Приложение №3

Характеристика контингента детей с ТНР
МБДОУ д/с № 28 в 2022 - 2023 учебном году

Группа	Тип группы	Возраст	Количество воспитанников	Воспитанники с ТНР (наличие коллег.закл.)
Разновозрастная	Компенсирующая	4-7 лет	12	12

Психолого-педагогическая характеристика воспитанников с ТНР

В группу компенсирующей направленности для детей с ТНР зачислены дети, имеющие следующие речевые заключения:

Общее недоразвитие речи (ОНР)

Общее недоразвитие речи (ОНР) рассматривается как системное нарушение речевой деятельности, сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой системы, касающихся и звуковой, и смысловой сторон, при нормальном слухе и сохранном интеллекте (Левина Р. Е., Филичева Т. Б., Чиркина Г. В.).

Речевая недостаточность при ОНР у дошкольников может варьироваться от полного отсутствия речи до развернутой речи с выраженными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития (Левина Р. Е.).

В настоящее время выделяют **четыре уровня речевого развития**, отражающие состояние всех компонентов языковой системы у детей с ОНР (Филичева Т. Б.).

При первом уровне речевого развития речевые средства ребенка ограничены, активный словарь практически не сформирован и состоит из звукоподражаний, звукокомплексов, лепетных слов. Высказывания сопровождаются жестами и мимикой. Характерна многозначность употребляемых слов, когда одни и те же лепетные слова используются для обозначения разных предметов, явлений, действий. Возможна замена названий предметов названиями действий и наоборот. В активной речи преобладают корневые слова, лишенные флексий. Пассивный словарь шире активного, но тоже крайне ограничен. Практически отсутствует понимание категории числа существительных и глаголов, времени, рода, падежа. Произношение звуков носит диффузный характер. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии. Ограничена способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

При переходе ***ко второму уровню*** речевого развития речевая активность ребенка возрастает. Активный словарный запас расширяется за счет обиходной предметной и глагольной лексики. Возможно использование местоимений, союзов и иногда простых предлогов. В самостоятельных высказываниях ребенка уже есть простые нераспространенные предложения. При этом отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций, отсутствует согласование прилагательных с существительными, отмечается смешение падежных форм и т. д. Понимание обращенной речи значительно развивается, хотя пассивный словарный запас ограничен, не сформирован предметный и глагольный словарь, связанный с трудовыми действиями взрослых, растительным и животным миром. Отмечается незнание не только оттенков

цветов, но и основных цветов. Типичны грубые нарушения слоговой структуры и звуконаполняемости слов. У детей выявляется недостаточность фонетической стороны речи (большое количество несформированных звуков).

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Отмечаются попытки употребления даже предложений сложных конструкций. Лексика ребенка включает все части речи. При этом может наблюдаться неточное употребление лексических значений слов. Появляются первые навыки словообразования. Ребенок образует существительные и прилагательные с уменьшительными суффиксами, глаголы движения с приставками. Отмечаются трудности при образовании прилагательных от существительных. По-прежнему отмечаются множественные аграмматизмы. Ребенок может неправильно употреблять предлоги, допускает ошибки в согласовании прилагательных и числительных с существительными. Характерно недифференцированное произношение звуков, причем замены могут быть нестойкими. Недостатки произношения могут выражаться в искажении замене или смешении звуков. Более устойчивым становится произношение слов сложной слоговой структуры. Ребенок может повторять трех- и четырехсложные слова вслед за взрослым, но искажает их в речевом потоке. Понимание речи приближается к норме, хотя отмечается недостаточное понимание значений слов, выраженных приставками и суффиксами.

Четвертый уровень речевого развития (Филичева Т. Б.) характеризуется незначительными нарушениями компонентов языковой системы ребенка. Отмечается недостаточная дифференциация звуков: [т-т’-с-с’-ц], [р-р’-л-л’-j] и др. Характерны своеобразные нарушения слоговой структуры слов, проявляющиеся в неспособности ребенка удерживать в памяти фонематический образ слова при понимании его значения. Следствием этого является искажение звуконаполняемости слов в различных вариантах. Недостаточная внятность речи и нечеткая дикция оставляют впечатление «смазанности». Все это показатели не закончившегося процесса фонемообразования. Остаются стойкими ошибки при употреблении суффиксов (единичности, эмоционально-оттеночных, уменьшительно-ласкательных, увеличительных). Отмечаются трудности в образовании сложных слов. Кроме того, ребенок испытывает затруднения при планировании высказывания и отборе соответствующих языковых средств, что обуславливает своеобразие его связной речи. Особую трудность для этой категории детей представляют сложные предложения с разными придаточными.

