

Направление подготовки :

050715.65: Логопедия (специалитет, 4 курс, 8 семестр; очное обучение)

Дисциплина :«Логопсихология»

Количество часов : 36 (в том числе : лекции - 36, практические занятия - 0, самостоятельная работа - 18; форма контроля: зачет (8-й семестр)).

Темы: 1. Введение в логопсихологию. 2. История развития логопсихологии. 3. Проблема психологической классификации речевых нарушений. 4. Характеристика восприятия лиц с речевыми нарушениями. 5. Характеристика внимания лиц с речевыми нарушениями. 6. Характеристика памяти детей с речевыми нарушениями. 7. Характеристика мышления лиц с патологией речи. 8. Характеристика общения при различных формах речевых нарушений. 9. Характеристика личности лиц с речевыми нарушениями.

Ключевые слова : дизонтогенез, логопсихология, нарушения познавательной сферы, общее недоразвитие речи, фонетико-фонематическое недоразвитие, высшие психические функции, диагностико-коррекционная работа.

Дата начала использования: февраль 2014 г.

Автор - составитель: Твардовская Алла Александровна, старший преподаватель кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики, кандидат психологических наук

Министерство образования и науки РФ
ФГАОУ ВПО «Казанский (Приволжский) федеральный
университет»

Институт психологии и образования

А.А. Твардовская

Логопсихология

Конспект лекций



Казань-2014

Твардовская А.А.

Логопсихология . Конспект лекций /А.А.Твардовская; Каз.федер.ун-т. – Казань, 2014. –45

с.

Аннотация

В предлагаемых лекциях представлены теоретические основы логопсихологии, обзор речевых нарушений, рассмотрены особенности психического развития лиц с нарушениями речи, вопросы дифференциальной диагностики. Особое внимание уделено особенностям психических процессов, состояний и свойств, которые необходимо учитывать в коррекционно-педагогической работе с логопатами. Подготовленный материал можно изучать самостоятельно, выполняя предлагаемые задания и проводя самоконтроль усвоения материала.

Для этого курса имеется электронная версия –

<http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>

Принято на заседании кафедры специальной психологии и коррекционной педагогики

Протокол № 5 от 28.01.2014

© Казанский федеральный университет

©Твардовская А.А..

Содержание

1.	Лекция 1 Введение в логопсихологию.....	5
1.1.	Психология детей с нарушениями речи как научная дисциплина, ее предмет и объект.....	5
1.2.	Истоки развития, история становления и современное состояние логопсихологии.....	5
1.3.	Цель, задачи и методы логопсихологии.....	5
1.4.	Связь логопсихологии со смежными науками.....	5
1.5.	Теоретическое и практическое значение логопсихологии.....	8
2.	Лекция 2. История развития логопсихологии.....	8
2.1.	Этап 1. Становление логопсихологии как самостоятельной науки.....	9
2.2.	Этап 2. Современное состояние и пути развития логопсихологии.....	12
3.	Лекция 3. Проблема психологической классификации речевых нарушений.....	15
3.1.	Классификация речевых расстройств первичного характера.....	16
3.2.	Расстройства речи вторичного характера.....	16
4.	Лекция 4. Характеристика восприятия лиц с речевыми нарушениями.....	17
4.1.	Восприятие как психическая характеристика.....	18
4.2.	Особенности зрительного и слухового восприятия при речевых нарушениях.....	19
5.	Лекция 5. Характеристика внимания лиц с речевыми нарушениями.....	22
5.1.	Основные виды, свойства и функции внимания.....	22
5.2.	Особенности внимания у детей с нарушениями речи.....	23
6.	Лекция 6 Характеристика памяти детей с речевыми нарушениями.....	25
6.1.	Понятие памяти. Виды и процессы памяти.....	26
6.2.	Особенности памяти у детей с нарушениями речи.....	26
6.3.	Особенности памяти у взрослых с нарушениями речи.....	28
7.	Лекция 7. Характеристика мышления лиц с патологией речи.....	29
7.1.	Понятие мышления. Виды и основные операции мышления.....	30
7.2.	Особенности мышления у детей с нарушениями речи.....	31
7.3.	Особенности мышления у взрослых с нарушениями речи.....	32
8.	Лекция 8. Характеристика общения при различных формах речевых нарушений.....	33
8.1.	Языковая и коммуникативная способность.....	34
8.2.	Коммуникация на ранней стадии онтогенеза.....	34
8.3.	Вербальная коммуникация при речевых нарушениях.....	35
8.4.	Мотивация общения детей с речевыми нарушениями.....	37
9.	Лекция 9. Характеристика личности лиц с речевыми нарушениями.....	38
9.1.	Личностные особенности человека.....	39
9.2.	Развитие личности при нарушениях речи.....	39
9.3.	Развитие личности и эмоционально-волевой сферы у детей с нарушениями речи.....	40
9.4.	Нарушения личности у взрослых с патологией речи.....	44

Лекция 1. Введение в логопсихологию.

Аннотация. Данная тема раскрывает теоретико – методологические основы психологии лиц с нарушениями речи.

Ключевые слова. Логопсихология, метод , дети с нарушениями речи.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В дополнение к лекции есть презентация, которую необходимо изучить, и ответить на вопросы.
- В качестве самостоятельной работы предлагается написать эссе о значимости психологического изучения детей и взрослых с речевыми нарушениями;
- Для проверки усвоения темы имеется тест.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. <http://almanah.ikprao.ru/articles/almanah-13/edinaja-koncepcija-specialnogo-federalnogo-gosudarstvennogo>
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Презентация

Список сокращений

Дети с ОВЗ - дети с ограниченными возможностями здоровья –

Глоссарий

Логопсихология — часть специальной психологии, посвященная изучению причин, механизмов, симптоматики, течения, структуры психических расстройств у людей с нарушениями речи первичного характера; определению механизмов их психической адаптации, а также разработке системы психологической помощи этим людям.

Наблюдение — наиболее распространенный метод, с помощью которого изучают психологические явления в различных условиях без вмешательства в их течение.

Анализ результатов деятельности — метод опосредованного изучения психологических явлений по практическим результатам и предметам труда, в которых воплощаются творческие силы и способности людей.

Опрос — метод, предполагающий ответы испытуемых на конкретные вопросы исследователя. Он бывает письменным {анкетирование}, когда вопросы задаются на бумаге; устным, когда вопросы ставятся устно; и в форме интервью, во время которого устанавливается личный контакт с испытуемым.

Тестирование — метод, во время применения которого испытуемые выполняют определенные действия по заданию исследователя.

Вопросы для изучения:

1. Психология детей с нарушениями речи как научная дисциплина, ее предмет и объект.
2. Истоки развития, история становления и современное состояние логопсихологии.
3. Цель, задачи и методы логопсихологии.
4. Связь логопсихологии со смежными науками.
5. Теоретическое и практическое значение логопсихологии.

1. Логопсихология — часть специальной психологии, посвященная (1) изучению причин, механизмов, симптоматики, течения, структуры психических расстройств у людей с нарушениями речи первичного характера; (2) определению механизмов их психической адаптации, а также (3) разработке системы психологической помощи этим людям.

2. Логопсихология возникла как практическая прикладная дисциплина, в связи с необходимостью оказания психологической помощи лицам, имеющим нарушения речи. Назвать время и место ее возникновения затруднительно, поскольку сведения о применении психологических знаний и интерпретаций отдельных сторон речевых расстройств можно встретить в разных странах и в разное время. Например, одним из первых в России психотерапию речевых больных стал применять Г.Д. Неткачев (1913). Для решения психотерапевтических задач З.Фрейд использовал психоанализ описок и оговорок, а заикание с точки зрения психоанализа предстает как символическое проявление нежелания человека вступать в речевое взаимодействие с миром, «полным опасностей». Лингвистика с момента своего поворота к психологическим проблемам речи, с момента «обнаружения» говорящего человека проявляла интерес к случаям нарушения отношений психики и речи (А.А. Потебня, К. Бюлер, Р.Якобсон и др.). Известны работы в области психологии чтения, что, по-видимому, отчасти обусловлено его доступностью и возможностью объективной регистрации (Егоров Т. Г., 1953). Неслучайно экспериментальная психология начиналась с изучения восприятия. Прикладным результатом таких исследований стали многочисленные методики ускоренного чтения (Лёзер Ф., 1980; Андреев О.А., Хромов Л. Н., 1991) и близкая к ним методика глобального чтения в логопедии, предложенная В.В.Оппель (1972). Некоторые этапы развития логопсихологии можно проследить на примере исследования алалии и афазии. Примерно до 80-х гг. XX в. в психологической литературе имелись только отдельные упоминания психологических проблем категории лиц с этими нарушениями речи, и только после этого периода появляются специальные работы, посвященные отдельным вопросам психологической диагностики и коррекции (Л. С. Цветкова, Ж. М. Глоzman, В. Виноградова и др.). К настоящему времени накоплен определенный корпус психологических исследований в области логопедии, но они остаются разрозненными и не имеют общепризнанной концептуальной базы (В.М.Шкловский, Г.А.Волкова, А.Б.Хавин, В.А.Калягин, Е.Ю.Рау, Л. М. Кроль, Е.Л.Михайлова, Б.К.Осокин и др.).

В 2012 году Т.Н.Волковской была осуществлена работа по приведению психологических данных о лицах речевой патологией в единую систему.

Предметом логопсихологии являются психические особенности лиц с нарушениями речи и методы психологической помощи (коррекции и терапии).

3. Цель логопсихологии — оказание психологической помощи лицам с нарушениями речи.

В задачи логопсихологии входит:

- 1) изучение механизмов взаимодействия психических и речевых процессов;
- 2) оценка психики человека, имеющего расстройство речи, с позиций целостного подхода в качестве основы для оптимальной диагностической и коррекционной практики;
- 3) изучение психологических особенностей лиц, страдающих различными формами речевой патологии;
- 4) разработка методов дифференциальной диагностики, позволяющих выделить первичное речевое недоразвитие среди сходных по внешним проявлениям состояний (аутизма, нарушений слуховой функции, задержки психического развития, сложных недостатков развития);
- 5) совершенствование методов психологической профилактики коррекции психики лиц с речевыми нарушениями. Связь логопсихологии с другими науками

4. Логопсихология находится на пути выработки своих теоретических основ, преимущественно заимствуя их у других, наиболее близких дисциплин — прежде всего психологии и лингвистики, в частности, общего языкознания, теории коммуникации (прагматики), психолингвистики, патопсихологии, общей психологии, медицинской

психологии, психологии специальной, возрастной, педагогической, нейропсихологии, логопедии и др.

Связь с **логопедией** носит взаимодополняющий характер, так как знания о психологии лиц с речевыми нарушениями уточняют и углубляют исследования симптоматики расстройств, соотношения речи и психических процессов в структуре речевого дефекта. В свою очередь, знания о расстройствах речи позволяют уточнять конкретное значение речи для различных психических функций.

По отношению к логопедии логопсихология является вспомогательной дисциплиной, направленной на то, чтобы оптимизировать психологическими средствами логокоррекционный процесс.

Существенное значение для логопсихологии имеет **возрастная психология**, так как диагностика и коррекция должны строиться с учетом закономерностей психического развития, которое происходит согласно законам диалектики (единства и борьбы противоположностей, отрицания отрицания и перехода количества в качество). Необходимо учитывать не только возрастные нормы тех или иных психических характеристик, но и закономерности их взаимодействия на разных этапах развития. Существенное значение имеет понимание возрастных кризисов не только с точки зрения возможности их преодоления, но и как своеобразных универсальных сензитивных периодов, создающих благоприятные условия для психокоррекционного воздействия.

Педагогическая психология ориентирует на создание предпосылок для наилучшего усвоения навыков нормативной речи. Современная педагогика все шире применяет психологические знания для оптимизации решения своих задач, в частности, различные формы активного обучения, учет индивидуальных особенностей ребенка, таких как темперамент, когнитивные стили и так далее. Знания в области специальной психологии (тифло-, сурдои олигофренопсихологии) необходимы для осуществления дифференциальной диагностики и при проведении коррекционной работы с учетом собственно речевых расстройств.

Медицинская и патопсихология способствуют пониманию речевых нарушений, отягощенных психосоматическими отношениями и психопатологией.

Физиологическая психология (психофизиология) помогает выяснить, с помощью каких физиологических процессов реализуются психические явления. Основным понятием психофизиологии является функциональная система, т.е. такая активность различных отделов мозга, которая определяет отражение (в том числе опережающее) действительности. Именно системный характер психофизиологии обеспечивает прогноз изменений изучаемого объекта — психики, в том числе речи, с учетом сохранности или повреждения составляющих ее элементов.

Нейропсихология помогает уяснить связь нарушенных функций с определенными структурами головного мозга. В настоящее время активно разрабатываются методы нейропсихологической диагностики для разных возрастных категорий, позволяющие оказывать наиболее эффективную помощь лицам с разными речевыми нарушениями, опираясь на выявление механизмов их возникновения.

Логопсихология тесно связана с **лингвистическими науками**, которые исследуют сущность, функции, структуры языка. Знание норм и законов языка, а также последовательности их усвоения ребенком необходимо психологу для понимания того, как те или иные отклонения от этих норм будут сказываться на психологических особенностях ребенка. При этом следует помнить, что в своем становлении языковая система опирается на психические функции, нарушение которых может стать одной из причин отклонений от нормы.

Физиология высшей нервной деятельности позволяет строить логопедическую помощь, основываясь на понимании динамики основных нервных процессов, возбуждения и торможения в коре головного мозга при том или ином нарушении речи.

С **психоневрологией** логопсихологию связывает теория, согласно которой речевое нарушение включено в структуру сложного нейропсихического расстройства, во многом определяющего специфику коррекционной или медикаментозной помощи больному. Логопед и

психолог должны знать неврологические основы речевых расстройств, ориентироваться в вопросах детской психопатологии, иметь представление о наиболее частых формах детских психических расстройств, которые проявляются в поведенческих, эмоциональных нарушениях и задержке психического развития. Это особенно необходимо учитывать в раннем дошкольном возрасте, когда неврологическая симптоматика часто является ведущей в структуре нарушения, и для того чтобы подготовить базу для дальнейшей логопедической работы, необходимо в первую очередь оказать ребенку комплексную медицинскую помощь.

5. Методы логопсихологии

Психологическая диагностика особенно значима для логопедии, так как речь тесно связана со всеми психическими функциями. Психологическая диагностика лиц с речевыми расстройствами в первую очередь выявляет отклонения психических характеристик от нормы, оценивает переживания человека по поводу своего дефекта, наличие у него искажений восприятия своего состояния, дезадаптивных программ поведения и планирования.

Методы психологической диагностики могут быть описаны с помощью различных классификаций, каждая из которых полезна при решении конкретных задач.

В общем виде психодиагностические методы можно разделить по направленности, теоретическому конструкту, на котором они основаны, и форме применения: наблюдение, эксперимент, анализ продуктов деятельности, опрос, тестирование.

Логопсихология имеет важное прикладное значение для логопедии. Во-первых, она определяет место речи как ключевой высшей психической функции в системе других элементарных и высших психических функций. Во-вторых, она предоставляет современные средства диагностики, позволяющие определить структуру дефекта, а также возможности компенсации с учетом сохранных психических функций. В-третьих, логопсихология способствует установлению характера адаптивных психических реакций субъекта на речевой дефект. В-четвертых, она предлагает дифференцированные методы помощи для решения различных задач: выработки или компенсации недостающих психических функций, установления оптимального контакта со страдающим речевым дефектом субъектом, формирования мотивации на исправление дефекта речи, и т. п.

Лекция 2. История развития логопсихологии.

Аннотация. Рассматриваются этапы возникновения, становления, развития знаний о психологических особенностях лиц, имеющих речевые нарушения.

