практическая деятельность [8].

Специальными упражнениями в игровой форме исследуется артикуляционная моторика – возможность выполнения определенных движений, удержания артикуляционных поз, выполнения последовательных действий с переключением, способность ребенка подражать артикуляционным движениям и возможность отраженного проговаривания слов и сочетаний.

Крайне затруднено обследование неговорящих детей, вывод о состоянии речи может быть сделан только в ходе динамического наблюдения за ними. Дифференциальная диагностика позволяет разграничить алалию с временной задержкой речевого развития, дизартрическими нарушениями, с нарушениями слуха и умственной отсталостью [8].

Схема обследования детей с алалией представлена в Приложении А.

Таким образом, обследование алалика характеризуется длительностью. Оно не заканчивается для него в условиях ДОУ время. Наиболее полно понять ребенка можно лишь в совместной с ним деятельности, в ежедневном процессе коррекционной работы. Логопедическое заключение – «алалия» формулируется только после сопоставления данных обследования всех специалистов, (и, желательно, не ранее первого этапа коррекционного воздействия). При подозрении наличия у ребенка сенсорной алалии необходимо неоднократное исследование состояния слуха соответствующим специалистом.

**Выводы по главе 2**

Во второй главе курсовой были рассмотрены особенности речевого развития и коррекции речевых недостатков при алалии. По результатам исследования были сформулированы следующие выводы.

Алалия – одна из тяжёлых и стойких форм патологии речевой деятельности. Многие дети с алалией не овладевают языком как знаковой системой и остаются неговорящими или почти неговорящими даже ко времени поступления в школу. Свойственный им сложный симптомокомплекс языковых и неязыковых расстройств оказывает отрицательное влияние не только на речевую коммуникацию, но в определенной степени и на развитие познавательной деятельности, некоторых сторон личности, а нередко препятствует достижению значимых для формирующейся личности потребностей и стремлений.

Задачами логопедического обследования ребенка-алалика являются: выявление особенностей развития сенсомоторных, высших психических функций, психической активности; выявление особенностей речевого развития; сопоставление данных обследования логопеда с результатами обследования ребенка другими специалистами. Обследование обязательно комплексное: участвуют многие специалисты (педиатр, невропатолог и/или психоневролог, офтальмолог, оториноларинголог, психолог, логопед и, по показаниям, другие специалисты). Обследование начинается с игровых заданий на выявление особенностей состояния неречевых функций, являющихся предпосылками формирования речи: зрительное и слуховое восприятие, внимание, память, психомоторное развитие. Важнейший раздел обследования – состояние невербального интеллекта, соответствие его возрастной норме или ее нижней границе.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Данное исследование было посвящено изучению особенностей симптоматики и диагностики алалии у дошкольников. Полученные результаты в ходе исследование позволили подвести итоги и сформулировать общие выводы согласно решенным задам.

Анализ общей и специальной психолого-педагогической литературы по проблеме изучения алалии у дошкольников позволил определить, что проблема детей с алалией стала изучаться сравнительно давно. Значительный вклад в изучении алалии внесли такие исследователи как М. Е. Хватцев, Н. Н. Трауготт, Р. Е. Левина, Е. Ф. Соботович, Е. М. Мастюкова, С. Н. Шаховская и другие. Согласно рассмотренным исследованиям алалия представляет собой отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте.

В качестве одной из задач которая была поставлена перед началом исследования заключалась в обосновании особенностей этиологии и симптоматики алалии. Так было выявлено, что алалия может стать следствием асфиксии новорожденного, недоношенности, родовых травм. Иногда такое нарушение встречается у детей после преждевременных или затяжных родов. Провоцирующими факторами могут стать осложнения при беременности и родах, перинатальные патологии. Причинами возникновения алалия обычно являются: инфекционные заболевания; гипоксия; асфиксия; токсикозы; травма плода; травмы при родах или беременности; риск самопроизвольного прерывания беременности; ряд хронических заболеваний у женщины. Среди этиопатогенетических факторов появления заболевания необходимо выделить энцефалиты, менингиты, травмы головы, ряд соматических заболеваний, влияющие на центральную нервную систему.

Охарактеризовав состояние речевой функции при алалии нам удалось определить, что речевые нарушения при алалии проявляются в следующем: трудности в понимании обращенной речи; бедность активного словаря, медленное и искаженное его развитие; активное использование жестов взамен слов; позднее формирование грамматического строя; отклонения в воспроизведении слогового состава слова; трудности построения речевого высказывания, использование простых повествовательных или побудительных предложений.

Заключительным этапом исследования являлось рассмотрение специфики методов и приёмов обследования ребёнка-алалика. Обобщая полученные данные в ходе исследования следует отметить, что диагностика алалии проводится врачами неврологом и логопедом. Невролог выявляет нарушения в интеллектуальном развитии и определяет невротическую настроенность ребенка, которая формируется при развитии речевых дефектов. Логопед, в свою очередь, определяет степень нарушения и дисфункции речевого аппарата пациента. При обследовании ребёнка-алалика принимается во внимание ряд факторов, которые помогают разграничить детей с алалией от детей, страдающих другими речевыми нарушениями. При сборе анамнестических сведений обращает на себя внимание отсутствие или резкое ограничение лепета. Родители отмечают молчаливость, характеризуют детей как понимающих, но не желающих говорить. Отсутствие возможности общения родители в ряде случаев ошибочно расценивают как проявление упрямства и лени.