Дизартрия.

Дизартрия — нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточностью иннервации речевого аппарата. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение звукопроизносительной и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной и периферической нервной систем.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы. В легких случаях имеются отдельные искажения звуков, «смазанная речь», в более тяжелых наблюдаются искажения, замены и пропуски звуков, страдает темп, выразительность, модуляция, в целом произношение становится невнятным.

При тяжелых поражениях центральной нервной системы речь становится невозможной из-за полного паралича речедвигательных мышц (анартрия). Дизартрические нарушения речи наблюдаются при различных органических поражениях мозга.

Патогенез дизартрии определяется органическим поражением центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних (экзогенных) факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. Среди причин важное значение имеют асфиксия и родовая

травма, поражение нервной системы при гемолитической болезни, инфекционные заболевания нервной системы, черепно-мозговые травмы, реже — нарушения мозгового кровообращения, опухоли головного мозга, пороки развития нервной системы, например врожденная аплазия ядер черепно-мозговых нервов (синдром Мебиуса), а также наследственные болезни нервной и нервно-мышечной систем.

Клинико-физиологические аспекты дизартрии определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Анатомическая и функциональная взаимосвязь в расположении и развитии двигательных и речевых зон и проводящих путей определяет частое сочетание дизартрии с двигательными нарушениями различного характера и степени выраженности.

Нарушения звукопроизношения при дизартрии возникают в результате поражения различных структур мозга, необходимых для управления двигательным механизмом речи. К таким структурам относятся:

- периферические двигательные нервы к мышцам речевого аппарата (языка, губ, щек, нёба, нижней челюсти, глотки, гортани, диафрагмы, грудной клетки);
- ядра этих периферических двигательных нервов, расположенных в стволе головного мозга;
- ядра, расположенные в стволе и в подкорковых отделах мозга и осуществляющие элементарные эмоциональные безусловно рефлекторные речевые реакции типа плача, смеха, вскрикивания, отдельных эмоционально-выразительных восклицаний и др.

Поражение перечисленных структур дает картину периферического паралича (пареза): нервные импульсы к речевым мышцам не поступают, обменные процессы в них нарушаются, мышцы становятся вялыми, дряблыми, наблюдается их атрофия и атония, в результате перерыва спинальной рефлекторной дуги рефлексы с этих мышц исчезнут, наступает арефлексия.

Формы дизартрии

Наиболее распространенная классификация в отечественной логопедии создана с учетом неврологического подхода на основе уровня локализации поражения двигательного аппарата речи (О. В. Правдива и др.).

Различают следующие формы дизартрии: бульбарную, псевдобульбарную, экстрапирамидную (или подкорковую), мозжечковую, корковую.

Корковая дизартрия представляет собой группу моторных расстройств речи разного патогенеза, связанных с очаговым поражением коры головного мозга.

Первый вариант корковой дизартрии обусловлен односторонним или чаще двусторонним поражением нижнего отдела передней центральной извилины. В этих случаях возникает избирательный центральный парез мышц артикуляционного аппарата (наиболее часто языка). Избирательный корковый парез отдельных мышц языка приводит к ограничению объема наиболее тонких изолированных движений: движения кончика языка вверх. При этом варианте нарушается произношение переднеязычных звуков.

Второй вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью кинестетического праксиса, что наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного (обычно левого) полушария мозга в нижних постцентральных отделах коры.

В этих случаях страдает произношение согласных звуков, особенно шипящих и аффрикатов. Нарушения артикуляции непостоянны и неоднозначны.

Третий вариант корковой дизартрии связан с недостаточностью динамического кинетического праксиса, это наблюдается при односторонних поражениях коры доминантного полушария в нижних отделах премоторных областей коры. При нарушениях кинетического праксиса затруднено произнесение сложных аффрикатов, которые могут распадаться на составные части, наблюдаются замены щелевых звуков на

смычные *(з — д),* пропуски звуков в стечениях согласных, иногда с избирательным оглушением звонких смычных согласных. Речь напряженная, замедленная.