Ключевые слова. Алалия, общее недоразвитие речи, фонетико - фонематическое недоразвитие речи, логопсихотерапия.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается разработать историческое портфолио о деятельности ученого, внесшего значимый вклад в развитие логопсихологии как самостоятельной науки;
- Для проверки усвоения темы имеется тест.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова . — М.: Академия, 2006. — 320 с.
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия», 2008.- 408 с.

5. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Список сокращений

ВПФ – высшие психические функции

ОНР – общее недоразвитие речи

ТНР – тяжелое нарушение речи

ФФНР – фонетико – фонематическое недоразвитие речи.

Глоссарий

Алалия - отсутствие или недоразвитие речи у детей при нормальном слухе и первично сохранном интеллекте

Дефект - это физический или психический недостаток, влекущий за собой отклонения от нормального развития.

Импрессивная речь (от лат *impressio* - впечатление) - понимание устной или письменной речи.

Экспрессивная речь (от лат. «*expressio*» – выражение)– процесс формирования высказывания в виде активной устной речи или самостоятельного письма.

Вопросы для изучения:

1. Становление логопсихологии как науки.
2. Современное состояние и пути развития логопсихологии.

1. История *логопсихологии* значительно превышает ее возраст как самостоятельной научной дисциплины и напрямую связана с историей *логопедии* и *специальной психологии*, так как долгое время развивалась в контексте этих наук.

Первые исследования, направленные на изучение детей с нарушениями речи, относятся к концу XIX - началу XX века. В процессе изучения речевой патологии в этот период, как в зарубежной, так и отечественной науке начинает активно разрабатываться вопрос о взаимоотношении речи и мышления в структуре речевого дефекта. Научные интересы исследователей того времени были ориентированы на изучение детей с тяжелой речевой патологией, возникающей на органической основе (позже, в 1920 году, данное нарушение было квалифицировано как «алалия»). При этом вопросы нарушения детской речи и мышления, как отмечает И.Т. Власенко (1990), рассматривались по аналогии с анализом патологии речи и мышления у больных с афазией.

Разность теоретических позиций в решении проблемы соотношения речи и мышления при речевой патологии не позволила выработать в этот период единую концепцию в решении вопроса, и мнения исследователей разделились на *три группы*. *Одни* из них (А. Куссмауль, 1879; П. Мари, 1906; М.В. Богданов-Березовский, 1909) ставили речевые расстройства в непосредственную зависимость от дефектов интеллектуальной сферы, считая, что именно умственное недоразвитие определяет нарушение в развитии речи. *Другие* ученые (К. Голдштейн, 1927, 1960; Х. Хэд, 1963) полагали неправомерным введение причинных зависимостей между расстройствами речи и мышления, поскольку и в том и в другом случае главной причиной является нарушение интегративной деятельности мозга. *Третья* группа исследователей (А. Пик, 1931; Ф. Лотмар, 1919; Г.Я. Трошин, 1917, 1927) считала, что расстройства мышления непосредственно обусловлены речевыми дефектами.

Несмотря на разность теоретических подходов в вопросе взаимоотношения мышления и речи в структуре речевого дефекта, научные исследования до 30-х годов XX века имеют преимущественно *описательный характер*.

В 1930-е годы под влиянием идей Л.С. Выготского в психологии и дефектологии коренным образом меняются теоретические представления о происхождении и строении ВПФ

человека. Утверждаются положения о социально обусловленной природе высших форм психической деятельности, их прижизненном формировании и опосредованном системном строении. Экспериментально доказывается, что в опосредствовании психических процессов ведущая роль принадлежит речи.

Эти теоретические положения в последующие годы легли в основу многих исследований, направленных на изучение формирования речи, мышления, восприятия, памяти и других психических процессов детей с нормальной и нарушенной речью. Так, среди фундаментальных направлений, в рамках которых получили развитие теоретические представления Л.С. Выготского, значимое место занимает *научная концепция Р.Е. Левиной*. Одно из первых исследований Р.Е. Левиной (1936) посвящено изучению закономерностей развития словесных значений у детей алаликов. Она выявила специфические особенности «автономной речи» и психологические структурно-динамические закономерности возникновения и развития словесных значений у алаликов, показав, что значение слова в «автономной речи» содержит в себе обобщенное, но еще не расчлененное, слитное восприятие целой группы предметов, связанных принадлежностью к общей ситуации.

Разработке принципа дифференцированного подхода при обучении детей с речевыми нарушениями посвящена деятельность Р.Е. Левиной в 40-х годах XX века. В 1951 году она публикует книгу «*Опыт изучения неговорящих детей (алаликов)*», где впервые представлено последовательное применение системного анализа речевой и психической недостаточности алаликов. Автор отмечает, что в структуре дефекта у них выявляются не только речевые нарушения, но и нарушение формирования высших психических функций, которые тесно связаны с речью. Рассматривая особенности психической деятельности детей, с учетом психологических критериев, Р.Е. Левина выделяет 4 типичные группы неговорящих детей:

- дети с нарушением слухового (фонематического) восприятия;
- дети с нарушением зрительного (предметного) восприятия;
- дети с нарушением психической активности;
- дети с нарушением пространственных представлений.

Патогенетический принцип, который был взят за основу выделения четырех групп детей алаликов, позволил выявить первичную недостаточность того или иного звена речевой деятельности.

В дальнейшем при разработке психолого-педагогической классификации речевых нарушений Р.Е. Левина пришла к выводу, что нарушения речевого поведения объединяют разнообразные формы отклонений *аффективно-волевой сферы*. В одних случаях на первый план выступает пониженная мотивация речевой деятельности, в других - нарушения регуляторных процессов, обостренная реактивность, связанная с коммуникативными затруднениями и стрессовыми ситуациями, как, например, при заикании. Также выделяются случаи, когда регуляторные и мотивационные отклонения сопутствуют недоразвитию речевых средств, а иногда и обуславливают его.

Р.Е. Левиной были пересмотрены и *классификационные представления* в логопедии. На основе психологических и психолингвистических критериев, среди которых учитываются структурные компоненты речевой системы (звуковая сторона, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной и письменной), нарушения речи подразделяются на две группы:

- нарушение средств общения (фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФНР), общее недоразвитие речи (ОНР));
- нарушения в применении средств общения (заикание).

В 50-60-х годах XX века значительное место в исследованиях Р.Е. Левиной отводится теоретическому обоснованию ОНР у детей и разработке методов его преодоления. В рамках ее концепции различные нарушения устной и письменной речи объединяются по признаку нарушения всех компонентов речевой системы. Разграничивая в педагогических целях многообразие проявлений ОНР по степени выраженности дефекта, Р.Е. Левина выделяет три

уровня ОНР: 1) отсутствие общеупотребительной речи; 2) зачатки общеупотребительной речи; 3) развёрнутая речь с частичным фонетическим и лексико-грамматическим недоразвитием. Такое деление позволило обозначить признаки, по которым дети могут быть объединены для совместного коррекционного обучения.

Трудно переоценить вклад Р.Е. Левиной в разработку теории и практики логопедии и специальной психологии. До настоящего времени отечественная логопедия не имеет таких фундаментальных исследований с позиции *целостного системного подхода*, направленных на анализ потенциальных возможностей развития *высших познавательных процессов, аффективно-волевой сферы и личности детей с тяжёлыми нарушениями речи (ТНР)*. Междисциплинарный характер ее концепции, позволяет констатировать, что именно в работах Р.Е. Левиной находятся истоки современной логопсихологии, которые еще далеко не полностью реализованы.

Благодаря работам Р.Е. Левиной, к началу 70-х годов XX века актуальность теоретических и практических разработок психологической направленности в отношении детей с речевой патологией становится очевидной, так как без глубокого знания психологических особенностей детей с нарушенной речью, без знания компенсаторных возможностей высших психических функций невозможно создание эффективных средств обучения и воспитания детей.

Однако анализ специальной литературы этого периода показывает, что в 70-е годы данная проблема с *психолого-педагогических позиций* разрабатывается мало. Так, авторы большинства исследований специалисты *медицинского профиля* (Р.А. Белова-Давид, 1969, 1972; В.В. Ковалёв, Е.И. Кириченко, 1970, 1977; И.З. Бернштейн и др.). Содержание их научных разработок направлено в основном на дальнейшее изучение вопроса о взаимосвязи речи и других психических процессов у детей с *алалией*. В работах Р.А. Беловой-Давид, В.В. Ковалёва, Е.И. Кириченко и др. утверждается точка зрения о ведущей роли интеллектуальной недостаточности в недоразвитии речи. Авторы в структуре интеллекта алаликов видят сходство с олигофренией, в связи с чем рекомендуется применять «не только логопедические приёмы, но и методы специальной педагогики для умственно отсталых» (Е.И. Кириченко, 1977).

Иную позицию в оценке соотношения недоразвития речевых и познавательных процессов у алаликов занимает М.Е. Мастюкова (1971, 1978), работы которой содержат большой ценный фактический материал по сравнительному изучению динамики речевого и интеллектуального развития детей с алалией. Признавая отличие симптомов психического недоразвития у детей с алалией и олигофренией, автор разделяет детей с моторной алалией на две группы: 1) *дети с вторичными нарушениями познавательных процессов (наиболее многочисленная группа)*; 2) *дети с первичной интеллектуальной и психической недостаточностью (немногочисленная группа)*.

В вопросе о взаимоотношениях недоразвития речевых и познавательных процессов аналогичную позицию занимает С.С. Ляпидевский (1973). Признавая самостоятельность алалии как нозологической единицы, он считал допустимым её существование внутри синдрома олигофрении.

В 80-е годы XX века проблема соотношения речи и мышления продолжает разрабатываться, однако, в большей степени в *психолингвистической плоскости* в рамках когнитивного подхода (Е.Ф. Собонович, В.А. Ковшиков, Б.М. Гриншпун, В.К. Воробьёва). Актуальны вопросы, касающиеся когнитивной базы речи и влияния интеллекта на развитие и формирование языковой способности, а также вопрос о соотношении языковых и неязыковых компонентов в структуре речемыслительной деятельности.

Необходимо отметить, что подход к изучению недостаточности психических процессов у детей с алалией становится более *дифференцированным*. Так, исследование Е.Ф. Собонович (1985) показало наличие сложной структуры речевого дефекта при алалии, которая характеризуется как тяжёлым речевым недоразвитием, так и вторичным снижением интеллекта, особенно вербально-логического мышления. У многих детей имеет место более замедленный темп развития, отмечаются черты психофизического инфантилизма: более низкий уровень обобщений, эмоциональная незрелость. Кроме того, локальное поражение коры головного

мозга может вызвать избирательную недостаточность некоторых корковых функций или сторон поведения. В связи с этим Е.Ф. Соботович выделяет три фактора, обуславливающих особенности познавательной сферы у детей с алалией: 1) *вторичное недоразвитие интеллекта*; 2) *замедленный темп психического развития*; 3) *избирательная недостаточность отдельных психических процессов и форм умственной деятельности и сохранность других*.

Среди немногочисленных работ психологической направленности в тот период выделяется исследование И.Т. Власенко и В.В. Юртайкина (1981), в котором авторы выявляют диссоциацию между структурными компонентами речевой деятельности при алалии. Подчеркивается, что у одних детей имеет место несформированность целевых установок при сохранности операционных возможностей, у других - недостатки в операционном звене деятельности при наличии достаточно стойкой мотивации.

Таким образом, только к концу 80-х годов XX века начинается практическая реализация дифференцированного подхода к изучению познавательной деятельности детей с ТНР.

Период 80-90-х годов XX века является достаточно продуктивным в отношении *психологического изучения* детей с разными формами речевой патологии. Изучаются различные стороны психической деятельности, однако внимание исследователей сосредоточено в основном на изучении *познавательной сферы* детей-логопатов: Л.С. Цветкова, Т.М. Пирцхалайшвили, Е.М. Мастюкова, Н.А. Чевелёва, Г.С. Сергеева, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Л. Фигередо, А.П. Воронова - *разные виды восприятия*; И.Т. Власенко, О.Н. Усанова, Т.Н. Синякова, Т.А. Фотекова, В.А. Ковшиков, Ю.А. Элькин - *мышление*; Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, Е.М. Мастюкова, Э.Л. Фигередо - *память*; В.П. Глухов - *воображение*; Л.Г. Соловьёва, О.С. Павлова - *коммуникативная деятельность* и др.

Среди немногочисленных работ, посвященных исследованиям *эмоционально-волевой сферы и личностного развития* при речевых нарушениях, можно назвать работы В.М. Шкловского, В.И. Селиверстова, Л.А. Зайцевой, Г.А. Волковой, О.С. Орловой и др. Причём данные аспекты изучаются, в основном, у заикающихся.

Следует заметить, что до середины 90-х годов XX века психологические исследования в области изучения детей логопатов выполнялись в основном в контексте логопедической науки, предваряя необходимость выделения самостоятельного интегративного направления специальной психологии и логопедии в отдельную отрасль.

2. С введением в учебные планы педагогических вузов нового учебного курса «Логопсихология», данная дисциплина начинает развиваться как самостоятельное научное направление. Введение новой дисциплины вызвало необходимость определить не только содержание курса, его методологические и теоретические основы, но и само понятие «логопсихология».

Все авторы определяют логопсихологию как отрасль специальной психологии («материнской» науки), однако, одни ограничиваются только рамками изучения психики лиц с нарушениями речи **первичного характера** (В.И. Селиверстов, Л. А. Зайцева, Л.В. Кузнецова), другие расширяют границы исследования психики изучением методов и приёмов психологической помощи логопатам, подчёркивая прикладную значимость логопсихологии (Т.Н. Волковская, В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, О.В. Трошин). Причем, следует отметить, что В.И. Лубовский (2007) особо подчёркивает, что логопсихология изучает не психологию речи (вполне сформировавшуюся и имеющую достаточную обеспеченность экспериментальными данными научное направление), не психологию лиц с распадом уже сформировавшейся, нормально развивающейся в прошлом речи (этим занимается афазиология), а психическое развитие лиц с недостатками речи, обусловленное органической или функциональной недостаточностью речевых зон коры головного мозга или анатомическими и функциональными дефектами периферических отделов речедвигательного аппарата, врожденными или приобретенными в раннем (до 3-х лет) возрасте.

Дискуссионным является вопрос о точности самого термина «логопсихология» по отношению к изучаемому феномену. Ряд авторов (Г.А. Волкова, В.А. Калягин, Т.С.

Овчинникова) считают, что термин *«логопсихология»* был бы феноменологически более точным. А, по мнению В.И. Лубовского, лучше было бы использовать более развернутую формулировку *«психология лиц с первичным речевым дефектом»*.

В середине 90-х годов логопсихология стала развиваться в направлении двух подходов: *психолингвистического и функционального*. Выбор первого *психолингвистического подхода* обусловлен созвучностью названия дисциплин «психология речи»-«логопсихология». В рамках такого подхода выполнена программа, рекомендованная Министерством образования России (автор Г.С. Гуменная, 2000), в которой отражено изучение психологических механизмов речи.

Второй, *функциональный подход*, стал разрабатываться на основе уже существующих моделей специально-психологических дисциплин - олигофренопсихологии, сурдопсихологии, тифлопсихологии, которые стали формироваться значительно раньше логопсихологии и сейчас представляют собой системные области знаний с определённым кругом научных понятий, разработанными принципами и методами психологического изучения лиц соответствующей категории, психокоррекционными технологиями (*олигофренопсихология*: В.Г. Петрова, Ж.И. Шиф, Л.В. Занков, И.Л. Баскакова, И.М. Бгажнокова, Ю.Т. Матасов, Н.М. Стадненко; *сурдопсихология*: И.М. Соловьев, Т.В. Розанова, Л.И. Тигранова, А. Алишкаускас, Т.Г. Богданова, Г.П. Бертынь, А.Г. Зикеев, О.И. Кукушкина, Н.Г. Морозова; *тифлопсихология*: Л.П. Григорьева, Г., Литвак Л.И. Солнцева, В.А. Лоница, Л.С. Волкова, Ю.А. Кулагин, Ф. Морева, Т. А. Басилова). С позиции такого подхода выполнены и первые учебные пособия по логопсихологии (Л.В. Кузнецова, 2000; О.В. Трошин, Е.В. Жулина, 2005; В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, 2006).

