

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
Институт непрерывного педагогического образования

Кафедра психологии

РЕФЕРАТ

Коррекционно-логопедическая работа по формированию
звукопроизносительной стороны речи детей с ТНР
История педагогики образования по направлению подготовки
44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность Логопедия

Научный руководитель:

____ к.ф.н., доц. Федина С.В

« ____ » _____ 2023 г.

Студент группы 1701 з/о

____ Соловьева П.В

« ____ » _____ 2023 г.

Великий Новгород

Содержание

Введение.....	3
1.Характеристика детей с ТНР.....	5
2.Коррекционно-логопедическая работа по формированию звукопроизносительной стороны речи	12
Заключение	17
Список использованных источников	18

Введение

Перед детскими дошкольными учреждениями, как первой ступенью общего образования, стоит задача подготовки ребенка к школьному обучению, его готовности к общению со сверстниками на новом уровне. Решение этой задачи связано с формированием общей готовности детей к школе, одной из сторон которой является речевая готовность, которая включает в себя, в том числе, произносительную сторону речи. Проблема речевого развития и недоразвития в современном образовании очень актуальна и значима. Дети, имеющие нарушения звукопроизношения, нуждаются в своевременной диагностической и коррекционной помощи специалистов.

Нарушения речи многообразны, они могут проявляться в нарушении произношения, грамматического строя речи, бедности словарного запаса, а также в нарушении темпа и плавности речи. По степени тяжести речевые нарушения можно разделить на те, которые не являются препятствием к обучению в массовой школе, и тяжелые нарушения, требующие специального обучения.

Ребёнок с нарушением устной речи испытывает трудности в обучении и не может овладеть письмом и чтением в норме в течение многих лет. Так, например, нарушения фонематической стороны речи приводят к тому, что ребёнок длительное время не может освоить процесс чтения: читает по слогам, заменяет или смешивает буквы, искажает окончания, а на письме наблюдаются стойкие специфические ошибки: пропуски букв, слогов, перестановки, замены. Всё это приводит к тому, что ребёнку приходится переживать неприятные эмоции по поводу своих неудач на уроках.

Для того чтобы помочь детям с нарушениями устной речи необходима своевременная и систематическая логопедическая помощь, поскольку исправление нарушений звукопроизношения требует профессиональных знаний, а развитие дисграфии и дислексии проще предупредить, чем устранить.

Цель работы – рассмотреть коррекционно-логопедическую работу по формированию звукопроизносительной стороны речи детей с ТНР.

Задачи:

- изучить характеристику детей с ТНР;
- рассмотреть коррекционно-логопедическую работу по формированию звукопроизносительной стороны речи.

Характеристика детей с ТНР

Дети с тяжелыми нарушениями речи – это особая категория детей с нарушениями всех компонентов речи при сохранном слухе и первично сохранном интеллекте. К группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетико-фонематическим недоразвитием речи при дислалии, риноплазии, легкой степени дизартрии; с общим недоразвитием речи всех уровней речевого развития при дизартрии, риноплазии, алалии и т.д., у которых имеются нарушения всех компонентов языка.

Общее недоразвитие речи проявляется в нарушении различных компонентов речи: звукопроизношения фонематического слуха, лексико-грамматического строя разной степени выраженности.

Тяжелые нарушения речи по-разному, но обязательно находят своё отражение в психической деятельности человека, что проявляется в нарушении познавательной, эмоционально - волевой сферы личности, межличностных отношений. Нарушение восприятия отмечается у всех детей с ТНР. В зависимости от того, какой из анализаторов является ведущим, различают зрительное, слуховое, тактильное и другие виды восприятия, нарушение которого имеет свою специфику в зависимости от формы речевого расстройства. Так, нарушение функции рече-двигательного анализатора при риноплазии отрицательно влияет на слуховое восприятие фонем, что проявляется в нарушении фонематического слуха. Кроме того, наблюдается снижение остроты слуха, причиной чего являются частые отиты, что наряду с иными факторами накладывает отпечаток на формирование других компонентов речи, приводя к ОНР.