Псевдобульбарная дизартрия возникает при двустороннем поражении двигательных корково-ядерных путей, идущих от коры головного мозга к ядрам черепных нервов ствола. Для псевдобульбарной дизартрии характерно повышение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре по типу спастичности — спастическая форма псевдобульбарной дизартрии. Реже на фоне ограничения объема произвольных движений наблюдается незначительное повышение мышечного тонуса в отдельных мышечных группах или понижение мышечного тонуса — паретическая форма псевдобульбарной дизартрии. При обеих формах отмечается ограничение активных движений мышц артикуляционного аппарата, в тяжелых случаях — почти полное их отсутствие.

Бульбарная дизартрия представляет собой симптомокомплекс речедвигательных расстройств, развивающихся в результате поражения ядер, корешков или периферических отделов VII, IX, X и XII черепно-мозговых нервов. При бульбарной дизартрии имеет место периферический парез речевой мускулатуры.

Экстрапирамидная дизартрия. Экстрапирамидная система автоматически создает тот фон предуготовности, на котором возможно осуществление быстрых, точных и дифференцированных движений. Она имеет важное значение в регуляции мышечного тонуса, последовательности, силы и двигательности мышечных сокращений, обеспечивает автоматизированное, эмоционально выразительное выполнение двигательных актов.

Нарушения звукопроизношения при экстрапирамидной дизартрии определяются:

- изменениями мышечного тонуса в речевой мускулатуре;
- наличием насильственных движений (гиперкинезов);
- нарушениями проприцептивной афферентации от речевой мускулатуры;
- нарушениями эмоционально-двигательной иннервации.

Мозжечковая дизартрия. При этой форме дизартрии имеет место поражение мозжечка и его связей с другими отделами центральной нервной системы, а также лобно-мозжечковых путей.

Речь при мозжечковой дизартрии замедленная, толчкообразная, скандированная, с нарушенной модуляцией ударений, затуханием голоса к концу фразы. Отмечается пониженный тонус в мышцах языка и губ, язык тонкий, распластанный в полости рта, подвижность его ограничена, темп движений замедлен, отмечается трудность удержания артикуляционных укладов и слабость их ощущений, мягкое нёбо провисает, жевание ослаблено, мимика вялая. Движения языка неточные, с проявлениями гипер или гипометрии (избыточности или недостаточности объема движения). При более тонких целенаправленных движениях отмечается мелкое дрожание языка. Выражена назализация большинства звуков.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР)

Фонетико-фонематическое недоразвитие – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем. К этой категории относятся дети с нормальным слухом и интеллектом.

С развитием логопедической науки и практики, физиологии и психологии речи (Р. Е. Левина, Р. М. Боскис, Н. Х.Швачкин, Л. Ф. Чистович, А. Р. Лурия и др.) стало ясно, что в случаях нарушения артикуляторной интерпретации слышимого звука может в разной

степени ухудшаться и его восприятие. Р. Е. Левина на основе психологического изучения речи детей пришла к выводу о важнейшем значении фонематического восприятия для полноценного усвоения звуковой стороны речи. Было установлено, что у детей с сочетанием нарушения произношения и восприятия фонем отмечается незаконченность процессов формирования артикулирования и восприятия звуков, отличающихся тонкими акустико-артикуляционными признаками

Состояние фонематического развития детей влияет на овладение звуковым анализом. Уровень сформированности действия по выделению последовательности звуков в слове и умение сознательно ориентироваться в звуковых элементах слова находятся в зависимости от степени недоразвития фонематического восприятия и от того, является ли это недоразвитие первичным или вторичным.

Вторичное недоразвитие фонематического восприятия наблюдается при нарушениях речевых кинестезии, имеющих место при анатомических и двигательных дефектах органов речи. В этих случаях нарушается нормальное слухопроизносительное взаимодействие, которое является одним из важнейших механизмов развития произношения. Имеет значение и низкая познавательная активность ребенка в период формирования речи, и ослабленное произвольное внимание. При первичном нарушении фонематического восприятия предпосылки к овладению звуковым анализом и уровень сформированности действия звукового анализа ниже, чем при вторичном.