Изучение особенностей формирования *высших психических функций при речевом недоразвитии ведущего характера* является приоритетным аспектом и в научно-исследовательских работах по данному направлению во 2-ой половине 90-х годов (И.Т. Власенко, Т.Н. Волковская, О.Н. Усанова, Т. А. Фотекова). Эти исследования обогатили теоретическую базу логопсихологии, расширили дифференциально-диагностические критерии ведущего речевого нарушения от сходных по внешним проявлениям состояний, способствовали разработке ряда диагностических и психокоррекционных технологий.

Однако на современном этапе происходит смещение смыслового центра специального образования в сторону *личностного, социально - эмоционального развития*, что меняет доминанты в содержании профессиональной подготовки дефектологов (Н.Н. Малофеев, 2003). Поэтому более прогрессивным в формировании концептуальных основ логопсихологии выступает *личностно-ориентированный подход*.

Развиваясь до 2000 года как теоретическая дисциплина, направленная на изучение психологических особенностей лиц с речевой патологией, в последние годы логопсихология значительно расширила круг своих задач. Так, в связи с организацией психологической службы в системе специального образования отмечается усиление прикладной составляющей этой дисциплины в русле основных направлений практической психологии: *психодиагностика, психокоррекция, консультирование*. Это нашло отражение и в содержании научных исследований после 2000 года. Ведущим направлением научного поиска становится разработка, модификация, адаптация традиционных психологических технологий как повышающих эффективность логопедической коррекции, так и способствующих преодолению негативных проявлений личностного развития у детей с нарушениями речи (Е.Н. Садовникова, 2001; Г.Х. Юсупова, 2003; С.М. Валявко, 2006 и др.).

Такая практико-ориентированная тенденция современной логопсихологии требует разработки соответствующих концептуальных подходов, отражающих как *личностно-ориентированные аспекты* коррекционной работы, так и *междисциплинарное взаимодействие логопеда и психолога* в едином коррекционно-образовательном пространстве.

Базовой моделью при разработке современной концепции логопсихологии может служить *логопсихотерапевтическое направление* в системе реабилитации заикающихся, которое имеет свои научные традиции и развивается с 60-х годов XX века. Истоки данного направления

находятся в работах К.М. Дубровского и Ю.Б. Некрасовой, и которое активно развивается в настоящее время их последователями Н.Л. Карповой и Е.Ю. Рау.

Принцип *логопсиходиагностики*, разработанный Ю.Б. Некрасовой, нацеливает на изучение особенностей речи во взаимосвязи с личностно- коммуникативными нарушениями и позитивными аспектами развития логопата. Принцип опосредствования логопедических и психологических методов при преодолении нарушений речи определяет междисциплинарное взаимодействие как наиболее продуктивный подход в коррекции нарушений.

Таким образом, общие подходы к организации психокоррекционной работы с логопатами, сложившиеся в практике коррекции заикания, наиболее согласуются как с современными тенденциями специального образования и практической логопедии, что позволяет рассматривать их в качестве ориентира при разработке концепции современной логопсихологии.

До настоящего времени не определена структурная организация логопсихологии. Так, тесная взаимосвязь с логопедией делает правомерной возможность такого же подразделения *логопсихологии* - *дошкольная, школьная, логопсихология подростков и взрослых*. Каждый из этих разделов ориентирован на соответствующий контингент лиц с нарушениями речи в возрастном аспекте, характеризуется спецификой речевой патологии и особенностями личностно-коммуникативных нарушений на каждом из возрастных этапов. Эти условия являются определяющими при выборе методов психологической помощи лицам данной категории.

Также, по мнению Т.Н. Волковской (2007), назрела необходимость разработки *психологической классификации* лиц с нарушениями речи с позиции *оказания им психологической помощи*. Наличие такой типологии позволит разрабатывать психологические технологии наиболее адекватные особенностям логопата. Имеющиеся учебные пособия по логопсихологии ориентируются на логопедические и психолингвистические классификации.

Так как логопсихология направлена на усиление эффективности практических задач логопедии в основу логопсихологической типологии должна быть положена психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной. Психологическая составляющая данной классификации (коммуникация) позволяет выделить с позиции объекта психологической помощи две группы лиц: *1) с нарушениями средств речевой коммуникации; 2) с непосредственно коммуникативными нарушениями*, т.е. качественные особенности коммуникации могут выступить основным критерием логопсихологической типологии.

Усиление прикладного аспекта логопсихологии с учётом требований и тенденций современной логопедии, нацеливает и на решение проблемы профессионального взаимодействия логопеда и психолога в процессе коррекционной работы.

Анализируя ближайшие перспективы развития логопсихологии, необходимо подчеркнуть важность создания новых типологий. Если в первой половине XX в. преобладали клинические классификации, во второй — педагогические (Р.Е. Ленина), то начало XXI в. характеризуется тенденцией перехода к психологическим типологиям.

По мнению В.И. Лубовского (2007), в будущем логопсихологам предстоит решить целый ряд *проблем*:

1. Провести отграничение логопсихологии от нейропсихологии, точнее от афазиологии. Афазиология имеет совершенно другой объект изучения, исследуя случаи расстройства (распад) нормально развившейся, уже сформировавшейся речевой функции.
2. В случаях сложных дефектов должна проводиться их квалификация и установление «веса» каждого первичного дефекта, входящего в сложный дефект, т.е. определение основного дефекта.
3. Установление границ дефекта(-ов) и типа дизонтогенеза(-ов). Имеются в виду «качественные» границы. В количественном отношении они могут быть «мягкими», «размытыми», плавными и динамичными (при слабовыраженных дефектах).

Различительная граница в дифференциальной диагностике - качественный предел, качественный сдвиг, отражаемый определёнными количественными показателями (идеальный пример - граница между слабовидением и слепотой).

4. Исследование проблемы межсенсорных связей: при разных дефектах они формируются и осуществляются по-разному.

Таким образом, перед новой ветвью специальной психологии стоят грандиозные научные задачи. Дальнейшее развитие логопсихологии будет определяться как общей тенденцией дефектологической и психологической науки, так и потребностями логопедической практики.

Лекция 3. Проблема психологической классификации речевых нарушений.

Аннотация. Представлены вопросы систематизации речевых нарушений, классификации нарушений речи, критерии их построения и выделяемые виды речевых нарушений.

Ключевые слова. дислалия, нарушения голоса, ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия, дисграфия и дислексия.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается обобщить существующие классификации в сводной таблице.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия», 2008.- 408 с.
5. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Глоссарий

Акцентуации - находящаяся в пределах клинической нормы особенность характера (в других источниках — личности), при которой отдельные его черты чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении одних психогенных воздействий при сохранении хорошей устойчивости к другим. Акцентуации не являются психическими расстройствами, но по ряду своих свойств схожи с расстройствами личности, что позволяет делать предположения о наличии между ними связи.

Неврозы - собирательное название для группы функциональных психогенных обратимых расстройств, имеющих тенденцию к затяжному течению. Клиническая картина таких расстройств характеризуется астеническими, навязчивыми и/или истерическими проявлениями, а также временным снижением умственной и физической работоспособности.

Психопатия - устаревшее название диссоциального расстройства личности.

Умственная отсталость - определяется как совокупность этиологически различных: наследственных, врожденных и приобретенных в первые годы жизни непрогрессирующих патологических состояний, выражающихся в общем психическом недоразвитии с преобладанием интел-лектуального дефекта и приводящих к затруднению социальной адаптации.

Вопросы для изучения:

1. Классификация речевых расстройств первичного характера.
2. Расстройства речи вторичного характера.

1. Психолого-педагогическая или педагогическая классификация речевых нарушений была разработана Р.Е.Левиной в 50-60-х годах 20 века, когда возникла необходимость в организации групповых форм логопедической работы. Принципы, положенные в ее основу, удобны при комплектовании речевых групп в детских садах, отборе детей в специальные учреждения. В этой классификации основное внимание уделяется общим проявлениям речевого дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, что существенно для разработки методов логопедического воздействия при работе с группой детей. В настоящее время в логопедии существуют 2 классификации – клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга и отражают определенный подход к речевым нарушениям и выбор средств коррекции.

Все виды речевых нарушений в **клинико-педагогической классификации** делят на 2 группы.

1. Нарушения устной речи.

а) нарушения фонационного (внешнего) оформления речи:

- афония, дисфония – отсутствие или расстройство голоса,
- брадилалия – патологически замедленный темп речи,
- тахилалия - патологически ускоренный темп речи,
- заикание – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата,
- дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации (обеспеченность органа или ткани нервными волокнами и нервными клетками) речевого аппарата,
- ринология – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата,

- дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата;

б) нарушения структурно-семантического (внутреннего) оформления речи:

- алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга,

- афазия – полная или частичная утрата речи, связанная с локальными поражениями головного мозга.

2. Нарушения письменной речи:

а) дислексия (алексия) – частичное (полное) нарушение чтения,

б) дисграфия (аграфия) - частичное (полное) нарушение письма.

Психолого-педагогическая классификация.

Нарушение средств общения:

а) фонетико-фонематическое недоразвитие речи,

б) общее недоразвитие речи.

Нарушение в применении средств общения:

а) заикание,

б) проявление речевого негативизма и др.

2. Расстройства речи вторичного характера

Существующие нарушения речи вторичного характера весьма разнообразны и не ограничиваются перечисленными. Знания этой категории нарушений необходимы логопеду для проведения дифференциальной диагностики. Они позволяют уточнять специфику нарушений речи, подлежащих логопедии, по сравнению с другими категориями, в том числе, носящими временный, обратимый характер.

- Речь при нарушениях слуха, умственной отсталости (интеллектуальной недостаточности), двигательной патологии.
- Речь в состоянии эмоционального напряжения
- Речь при акцентуациях и психопатиях.
- Речь при неврозах.

Лекция 4 . Характеристика восприятия лиц с речевыми нарушениями.

Аннотация. Раскрыты особенности зрительного и слухового восприятия детей при различных речевых нарушениях, основные проявления зрительных, слуховых, тактильных агнозий.

Ключевые слова. Агнозии, восприятие, гнозис.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается сопоставить особенности развития восприятия детей с фонетико – фонематическим недоразвитием, общим недоразвитием речи и нарушениями темпо-ритмической и интонационной структуры речи.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>

2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия», 2008.- 408 с.
5. Шпилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Список сокращений

- ОНР – общее недоразвитие речи.
 ЗРР – задержка речевого развития.
 ДЦП – детский церебральный паралич.
 ТНР – тяжелые нарушения речи.

Глоссарий

Агнозия (от греч. *a* - отрицат. частица и *gnosis* - знание) - потеря способности к восприятию предметов и явлений действительности при поражениях коры головного мозга и подкорковых структур.

Предметная агнозия - отсутствие процесса узнавания или нарушение целостности восприятия предмета при возможном опознании отдельных его признаков или частей.

Симультанная агнозия - невозможность одновременного восприятия нескольких зрительных объектов или ситуации в комплексе. Воспринимается только одна оперативная единица зрительной информации, являющаяся в данный момент объектом внимания.

Лицевая агнозия - нарушение запоминания лиц (от неузнавания знакомых лиц или фотографий до неузнавания самого себя в зеркале).

Символическая агнозия - расстройство восприятия символов, характерных для знакомых языковых систем, нарушается возможность идентификации *букв* и *цифр* при сохранении их написания.

Цветовая агнозия - трудность дифференцировки смешанных цветов.

Восприятие - это система процессов приема и преобразования информации, обеспечивающая организму отражение объективной реальности и ориентировку в окружающем мире.

Сенсорное развитие - это развитие процессов восприятия и представлений о предметах и явлениях окружающего мира.

Слуховая агнозия - гностическое расстройство, отражающее нарушение слухового восприятия, при сохранной элементарной чувствительности.

Вопросы для изучения:

1. Восприятие как психическая характеристика.
2. Особенности зрительного и слухового восприятия при речевых нарушениях.

1. А.Р. Лурия дает такую характеристику восприятию: «**Восприятие** - сложная аналитико-синтетическая работа, выделяющая одни существенные и тормозящая другие несущественные признаки и комбинирующая воспринимаемые детали в одно осмысленное целое». Выделяют **виды** восприятия: *по ведущему анализатору* (зрительное, слуховое, осязательное, обонятельное, вкусовое, кинестетическое); *по форме существования материи* (восприятие пространства, времени, движений); *по форме психической активности* (преднамеренное, непреднамеренное); *по структуре* (симультанное, сукцессивное). У восприятия есть свои **свойства**:

1. **Осмысленность и обобщенность**: воспринимая предметы и явления, человек осознает, понимает то, что воспринимается.
2. **Предметность**: психические образы предметов человек осознает не как образы, а как реальные предметы.

3. *Целостность*: восприятие есть всегда целостный образ предмета.
4. *Структурность*: человек узнаёт различные объекты благодаря устойчивой структуре их признаков. В восприятии вычленяются взаимоотношения частей и сторон предмета.
5. *Избирательность*: из бесчисленного количества предметов и явлений человек выделяет в данный момент лишь те, на что направлена его деятельность, потребности и интересы.
6. *Константность*: одни и те же предметы воспринимаются человеком в изменяющихся условиях. Однако объективные качества предметов воспринимаются в неизменном виде.

Ребенок рождается на свет со сформированными органами чувств. Но их нормальное функционирование представляет собой лишь предпосылку для восприятия окружающего мира.

Чтобы сенсорное развитие проходило полноценно, необходимо целенаправленное *сенсорное воспитание*. Ребенка следует научить рассматриванию, ощупыванию, выслушиванию объектов, т.е. сформировать у него *перцептивные* действия. Обследовать предмет, увидеть, ощупать его еще недостаточно. Необходимо определить отношение выявленных свойств и качеств данного предмета к свойствам и качествам других предметов.

Для этого ребенку нужны *мерки*, с которыми можно сравнивать то, что он в настоящий момент воспринимает. Это *сенсорные эталоны*, которые сложились исторически и позволяют сравнивать, сопоставлять результаты восприятия. К ним относятся *геометрические формы, шкалы величин, меры веса, звуковысотный ряд, цвета, система фонем родного языка*.

Все эти эталоны должны быть своевременно усвоены ребенком. В процессе восприятия он постепенно накапливает зрительные, слуховые, двигательные, осязательные образы. Свойства и отношения предметов, которые ребенок воспринимает, должны обозначаться словом, что помогает закрепить в представлении образы предметов, сделать их более точными, стойкими. Если образы восприятия закреплены в слове, их можно вызвать в представлении ребенка даже через некоторое время. Для этого достаточно произнести соответствующее *слово - название*.

Зрительное восприятие. Затылочная область больших полушарий мозга обеспечивает процессы зрительной перцепции. При этом собственно зрительную перцепцию (*зрительный гнозис*) обеспечивают вторичные отделы зрительного анализатора в их взаимосвязи с теменными структурами. При поражении *затылочно-теменных отделов мозга* (как левого, так и правого полушария) возникают **зрительные агнозии**. В нейропсихологии выделяют *предметную, симультанную, лицевую, символическую и цветовую агнозии*.

Е.П. Кок (1966) выделяет: предметную, оптико-пространственную (апрактогнозия), буквенную и цифровую агнозию, агнозию на цвета и лица.