Несформированность фонематической системы языка, ОНР - основные препятствия в овладении грамотным чтением и письмом. Нарушение слухового восприятия при дизартрии характеризуется ещё большим многообразием проявлений, чем при риноплазии. Кроме нарушения фонематического слуха и снижения остроты слуха в ряде случаев имеет место повышенная чувствительность к звуковым раздражителям. Наиболее грубые

нарушения слухового восприятия наблюдаются при сенсорной алалии. В некоторых случаях ребёнок совсем не понимает речь окружающих, не реагирует даже на собственное имя, не дифференцирует звуки речи, шумы неречевого характера.

В других случаях понимает отдельные обиходные слова, но теряет их понимание на фоне развёрнутого высказывания. Третьи относительно легко выполняют требуемое простое задание, но при этом не понимают слова инструкции вне конкретной ситуации, т. е. общий смысл фразы воспринимается легче изолированных слов.

На первый взгляд, не наблюдается грубых нарушений слухового восприятия у детей с моторной алалией. Однако более тщательное обследование обнаруживает у многих из них диффузность фонематических представлений, нечёткость слухового восприятия, слабую ориентацию в звуковом и слоговом составе слова, что приводит к недостаточности восприятия обращенной речи, замедленности и затруднённости понимания грамматических форм и развёрнутого текста. Нередко дети из-за нечёткости фонематического восприятия улавливают только отдельные элементы фразы и не могут связать их в единую смысловую структуру. Эта ограниченность понимания является вторичным проявлением основного нарушения — недоразвития собственной речи.

Необходимое условие для обучения детей грамоте — развитие зрительного восприятия, которое у детей с ТНР отстаёт от нормы и характеризуется рядом особенностей. Для них типично нарушение буквенного гнозиса, проявляющееся в трудностях узнавания сходных графических букв, изображённых пунктирно, в условиях наложения, зашумления и т. д. Недостаточность зрительного восприятия, приводящая к стойкому отставанию в развитии семантической стороны речи, имеет место у детей с оптической алалией. Для них характерна крайняя бедность представлений об окружающем, замедленное развитие понимания слов, имеющее совсем другую природу, чем при сенсорной алалии. Отставание в развитии зрительного

восприятия, зрительных предметных образов у детей с ТНР часто сочетается с нарушением пространственных представлений. В частности, дети с дизартрией затрудняются в дифференциации понятий справа, слева, с трудом усваивают многие пространственные понятия — спереди, сзади, между, не могут сложить из части целое и т. д. Особенно стойко пространственные нарушения проявляются в рисовании человека: изображение отличается бедностью, примитивностью, что типично для детей не только с дизартрией, но и с алалией.

У некоторых детей с ТНР наблюдаются недоразвитие временных представлений, нарушение их вербализации, а также несовершенство субъективного ощущения времени, что оказывает отрицательное влияние на развитие устной речи. Нарушается употребление предлогов и наречий, выражающих временные отношения, глаголов настоящего, прошедшего и будущего времени. Существенным сопутствующим признаком при ТНР является нарушение памяти. Структура расстройства памяти зависит от формы речевого нарушения. Так, у детей с ринолалией зрительная память развита лучше, чем слуховая. Однако по сравнению с нормально говорящими они хуже запоминают слова и предметы, у них значительно снижено логическое запоминание.

Дети с дизартрией иногда обнаруживают более низкие результаты зрительной памяти, чем слуховой, что связано с выраженными нарушениями зрительного восприятия, слабостью пространственных представлений. Это особенно проявляется при запоминании серии геометрических фигур. Следует отметить, что уровень памяти, особенно слуховой, снижается с понижением уровня речевого развития. В частности, весьма низкие показатели в объёме кратковременной и долговременной памяти обнаруживают дети с моторной алалией, развитие речи которых соответствует I—II уровням речевого развития. Запоминание словесного материала у детей с алалией протекает значительно труднее, чем запоминание образов, что обнаруживается уже при узнавании — наиболее низком уровне мнестической деятельности. В целом по

сравнению с нормально говорящими у детей с ТНР снижен объём всех видов памяти (слуховой, зрительной, тактильно -кинестетической).

