

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kontrolnaya-rabota/13742>

Тип работы: Контрольная работа

Предмет: Дошкольная педагогика

нет

1. Клиническая характеристика речевых нарушений

Особенностью речевых нарушений в детском возрасте является их обратимость, что связано с высокой пластичностью детского мозга.

Клинические формы нарушения речи следующие.

1. Периферического характера:

а) механическая дислалия (нарушения звуко-произношения, связанные с различными нарушениями строения артикуляционного аппарата); функциональная дислалия (нарушение функции артикулирования – неправильные, неточные движения артикуляционного аппарата при сохранном строении органов артикуляции);

б) ринолалия – нарушение звукопроизношения и просодической стороны речи, в первую очередь голоса, вызванное нарушением строения артикуляционного аппарата в виде расщелин (незаращения) губы, альвеолярного отростка, десны, твердого и мягкого нёба и др. Может быть открытой, когда воздушная струя при звукообразовании проходит не только через рот, но и через полость носа, и закрытой, проявляющейся при нарушениях нормальной проходимости носовой полости при аденоидах, опухолях, хронических процессах в носоглотке;

в) ринофония – нарушение тембра голоса при нормальной артикуляции звуков речи, обусловленное дискоординацией участия ротовой и носовой полости в процессе фонации;

г) дисфония – расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата.

Проявляется либо в отсутствии фонации (афония), либо в нарушении силы, высоты и тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими расстройствами голосообразующего механизма центральной или периферической природы.

2. Центрального характера:

а) дизартрия – нарушение звуковой системы языка (звукопроизношения, просодики, голоса) в результате органического поражения центральной нервной системы. Нередко при дизартрии нарушения не ограничиваются только произносительной стороной, но касаются также лексико-грамматической стороны и понимания речи;

б) алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка (до формирования речи);

в) афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, затрагивающих речевые зоны;

г) дисграфия, или аграфия, – специфическое, соответственно частичное или полное расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звуко-слового состава и структуры предложения;

д) дислексия (алексия) – стойкое нарушение чтения, связанное с недоразвитием в основном височно-теменно-затылочной областей головного мозга.

2. Особенности развития когнитивной сферы при нарушениях речи

Внимание при дислалии и дизартрии менее устойчиво, чем в норме. Отличается пониженный уровень переключаемости. Нарушение устойчивости и переключаемости связаны с недостаточной подвижностью основных нервных процессов в коре мозга. При дизартрии отмечается понижение кривой работоспособности к концу выполнения задания. Это свидетельствует о быстрой истощаемости процессов внимания. Однако на начальных этапах работы показатели продуктивности и вработываемости могут быть сопоставимы с возрастной нормой. Устойчивость внимания оценивается у детей оценивается как средняя. Объем внимания оказывается снижен по сравнению с возрастной нормой, тогда как временные параметры выполнения задания могут приближаться к ней. При ринолалии особенности внимания зависят от той группы, к которой относится ребенок. При наличии органического поражения ЦНС внимание нарушается в большей степени, чем при функциональных нарушениях.

Память у детей с функциональной дислалией и стертой формой дизартрии характеризуется сужением

объема запоминания, ошибками при воспроизведении. Данные особенности обусловлены ослаблением внимания и фонематического слуха. Отклонения в состоянии мнестической деятельности более значительны при дизартрии, на что указывают исследования.

Мышление при дислалии практически не отличается от нормативных показателей. При стертой форме дизартрии особенности мышления обусловлены снижением функции внимания и памяти. В более тяжелых случаях отмечается замедленное протекание интеллектуальных процессов, снижение уровня обобщения, конкретность мышления. При ринолалии в большей степени страдает словесно-логическое мышление. Отмечается слабость обобщения, инертность мыслительных операций, трудности в установлении причинно-следственных связей: дети не могут самостоятельно разложить серию картинок в определенной последовательности, установить причинно-следственные связи между ними.

При алалии имеются особенности памяти: сужение ее объема, быстрое угасание возникших следов, ограниченность удержания словесных раздражителей и т. д. Особенно страдает вербальная память — произвольная, опосредованная, включающая память на слова, фразы, целостные тексты. Вербальная память является специфической человеческой памятью в отличие от двигательной, образной, эмоциональной. При зрительном подкреплении дети запоминают материал легче, речезрительная память оказывается более развитой. Трудности в подборе слов вместе с забыванием слов и затруднениями в воспроизведении их структуры резко ограничивают возможности произвольного высказывания ребенка. Отмечается снижение активной направленности в процессе припоминания сюжетной линии, последовательности событий, недостаточная активность наблюдательности, дети как бы скользят взором по картинке, не видя, не улавливая существенных деталей.

