

ІНДЗ

з неврологічних основ логопедії

на тему:

“Порушення фонематичного слуху - як основа сенсорної афазії. Акустико- семантичні порушення”

Підготувала
студентка ДО-34

Василюк Оксана

Фонематичний слух – це здатність людини до аналізу і синтезу мовних звуків, це сприйняття фонем даного мови. Фонема (грецьк. “звук”) – мінімальна одиниця звукового ладу мови; фонемати служать для побудови і розрізнення значимих одиниць мови: морфем, слів, речень .



Афазія - виникає при локальних ураженнях кори головного мозку (і в "найближчих підкірках" - за словами Г.Р.Лурия) лівої півкулі (у правшів). Виникає при органічних ураженнях мовних відділів кори мозку внаслідок перенесених травм, пухлин, інсультів, запальних процесів і за деяких психічних захворюваннях. Афазія - повна чи часткова втрата мови, обумовлена локальними ураженнями мозку.

Одне з типів ураження - афазія Верніке чи сенсорна афазія (22 поле). У його основі лежить порушення фонематичного слуху, розрізнення звукового складу слів, ураження у місці стикання кори тім'яної, потиличної та скроневої ділянок.

Фонематичний слух здійснює операції розрізнення і пізнавання фонем, що складають звукову оболонку слова. Він формується у дитини в процесі мовного розвитку в першу чергу. Розвивається і фонетичний слух, який здійснює "стеження за безперервним потоком складів". Оскільки фонемі реалізуються у вимовних варіантах - звуках (алофонів), важливо, щоб ці звуки виголошувалися нормованої, тобто в загальноприйнятих, звичних реалізаціях, інакше їх важко впізнавати хто чує.

Фонематичний та фонетичний слух (вони спільно складають мовний слух) здійснюють не тільки прийом та оцінку чужої мови, але й контроль за власною мовою.

Для усного мовлення при
сенсорій афазії
притаманні:

- Багатократні повторення
слів;
- Мовлення емоційно
зabarвлення;
- Багато інтоноване та
прискорене;



Хворі на сенсорну афазію схоплюють звучання за допомогою будь-якого смислового контексту, що прийшов в голову.. Крім того, спонтанно виникають компенсаторні тенденції ,які призводять до того, що, намагаючись зрозуміти слово, хворі спираються на його переносний сенс або на граматичну частину, перш за все, суфікси, наприклад, слово "Дзвіночок" пояснюється хворим ,як щось маленьке, а що саме, залишається неуточненими.

Причини розвитку сенсорної афазії

А.Р. Лурія вважав причинними розвитку синдрому сенсорної афазії як порушення фонематичного слуху, так і мовну слухову агнозію.

Узагальнюючи дані літератури, можна констатувати, що в них містяться твердження, згідно з якими причиною розвитку сенсорної афазії є:

1. мовна слухова агнозія, тобто симптоматика ураження вторинної кори;
2. порушення фонематичного слуху.
3. нейролінгвістична точка зору

При сенсорій афазії дефекти спричинені порушеннями акустичного аналізу звуків(внаслідок дефектів фонематичних опозицій).

Порушується розрізнення корелятивних форм за твердістю-м'якістю, глухістю-дзвінкістю, наголошеністю-ненаголошеністю, втрачається здатність диференційовано сприймати звуки

Сенсорна афазія характеризується втратою здатності розуміння мовлення оточуючих. Елементарний слух збережений, але фонемний слух порушений. Унаслідок відсутності слухового контролю порушується і моторна (експресивна) мова. Хворі сенсорною афазією говорять багато, але незрозуміло. Слова вимовляються неправильно. Часто один звук (буква) замінюється іншим - вербальні парафазії. В результаті мовлення незрозумілою і представляє собою потік безглузвих звуків, що позначаються термінами "словесна окрошка", "словесний салат". Але хвора людина не усвідомлює, що говорить неправильно, що в неї - мовний дефект. Хворий сприймає своє мовлення як цілком нормальне, звичайне, а от мовлення інших людей йому незрозуміле. Поєднання моторної і сенсорної афазій позначається як тотальна афазія.

Робота на стадії з важким ступенем вираженості

На самому початку корекційної роботи у особливо грубих випадках сенсорної афазії застосовуються немовні форми роботи з метою встановлення контакту, організації діяльності хворого, концентрації процесу уваги. Хворому пропонують для змальовування і списування дуже прості, схемні малюнки і підписи до них .

У цих же цілях використовують складання розрізних картинок, ліплення, конструювання фігур з елементів, немовні ігри і т.д. Інструкції до дії даються за допомогою міміки і жестів.

На першому етапі роботи з хворими необхідно привернути, зосередити і утримати увагу хворого на конкретному змісті слова. Для цього у вправи вводять нескладні для сприйняття слова і емоційно насичені легкі фрази. Потім відбувається підготовка до відновлення письмової мови.