2. Г. Л. Розергарт-Пупко (1966) прямо говорит о тесном взаимодействии речи и зрительного предметного восприятия. Восприятие и речь взаимообусловлены в своем формировании: константность и обобщенность восприятия, с одной стороны, и подвижность зрительных образов - с другой, формируются и развиваются под влиянием слова. Так, в результате исследования **зрительного восприятия у дошкольников с речевой патологией** получены данные о недостаточной сформированности целостного образа предмета, при этом, простое зрительное узнавание реальных объектов и их изображений не отличается от нормы (Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, 1991).

Затруднения появляются при усложнении заданий (узнавание предметов в условиях наложения, зашумления). Дети с ОНР воспринимают образ предмета в усложненных условиях с трудностями: увеличивается время принятия решения, они не уверены в правильности ответов, отмечают ошибки опознания, число которых увеличивается при уменьшении количества информативных признаков предметов.

В реализации задачи по перцептивному действию (примеривание к эталону) дети с ОНР чаще пользуются элементарными формами ориентировки, т.е. примериванием к эталону, в

отличие от детей с нормальной речью, которые преимущественно используют зрительное соотнесение. Дети с ОНР нередко при примеривании фигур ориентируются не на их форму, а на цвет.

Дошкольники с ОНР имеют и низкий уровень развития *буквенного гнозиса*: они с трудом дифференцируют нормальное и зеркальное написание букв, не узнают буквы, наложенные друг на друга, обнаруживают трудности в назывании и сравнении букв, сходных графически, в назывании букв печатного шрифта, данных в беспорядке. В связи с этим многие дети оказываются не готовыми к овладению письмом. При изучении особенностей *ориентировки в пространстве* оказалось, что они затрудняются в дифференциации понятий «справа» и «слева», не могут ориентироваться в собственном теле, особенно при усложнении заданий.

При исследовании детей *младшего школьного возраста* с задержкой речевого развития (ЗРР), дизартриями, алалиями изучались следующие гностические функции: *оптико-пространственный гнозис, лицевой гнозис, пальцевой и оральный стереогноз* (Е.М. Мастюкова, 1976). Так, нарушения *оптико-пространственного гнозиса* считаются характерными для детей с органическим поражением мозга. Изучение его с помощью методики Л. Бендер и в ходе наблюдений за деятельностью детей в процессе рисования, конструирования и обучения грамоте было выявлено, что данная функция у детей младшего школьного возраста с речевой патологией, по сравнению с детьми с нормальной речью, находится на значительно более низком уровне.

Наиболее благоприятна динамика развития *пространственного восприятия* у детей с ЗРР, а наименее благоприятна при алалии. Особенно устойчиво пространственные нарушения сохраняются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью и малым количеством деталей (особенно у алаликов).

В последующем, в школе, велика роль пространственных нарушений в стойкости *расстройств письменной речи* (дислексии и дисграфии), *нарушений счета*. Исследования способности устанавливать пространственные отношения между явлениями действительности в предметно-практической деятельности и понимать их в импрессивной речи говорят о сохранности данных способностей, но в экспрессивной речи дети с ТНР часто не находят языковых средств для выражения этих отношений или используют неверные языковые средства. Это связано с нарушением у них процессов перекодирования сохранной семантической программы в языковую форму.

Исследования *лицевого гнозиса* (с помощью методики Тардье) показывают зависимость между его нарушениями (особенно в области оральной мускулатуры) и тяжестью расстройств звукопроизношения. Выраженные нарушения лицевого гнозиса характерны для детей с дизартрией и алалией.

Нарушения *орального и пальцевого стереогноза* исследовались по общим методикам, описанным в литературе, и с помощью методики Р. Л. Рингеля, когда ребенку предлагалось определить форму предметов, помещенных в рот при закрытых глазах, затем показать такую фигуру в наборе. Наиболее выраженные нарушения отмечались у детей с патологией фонетической стороны речи (с алалией, дизартрией, дислалией). Также значительные нарушения *орального стереогноза* наблюдаются и у детей с грубым нарушением *лицевого гнозиса* (низкие показатели определения точек на картинке и лице испытуемого). Нарушений *пальцевого стереогноза* у детей с речевыми нарушениями выявлено не было (Е.М. Мастюкова, 1991).

Л.С. Цветкова (1995) исследовала точность, объем и прочность восприятия предметов и их запоминание (рисование по слову - наименованию, дорисовывание заданной части до целого, абстрактных элементов и др.) у младших школьников с ТНР. Так, у детей с речевой нормой не обнаружилось нарушений зрительного восприятия и представлений, а у детей с ТНР - нарушения зрительного запоминания и узнавания, бедность образов, схематичность в рисунках, нарушения связи со словом - названием.

По данным А.П. Вороновой, у дошкольников с ОНР по сравнению с нормально развивающимися не имеется сколько-нибудь видимых отклонений в *зрительном узнавании*

предметов. Трудность наблюдалась в сложных случаях в ситуациях наложения, зашумления, а также при исследовании *буквенного гнозиса*. При составлении рассказа по цепи сюжетных картин (*сукцессивный гнозис*) дети с ОНР больше времени тратили на разложение картинок в нужном порядке, не могли выявить временные, причинно-следственные связи, не понимали смысла сюжета, не смогли составить полноценный рассказ. При обследовании *оптико-пространственного гнозиса* у детей с ОНР трудность выявилась в дифференциации правой и левой стороны, смешении понимания предлогов, обозначающих пространственные отношения.

Также недоразвитие *оптико-пространственного гнозиса* наблюдается у детей со всеми формами *двигательной недостаточности* (врожденные и рано приобретенные ортопедические заболевания, миопатии и миодистрофии, ДЦП) (И.И. Мамайчук, Мендоса, 1988; И.И. Мамайчук, 1976; Э.С. Калижнюк, Е.В. Сапунова, 1975). Эти нарушения носят временный характер, и с началом самостоятельной ходьбы они легко компенсируются. По данным И.И. Мамайчук (1976), у детей с ДЦП (*дизартрии*) в 70 до 85% случаев отмечаются отставание в зрительном восприятии цвета, формы, изобразительной деятельности. Дети с ДЦП при восприятии цветов, геометрических фигур испытывают затруднения в их словесном обозначении, плохо конструируют и собирают разрезные картинки и кубики, копируют фигуры, что указывает на нарушения зрительного восприятия и пространственных отношений.

В исследованиях Л.М. Веккера и его учеников (Веккер и др., 1971), посвященных проблеме фазовой динамики становления перцептивного образа, при снятии внутренних помех у школьников с ДЦП были выделены фазы становления образов восприятия. Сопоставление изображений плоских фигур после осязательного и зрительного восприятия показало, что у детей с ДЦП рисунки соответствуют топологической адекватности, а у здоровых - метрическим характеристикам объектов.

Таким образом, экспериментально выявлено, что нарушения зрительной сферы у детей с выраженной речевой патологией проявляются в основном в бедности и недифференцированности зрительных образов, инертности и непрочности зрительных следов, а также в отсутствии прочной и адекватной связи слова со зрительным представлением предмета.

Слуховое восприятие. Слуховое восприятие представляет собой активный процесс, включающий в свой состав *моторные компоненты* (*пропевание голосом для музыкального слуха и проговаривание для речевого слуха*).

В клинической и нейропсихологической литературе описаны нарушения слуховых функций, возникающие при поражении ядерной зоны слуховой системы правого и левого полушарий (*слуховая агнозия*).

Изучая *фонематическое восприятие*, Г.Ф. Сергеева (1973) отмечает, что нарушение функции речедвигательного анализатора при *дизартрии* и *ринолалии* существенно влияет на слуховое восприятие фонем. При этом не всегда имеется положительная корреляция между нарушением произношения и восприятием звуков. Так, в ряде случаев наблюдается различие на слух тех фонем, которые не противопоставлены в произношении, в других же случаях не различаются и те фонемы, которые дифференцируются в произношении. При этом, чем большее количество звуков дифференцируется в произношении, тем успешнее происходит различие фонем на слух. И чем меньше «опор» в произношении, тем хуже условия для формирования фонематических образов. Развитие фонематического восприятия находится в прямой зависимости от развития всех сторон речи (лексики, грамматики, фонетики).

Употребление диффузных звуков неустойчивой артикуляции, искажение звуков, правильно произносимых вне речи в изолированном положении, многочисленные замены и смешения при относительно сформированной строении и функции артикуляционного аппарата указывают на несформированность *фонематического восприятия*.

Так, при *акустико-фонематической дислалии* ребенок не опознает тот или иной акустический признак сложного звука, по которому одна фонема противопоставлена другой. В связи с неопознанием того или иного признака звук узнается неправильно. Это приводит к неправильному произношению звуков из-за *первичной* несформированности функции слухового различения фонем близких по акустическому подобию.

При *артикуляторно-фонематической дислалии* замены и смешения осуществляются на основе артикуляционной близости звуков, различающихся по одному из признаков. При этой форме фонематическое восприятие чаще всего сформировано полностью, либо страдает *вторично*. Если же ребенок и не различает фонемы, то в основе лежит смешение по *артикуляционному подобию*.

При *диагностике нарушений слухового восприятия* можно выделить несколько уровней становления понимания речи у детей с ОНР.

1. *Нулевой*; не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения.
2. *Ситуативный*; понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром, знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, родителей, куклы, но не различает по словесной просьбе изображения предметов, игрушек, хорошо знакомых ему в быту.
3. *Номинативный*; хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на картинках, с трудом разбирается в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит). Не понимает вопросов косвенных падежей (чем? кому? с кем?).
4. *Предикативный*; знает много названий действий, легко ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках, различает значения нескольких первообразных предлогов (положи на коробку, в коробку и т.д.). Не различает грамматических форм слов.
5. *Расчлененный*; различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (морфами) - флексиями, приставками, суффиксами («стол - столы», «улетел - прилетел»).

Лекция 5 . Характеристика внимания лиц с речевыми нарушениями.

Аннотация. Раскрыты особенности произвольного и непроизвольного внимания детей при различных речевых нарушениях, основные проявления свойств внимания на разных этапах деятельности.

Ключевые слова. Внимание, деятельность, произвольное внимание, непроизвольное внимание..

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается сопоставить особенности развития внимания детей с фонетико – фонематическим недоразвитием, общим недоразвитием речи и нарушениями темпо-ритмической и интонационной структуры речи.
- Используя веб - ресурс "Нейропсихологическая диагностика детей с нарушениями речи" провести обследование ребенка младшего школьного возраста с тяжелым нарушением речи.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова . — М.: Академия, 2006. — 320 с.
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия» , 2008.- 408 с.

5. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Список сокращений

ОНР – общее недоразвитие речи

Глоссарий

Внимание - это свойство или особенность психической деятельности человека, обеспечивающая наилучшее отражение одних предметов и явлений действительности при одновременном отвлечении от других.

Деятельность - процесс (процессы) активного взаимодействия субъекта с объектом, во время которого субъект удовлетворяет какие-либо свои потребности, достигает цели. Деятельностью можно назвать любую активность человека, которой он сам придает некоторый смысл. Деятельность характеризует сознательную сторону личности человека (в отличие от поведения).

Вопросы для изучения:

1. Основные виды, свойства и функции внимания.
2. Особенности внимания у детей с нарушениями речи.

1. Большое значение в изучении психологических особенностей деятельности приобретает исследование произвольного внимания как важнейшего фактора организации и познавательной деятельности ребенка. **Внимание** — это направленность и сосредоточенность сознания на каком-либо реальном или идеальном объекте, предполагающие повышение уровня сенсорной, интеллектуальной или двигательной активности индивида. По своему происхождению и способам осуществления обычно выделяют два основных вида внимания: **непроизвольное и произвольное**.

Внимание человека обладает **пятью** основными **свойствами**.

- **Устойчивость внимания** проявляется в способности в течение длительного времени концентрироваться на каком-либо объекте, предмете деятельности, не отвлекаясь.
- **Сосредоточенность внимания** (противоположное качество - рассеянность) проявляется в различиях, которые имеются при концентрации внимания на одних объектах и его отвлечении от других.
- **Переключаемость внимания** понимается как его перевод с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на иной.
- **Распределение внимания** состоит в рассредоточении его на значительном пространстве, параллельное выполнение несколько видов деятельности.
- **Объем внимания** определяется количеством информации, одновременно способной сохраняться в сфере повышенного внимания человека.

Л.С. Выготский указывал, что вместе с постепенным овладением речью в процессе предметной деятельности и общением со взрослыми ребенок овладевает произвольным вниманием. Ключ к генетическому пониманию внимания Л.С. Выготский видел в том, что его корни не внутри, а вне личности ребенка. Для становления произвольного внимания ребенка, по мнению Выготского, чрезвычайно важную роль играют речевые указания взрослых, поскольку вызывание дополнительных ориентировочных рефлексов к определенным объектам является основой влияния знаковых систем на внимание.

2. Внимание детей с речевым недоразвитием характеризуется рядом особенностей: **неустойчивостью, более низким уровнем показателей произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий**. Дети с трудом сосредоточивают внимание на анализе условий, поиске различных способов и средств в решении задач.

Обнаруживаются различия в проявлении произвольного внимания в зависимости от модальности раздражителя (зрительной или слуховой): детям с патологией речи гораздо труднее сосредоточить внимание на выполнении задания в условиях словесной инструкции, чем в условиях зрительной. В первом случае наблюдается большее количество ошибок, связанных с нарушением грубых дифференцировок по цвету, форме, расположению фигур.

Стабильность темпа деятельности у дошкольников с ОНР имеет тенденцию к снижению в процессе работы. Распределение внимания между речью и практическим действием для детей с патологией речи оказывается трудной, практически невыполнимой задачей. При этом у них преобладают речевые реакции уточняющего и констатирующего характера, в то время как у детей с нормальным речевым развитием наблюдаются сложные реакции сопровождающего характера и реакции, не относящиеся к действию, выполняемому в данный момент.

У детей с ОНР ошибки внимания присутствуют на протяжении всей работы и не всегда самостоятельно замечаются и устраняются ими. Характер ошибок и их распределение во времени качественно отличаются от нормы.

Все виды контроля за деятельностью (упреждающий, текущий и последующий) часто являются несформированными или значительно нарушенными, причем наиболее страдает упреждающий, связанный с анализом условий задания, и текущий (в процессе выполнения задания) виды контроля. Последующий контроль (контроль по результату), его отдельные элементы проявляются в основном при дополнительной помощи педагога: требуется повтор инструкции, показ образца, конкретные указания и т. д.

Анализ результатов экспериментов показал далее, что для детей с речевыми дефектами характерен в основном репродуктивный тип деятельности, а для детей с нормальным речевым развитием — продуктивный. К примеру, выполняя задание по конструированию, дети с речевой патологией используют образец деятельности экспериментатора. В норме дети, руководствуясь только инструкцией педагога, самостоятельно создают более сложные по конструкции постройки (поезд, дом и т. п.), отвечающие в то же время условиям задания; причем если они и делают ошибки (по цвету, количеству деталей), то, как правило, сами находят их и исправляют. При выполнении задачи (раскладывание элементов) в условиях игры дети с патологией речи, как и дети с нормальным речевым развитием, используют наиболее продуктивные типы тактики, что свидетельствует об их способности к переносу навыков и более высоком уровне деятельности в данных условиях.

Одним из важнейших показателей, по которым следует производить оценку уровня произвольного внимания, является характер отвлечения. В ходе исследований удалось установить, что различия в характере отвлечений детей экспериментальной и контрольной групп коррелируют со степенью сформированности структуры деятельности. У детей с речевой патологией структура деятельности или не сформирована, или значительно нарушена, что является одним из следствий низкого уровня развития произвольного внимания. Например, если для детей с нормой речевого развития была характерна тенденция к отвлечению на экспериментатора (дети смотрят на экспериментатора, в большинстве случаев при этом пытаются определить по его реакции, правильно или нет они выполняют то или иное задание), то для детей с патологией речи преимущественными видами отвлечений явились следующие: «посмотрел в окно (по сторонам)», «осуществляет действия, не связанные с выполнением задания» и т. п.