Вопрос о состоянии мышления детей с алалией должен решаться дифференцированно, так как встречается многообразие вариантов речевого недоразвития, при котором отмечается различная выраженность интеллектуальной недостаточности: от легкой вторичной задержки умственного развития до умственной отсталости.

У детей отмечается психофизическая расторможенность или заторможенность, пониженная наблюдательность, недостаточность мотивационной и эмоционально-волевой сферы. Дети долго не включаются в выполнение задания, поверхностно оценивают проблемную ситуацию, имеют нестойкость интересов, интеллектуальную пассивность, пробелы в знаниях, связанные с отсутствием речевого опыта и ограниченной познавательной деятельностью, специфическое поведение и ряд других особенностей. Говоря о фиксированности заикающихся на своем дефекте, обыкновенно полагают, что это какое-то особое качество или свойство внимания (произвольное, концентрированное, интенсивное, застревающее, устойчивое и т.д.), которое может быть в разной степени характерно для заикающихся.

Ощущение, восприятие, память, мышление, эмоции, чувства, волевые усилия и действия — все это с организующей помощью внимания становится более отчетливым, полным, сильным, осознанным, продуктивным, может качественно меняться. Следует полагать, что такую же роль внимание (как психологический фактор) играет и в образовании, и развитии феномена фиксированности заикающихся на своем дефекте, т.е. оно усиливает, усугубляет и трансформирует отражение имеющегося дефекта речи в психических процессах, состояниях, свойствах и поведении заикающихся.

Сохранение в памяти представлений именно о своих речевых запинках и обо всем том, что связано с ними, отражает избирательность памяти как ее свойства и как результат активности сознания, как своеобразной установки на свой дефект. У заикающихся могут сохраняться в памяти представления: а) о своих речевых запинках как факторе неправильной (не как у всех) речи, которые по-разному проявляются в разных условиях и в разных видах речевой деятельности (образная память); б) о своих речевых затруднениях, которые мешают свободному речевому процессу и не поддаются самостоятельному преодолению и даже, наоборот, усиливаются при попытках их преодолеть (оперативная память); в) о своих переживаниях, связанных с неудачными попытками по преодолению речевых запинок, с обидным отношением к дефектной речи со стороны окружающих, с ощущениями собственной неполноценности (эмоциональная память). Состояние яркого переживания способствует наиболее прочному запоминанию.

Мышление участвует в каждом процессе познавательной деятельности. Мыслительная оценка ощущаемого и воспринимаемого предполагает их соотнесение с имеющимся опытом, знаниями. Таким образом, мышление связывает у заикающихся отдельные ощущения в обобщенные восприятия речевых запинок, формирует представления и понятия о своей дефектной речи, об особенностях ее проявлений, о влиянии на положение заикающегося в обществе и т.д.

У больных с афазией неустойчивое, быстро истощаемое внимание, часто наблюдаются расстройства памяти, сужение ее объема, нарушение прочности сохранения информации.

Особенности нарушения мышления при разных формах афазии:

При лобной динамической афазии интеллектуальный дефект является первичным (что отличает эту форму от других). Речевой дефект отражает интеллектуальную недостаточность. Больные не в состоянии анализировать даже элементарные задачи, выделять существенные связи. Отсутствует мотив интеллектуальной деятельности, общая цель решения задачи.

При семантической афазии затруднены многозвеньевые мыслительные операции, при которых необходима система устойчивых словесных следов, их удержание в процессе решения умственной задачи. У этих больных сужено значение слов, часто нарушено зрительное восприятие, пространственный гнозис и праксис. Они испытывают затруднения при решении задач, требующих симультанного анализа и синтеза (например, составление целого из частей). Нарушено решение задач, требующих оптико-пространственного анализа и синтеза, конструирование. Абстрактное мышление и общая стратегия мышления сохранены.

При эфферентной моторной афазии значительно нарушена интеллектуальная деятельность. Умственные операции замедлены, фрагментарны. Больные с трудом понимают условия задачи, им трудно переключаться в процессе ее решения с одного звена на другое (происходит застревание на отдельных операциях).

При афферентной моторной афазии нарушения мыслительной деятельности менее заметны, чем при эфферентной моторной афазии.

При сенсорной афазии особенности мышления связаны с трудностями восприятия формулировки задачи, с сохранением ее в памяти.

Познавательная деятельность детей с дисграфией характеризуется определенными особенностями: более низким уровнем развития мышления, восприятия, памяти, внимания, неоднородностью и вариативностью проявлений, различной структурой нарушения, диспропорцией в развитии психических процессов, а также различных структурно-функциональных компонентов психических функций. При этом особенности познавательной деятельности коррелируют со степенью выраженности дисграфии и нарушениями устной речи.

нет

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kontrolnaya-rabota/13742>