Нарушение структуры деятельности, неточное и фрагментарное восприятие инструкции связаны не только со снижением мнестической деятельности, но и с особенностями внимания. Внимание у детей с ТНР характеризуется рядом особенностей: неустойчивостью, трудностью переключения, низким уровнем произвольного внимания и т. д. Так, у детей с дизартрией вследствие повышенной возбудимости наблюдаются неспособность к длительному напряжению, утомляемость, особенно при интеллектуальной деятельности.

Низкий уровень произвольного внимания обнаруживается у детей с моторной алалией. При этом страдают все основные звенья деятельности: инструкция воспринимается неточно, фрагментарно; задания выполняются с ошибками, которые не всегда самостоятельно замечаются и устраняются детьми; нарушаются все виды контроля за деятельностью (упреждающего, текущего, последующего). Причём наиболее страдают упреждающий (связанный с анализом условия задания) и текущий (в процессе выполнения задания) виды контроля. Следует отметить, что для детей с алалией весьма трудным является распределение внимания между речью и практическим действием, что и приводит к несформированности или значительному нарушению структуры деятельности. ТНР особенно влияют на формирование высших уровней познавательной деятельности, обуславливая специфические особенности мышления.

Контингент детей с дизартрией по уровню мыслительной деятельности крайне неоднороден. Одни из них близки к нормально развивающимся сверстникам, другие, составляющие большинство, отличаются низкой познавательной активностью, проявляющейся в отсутствии интереса к заданиям, в недостаточном уровне психического напряжения и т. д.

Вследствие двигательных и сенсорных нарушений недостаточно развивается наглядно - действенное и наглядно - образное мышление.

Задержано формирование словесно - логического мышления, что проявляется в трудностях установления сходства и различия между предметами, несформированности многих обобщающих понятий, в трудностях классификации предметов по существенным признакам. Низкая умственная работоспособность отчасти связана с церебрастеническим синдромом, характеризующимся быстро нарастающим утомлением при выполнении интеллектуальных заданий, в результате чего снижена способность к запоминанию и концентрации внимания. Таким образом, у детей с дизартрией часто не формируются основные предпосылки, на которых базируется логическое мышление, что в сочетании с эмоционально - волевой незрелостью определяет структуру специфической задержки психического развития.

Своеобразно формируется мыслительная деятельность у детей с алалией. Первой особенностью мыслительных процессов является неравномерное развитие мышления с недостаточностью тех сторон, которые особенно тесно связаны с речевой деятельностью: понятийного мышления и обобщающей функции слова. Вторая особенность — недостаточная динамика мышления, замедление темпа мыслительных процессов, их инертность. Таким образом, всем детям с алалией в операциях вербального мышления трудно строить умозаключения, также у них снижена способность к обобщению и абстракции. Кроме того, для этих детей характерны нарушения интеллектуальной деятельности в виде недостаточной активности, целенаправленности, произвольности.

Воображение, являясь неперенным условием становления тех черт личности, которые выражают отношение к самому себе и другим людям, тесно связано с речью. Задержка в развитии речи знаменует собой и задержку развития воображения. Для детей с ОНР характерны недостаточная подвижность, инертность, быстрая истощаемость процессов воображения. Сравнительное изучение невербального и вербального творческого воображения учащихся младших классов с ТНР и нормально говорящих показало, что у учащихся с нарушением речи большинство показателей

оказалось ниже, чем у контрольной группы. Образы, создаваемые детьми с ТНР на бумаге, отличались (по сравнению с нормально говорящими) меньшим количеством деталей, недостаточной чёткостью и тщательностью изображения, редким использованием оттенков цветов, однообразием раскрашивания рисунков. При изучении особенностей вербального творческого воображения обнаружено, что оно значительно беднее у детей с ТНР по сравнению с нормально говорящими. В частности, почти половина учащихся с ТНР не смогла придумать окончание сказки, в то время как все испытуемые контрольной группы справились с заданием. Те учащиеся, которые пытались завершить сказку, как правило, не смогли ввести новых персонажей, придумать новый поворот сюжета. Таким образом, следует, что представления и образы у детей с ТНР зачастую не имеют яркости, чёткости, логической достоверности, тонких смысловых оттенков. Отмечаются слабая гибкость, недостаточная пластичность процессов мышления и воображения, эмоциональная бедность содержания продуктов творчества.