В результате обучающих экспериментов выяснено, что обучение детей с речевыми дефектами имеет большую эффективность при постепенном усложнении задания, причем для данной группы детей требуется гораздо большая в количественном и качественном отношении помощь экспериментатора, чем в норме.

Таким образом, в результате анализа данных различных экспериментальных исследований произвольного внимания у детей с речевой патологией можно сделать ряд

выводов. Уровень количественных показателей произвольного внимания у детей с речевой патологией значительно ниже, чем у детей с нормой речевого развития. Для детей с нарушенным речевым развитием характерным является репродуктивный тип деятельности (в норме — продуктивный) и меньшая (в сравнении с нормой) вариабельность тактики деятельности. При выполнении задачи в условиях игры дети с речевой патологией, как и дети с нормально развитой речью, используют наиболее продуктивные типы тактики, что свидетельствует об их способности к переносу навыков, а также о более высоком уровне деятельности в данных условиях. Различия в характере отвлечений детей коррелируют со степенью сформированности структуры деятельности. Расстройство произвольного внимания как важнейшего фактора организации деятельности ведет к несформированности или значительному нарушению структуры деятельности.

При этом страдают все основные звенья деятельности:

- а)* инструкция воспринимается детьми неточно, фрагментарно; им чрезвычайно трудно сосредоточить свое внимание на анализе условий задания и поиске возможных способов и средств его выполнения; дети с речевой патологией, как правило, не используют речевые высказывания с целью уточнения инструкции;
- б)* задания выполняются детьми с ошибками, характер ошибок и их распределение во времени качественно отличается от нормы;
- в)* все виды контроля (упреждающий, текущий и последующий) являются несформированными или значительно нарушенными, причем наиболее страдают упреждающий и текущий виды контроля.

Лекция 6. Характеристика памяти детей с речевыми нарушениями..

Аннотация. Раскрыты особенности процесса памяти при различных речевых нарушениях, основные проявления механизмов памяти у детей и взрослых в зависимости от речевого дефекта.

Ключевые слова. Память, опосредованное запоминание, зрительная память, слуховая память.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается создать мини - каталог стихотворений по основным лексическим темам с опорой на мнемотаблицы для развития опосредованной памяти в дошкольников с ОНР разного уровня.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова . — М.: Академия, 2006. — 320 с.
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия» , 2008.- 408 с.

5. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Список сокращений

- ВНД** – высшая нервная деятельность
ОНР – общее недоразвитие речи
УОД – умственно отсталые дети

Глоссарий

Запоминание - процесс памяти, посредством которого осуществляется ввод информации в память.

Сохранение - один из психических процессов, составляющих целостный акт памяти: способность удерживать материал в памяти в течение более или менее длительного периода времени, вплоть до момента необходимости его актуализации при вспоминании или припоминании.

Воспроизведение - процесс извлечения информации, хранящейся в памяти долговременной, актуализация ранее сформированного психологического содержания (мыслей, образов, чувств, движений) в условиях отсутствия внешних актуально воспринимаемых указателей.

Забывание - активный процесс, заключающийся в потере доступа к запомненному ранее материалу, в невозможности воспроизвести или узнать то, что было усвоено.

Вопросы для изучения:

1. Понятие памяти. Виды и процессы памяти.
2. Особенности памяти у детей с нарушениями речи.
3. Особенности памяти у взрослых с нарушениями речи.

1. Память - следовая форма психического отражения, развивающаяся на основе генетической и физиологической памяти как запоминание, сохранение и последующее объективное и субъективное воспроизведение и узнавание ранее воспринятого, пережитого или сделанного. Память формирует содержательное в психике, опыт личности и ее «Я». Без памяти невозможно обучение.

Существует следующие виды памяти, которые объединяются по признакам: ведущему анализатору (зрительная, слуховая, осязательная, обонятельная, вкусовая), предмету, материалу деятельности (двигательная, эмоциональная, образная, вербальная), продолжительности запоминания (кратковременная, долговременная, оперативная), форме психической активности (произвольная, произвольная), семантической организации (неосмысленная, семантически организованная).

Различают основные процессы памяти: запоминание, сохранение, воспроизведение, забывание; типы памяти: наглядно-образная, словесно-абстрактная и промежуточная. Типы зависят от соотношения первого и второго типов сигнальных систем в ВНД людей. Преобладание того или иного типа памяти зависит от условий жизни и деятельности человека.

Память (так же как и все познавательные процессы) представляет собой отражение человеком реальной действительности, неразрывно связанной с деятельностью. Память определяется как способность головного мозга воспринимать окружающую действительность, запечатлевать ее в нервных клетках, хранить воспринятые сведения, а затем по мере необходимости воспроизводить их.

2. Исследование мнестической функции (памяти) у детей с ОНР обнаруживает, что объем их зрительной памяти практически не отличается от нормы. Исключение касается возможности продуктивного запоминания серии геометрических фигур детьми с дизартрией. Низкие результаты в данных пробах у этих детей связаны с выраженными нарушениями восприятия формы, слабостью пространственных представлений. Исследования показали большую вариабельность в объеме слуховой памяти, также некоторое общее снижение данной функции. При этом **уровень слуховой памяти понижается с понижением уровня речевого развития**. Так, у детей с задержкой речевого развития выраженных различий в объемах словесной и зрительной памяти не наблюдается. При исследовании преднамеренного запоминания, с помощью методики «10 слов» А.Р. Лурия и др., у детей с тяжелыми нарушениями речи обнаруживается ряд особенностей: они медленнее ориентируются в условиях задачи, их результаты, по сравнению с нормой, ниже. Дети с моторной алалией после первого предъявления (на слух) точно воспроизводят лишь длину ряда слов (их количество), при этом могут повторять одно и то же слово несколько раз или называть новые слова (парамнезия). Словесные парамнезии отражают специфическую для этой категории детей внутреннюю неустойчивость их речемыслительной системы. Детям с дизартриями склонность к парамнезиям не свойственна. Допущенные ошибки воспроизведения дети с речевой патологией, как правило, не замечают и не исправляют. Отсроченное воспроизведение оказывается одинаково низким у всех детей. Так, через 10 мин они воспроизводят 5 слов, на следующий день — 1-3 слова. Особенно сложным для детей с моторной алалией оказывается воспроизведение середины серии из десяти слов. Структура расстройств памяти зависит от типа доминантности. Так, нарушение объема памяти связано с дисфункцией левого полушария головного мозга, а трудности воспроизведения порядка предъявляемого материала — с дисфункцией правого полушария. Исследования памяти позволяют сделать вывод о том, что у данной категории детей заметно снижена слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми. Дети часто забывают сложные инструкции (трех-, четырехступенчатые), опускают некоторые их элементы и меняют последовательность предложенных заданий, не прибегают к речевому обобщению в целях уточнения инструкции. Это связано также и с особенностями внимания. Относительно сохранными у детей данной категории остаются возможности смыслового, логического запоминания. недостаточность опосредствованной словесной памяти у детей с патологией речи также носит специфически речевой характер и по своему патологическому механизму первично связана с системным нарушением речи, но не с нарушением собственно мышления. Для подтверждения этого положения необходимо предварительно рассмотреть, какие структурно-динамические компоненты образуют внутренний психологический состав процесса опосредствованного запоминания. Когда дети при наличии мотивированной задачи осуществляют выбор соответствующего изображения на картинках, они одновременно и последовательно выполняют **действия и операции как минимум трех видов:**

1) собственно речевые (восприятие, понимание и удержание в памяти предъявленного на слух слова);

2) собственно мыслительные (выбор на карточках изображения, содержание которого по смысловым признакам должно быть связано со значением запоминаемого слова);

3) речемыслительные — самые сложные по внутренней структуре и функции (установление устойчивой смысловой взаимообратимой связи «слово-образ-слово» и употребление выбранного изображения в качестве внешнего средства, или «стимула-знака», для последующего его использования во внутреннем, а затем внешнеречевом плане в процессе воспроизведения «означенного» слова). Если внутренняя динамическая структура установления опосредствованной мнестической связи между словом и образом такая, то становится очевидной ведущая роль собственно речевого механизма в продуктивном выполнении этого задания.

Если учесть особенности внутренней психологической структуры процесса опосредствованного запоминания и приведенные положения А.Н. Леонтьева, то становится

очевидным, что дети с первичной речевой патологией обнаруживают такую низкую результативность в этом задании не случайно. Можно думать, что установление во внутреннем плане речемыслительной связи слова с предметным образом нарушается из-за недостаточной сформированности у них механизма внутренней речи в звене перехода речевых образований в мыслительные и наоборот. Если такое предположение справедливо, то это свидетельствует о специфическом для этой категории детей недоразвитии обратимых речемыслительных операций, входящих в качестве основных компонентов в состав структурно-динамических образований внутренней речи. При таком подходе к анализу полученных данных сам собой снимается вопрос о патопсихологической природе обнаруженной недостаточности опосредствованной смысловой памяти у детей с недоразвитием речи.

Нет серьезных оснований говорить о том, что причиной низкой продуктивности выполнения задания этими детьми является недостаточный уровень развития их мышления или познавательной деятельности в целом. Если в связи с этим еще раз сравнить результаты опосредствованного запоминания у умственно отсталых и нормальных детей (88,8 и 94,7%), то можно увидеть, что они близки. Однако из этого никак не следует, что их мыслительные способности равны, поскольку хорошо известно, что это не так.

Исходя из соотношения результатов, полученных по всем трем группам детей, можно думать, что в опосредствованном словесном запоминании ведущая роль принадлежит собственно речевому механизму (а он, как известно, у умственно отсталых детей первично не нарушен). Механизмы же собственно мыслительной деятельности выполняют в этом процессе, разумеется, важную, но, судя по этим данным, вспомогательную роль. В противном случае результативность УОД существенно отличалась бы от показателей детей с нормальным развитием речи и мышления. Можно также сделать вывод о том, что для детей с общим недоразвитием речи достаточная сформированность непосредственной словесной памяти еще не является показателем того, что их смысловая речевая память тоже сформирована. Ее внутриречевой механизм к 12-13 годам остается еще значительно ослабленным и нуждается в систематическом развитии в условиях специального школьного обучения.

3. Воспроизведение 10 слов для заикающихся взрослых труднее, чем для здоровых испытуемых. «Насыщение» не наступает даже к 10 предъявлению, в то время как здоровые испытуемые воспроизводят все 10 слов уже к 3 зачитыванию (С.Я. Рубинштейн, 1970). Наряду с количественными обнаруживаются и качественные особенности памяти, в частности выраженность «фактора края», когда наблюдается склонность на протяжении всего исследования начинать воспроизведение серии с первых слов, что характерно также для больных неврозами (Б.Д. Карвасарский, 1982). Невротический характер такой тактики воспроизведения подтверждается результатами беседы с больными, которые выражают досаду по поводу того, что не могут правильно выполнить задание и воспроизвести порядок следования слов. Худшие результаты заикающихся объясняются именно этой сверхтщательностью, склонностью предъявлять к себе дополнительные требования. Также сближает их с больными неврозами то, что они могут после успешного воспроизведения всех 10 слов второй раз воспроизвести только 9 или даже 8 слов (В.А. Калягин, 2006).

Данные теста зрительной ретенции А.Л. Бентона свидетельствуют об отсутствии признаков органической патологии и существенных нарушений неречевого внимания у взрослых заикающихся. Вместе с тем характер выполнения теста позволяет говорить о склонности их к повышенной тревожности, усложнению выполнения задания дополнительными условиями, которых нет в инструкции, как и в пробе «10 слов».

Результаты исследования памяти с помощью метода пиктограмм показывают, что в целом такой способ запоминания словесного материала не представляет сложности для заикающихся. Характер используемых символов адекватен отображаемым понятиям и позволяет

воспроизводить соответствующие им слова с достаточно большой надежностью. Через час после выполнения задания они воспроизводили 90% слов, а через сутки - 75%.

Таким образом, данные, полученные с помощью ряда методик, позволяют говорить, что для заикающихся характерна некоторая диффузная недостаточность краткосрочной памяти, проявляющаяся как качественно, так и количественно. Особенности памяти заикающихся связаны с вниманием и мышлением (способами обработки информации).

Нарушения слухоречевой памяти у взрослых находятся в центре синдрома акустико-мнестической афазии. Это проявляется в сужении объема непосредственного воспроизведения. Так, при предъявлении серии из 4 слов больной воспроизводит 1-2 слова. Характерно воспроизведение первых или последних элементов серии, т.е. отчетливо выражен «фактор края». Аналогичные трудности (сужение объема воспроизведения) можно видеть при запоминании фраз и рассказов. Важным диагностическим критерием является отсутствие увеличения продуктивности воспроизведения при заучивании, которое в ряде случаев может приводить к истощению функции и ухудшению первоначально достигнутых показателей.

Выраженность расстройств слухоречевой памяти зависит от характера запоминаемого материала. Вербальный материал, объединенный внутренними смысловыми связями (фразы, рассказы), запоминается логопатами легче, чем серии слов, не связанных между собой. Но и внутри смысловой информации играет роль фактор ее объема: фразы воспроизводятся лучше, чем рассказы.

Лекция 7. Характеристика мышления лиц с патологией речи.

Аннотация. В лекции рассматриваются особенности мышления при нарушениях речи, взаимосвязь в развитии мышления и речи в дошкольном возрасте, нарушение мыслительной деятельности при различных нарушениях устной речи.

Ключевые слова. Мышление, мыслительная деятельность, невербальное мышление, вербальное мышление.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается подобрать примерный диагностический инструментарий для оценки наглядно – действенного, наглядно – образного и вербально – логического мышления детей с общим недоразвитием речи, фонетико – фонематическим недоразвитием.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Власенко И.Т. Особенности словесного мышления взрослых и детей с нарушением речи. – М., 1990
3. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова. — М.: Академия, 2006. — 320 с.
4. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
5. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия», 2008.- 408 с.
6. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Список сокращений

ОНР – общее недоразвитие речи

Глоссарий

Афазия - полная или частичная утрата способности речи; нарушение речевое, возникающее при локальных поражениях коры полушария левого мозга головного (у правшей). Представляет собой системное расстройство различных видов деятельности речевой. Проявляется в нарушениях фонематической, морфологической и синтаксической структур речи и понимания речи при сохранности движений речевого аппарата и элементарных форм слуха.

Мышление – психологический процесс познания, связанный с открытием субъективно нового знания, с решением задач, с творческим преобразованием действительности.

Невербальный интеллект – интеллект, который проявляется при выполнении задач, требующих минимального вербального материала, например, невербальных тестов (тестов на выполнение).

Парафразии - расстройство речи, заключающееся в утрате ее смысла и грамматического строя и применении искусственно созданных слов.

Ригидность мышления - недостаточные подвижность, переключаемость, приспособляемость мышления, установок и др. по отношению к меняющимся требованиям среды.

Вопросы для изучения:

1. Понятие мышления. Виды и основные операции мышления.
2. Особенности мышления у детей с нарушениями речи
3. Особенности мышления у взрослых с нарушениями речи

1. Мышление - это высшая форма познавательной деятельности человека, позволяющая отражать окружающую действительность обобщенно и опосредованно, устанавливая связи и отношения между предметами и явлениями.

Основные функции мышления:

- установление всеобщих взаимосвязей;
- понимание сущности конкретных явлений как разновидности оп-ределенного класса явлений;
- обобщение свойств однородной группы явлений.

Выделяют следующие виды мышления, которые объединяются по определенным признакам: по форме (наглядно-действенное, наглядно - образное, словесно-логическое), степени новизны и оригинальности (репродуктивное (воспроизводящее) и продуктивное (творческое), характеристике решаемых задач (теоретическое, практическое), структуре (дискурсивное, интуитивное).