Етапи:

- 1.Складання складів і слів з букв розрізної азбуки (оперуючи ізольованими буквами хворого наочно відчуває значення звукової послідовності, звукової структури слова).
- 2.Складання слів з окремих складів.
- 3.Заповнення пропущених букв в словах і т.д
- 4.Розкладання підписів до наочних і простим сюжетним картинкам.
- 5.Лист слів, складів і букв по пам'яті.

Робота на стадії з середнім ступенем вираженості

Головною задачею на цій стадії буде **ВИХОВАННЯ** слухового контролю за мовою, усунення вербальних парафазій, подолання експресивного аграматизму і дисграфії.

Робота при легкому ступені вираженості сенсорної афазії

Основними задачами на даному етапі є робота над розумінням розгорненої мови, відновлення смислової структури слова і підвищення контролю за власною мовою. На цій стадії, робота ведеться у вигляді бесід на близькі хворому теми, а також з використанням усних інструкцій, що пред'являються у порядку їх ускладнення. Надзвичайно корисне прослуховування хворим цікавих за змістом текстів, читаних вголос і відповіді на питання по тексту.

>Коррекционное вплив попри всі формах афазії складається з цих двох напрямів:

1. Медичне напрям — пряме відновлення постраждалої функції з допомогою медикаментозних коштів. Курс лікування проходить за призначенню й під наглядом лікарів.

>2.Логопедическое напрям — безпосереднєвосстановительное навчання спеціально організованих заняттях.

>Логопедические заняття рекомендується починати якомога швидше, щоб запобігти виникнення вторинних порушень сну і закріплення патологічних проявів.

Існують загальних положень на відновлення мови в дітей із моторної і сенсорної афазію.

Відновлення мовної функції передбачає використання різних прийомів порастормаживанию збережених елементів мовної системи. Один із чільних напрямів у роботі — відновлення пасивного і активної словникового запасу.

За формою проведення логопедичні заняття мають носити переважно індивідуальний характер, оскільки діти суттєво різняться друг від друга за своїми мовним і особистісним особливостям. З іншого боку, відновлення промови завжди протікає в різних дітей по-різному.

Протягом усього часу логопедичної роботи необхідна допомогу батьків, вихователів, близьких дитини: вони мають продовжувативосстановительную роботу, контролювати її, вселяти у дитину віру у його власні сили.

Оскільки отримані під час занять мовні навички дуже нестійкі і швидко втрачаються, потрібно протягом всього терміну навчання неодноразово повторювати і закріплювати засвоєне

Відновлення промови при сенсорної афазії

Оскільки сенсорна афазія в дітей віком в чистому вигляді зустрічається рідко й у сучасній логопедии маловивчена, докладно розробленої методики відновлення мови в цієї категорії дітей немає.

> Сенсорні афазики перебувають у більш складному становищі, ніж моторні, тому що в них різко обмежена розуміння промови. Дитина погано контактує з оточуючими, його не концентрується належним чином на промови; інтелектуальні можливості знижено (вдруге). Тому завдання першочергової важливості — викликати дитини на контакт, активізувати його позитивні емоції. Увага дітей повертають до значенням конкретного слова, смислового змісту короткій інструкції. У цьому рекомендується усне завдання супроводжувати демонстрацією таблички із відповідною написом. У процесі відновлення промови необхідно спиратися на сохранившиеся аналізатори, головним чином зоровий, руховий.

> Коррекційна робота протікає дуже важко зберегти й потребує багато часу. основні напрями корекції дефекту включають:

1. Розвиток в дітей віком фонематичного сприйняття, оскільки це головне порушення при даному дефекті.
2. Навчання дітей розумінню промови. Цей новий напрям зливається з цим, і до них приєднується робота над вимовою слів, подібних звучанням, але різних за змісту (клубок — клубок, вудка — уточка).
3. Виховання в дитини досвіду слухового контролю над власної промовою і промовою оточуючих.

Коли дитина раніше навчався школі, у процесі логопедичних занять рекомендується проводити серію вправ з листа і читання. Сенсорні афазики важко сприймають на слух які диктуються слова фрази (чи навіть дуже прості). Тому необхідно максимально використовувати усі кошти, які допомагають сприймати матеріал. Так, диктант має поєднати у собі всі види опори (зорову, графічну та інших.).

Зміст логопедичної роботи за всіх формах афазії залежить від етіології і обсягу органічного порушення, і навіть від його віку дитини.

> Первоначальну допомогу (медичну і педагогічну) дитина одержує у умовах стаціонару, де працюють логопед. Надалі вона може спрямований для індивідуальних занять до спеціального (дошкільна чи шкільне) установа. Лікар продовжує стежити ним амбулаторно.

Терміни корекційної роботи визначити важко, вони індивідуальні кожному за дитину і можуть коливатися від півроку за кілька років.