ТНР отрицательно сказываются на формировании личности, вызывают специфические особенности эмоционально - волевой сферы. У детей с ринолалией нарушение речи способствует развитию таких качеств личности, как застенчивость, нерешительность, замкнутость, негативизм, уход от общения, чувство неполноценности. У детей с дизартрией эмоционально - волевые нарушения проявляются в виде повышенной эмоциональной возбудимости и истощаемости нервной системы. Одни склонны к раздражительности, двигательно беспокойны, часто проявляют грубость, непослушание, другие заторможены, пугливы, избегают трудностей, плохо приспосабливаются к изменению обстановки.

Большинство детей характеризуются малой инициативностью, зависимостью от окружающих, у некоторых недостаточно развито чувство дистанции. Характерологические и патохарактерологические реакции носят характер протеста, отказа. Неуверенные в себе, обидчивые они часто плохо уживаются в кругу нормально говорящих сверстников, замыкаются в себе.

Дети с моторной алалией весьма разнородны по особенностям эмоционально - волевой сферы. Чаще всего для них типичны повышенная тормозимость, снижение активности, неуверенность в себе, речевой негативизм. Менее малочисленной является группа детей, которым свойственна повышенная возбудимость. У них отмечаются гиперактивность (не всегда продуктивная), суетливость, лабильность настроения, отсутствие переживания своего языкового расстройства. Небольшую по численному составу группу составляют дети, у которых эмоционально - волевая сфера сохранена.

Непременной составляющей процесса социальной адаптации личности является социально - ролевое поведение, определяющее совокупность психологических свойств и форм поведения. Расстройства в эмоционально - волевой, личностной сферах детей с ТНР ухудшают их работоспособность, что отрицательно сказывается на качестве их знаний.

В заключение следует отметить, что, хотя коррекция речи детей с ТНР является длительным и сложным процессом, тем не менее в результате логопедических занятий у детей постепенно развивается чутьё языка, происходит овладение речевыми средствами, на основе которых возможен переход к самостоятельному развитию и обогащению речи в процессе свободного общения.

2. Коррекционно-логопедическая работа по формированию звукопроизводительной стороны речи

Тяжелые нарушения речи (ТНР) – это группа речевых нарушений, которая включает в себя целый перечень медицинских и логопедических диагнозов. У детей с ТНР, в большинстве случаев не наблюдаются проблемы со слухом и интеллектом, но для них характерны серьезные речевые дефекты.

Речь является одной из сложных высших психических функций человека, обеспечиваемой деятельностью головного мозга. Избирательные нарушения речевой системы, тяжелые нарушения речи развиваются в связи с органическими поражениями мозга.

ТНР – это стойкие специфические отклонения в формировании всех компонентов речи (грамматического строя, звукопроизношения, фонематических процессов и т.д.). Диагноз «тяжелое нарушение речи» ставится на основании заключения ПМПК – психолого-медико-педагогической комиссии.

К тяжелым нарушениям речи относятся дизартрия, алалия, афазия, общее недоразвитие речи (1 и 2 уровни речевого развития), заикание, ринолалия.

ТНР – это не какой-то один диагноз, а собирательный термин, который включает в себя различные нарушения. Соответственно, коррекция должна основываться на конкретном дефекте, который выявлен у ребенка.

К тяжелым нарушениям речи относятся:

Алалия – это тяжелое недоразвитие или полное отсутствие речи, вызванное органическим поражением речевых центров мозга. При этом нарушены все компоненты речи – фонетико-фонематический и лексико-грамматический.