Мышление включает операции: анализ (мысленное расчленение предметов, явлений, ситуаций и определение составляющих элементов, частей, моментов, сторон), синтез (соотнесение, сопоставление, установление связи между различными элементами), абстрагирование (отвлечение существенных свойств от несущественных), сравнение (соотнесение каких-либо объектов и выделение в них общего или различного), обобщение (соотнесение и выделение общего в двух или нескольких различных явлениях или ситуациях), конкретизация (выражение мысли словами).

Формы мышления: понятие, суждение, умозаключение.

Схематично различные этапы мышления представляются в следующем виде. **На первом этапе** осуществляется предварительная ориентировка в условиях задачи, анализ входящих в нее компонентов, выделение ее существенных признаков и связей. **На втором этапе**

выбирается один из путей, по которому в дальнейшем развивается мыслительная деятельность (выработка общей стратегии мышления). *На третьем — исполнительном — этапе* производится поиск соответствующих способов (операций), направленных на выполнение задания.

2. Мышление детей, имеющих нарушения речи, одна из важных проблем логопсихологии. По мнению Н.И. Жинкина, «задержка одного из компонентов (мышления или речи) у ребенка может вызвать задержку всего развития или даже его остановку». А, по точному выражению Н.Н. Трауготт, ребенок с недоразвитием речи как бы перерастает свои речевые возможности: оформление его мыслей соответствует оформлению мыслей детей более младшего возраста, хотя сами мысли, их содержание находятся на стадии более высокого развития.

Т.Б. Филичева и Г.А. Чиркина, характеризуя особенности интеллектуальной сферы детей с ОНР, отмечают: «Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными возрасту, дети, однако отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, что является следствием неполноценной речевой деятельности»

О.Н. Усанова и Т.Н. Синякова указывали, что по состоянию невербального интеллекта детей с общим недоразвитием речи можно разделить на *три группы*:

1) дети, у которых развитие невербального интеллекта несколько отличается от нормы. При этом данное своеобразие развития интеллекта не связано с речевыми трудностями и никак не зависит от них. По данным авторов, эта группа составляет 9% от популяции детей с ОНР;

2) дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует норме (27%);

3) дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует нижней границе нормы, но характеризуется нестабильностью: в определенные моменты дети могут показать состояние интеллекта ниже нормы. Это самая многочисленная в процентном отношении группа — 63%.

В процессе исследования были получены следующие результаты: у детей с недоразвитием речи на процесс и результаты мышления влияют недостатки в знаниях и наиболее часто нарушения самоорганизации. У них обнаруживается недостаточный объем сведений об окружающем, о свойствах и функциях предметов действительности, возникают трудности в установлении причинно-следственных связей явлений. Нарушения самоорганизации обуславливаются недостатками эмоционально-волевой и мотивационной сфер и проявляются в психофизической расторможенности, реже в заторможенности и отсутствии устойчивого интереса к заданию. Дети часто длительно не включаются в предложенную им проблемную ситуацию или, наоборот, очень быстро приступают к выполнению заданий, но при этом оценивают проблемную ситуацию поверхностно, без учета всех особенностей задания. Другие приступают к выполнению заданий, но быстро утрачивают к ним интерес, не заканчивают их и отказываются работать, даже в случаях правильного выполнения заданий. При этом возможности правильного осуществления мыслительных операций у детей с недоразвитием речи, как правило, сохранены, что выявляется при расширении запаса знаний и упорядочении самоорганизации.

Овладевая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети, однако, отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии. Недостатки наглядно-образного мышления у детей с недоразвитием речи могут иметь не только вторичный, но и первичный характер. В этом случае они обусловлены недостаточностью теменно-затылочных областей коры головного мозга. Т.Л. Фотекова отмечала, что несформированность наглядно-образного мышления при недоразвитии речи в большинстве случаев по степени выраженности связана с тяжестью речевого дефекта. Для многих детей с общим недоразвитием речи характерна также ригидность мышления.

При исследовании речевого мышления учащихся речевых школ И.Т. Власенко обнаруживаются особенности, которые по своему психологическому механизму первично связаны с системным недоразвитом речи, а не с нарушением собственно мышления. Установление во внутреннем плане речемыслительной связи слова с предметным образом (например, в случае опосредствованного запоминания) у этих детей нарушается из-за недостаточной сформированности механизма внутренней речи в звене перехода речевых образований в мыслительные и наоборот.

Полученные результаты рассмотренных исследований представляют интерес для разработки адекватных методов восстановления мыслительной деятельности при различных формах речевой патологии.

3. Известно, что речевое мышление осуществляется на основе словесных значений, понятий и логических операций. А.Н. Леонтьев (1975) отмечает, что в значениях представлена преобразованная и свернутая в материи языка идеальная форма существования предметного мира, его свойств, связей, отношений, а движение отвлеченных значений и логических операций составляет внутреннюю умственную деятельность. Формирование предметной отнесенности слова-названия происходит одновременно с формированием значений слов и систем значений. Л.С. Выготский называл эту связь «единством мышления и речи».

Л.С. Выготский (1934) отмечал, что в случае распада речи (афазия) нарушается мера общности, происходит разрушение единства абстрактного и конкретного в значении слова. Связь произвольных мыслительных операций, стоящих за значением слова, с произвольно протекающими анализом и синтезом в познавательной, и в частности мыслительной, деятельности не случайна. Насколько полно развито мышление, настолько же полно и значение слова, т.е. мыслительные операции, стоящие за значением слова, связаны с анализом и синтезом, протекающими на уровне собственно мышления.

И.Т. Власенко (1990) анализировал структуру значений слов у больных с афазией. Вербальные парафазии (словесные замены) возникают из-за трудности актуализации словесных значений, включая трудности обозначающей и обобщающей функции слова.

Сенсорная афазия характеризуется парафазиями на основе фонетических и фонематических закономерностей («портфель - портвейн» - сходство звучания), («колесо - полотенце» - персеверации), («глобус - арбуз» - сходство), («повар - каша» - ситуация), («груша - не яблоко» - отрицательные парафазии), («столяр - стружник» - неологизмы), («голубь - ворона» - одна категория). В основе замен лежат примитивные мыслительные операции (выделение второстепенных, наглядных признаков и конкретно-ситуативных связей).

Т.И. Власенко выделяет две категории сенсорных афазиков. Первая характеризуется достаточно высоким уровнем категориального мышления и наличием вербальных парафазий, возникающих «внутри категорий понятий», т.е. смысловых замен наиболее высокого порядка. Вторая - мышлением конкретно-ситуативного типа, - с парафазиями на комплексной основе.

У моторных афазиков были выделены три группы, имеющие различные типы мыслительной деятельности. Первая и вторая, с обобщенным и смешанным типом мышления, характеризовались преобладанием парафазии категориального типа, а у третьей группы (с конкретным мышлением) комплексные замены преобладают над категориальными парафазиями.

Таким образом, смысловые парафазии отражают изменение (сужение) значений слов у больных с афазией. Преобладание одних парафазий над другими свидетельствует о доминировании определенных мыслительных операций, стоящих за значением используемых слов. Характеру этих операций, выступающих в качестве механизма речемыслительной деятельности, соответствует определенный тип речевого мышления - обобщенный или конкретно-ситуативный.

Лекция 8. Характеристика общения при различных формах речевых нарушений.

Аннотация. Раскрыты особенности вербальной и невербальной коммуникации детей при различных речевых нарушениях, основные уровни сформированности коммуникации у дошкольников и младших школьников с патологией речи.

Ключевые слова. Общение, коммуникативные умения, формы общения, мотивы общения, онтогенез общения.

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается составить библиографию по данной лекции курса в объеме не менее 10 источников с краткой аннотацией каждого.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Волковская Т.Н., Юсупова Г.Х. Психологическая помощь дошкольникам с общим недоразвитием речи.- М.,2004.
3. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова . — М.: Академия, 2006. — 320 с.
4. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
5. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия» , 2008.- 408 с.
6. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.

Список сокращений

ВПФ – высшие психические функции

ТНР- тяжелое нарушение речи

ОНР - общее недоразвитие речи

Глоссарий

Аграмматизм –симптом, часто встречающийся при афазии и характеризующийся потерей способности придавать словам правильные этимологические формы или строить фразу согласно правилам синтаксиса.

Коммуникативная способность – индивидуально психологические особенности личности, обеспечивающие эффективное взаимодействие и адекватное взаимопонимание между людьми в процессе общения или выполнения совместной деятельности.

Мотив аффилиации - это стремление быть в обществе других людей, потребность человека в создании тёплых, доверительных, эмоционально значимых отношений с другими людьми.

Языковая способность - наличие у индивидуума врожденных предпосылок к овладению системой языка, потенциальные возможности осуществлять на неосознанном, интуитивном уровнях процессы речевого и языкового анализа, синтеза и обобщения на ранних этапах своего развития.

Вопросы для изучения:

1. Языковая и коммуникативная способность
2. Коммуникация на ранней стадии онтогенеза
3. Вербальная коммуникация при речевых нарушениях
4. Мотивация общения детей с речевыми нарушениями

1. Под речевым общением понимается такая активность взаимодействующих людей, в ходе которой они с помощью знаков, в том числе и языковых, организуют свою совместную деятельность. В рамках теории речевой деятельности языковая и коммуникативная способности рассматриваются как ВПФ, которые в своем становлении детерминированы деятельностью.

При специфических нарушениях речевого развития органического генеза наблюдается недостаточность собственно языковой способности - несовершенство речемыслительных процессов, проявляющееся либо на всех структурных уровнях языка одновременно (лексика, грамматика, фонетика, фонематика), либо избирательно, например, на фонетико-фонематическом или грамматическом уровне. Такие дети, заучив самостоятельно или в ходе коррекционного обучения некоторое количество ядерных моделей, не могут создать на их основе «своего» нового высказывания. Тем самым не реализуется креативный принцип языковой способности (по Н. Хомскому).

Можно предположить, что дефектность собственно языковой базы (сужение словарного запаса, аграмматизм, несформированность звуковой стороны речи) является причиной возникновения трудностей при общении, а в наиболее выраженной форме, приводит к упорному отказу от речевой коммуникации. Таким образом, языковая некомпетентность является первичным дефектом по отношению к нарушениям коммуникативной способности.

2. По данным Е.Г. Федосеевой (1997), на ранней стадии онтогенеза в доречевой период у ребенка уже идет формирование предпосылок вербальной функции речи. Однако при дизартрии наблюдается отсутствие крика в течение продолжительного времени или его слабость, истощаемость, недоразвитие интонационной выразительности, не развивается модуляция голоса. Отсутствие коммуникации на уровне модулированного крика тормозит дальнейшее развитие звеньев речевой системы.

При нарушении речевого развития органического генеза из-за нарушений артикуляционного аппарата, дыхания, голоса наблюдается отсутствие и бедность лепета. Запаздывающий и отличающийся бедностью звукового состава, интонационной выразительности лепет не может создать базу, на которой может развиваться полноценное общение ребенка.

Отмечается позднее речевое развитие у детей с алалией, все компоненты речи появляются у них со значительной задержкой, характерным является бедная эмоциональная выразительность лепета и первых слов.

Довербальный период характеризуется началом эмоционального общения ребенка со взрослым, он является стержнем их взаимоотношений в подготовительный период развития речи. Функцию общения в этом возрасте выполняет «комплекс оживления» - взгляд, улыбка, двигательная реакция, вокализация. Нарушение силы голоса, бедность интонаций затрудняют на этапе эмоционального общения процесс коммуникации детей с речевыми нарушениями, у ребенка нет потребности в общении со взрослыми, общение не является ведущей деятельностью в психическом развитии ребенка в этот период.

Иногда выявляются трудности эмоционального контакта. Так, при дизартрии недостаточная подвижность органов артикуляции, амимичность затрудняют эмоциональное общение ребенка. Комплекс оживления возникает с трудом и выражен слабо, имеет смазанную форму. Ребенок не может копировать мимику, адекватно выразить боль, радость. Отмечаются трудности при зрительном сосредоточении, с большим опозданием появляется улыбка, часто она недифференцированная.

Таким образом, нарушения речи тормозят развитие процесса коммуникации, общение не реализуется в полном объеме уже на первых этапах развития и далее формируется своеобразно. Особенностью дизонтогенеза развития речи является стойкое и длительное отсутствие речевого подражания взрослому голосовыми проявлениями, звуками, слогами, словами.

В ряде случаев при речевом недоразвитии дети пользуются невербальным общением, это приводит к ограничению активного словаря: первые слова могут появиться только к двум, трем годам жизни. Отсутствие языковых средств и речевой практики приводят к тому, что общение детей ограничено.

3. О.С. Павлова (1997) указывает, что у дошкольников с ОНР уровень коммуникативных умений зависит от: специфики становления межличностных отношений (характер взаимодействия со сверстниками, членами семьи, педагогами); закономерностей организации совместной деятельности (направленность усилий на достижение общего результата); степени зрелости языковых средств (структурно-семантическая организация речевой продукции, возможность использования паралингвистических средств).

Ею выделено 4 уровня сформированности коммуникации. Так, к первому уровню (10%) отнесены дети, отличающиеся достаточной сформированностью всех операциональных звеньев коммуникации: находясь в благоприятных статусных категориях в общении со сверстниками, они являлись организаторами совместной деятельности, охотно вступали в контакт со взрослыми, общаясь на уровне внеситуативно-личностной и внеситуативно-познавательной форм общения. По состоянию своего когнитивного и речевого развития дошкольники данного уровня значительно опережали остальных испытуемых, используя для общения достаточно развернутую фразовую речь с элементами аграмматизма.

Ко второму уровню были отнесены дошкольники (44%), которых характеризовала яркая и избирательная направленность по отношению к сверстнику. Их контакты со сверстниками носили чаще поверхностный характер, а игровые сюжеты, организованные ими, быстро затухали, т.к. дети не вносили в игру конструктивных предложений. К общению со взрослыми испытуемые не стремились. Речевой статус характеризовался ОНР III уровня.

Третий уровень (22%) представлен испытуемыми, чьи коммуникативные устремления были направлены скорее на взрослого, чем на сверстника. В совместной с детьми деятельности они выступали на ведомых ролях, находясь чаще в не принятых статусных категориях. Дети могли долго общаться с родителями и воспитателями, чаще в процессе совместной игры. По уровню когнитивного и речевого развития они значительно отставали от детей предыдущих групп. Стойкие недостатки операциональной стороны коммуникативного акта заметно затрудняли их отношения со сверстниками.

К четвертому уровню (24%) отнесены дети с ограниченной коммуникацией. У них отсутствовала стойкая мотивация в общении, наблюдалась недостаточность мыслительных операций. Несформированными оказались отношения как со сверстниками, так и со взрослыми. Речевая активность была мала, речь сопровождала конкретные предметные действия с привлечением большого количества примитивных жестов. Имели место стойкие нарушения всех звеньев коммуникативного акта: мотивов и целей речевой коммуникации, его внутреннего программирования и внешней реализации.

Таким образом, итоги проведенного О.С. Павловой эксперимента позволяют говорить, что дети с ОНР представляют собой неоднородную категорию с точки зрения сформированности всех компонентов коммуникативной деятельности.

Исследования М.И. Лисиной (1978) показали, что динамика общения со взрослым у детей от рождения до 7 лет представляют собой смену целостных форм общения, каждая из которых характеризуется особым содержанием потребности в общении, ведущим мотивом. Выполненное в этом направлении исследование И.В. Кондуковой (1997) показало, что общение дошкольников с ОНР в основном представлено ситуативно - деловым и внеситуативно-познавательным уровнями. При ситуативно- деловом уровне общения (40%), дети выбирали ситуацию совместной со взрослым игры, чувствовали себя в ней комфортно, проявляли

инициативу в общении, обнаруживали желание максимально продолжить эту ситуацию. Дети участвовали в беседах на познавательные темы, однако в этих ситуациях были скованными, не всегда проявляли интерес к деятельности, у них отсутствовала инициатива.