Несформированность произношения звуков выражается вариативно. Так, звонкие заменяются глухими, р и л звуками л' и йот (у), с и ш звуком 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'.

В других случаях процесс дифференциации звуков еще не произошел и вместо артикуляционно близких звуков ребенок произносит средний, неотчетливый звук, например: мягкий звук ш' вместо ш, вместо с – с', вместо ч – т' и т. п.

Наиболее распространенной формой нарушения является искаженное произнесение звуков, при котором сохраняется некоторая сходность звучания с нормативным звуком. Обычно при этом восприятие на слух и дифференциация с близкими звуками не страдает.

Такая форма нарушения, как отсутствие звука или замена близким по артикуляции, создает условия для смешения соответствующих фонем и осложнений при овладении грамотой.

При смешении близких звуков у ребенка формируется артикуляция, но процесс фонемообразования еще не закончен. В таких случаях затрудняется различение близких звуков из нескольких фонетических групп, происходит смешение соответствующих букв.

В фонетико-фонематическом развитии детей выявляется несколько состояний:

- недостаточное различение и затруднение в анализе только нарушенных в произношении звуков. Весь остальной звуковой состав слова и слоговая структура анализируются правильно. Это наиболее легкая степень фонетико-фонематического недоразвития;
- недостаточное различение большого количества звуков из нескольких фонетических групп при достаточно сформированной их артикуляции в устной речи. В этих случаях звуковой анализ нарушается более грубо;
- при глубоком фонематическом недоразвитии ребенок «не слышит» звуков в слове, не различает отношения между звуковыми элементами, неспособен выделить их из состава слова и определить последовательность.

Таким образом, недостатки звукопроизношения могут быть сведены к следующим характерным проявлениям:

а) замена звуков более простыми по артикуляции, например: звуки с и ш заменяются звуком ф; б) наличие диффузной артикуляции звуков, заменяющей целую группу звуков; в) нестабильное использование звуков в различных формах речи; г) искаженное произношение одного или нескольких звуков.

Произносительные ошибки необходимо оценивать с точки зрения их значимости для речевой коммуникации. Одни из них затрагивают лишь образование оттенков фонем и не нарушают смысла высказывания, другие ведут к смешению фонем, их не различению. Последние являются более грубыми, так как нарушают смысл высказывания.

При наличии большого количества дефектных звуков, как правило, нарушается произношение многосложных слов со стечением согласных («качиха» вместо ткачиха). Подобные отклонения в собственной речи детей также указывают на недостаточную сформированность фонематического восприятия.

Низкий уровень собственно фонематического восприятия с наибольшей отчетливостью выражается в следующем:
а) нечеткое различение на слух фонем в собственной и чужой речи (в первую очередь глухих – звонких, свистящих – шипящих, твердых – мягких, шипящих – свистящих – аффрикат и т. п.); б) неподготовленность к элементарным формам звукового анализа и синтеза; в) затруднение при анализе звукового состава речи.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием нередко имеется определенная зависимость между уровнем фонематического восприятия и количеством дефектных звуков, т. е. чем большее количество звуков не сформировано, тем ниже фонематическое восприятие. Однако не всегда имеется точное соответствие между произношением и восприятием звуков.

Так, например, ребенок может искаженно произносить 2– 4 звука, а на слух не различать большее число, причем из разных групп. Относительное благополучие звукопроизношения может маскировать глубокое недоразвитие фонематических процессов. В таких случаях только применение специализированных заданий вскрывает сложную патологию.

У детей с фонетико-фонематическим недоразвитием наблюдается общая смазанность речи, «сжатая» артикуляция, недостаточная выразительность и четкость речи. Это в основном дети с ринолалией, дизартрией и дислалией – акустико-фонематической и артикуляторно-фонематической формы.

Для них характерна неустойчивость внимания, отвлекаемость. Они хуже, чем нормально говорящие дети, запоминают речевой материал, с большим количеством ошибок выполняют задания, связанные с активной речевой деятельностью. Раннее выявление детей с фонетико-фонематическим недоразвитием является необходимым условием для успешной коррекции недостатков в дошкольном возрасте и предупреждения нарушений письма.

(*Каше Г. А., Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Программа воспитания и обучения детей с фонетико-фонематическим недоразвитием речи – М.: Министерство Просвещения, 1986 г.)*