Дизартрия - это речевое нарушение связано с поражением двигательных отделов центральной нервной системы. При дизартрии нарушается произносительная сторона речи, звукопроизношение и просодия. Это нарушение обусловлено недостаточностью иннервации мышц речевого

аппарата. Дизартрия характеризуется поздним развитием речи. В дальнейшем речь плохо понятна для окружающих. Самая тяжелая дизартрия бывает у детей с детским церебральным параличом. При дизартрии нарушается и звукопроизношение, и интонационно-выразительная сторона речи. Дизартрия проявляется в разных формах и степенях. Наиболее распространенной в настоящее время является «стертая степень» дизартрии. Ребенок со стертой дизартрией имеет нарушения звуковой и интонационно-выразительной сторон речи. Голос и дыхание во время речи у таких детей ослаблены. Речь часто ускорена, а голос тихий. Нарушены модуляции голоса по высоте и силе. Ребенок затрудняется в произнесении слов усложненной слоговой структуры. Разборчивость речи ухудшается в зависимости от объема речевого материала. Поэтому дети не могут выступать на детских праздниках и читать стихи. Самым заметным дефектом является нарушенное звукопроизношение. У ребенка могут быть изолированно поставлены все звуки, но в речи ребенок по-прежнему их искажает. Даже поставленные звуки не используются в речи и не закрепляются при их автоматизации.

Афазия – частичная или полная утрата уже сформировавшейся речи, вызванная локальным органическим поражением речевых зон мозга. Этот диагноз ставится только детям старше 3-4 лет (т.е. речь должна быть уже сформирована).

Заикание (логоневроз)– речевое нарушение, которое в большинстве случаев возникает в раннем возрасте. Представляет собой нарушение темпоритмической стороны речи, для которого характерно повторение слогов, слов, частые запинки и т.д.

ОНР (общее недоразвитие речи). К тяжелым нарушениям речи относится первая и вторая степень ОНР. Для первой степени характерно полное отсутствие речи, поэтому ребенок изъясняется только жестами, мимикой и т.д. При второй степени ОНР речь находится в зачаточном состоянии. Ребенок использует искаженные слова, он может строить лепетные предложения.

Ринолалия. Самой сложной и тяжелой формой является «открытая» ринолалия, возникающая вследствие врожденного расщепления мягкого или твердого неба. При этом дефекте отмечается позднее появление речи. Речь ребенка с ринолалией в целом мало разборчива из-за носового оттенка. Особенности устной речи детей с ринолалией во многих случаях являются причиной отклонения в формировании других речевых процессов. Страдает не только артикуляция звуков, но и развитие просодических элементов речи. Все это затрудняет развитие социализации и коммуникативных функций у ребенка с ринолалией.

В некоторых источниках к ТНР относят и другие нарушения:

- Дисфония (нарушение высоты, силы и тембра голоса).
- Афония (отсутствие фонации).
- Тахилалия (патологически ускоренный темп речи) и брадилалия (замедленная речь).

Каждое из этих нарушений может быть разной степени тяжести. В ряде случаев расстройство настолько тяжелое, что ребенок признается комиссией ограниченным в своих возможностях. Это уже является поводом к назначению группы инвалидности.

Работа над устранением тяжелых нарушений речи всегда проводится комплексно, т.е. с привлечением сразу нескольких специалистов. В коррекционном процессе участвует детский психолог, логопед, дефектолог, а также невролог, терапевт и педиатр, которые обеспечивают необходимое медицинское сопровождение.

Для каждого ребенка разрабатывается индивидуальная программа работы, которая учитывает конкретное расстройство и его специфику. Для дошкольников есть специальные игры, логоритмические упражнения и другие занятия, которые способствуют общему укреплению здоровья, развитию мелкой моторики, которая непосредственно влияет на речевую функцию, а также тренировке артикуляционного аппарата.

Логопедическая работа строиться с учетом дефекта:

1. системность;
2. доверительный контакт с ребенком;
3. окончание занятий на положительной ноте до момента отставания.

Работа ведется по развитию фонематического слуха, постановка речевого дыхания, развитие подвижности органов артикуляции, формирование правильных артикуляционных укладов постановка звуков, последующая их автоматизация и дифференциация, работа по развитию словаря и грамматического строя речи.