Таким образом, на сегодняшний день не все проблемы изучения алалии в настоящее время раскрыты, но в отличие от предшествующих периодов, на современном этапе развития логопедии имеется больше общего во взглядах на алалию, больше общих точек зрения, чем разногласий. Общее проявляется в основных, принципиальных установках на понимание дефекта, его механизма, путей преодоления.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Агранович, З. Е. В помощь логопедам и родителям. Сборник домашних заданий для преодоления недоразвития фонематической стороны речи у старших дошкольников / З. Е. Агранович. – М. : Детство-Пресс, 2015. – 381 c.
2. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. Уч. пос. / Под ред. Л. С. Цветковой. – М. : МОДЭК, 2016. – 296 с.
3. Бадалян, Л. О. Детская неврология: учебное пособие / Л. О. Бадалян. – М. : МЕДпресс-информ, 2011. – 608 с.
4. Бернштейн, Н. А. О построении движений / Н. А.Бернштейн – М. : Книга по Требованию, 2012. – 253 с.
5. Белова-Давид, Р. А. Нарушение речи у дошкольников / Р. А. Белова-Давид. – М. : Наука, 2012. – С. 9-31
6. Белоусова, М. В. Алалии и дизартрии у детей: междисциплинарный подход: Учебно-методическое пособие / М.В. Белоусова, М. А. Уткузова, Е. Е. Иванова. – Казань : Отечество, 2012. – 58 с.
7. Визель, Т. Г. Основы нейропсихологии: учеб. для студентов вузов / Т. Г. Визель. – М. : АСТ Астрель Транзиткнига, 2015. – 384 с.
8. Волкова, Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики: учебно-методическое пособие / Г. А. Волкова. – Санкт-Петербург : Детство-Пресс, 2018. – 133 с.
9. Выготский, Л. С. Мышление и речь: психологические исследования / Л. С. Выготский. – М. : Наука, 2014. – 324 с.
10. Гегелия, Н. А. Исправление недостатков произношения у подростков и взрослых. Пособие для логопеда / Н. А. Гегелия. – М. : Книга по Требованию, 2011. – 272 c.
11. Демина, И. И. Логопедическая помощь заикающимся детям и пути ее совершенствования: Автореферат дис. на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Акад. пед. наук РСФСР. Науч.-исслед. ин-т дефектологии. – М. : [б. и.], 2012. – 16 с.
12. Жукова, Н. С. Логопедия: Преодоление общ. недоразвития речи у дошкольников / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург : Литур, 2013. – 317 с.
13. Зееман, М. Расстройства речи в детском возрасте / Пер. с чешского Е. О. Соколовой. – М. : Академия, 2012. – 299 с.
14. Зуева, Л. Н. Занимательные упражнения по развитию речи. Логопедия для дошкольников / Л. Н. Зуева, Н. Ю. Костылева, О. П. Солошенко. – М. : АСТ, Астрель, 2013. – 80 c.
15. Калягин, В. А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – М. : Академия, 2016. – 320 с.
16. Ковшиков, В. А. Экспрессивная алалия / В. А. Ковшиков. – М. : «Институт общегуманитарных исследований», 2015. – 96 с.
17. Корнев, А. Н. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты / А. Н. Корнев. – СПб. : Речь, 2016. – 380 с.
18. Либманн, А. Патология и терапия заикания и косноязычия / Под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. // Хрестоматия по логопедии. – М. : ВЛАДОC, 2017. – 208 с.
19. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л. С. Волковой, С. Н. Шаховской. – М. : ВЛАДОС, 2018. – 680 с.
20. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / А. Р. Лурия. – М. : Издательский центр «Академия», 2013. – 384 с.
21. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. – М. : Наука, 2017. – 504 с.
22. Маркова, А. К. Особенности усвоения слоговой структуры слова у детей, страдающих алалией // Школа для детей с тяжелыми наружениями речи / Под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Наука, 2014. – С. 59-70
23. Микадзе, Ю. В. Нейропсихология детского возраста / Ю. В. Микадзе. – СПб. : Питер, 2018. – 288 с.
24. Никашина, Н. А. Устранение недостатков произношения и письма у младших школьников // Недостатки речи у учащихся начальных классов массовой школы / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 2015. – С. 46-66
25. Соботович, Е. Ф. Речевое надоразвитие у детей и пути его коррекции (Дети с нарушением интеллекта и моторной алалией) / Е. Ф. Соботович. – М. : Классикс Стиль, 2013. – 160 с.
26. Филичева, Т.Б. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. Педагогика и психология (дошк.) / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. – М. : Просвещение, 2017. – 223 с.
27. Хватцев, М. Е. Логопедия: учеб. пособие / М. Е. Хватцев. – М. : Наука, 2017. – 275 с.
28. Хризман, Т. П. Эмоции, речь и активность мозга ребенка / Т. П. Хризман, В. Д. Еремеева, Т. Д. Лоскутова. – М. : Педагогика, 2014. – 231 с.
29. Чутко, Л. С. Специфические расстройства речевого развития у детей: учебно-методическое пособие. / Л. С. Чутко, А. М. Ливинская. – СПб, 2016. – 48 с.
30. Щерба, Л. В. Языковая система и речевая деятельность: Сборник работ / Ред. Л. Р. Зиндер, М. И. Матусевич. – М. : Наука, 2014. – 427 с.

**ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Приложение А**

**СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С АЛАЛИЕЙ**

Анкетные данные

Фамилия, имя ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения (число, месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата обследования (число, месяц, год)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст (на момент обследования, исчисляется в годах и месяцах, например, 4 года 5

мес.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Из какого детского сада прибыл (номер детского сада, район) или из

семьи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата поступления в логопедическую группу (дата, номер протокола медико-психолого-

педагогической комиссии, от какого числа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз районной медико-психолого-педагогической комиссии

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения о родителях

Мать: Ф. И. О., дата рождения, образование, профессия, работает,

нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отец: Ф. И. О, дата рождения, образование, профессия, работает,

нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Другие члены семьи, живущие в данной семье\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалобы родителей, данные, с их слов, о психическом и речевом развитии ребенка, их

пожелания о пребывании ребенка в логопедической группе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Речь родителей: отметить грамотность, правильность построения фразы, связность и

логичность сообщения об их ребенке или ошибки в употреблении слов, аграмматизмы во

фразе, бедность языковых средств для выражения своих мыслей, нарушение связности и

логичности повествовании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Общий анамнез

От какой беременности ребенок, возраст матери в период

родов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Характер беременности: падения, травмы, психозы, хронические и инфекционные

заболевания матери\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Роды: досрочные, срочные, быстрые, стремительные, обезвоженные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Стимуляция: механическая, химическая,

электростимуляция\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Крик: был, нет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Асфиксия: белая, синяя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Резус-фактор: отрицательный, совместимость\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вес и рост ребенка при рождении\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вскармливание: на какие сутки после рождения ребенка принесли кормить; грудь

взял активно, не взял, с помощью\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сосал активно, засыпал во время кормления, быстро утомлялся, срыгивания,

поперхивания. Вскармливание до\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Последующее вскармливание: смешанное, искусственное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выписка из родильного дома на\_\_\_\_\_\_день

Дополнительное пребывание в роддоме, причины\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особенности раннего развития: держит голову с\_\_\_\_мес. (в норме с 2 мес. жизни),

сидит с\_\_\_\_\_\_мес. (в норме к 7 мес.), стоит с \_\_\_\_\_\_ мес. (в норме 9—10 мес.),

ходит с\_\_\_\_\_\_мес. (в норме в промежуток между 12 и 15 мес.).

Первые зубы с\_\_\_\_\_\_мес., к 1 году зубов\_\_\_\_\_\_

Перенесенные заболевания:

до 1 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

после 1 года\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

до 3 лет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Особое внимание обратить на заболевания нервной системы.

Органические заболевания нервной системы: отметить инфекционные заболевания

и интоксикации, травмы нервной системы. Инфекционное заболевание может

вызываться либо бактериями (бактериальная, микробная инфекции), либо ви-

русами (вирусное поражение). Отметить болезни, относящиеся к нейроинфекциям:

менингиты, энцефалиты, менинго-энцефалиты, полиомиелиты и др., а также

травмы нервной системы: черепно-мозговые травмы, переносимые во внутриутроб-

ном периоде, во время родов и в постнатальном периоде\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Уточнить, были (есть) после черепно-мозговой травмы или после инфекционных

поражений нервной системы ликвородинамические нарушения (гидроцефалия

различной степени)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Инфекционные заболевания: корь, скарлатина, дифтерия, грипп, краснуха и

др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Соматические болезни: простудные заболевания, пневмония, воспалительные

процессы уха и др.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Судороги при высокой температуре\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Данные о развитии речи

Гуление с \_\_\_\_\_\_мес., характер гуления (длительность звуков, их сочетание,

отдельные певучие звуки).

Лепет с\_\_\_\_\_\_мес., характер лепета: звуковой, слоговой.

Первые слова, их характеристика: усеченные, состоящие из одного слога,

итеративной структуры, типа МАМА, ПАПА, НЯНЯ, ДЯДЯ и т. п.,

звукоподражания, количество слов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Речь в настоящее время: использование жестов, речевая активность, понимание

речи окружающих\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Речевая среда: с ребенком общаются, учитывая его желание, или наоборот,

исправляют речь, требуют повторения, ответов на вопросы (такое отношение к

речи ребенка порождает у него речевой негативизм)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Занимался с логопедом, где, сколько, результат, не занимался\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_