Анализ речевых контактов ребенка со взрослым показал, что речевые высказывания их носили ситуативный характер. Преобладали несоциальные высказывания о предметах, животных, игрушках: по функции это были обращения за помощью, вопросы, связанные с деятельностью, по содержанию - высказывания информативно-констатирующего характера.

При внеситуативно-познавательном уровне (50%) дети с ОНР предпочитали ситуацию познавательного общения, хотя устойчивого интереса к содержанию бесед не проявляли. Они редко выходили за пределы вопросов, связанных с наглядным материалом, с трудом поддерживали беседу без наглядных опор. По некоторым показателям поведения с внеситуативно-познавательной формой общения у большинства детей конкурировала ситуативно-деловая форма. В беседе у детей наблюдалась большая речевая активность, однако личные контакты со взрослым носили преимущественно ситуативный характер.

У воспитанников массового сада в беседах на познавательные темы зафиксировано большее число инициативных речевых высказываний. Внеситуативные контакты со взрослыми составили основное содержание всех их познавательных контактов. Эти испытуемые организовали дискуссии на познавательные темы, устойчиво сохраняли интерес к материалу бесед на протяжении всего занятия.

При внеситуативно-личностном уровне общения со взрослым (10%) дети с ОНР выбирали ситуацию личностного общения, именно в ней проявляли себя наиболее активно, чувствовали комфортность. В общении преобладали социальные, ситуативные, а по содержанию констатирующие высказывания. В познавательной беседе проявляли значительную речевую активность, задавали взрослому вопросы, в совместной игре зафиксированы деловые контакты.

Таким образом, наиболее типичным для детей с ОНР является ситуативный характер общения. Даже в ситуациях познавательного, личностного общения преобладающее число контактов носило ситуативный характер, что, по-видимому, обусловлено их общим психическим недоразвитием: бедностью знаний, недостаточной сформированностью саморегуляции и контекстной речи.

Ряд исследований, опирающийся на показатели межличностных отношений в дошкольной группе, выявил, что среди «непринятых» и «изолированных» чаще всего оказываются дети, которые плохо владеют коммуникативными средствами (О.А. Слинько, 1992; Л.Г. Соловьева, 1996, 2007). Так, по данным Л.Г. Соловьевой (1996), коммуникативная некомпетентность детей с ОНР выражается в снижении потребности в общении, незаинтересованности в контакте, неумении ориентироваться в ситуации общения, проявлении негативизма.

С.Л. Белых и И.А. Гришанов (2000) отмечают, что дети с нарушениями речи испытывают значительные трудности в общении: объективные (само проявление речевых недостатков) и субъективные (чувство неполноценности). Они указывают на особенности личности таких детей: неуверенность в своих поступках, страх самовыражения, чувство неполноценности, депрессивность, низкую сопротивляемость стрессу.

Дети с речевыми нарушениями особенно чувствительны к неблагоприятным влияниям социума. Часто оказываясь изолированными от других детей группы, логопаты не участвуют в играх, общих мероприятиях, подвергаются насмешкам со стороны сверстников и педагогов, что ведет к усугублению эмоционально-волевой сферы, порождает тревожность, ожидаемость и прогнозируемость внутренних переживаний, снижает самооценку, в дальнейшем приводит к отклонениям в развитии личности (О.Е. Грибова, 1995; Н.В. Иванова, 2007).

Кроме этого, положение ребенка в коллективе сверстников тесно связано со степенью тяжести речевого дефекта. Так, дети, занимающие высокое положение в системе личных взаимоотношений, имеют сравнительно хорошо развитую речь, в то время как среди детей, занимающих неблагоприятное положение, есть дети с положительными качествами личности, хорошим поведением, но с более тяжелым речевым дефектом, который и является определяющим в иерархии межличностных отношений (О.А. Слинько, 1992).

По данным О.В. Трошина, Е.В. Жулиной (2005), среди учеников 1-го класса можно выделить группу детей, испытывающих специфические трудности при восприятии инструкций. Эти первоклассники не могут «включиться» в задание, которое адресовано всему классу в целом и не содержит непосредственного обращения к ним. Не слыша своего имени или не установив зрительного контакта с педагогом, такие ученики не реагируют на речевую продукцию взрослого или другого ребенка. Они требуют повторить задание снова, независимо от того, сколько раз оно перед этим звучало.

Особые проблемы встают перед учителем при переходе к использованию сложных (многоступенчатых) инструкций. Первоклассники усваивают либо первую, либо последнюю ее часть. Проблема восприятия многоступенчатых инструкций остается актуальной вплоть до старших классов речевой школы. Есть некоторые специфические черты, присущие восприятию учащихся с ТНР:

- дети более охотно выполняют инструкции, требующие от них конкретных действий («Открой», «Реши», «Запиши»);

- дети игнорируют указываемые в инструкции способы действия или другие уточнения. Если же учитель просит выполнить несколько действий подряд, то они часто рассматриваются учащимися как изолированные, не связанные между собой.

Успешность выполнения многоступенчатой инструкции возрастает в том случае, если дети проговаривают ее для себя. При этом идет активный процесс осознания смысла высказывания и, кроме того, спонтанно формируется инициальная мотивация коммуникации. Проговаривание сопровождает любую инструкцию учителя, создавая дополнительный шумовой фон в классе.

Самостоятельная связная речь у учащихся, поступающих в 1-й класс, находится в зачаточном состоянии. Большинству из них доступны повествовательные рассказы по впечатлению, состоящие из перечисления ряда конкретных действий. Но стоит одному из учеников с более сохранной речью рассказать о проведенном им выходном дне, как его рассказ становится образцом, по которому строятся самостоятельные высказывания остальных учеников.

4. В связи с нарушением всех компонентов деятельности у таких детей наблюдаются и изменения мотивационного звена общения. Рассмотрим один из важнейших мотивов общения - мотив аффилиации.

В связи с нарушением речи у детей наблюдается нарушение мотива аффилиации, который зачастую заменяется мотивом отвергания, проявляющимся в боязни быть непринятым, отвергнутым значимыми людьми. Доминирование у человека мотива отвергания, формирует стиль его общения с окружающими, что ведет к неуверенности, скованности, неловкости, напряженности.

У детей с речевой патологией количество целей общения значительно уменьшается в силу имеющегося дефекта, преобладает ситуативное общение в пределах бытовой тематики.

Таким детям свойственно сужение возможностей коммуникации. Коммуникативная способность включает в себя экстралингвистические факторы, а также подразумевает наличие совпадений мотивационной и познавательной базы субъектов общения.

Низкий уровень языковой способности определяет и низкий уровень коммуникации, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной (коррекционной) коммуникации, поскольку именно коммуникативная способность (способность адекватно целям обучения и воспитания организовывать неречевое и речевое взаимодействие логопсихолог-ребенок) является одним из условий успешности обучения в целом. Поэтому важно расширять коммуникативные способности ребенка с целью формирования и развития у него смысловой системы и связи личности с миром.

Становление речевой деятельности как первичной по отношению ко всем другим видам деятельности очевидно. Поскольку речь тесно связана со всеми ВПФ, она соответственно

влияет на ход формирования и развития всех видов деятельности ребенка. Ввиду изменений личности ребенка с речевой патологией измененными оказываются и мотивы деятельности.

Лекция 9. Характеристика личности лиц с речевыми нарушениями.

Аннотация. Раскрыты особенности развития личности детей и взрослых при различных речевых нарушениях, основные уровни деформации личностных качеств, степень отношения лиц с речевой патологией к своему дефекту.

Ключевые слова. Личность, типы формирования личности, самооценка, уровень притязаний,

Методические рекомендации по изучению темы.

- Тема содержит лекционную часть, где даются общие представления по теме;
- В качестве самостоятельной работы предлагается сопоставить особенности развития самооценки и уровня притязаний детей с младшего школьного возраста фонетико – фонематическим недоразвитием, общим недоразвитием речи и нарушениями темпо-ритмической и интонационной структуры речи.

Рекомендуемые информационные ресурсы:

1. <http://bars.kpfu.ru/course/view.php?id=823>
2. Калягин В.А. Логопсихология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / В.А.Калягин, Т.С.Овчинникова . — М.: Академия, 2006. — 320 с.
3. Косякова О.О. Логопсихология/ О.О.Косякова.- Ростовн/Д: Феникс, 2007.
4. Основы специальной психологии / Под ред. Л.В.Кузнецовой. М.Издательский центр «Академия» , 2008.- 408 с.
5. Шипилова Е.В. Основы логопсихологии: учеб.пособие для студентов пед. вузов.- Ростов-н/Д: Феникс, 2007.- 224 с.
6. Трошин О.В. ,Жулина Е.В. Логопсихология: учеб.пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 256с.

Список сокращений

- ОНР – общее недоразвитие речи
 ТНР – тяжелое нарушение речи
 ЦНС – центральная нервная система

Глоссарий

Способности - индивидуально устойчивые свойства человека, определяющие его успехи в различных видах деятельности.

Темперамент - характеристика индивида со стороны динамической особенностей его психической деятельности, то есть темпа, ритма, интенсивности отдельных психических процессов и состояний.

Характер - структура стойких, сравнительно постоянных психических свойств, определяющих особенности отношений и поведения личности.

Волевые качества - устойчивые, независимые от ситуации, психические образования, удостоверяющие достигнутый личностью уровень сознательной саморегуляции поведения.

Эмоции - субъективные реакции человека и животных на воздействие внутренних и внешних раздражителей, проявляющиеся в виде удовольствия или неудовольствия, радости, страха и т. д.

Мотив - это побуждение к совершению поведенческого акта, порожденное системой потребностей человека и с разной степенью осознаваемое либо не осознаваемое им вообще.

Социальные установки - фиксированная в социальном опыте личности (группы) предрасположенность воспринимать и оценивать социально значимые объекты, а также готовность личности (группы) к определенным действиям, ориентированным на социально значимые объекты.

Вопросы для изучения:

1. Личностные особенности человека
2. Развитие личности при нарушениях речи
3. Развитие личности и эмоционально-волевой сферы у детей с нарушениями речи
4. Нарушения личности у взрослых с патологией речи

1. Личность - это человек, взятый в системе таких его психологических характеристик, которые социально обусловлены, проявляются устойчивыми свойствами, определяют нравственные поступки, имеющие существенное значение для него самого и окружающих.

Наряду с понятиями «человек», «личность» в науке нередко употребляются термины «индивид», «индивидуальность». Если понятие «человек» включает в себя совокупность всех человеческих качеств, свойственных людям, независимо от того, присутствуют или отсутствуют они у данного субъекта, то понятие «индивид» характеризует именно его и дополнительно включает такие психологические и биологические свойства, которые наряду с личностными также ему присущи. Кроме того, в понятие «индивид» входят как качества, отличающие данного человека от других, так и общие для всех людей свойства.

Индивидуальность - сочетание индивидуальных и личностных свойств человека, которое отличает данного человека от других людей.

В структуру личности включают способности, темперамент, характер, волевые качества, эмоции, мотивацию, социальные установки.

2. Раннее младенчество (от 0 до 1 года): при нарушениях доречевого развития у ребенка наблюдается замедленный темп формирования всех психических функций, познавательной сферы.

Позднее младенчество (1-3 года): дети с речевой патологией характеризуются неуверенностью в себе, гипертрофированным чувством стыда. Ребенок ощущает свою неприспособленность, сомневается в своих возможностях. У таких детей имеется сильное желание скрыть от окружающих свой недостаток (особенно у детей с заиканием).

Раннее детство (3-5 лет): у детей с нарушениями речи отмечаются пассивность, низкая речевая активность, вялость, отсутствие инициативы, инфантильное чувство зависти к другим детям, подавленность и уклончивость, отсутствие признаков ролевого поведения.

Среднее детство (5-11 лет): у детей с речевой патологией возникает чувство тщетности прилагаемых усилий, собственной неполноценности. Слаборазвиты трудовые навыки. Наблюдается избегание сложных заданий, требующих речевой активности, заданий в условиях речевой инструкции, ситуаций соревнования с другими детьми.

Отрочество (11-20 лет): для подростков с речевой патологией характерны неустойчивость социальных ролей, смещение и смешение временных перспектив: появление мыслей не только о будущем и настоящем, но и о прошлом. Отмечается лабильность в моральных и мировоззренческих установках.

3. Личностные свойства человека с нарушением речи зависят от особенностей его характера, его отношения к своему дефекту. Выделяют несколько типов формирования личности.

Социально ориентированный (конформный). Данный тип демонстрирует конъюнктурное подчинение любым авторитетам в группе. Склонны к морализаторству и консерватизму, главное жизненное кредо «быть как все».

Доминирующий. Характеризуются стремлением к лидерству, жадной похвалы, демонстрируют высокую приспособляемость, обнаруживают склонность к интригам. Имеют высокие притязания к себе и другим, провоцируют конфликты, при этом активно защищаются.

Чувствительный. Повышенная чувствительность ко всему: к тому, что радует, огорчает, пугает. Робкие и застенчивые при посторонних, не любят больших компаний, азартных игр. Отличаются послушанием, обнаруживают большую привязанность к родителям. В юности усиливаются трудности адаптации в связи с осознанием своей отличности от других, возникает комплекс неполноценности. Обнаруживаются высокие моральные требования к себе и окружающим. Часто выбирают сложные виды деятельности.

Тревожный. Свойственна низкая контактность, робость, неуверенность в себе, минорное настроение, усугубляющееся нарушением речи. Редко вступают в конфликты, играют в основном пассивную роль, в сложных ситуациях ищут поддержки и опоры.

Интровертируемый. Характеризуются низкой контактностью, замкнутостью, оторванностью от реальности, любят одиночество, избегают конфликтов с окружающими, протестуют только при попытках вмешательства в их личную жизнь. Часто представляют собой эмоционально холодных идеалистов, слабо привязанных к людям. Имеют на все свою точку зрения, которую, вследствие неуверенности в своих силах, не отстаивают в спорах.

Гармоничный. Этот тип у людей с речевыми нарушениями встречается редко. Дети, развивающиеся гармонично, адекватно реагируют на свой речевой дефект. Активны в деятельности, стремятся к общению. При хороших способностях обнаруживают недостаточную дисциплинированность. Иногда переоценивают свои способности, бывают слишком самоуверенны, переживают свои ошибки, но стремятся их исправить.

Л.М. Шипицина, Л.С. Волкова (1993) в результате исследований, выполненных с использованием методики «Цветовых выборов» М. Люшера, выявили некоторые особенности эмоционально-личностных качеств у младших школьников 1-2 классов речевых школ. Так, многим детям с ОНР свойственна пассивность, сензитивность, зависимость от окружающих, склонность к спонтанному поведению.

В определении таких эмоционально-личностных свойств, как концентричность-эксцентричность, отмечается отчетливое доминирование как у школьников с нормальной

речью, так и у учащихся с нарушенной речью, свойства эксцентричности, когда дети проявляют живой интерес к окружающему как источнику получения помощи, информации. Однако у значительной части (40 %) учащихся 1-ых классов, как с нарушенной речью, так и с нормальным речевым развитием, обнаруживается свойство концентричности, что свидетельствует об их сосредоточенности на собственных проблемах, склонности все переживания держать в себе, замкнутости. Авторы предполагают, что более высокий процент проявления свойств концентричности у учащихся 1-ых классов по сравнению с второклассниками связан с их недостаточной адаптацией к школе.

У учеников 1-ых классов речевых школ наблюдается более низкая работоспособность, которая у половины детей коррелирует с выраженностью стрессовых реакций и доминированием отрицательных эмоций. На 2-ом году обучения у детей повышается работоспособность, преобладает оптимальный уровень эмоционального реагирования, снижается склонность к стрессам. Улучшение эмоционального состояния детей с речевой патологией связано не только с адаптацией к школьному режиму и нормализацией взаимоотношений в коллективе сверстников, но и с развитием способности к саморегуляции вследствие правильно организованной коррекционно-педагогической работы.