Компоненты комплексного метода:

1. Благоприятная окружающая обстановка и хорошее отношение к ребенку. Обстановка должна отвлечь ребенка от мысли о дефекте речи. Нужно формировать уверенность в перевоспитании речи, в свои силы и душевное спокойствие ребенка.

2. Режим дня и рациональное питание. Нужно создать определенный вид жизни ребенка особое внимание уделяется правильному чередованию сна и бодрствование.

3. Лечение медицинским воздействием.

4. Непосредственное логопедическое воздействие:

- нормализация речевой моторики, расслабление органов и артикуляции.
- нормализация темпа и плавности речи.
- нормализация психической деятельности ребенка.
- активизация процесса общения.

Родители, у которых растет ребенок с тяжелой речевой патологией, не должны ограждать его от общения со сверстниками, имеющими нормальную речь. Важно всячески поддерживать интерес ребенка к речевому общению, помогая ему в осуществлении такого стремления.

Родители обязательно должны включаться в процесс развития речи своего ребенка. Важно соблюдение режима дня, поддержание благоприятной обстановки внутри семьи. Прогноз коррекции во многом зависит от конкретного нарушения и его тяжести, поэтому каждый случай индивидуален.

При разработке адаптированных образовательных программ для разных категорий детей с тяжелыми нарушениями речи необходимо ориентироваться на коррекционные программы, утвержденные, апробированные и рекомендованные к использованию, на авторские методики и инновационные технологии.

Заключение

Современное и правильное развитие речи детей дошкольного возраста является залогом не только хорошей успеваемости в школе, но и гарантией правильного формирования всей психической деятельности ребёнка. Цель логопедической работы по коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста - исправление неправильного употребления звуков во всех видах речевой деятельности: в устной, письменной, заученной и самостоятельной речи, в процессе игры, учёбы, общественной жизни.

Методика преодоления дефектов звукопроизношения в логопедии наиболее разработана. Очень много сделано в этом отношении профессором Ф.А.Рау, профессором М.Е.Хватцевым. Из зарубежных авторов необходимо назвать Г.Гутцман, работы которого сохраняют своё значение до настоящего времени.

Модернизация образования предусматривает комплексное, всестороннее обновление всех звеньев образовательной системы в соответствии с требованиями к обучению. Эти изменения касаются вопросов организации образовательной деятельности, технологий и содержания.

Одной из ведущих линий модернизации образования являются достижения нового современного качества дошкольного образования. Это вызывает необходимость разработки современных коррекционно-образовательных технологий.

Список использованных источников

1. Волков Б.С., Волкова Н.В. Методы изучения психики ребенка. - М.: Профессиональное образование, 1994.
2. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников, второе издание, М., Просвещение, 1990.
3. Каше Г.А. «Подготовка к школе детей с недоразвитием речи». М., издательство Просвещение 1985 г.
4. Коноваленко В.В., Коноваленко С.В. Тетради для закрепления звуков. (Звуки “Ч, Щ”).
5. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской . — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. — 680 с
6. Лопухина И. С. Логопедия. Упражнения для развития речи. “Дельта” С. — П. 1999.
7. Логопедия: Учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. -315 с.
8. Парамонова Л. Г. Говори и пиши правильно “Дельта” “Аквариум” 1996.
9. Пузанов, Б. П. Дефектология. Словарь-справочник / Б.П. Пузанов. - М., 1996.-428 с.
10. Рау Е.Ф., Рождественская В. И., “Исправление недостатков произношения у школьников” М. Просвещение” 1969.
11. Селивёрстов В.И. «Обучение и воспитание детей с нарушениями речи».
12. Т. Б. Филичева, Т. В. Туманова «Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием речи. Воспитание и обучение». М., издательство ГНОМ и Д, 2000 г.

13. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. Практикум по логопедии, Учебное пособие для учащихся педагогических училищ. — М.: Просвещение, 1989. — 239 с.
- иличева Т.Б., Каше Г.А. Дидактический материал по исправлению недостатков речи у детей дошкольного возраста Москва, «ПРОСВЕЩЕНИЕ» 1990
- стребова А.В. Коррекция недостатков речи у учащихся школ. / А. В. Ястребова. - М., 1997. - 197 с.