Исследование самооценки (О.Н. Усанова, О.А. Слинко, 1987) с помощью теста «Полярный профиль» позволило установить значимые различия в самооценке девочек и мальчиков с нормальной и нарушенной речью. Так, для девочек младших классов массовой школы наибольшее значение имеют такие свойства, как здоровье, честность, общительность, они необидчивы и недрачливы. Уже в этом возрасте они сомневаются в оценке своей внешности и либо отвечают, что не знают, красивы ли они, либо считают, что некрасивы. У девочек с нарушенной речью почти по всем параметрам самооценка оказывается выше, чем у девочек с нормальной речью, однако, в отличие от последних, они не считают себя здоровыми и вследствие этого в необходимой степени общительными.

Самооценка в двух группах мальчиков отличается в меньшей степени, чем у девочек. Так, мальчики массовой школы считают себя очень веселыми, счастливыми, честными; в меньшей степени, но все же добрыми, общительными, здоровыми. Мальчики речевой школы считают себя честными, храбрыми, необидчивыми и недрачливыми, однако они менее общительны и счастливы. Так же, как и девочки, они осознают, что причиной их необщительности является речевой дефект, однако не считают себя ущербными в той мере, как девочки с нарушенной речью.

В целом исследования показывают, что учащиеся с ТНР недостаточно критично оценивают свои возможности, чаще переоценивая их. В большинстве случаев объективная личностная характеристика не совпадает с самооценкой, многие из своих черт характера дети не отмечают и не оценивают. Чаще всего не фиксируется внимание на негативных чертах характера, а положительные качества несколько переоцениваются. В этом проявляется тенденция в самохарактеристике приближаться к идеальному образу. Если переоценка своих возможностей в 1-2 классах может быть объяснена возрастной закономерностью (она наблюдается и в норме), то в аналогичном явлении среди учащихся 3 классов можно видеть личностную особенность детей с ТНР.

Изучение самооценки (В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова, 2006) дошкольников со стертой дизартрией и нормальным речевым развитием продемонстрировало, что половина из каждой группы детей адекватно оценивают свои возможности (соответственно 47% со стертой дизартрией и 50% с нормальным речевым развитием). У дошкольников с дизартрией преобладает заниженная самооценка (соответственно 40 и 17%), что проявляется в большей тревожности и неуверенности в себе. Среди детей с нормальным речевым развитием завышенная самооценка имела место в 3 раза чаще (соответственно 13 и 33%), т.е. дети с речевыми нарушениями проявляют большую осторожность в оценке своих качеств.

Обе группы достаточно высоко оценивают собственную доброту, при этом дошкольники с дизартрией ставят это качество на 1-ое место, а дети с нормальным речевым развитием на 2-ое после веселости. Также интересно, что дошкольники с дизартрией отдают предпочтение

физическим качествам (росту и быстроте), а дети с нормальной речью больше ценят нравственные свойства. Одинаково не удовлетворены обе группы детей своим вниманием. Весьма низко оценивают дошкольники с дизартрией свою речь и ловкость, что показывает критичность их суждений о себе и объективный характер их оценки своей речи и моторных затруднений. Что касается детей с нормальной речью, то они не удовлетворены более всего своими эстетическими качествами.

Таким образом, самооценки дошкольников с дизартрией более низкие и менее дифференцированы, чем у детей с нормальным речевым развитием.

Уровень притязаний. Исследование уровня притязаний (О.Н.Усанова, О. А. Слинько, 1987) младших школьников с ТНР выявило, что в большинстве случаев, реакция этих детей на неуспех отличается от той, которая наблюдается в норме. Так, после удачно выполненного задания дети переходят не к более трудному, а к более легкому заданию. Этот факт можно трактовать как формирование защитной реакции у детей с ТНР, стремление поддержать успех даже на заниженном уровне. Особенно ярко заниженный уровень притязаний проявляется у учащихся 1 класса, меньше - у учащихся 2 класса, а среди третьеклассников таких явлений не наблюдается. Это говорит о том, что у учащихся с ТНР с возрастом формируется реалистический уровень притязаний.

Осознание речевого дефекта, степень фиксированности на нем изучались, в основном, применительно к заикающимся детям (С.С. Ляпидевский, С.И. Павлова, В.И. Селиверстов, Л.А. Зайцева) и лицам с нарушениями голоса (О.С. Орлова, Л.Е. Гончарук). Исследователи выделяют три варианта эмоционального отношения заикающихся к своему дефекту: безразличное, умеренно-сдержанное, безнадежно-отчаянное - и три варианта волевых усилий в борьбе с ним: их отсутствие, наличие, перерастание их в навязчивые действия и состояния. В.И. Селиверстов (1989) выделяет следующие степени фиксированности детей на своем дефекте:

- нулевая степень фиксированности на дефекте. Дети не испытывают ущемления от сознания неполноценности своей речи, совсем не замечают ее недостатков. Охотно вступают в контакт со знакомыми и незнакомыми людьми. У них отсутствуют элементы стеснения или обидчивости;

- умеренная степень. Дети испытывают неприятные переживания, скрывают дефект, компенсируя манеру речевого общения с помощью уловок. Тем не менее, осознание детьми своего недостатка не выливается в постоянное, тягостное чувство собственной неполноценности, каждый поступок оценивается через призму своего дефекта;

- выраженная степень. Дети постоянно фиксированы на своем речевом недостатке, глубоко переживают его, всю свою деятельность ставят в зависимости от своих речевых неудач. Для них характерен уход в болезнь, самоуничижение, болезненная мнительность, навязчивые мысли и выраженный страх перед речью.

Дефект речи и переживания по его поводу находятся в сложных взаимоотношениях. Примером вариативности таких отношений при заикании может служить работа В. С. Кочергиной (1958), которая трактует взаимоотношения личности и речевого дефекта с психофизиологических позиций. Автор разделила заикающихся детей на группы в соответствии с особенностями их личностей, соотнеся эти особенности с речевым нарушением по времени их возникновения. Так, к первой группе были отнесены дети, у которых неуравновешенное поведение (повышенная возбудимость или тормозимость) возникло из-за развившегося заикания. До заикания дети этой группы были практически здоровыми и уравновешенными.

У второй группы детей неуравновешенное поведение отмечалось с раннего детства и было особенностью их личности. Развитие заикания обычно сопровождалось усилением присущей им неуравновешенности и появлением черт общей детской нервности.

Третью группу составили дети, у которых повышенная возбудимость (или тормозимость) была выражена наиболее значительно и наблюдалась также с раннего детства. В анамнезе этих детей имелись указания на соматические расстройства: неблагоприятные условия внутриутробного развития, родовая травма, постнатальная травма головы, инфекционные и сердечно-сосудистые заболевания, эндокринные расстройства, дистрофия. В.С. Кочергина

отмечает, что у группы детей, перенесших те или иные инфекционные заболевания и травмы головы, до-вольно стойкими были признаки астенизации личности, у них отмечались микросимптомы органического поражения ЦНС.

В четвертую группу включены дети, у которых задолго до развития заикания наблюдались признаки тяжелого невроза - склонность к истерическим реакциям, к навязчивым страхам, представлениям и действиям.

Изучение доминирования тех или иных особенностей личности у заикающихся подростков (М.И. Буянов, 1989) позволило условно выделить 5 групп подростков. Так, в первую группу (3-6%) вошли подростки, в характере которых имелись отдельные психопатические свойства. Это были дети с тормозимыми (астеническими, тревожно-мнительными) чертами характера.

Ко второй группе отнесены подростки с остаточными явлениями раннего органического поражения ЦНС (35-45%). Среди личностных особенностей у них выделяется психоорганический синдром, зачастую с психопатоподобными проявлениями, кроме этого, отмечались церебра стенический, гипердинамический и неврозоподобный синдромы.

В третью группу были включены 5-6% подростков, у которых имело место неврозоподобное заикание в рамках шизофрении и в редких случаях - эпилепсии, при которых имеются соответствующие искажения личности.

Четвертая группа состояла из подростков, в личностных особенностях которых были черты психического инфантилизма (дисгармонический и гармонический инфантилизм, гипогенитализм). При гармоническом инфантилизме незрелость эмоционально-волевой сферы проявлялась в легкомыслии, беззаботности, преобладании игровых интересов, быстрой пресыщаемости, необязательности, неспособности довести до конца начатое дело. Это были слабовольные, требовавшие постоянного контроля подростки. Подобные черты были типичны и для детей с дисгармоническим инфантилизмом, кроме того, у них отмечались повышенная возбудимость, неустойчивость, неуемная жажда признания. При гипогенитализме наблюдалась крайняя наивность, простодушие, болтливость, неспособность к активным действиям. Дети предпочитали во всем соглашаться либо комментировать поступки других.

К пятой группе отнесены 30-35% подростков, у которых не было заметных дефектов личности, хотя примерно у 15% из них имелись признаки акцентуации преимущественно тормозимого типа. К этой же группе были отнесены и субъекты с заострением личностных особенностей, что было обусловлено пубертатным кризом.

Таким образом, личностные особенности заикающихся подростков располагаются в широком диапазоне от обычных и акцентуированных черт до грубых психопатологических нарушений.

У детей с моторной алалией часто наблюдаются патологические черты невротического круга: замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, напряженное состояние, повышенная раздражительность, обидчивость, слезливость и т.п. Иногда дети пользуются речью только в эмоционально окрашенных ситуациях. Из-за боязни ошибиться и вызвать насмешку они стараются избегать ситуаций, требующих употребления речи, а если это не удается, предпочитают использовать жесты.

Развитие личности ребенка с моторной алалией оказывается заторможенным из-за того, что дефект речи заставляет его всячески ограничивать ее употребление, а это, в свою очередь, ограничивает его коммуникации, столь необходимые для социализации. У этих детей отмечаются трудности в формировании гнозиса, пространственного и временного синтеза, праксиса, т.е. психических качеств, опосредованных речью. Для них характерны недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы, сниженная наблюдательность, психофизическая расторо- женность или заторможенность. Дети долго не включаются в выполнение задания, поверхностно оценивают проблемную ситуацию, не имеют стойких интересов, интеллектуально пассивны. Из-за отсутствия речевого опыта и ограниченной познавательной деятельности у них возникают пробелы в знаниях.

Дети с моторной алалией тяжело переживают свой дефект. Повышенная самокритичность порождает ощущение беспомощности, даже отчаяние, что может вылиться в состояние депрессии. А если окружающие плохо понимают речь ребенка, депрессия может усиливаться. Все это также отрицательно влияет на развитие личности ребенка.

Дети с сенсорной алалией трудно воспринимают информацию. Они не могут долго слушать, когда им что-то читают или рассказывают. Не понимая содержания, они теряют интерес и перестают слушать. Новые слова и структуры ребенок осваивает медленно, к речи не критичен, в поведении хаотичен, действует часто импульсивно.

4. Исследования и практика показывают, что внезапно возникающая инвалидизация при афазии, сопровождающаяся нарушением возможности общения с окружающими, неспособностью выразить свое состояние, передать и принять информацию, вызывает острую личностную реакцию на болезнь в инициальном ее периоде.

Длительное изучение проблем афазии и наблюдения за изменением личности у афазиков дали основание Л.С. Цветковой выдвинуть гипотезу о нарушениях личности у больных с афазией. В многочисленных исследованиях решались вопросы: изменяется ли структура личности больных с афазией, какие ее составляющие изменяются наиболее резко, какова частота изменений личности по органическому типу, происходит ли динамика нарушений личности. Первая группа исследований, выполненных в этом направлении, касалась проблемы факторов, способствующих неустойчивости или устойчивости изменений личности, влияния личности на усиление или ослабление дефектов речи и других высших психических функций. Вторая группа исследователей занималась вопросами влияния изменений личности и таких ее составляющих, как мотивация, смысловые образования и др. на состояние психической деятельности больных, проблемы отношений, реадaptации к социальной среде.

Были изучены такие проблемы, как самооценка (Ж.М. Глоzman, Л.С. Цветкова, А.А. Цыганок), уровень притязаний (Ж.М. Глоzman, Н.Г. Калита), тревожности (Ж.М. Глоzman, А.А. Цыганок), смысловые образования личности (Л.С. Цветкова, А.Г. Асмолов, Б.В. Зейгарник), межличностные отношения в малых терапевтических группах (Л.С. Цветкова, А. Петриду, Л.С. Цветкова, М.Ю. Максименко), когнитивный и эмоциональный компоненты внутренней картины болезни (Т.В. Виноградова).

Так, например, сравнительный анализ снижения самооценки в результате заболевания у больных с афазией показал значительное (в среднем в 8 раз) преобладание расхождения самооценки у больных до и после восстановительного обучения в случае успешного восстановления речи, что не наблюдалось у больных с другой нозологией заболевания: у них изменение самооценки было не больше, чем в 1,5-2 раза.

Л.С. Цветкова выделила два типа изменений личности: устойчивый и динамический. Первый входит в структуру афазии, второй (функциональный) представляет собой личностную реакцию на дефект, которая по мере восстановительного обучения больных и обратного развития речи изменяется - вплоть до исчезновения. Первый тип обусловлен системным характером строения высших психических функций (ВПФ) и включения личности в их формирование, развитие и протекание. В этом случае обнаружено изменение иерархии мотивов поведения, эмоционально-волевой сферы, самооценки. Наблюдаются различия в характере и степени выраженности этих изменений при разных формах афазии. Так, изменения самооценки в большей степени выражены у больных с моторной афазией, чем у больных с сенсорной и акустико-мнестической афазией, у которых сохраняются возможность плавной (хотя и искаженной) речи. У больных с моторной афазией уровень притязаний на речевые задания был значительно ниже, чем на неречевые, и степень расхождения (как и в эксперименте на исследование самооценки) зависела от степени выраженности речевых дефектов.

Функциональный аспект изменений личности при афазии обусловлен специфической (неврозоподобной) реакцией больных на свои дефекты и на отношение окружающих к этим дефектам. Так, личностная реакция на болезнь часто не совпадает со структурными изменениями личности при афазии. Исследование тревожности по методу Ч. Спилбергера

показывает, что в острой стадии заболевания показатели реактивной тревожности выше, чем личностной, а у больных-хроников, наоборот. Таким образом, измерение тревожности в острой стадии заболевания показывает личностную реакцию больного на свое заболевание, но по мере закрепления отрицательных личностных установок, болезнь приводит к структурным изменениям личности.

Выявление возможных психопатологических изменений личности взрослых заикающихся было осуществлено с помощью Миннесотского многофакторного личностного опросника (ММРП) (В.А. Калягин, 2006). Так, у мужчин на первом месте психастенические черты, у них преобладают тревожно-мнительные проявления характера, постоянное чувство тревоги, боязливость, крайняя нерешительность и склонность к сомнениям. Они чрезвычайно чувствительны и ранимы, постоянно опасаются возможных, воображаемых неприятностей. Помимо повышенной тревожности мужчинам свойственно неверие в свои возможности, боязнь в нужный момент не справиться с жизненными трудностями. Сомнение в себе, своих суждениях, решениях и поступках не оставляет их ни на минуту. Им чрезвычайно трудно принять решение, но, если в этом имеется объективная необходимость, они стремятся как можно быстрее воплотить принятое решение в жизнь. Они плохо переносят нарушения привычного уклада жизни - это обостряет их психастенические черты: тревожность, неуверенность в себе и склонность к сомнениям.

Отличительная черта заикающихся женщин наряду с ригидностью и индивидуалистичностью - импульсивность, которая проявляется в склонности к социальной дезадаптации. Она может быть результатом повышенной чувствительности к речевому дефекту. Для женщин характерны неустойчивое настроение, обидчивость, возбудимость и чувствительность. В трудных ситуациях они быстро теряют контроль над своими эмоциями и поведением, легко раздражаются, склонны «искать виноватых».