**Причины появления общего недоразвития речи у детей**

   При нормальном речевом развитии у ребенка к пяти годам  звукопроизношение и звуковой анализ и синтез сформированы достаточно для, овладения  навыками словообразования и словоизменения, ребенок имеет достаточный словарный запас, для свободного использования связной речи. Однако, как пишут Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина, у некоторых детей даже при нормальном слухе и интеллекте нарушается формирование каждого из компонентов языка: фонетики, лексики, грамматики. Это нарушение впервые было определено Р.Е. Левиной как общее недоразвитие речи[20]. По мнению  Н.С. Жуковой и  Т.Б. Филичевой, в логопедии как педагогической науке понятие «общее недоразвитие речи» применяется к такой форме патологии речи у детей с нормальным слухом и первично сохранным интеллектом, когда нарушается формирование всех компонентов речевой системы [7].

     Р.Е. Левина отмечала, что нарушения речи у детей многообразны по своим проявлениям. Одни недостатки касаются только произношения, другие затрагивают процессы фонемообразования и выражаются не только в дефектах произношения, но и в затруднениях звукового анализа. Существуют нарушения, охватывающие как фонетико-фонематическую, так и лексико-грамматическую системы, что выражается в общем недоразвитии речи.     Для общего недоразвития речи характерными признаками являются: позднее ее появление (нередко лишь к 7-8 годам), скудный запас слов, аграмматизм, дефекты произношения и фонемообразования. При общем недоразвитии речи наблюдаются сложные и стойкие нарушения письма, связанные с нарушениями всех компонентов речи и их взаимодействия [15].

          У детей с ОНР выделяют четыре уровня развития речи. Наиболее тяжелым является первый уровень развития речи - «отсутствие общеупотребительной речи». Согласно Р.Е. Левиной, этот уровень характеризуется полным или почти полным неумением пользоваться обычными речевыми средствами общения (алалия, слухонемота).  Дети с этим уровнем общаются при помощи лепетных слов и жестов. Почти полностью отсутствует понимание значений грамматических изменений слова, характерно  непостоянство звукового оформления одних и тех же слов, произношение отдельных звуков не имеет четко выраженной, постоянной артикуляции. Для данного уровня развития речи характерна также ограниченная способность воспроизведения слоговых элементов слова. В самостоятельной речи детей преобладают одно- и двухсложные образования, в отраженной речи – сокращения повторяемого слова до одного- двух слогов, все прочие элементы опускаются [7].

       Наиболее ярко ОНР выражается у детей с алалией.  В.А. Ковшиков, изучая экспрессивную алалию, отмечал, что она является наиболее часто встречающейся, и дает ее описание. Экспрессивная алалия – это языковое расстройство, которое характеризуется нарушением усвоения в онтогенезе экспрессивной речи инвентаря языковых единиц и правил их функционирования, что в процессе порождения речи проявляется в невозможности или в разладе производства грамматических, лексических и фонематических операций при полной или относительной сохранности смысловых и моторных (артикуляторных) операций [13]. Автор отметил, что для алалии характерно нарушение всех подсистем языка: синтаксической, морфологической, лексической и фонематической. Типичные проявления алалии – аграмматизм, расстройства поиска слов. У многих детей с алалией отмечаются разнообразные неязыковые нарушения – неврологические и психопатологические. Степень расстройства языка у разных детей может быть различной и проявляться в границах от полного (или почти полного) отсутствия экспрессивной речи до незначительных отклонений в функционировании языковых подсистем [14].

          Второй уровень развития речи  – «начатки общеупотребительной речи». Дети с этим уровнем осуществляют общение при посредстве достаточно постоянного, хотя и весьма искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов. Такая речь также не позволяет ребенку усваивать грамоту в условиях обычного школьного обучения. Дети с данным уровнем обладают довольно большим запасом общеупотребительных слов. Следует отметить, однако, что при затруднениях дети часто прибегают к помощи жестов и заменяют одни слова другими. По мнению Р.Е. Левиной, у детей с этим уровнем намечается различение некоторых грамматических форм, но это различение происходит лишь при определенных условиях и характеризуется большой неустойчивостью. Дети со вторым уровнем развития речи начинают  различать формы единственного и множественного числа глагола, формы мужского и женского рода глагола. В активной речи детей встречаются лишь формы множественного числа некоторых существительных. На этом этапе оказывается возможным произвольное воспроизведение звуков вне слова и поэтому более точная характеристика произносительного фонда ребенка. Однако имеется резкое расхождение между умением воспроизвести звук и умением употребить в его речи. Дети с данным уровнем развития речи с ошибками производят простейшие формы анализа, доступные старшему дошкольнику [15].

          Состояние относительно более сформированного лексико-грамматического и фонетического развития Р.Е.Левина условно выделяет в качестве следующего, третьего, уровня. У детей, достигших данного уровня, оказываются в значительной мере сглаженными проявления, свойственные тяжелым степеням несформировавшейся речи. Довольно обширный словарный запас, наличие правильно построенных предложений, меньшее разнообразие фонетических дефектов делают устную речь этих детей более полноценной. У таких детей уже нет заметных, грубо выраженных лексико-грамматических и фонетических затруднений. Однако в целом такую речь нельзя признать полностью сформированной: неточное употребление слов, аграмматическое построение многих фраз, наблюдаются недостатки произношения. В свободной речи детей с данным уровнем преобладают простые нераспространенные предложения. На этой стадии аграмматизм в устной речи уже мало заметен. Практически в ситуации устного общения скрадываются шероховатости грамматического построения за счет поясняющих жестов, интонации, предикативности речи [15].

          Четвертый уровень развития речи, описанный Т.Б. Филичевой, характеризуется  нерезко выраженными остаточными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития речи. Незначительные нарушения всех компонентов языка выявляются в процессе детального обследования при выполнении специально подобранных заданий. В речи детей встречаются отдельные нарушения слоговой структуры слов и звуконаполняемости. Недостаточная внятность, выразительность, несколько вялая артикуляция и нечеткая дикция оставляют впечатление общей смазанности речи. Незаконченность формирования звукослоговой структуры, смешение звуков характеризуют недостаточный уровень дифференцированного восприятия фонем. Эта особенность является важным показателем еще не закончившегося до конца процесса фонемообразования. У детей с четвертым уровнем отсутствуют ошибки в употреблении простых предлогов, незначительно проявляются затруднения в согласовании прилагательных с существительными. Однако остаются выраженными трудности в использовании сложных предлогов, согласовании числительных с существительными [7].

          Причины ОНР могут быть разнообразны. Различные неблагоприятные воздействия как во внутреутробном периоде развития, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а так же первые годы жизни ребенка могут приводить к общему речевому недоразвитию. Важную роль в формировании структуры речевого нарушения играет время возникновения мозгового поражения. Наиболее тяжелое поражение мозга под влиянием различных вредоносных факторов (инфекций, интоксикаций и т.п.) возникает в период раннего эмбриогенеза. В зависимости от того, какие отделы нервной системы наиболее активно развиваются в период воздействия того или иного вредоносного фактора, недоразвитие может  преимущественно касаться двигательных, сенсорных, речевых или интеллектуальных функций.

     По мнению Т.Б. Филичевой, среди причин, вызывающих общее недоразвитие, наиболее частыми являются инфекции или интоксикации матери во время беременности, токсикозы, родовая травма, асфиксия, резус конфликт, нейроинфекции (заболевая центральной нервной системы) и травмы мозга в первые годы жизни ребенка. Также употребление никотина и алкоголя во время беременности может привести к нарушениям физического и нервно-психического развития ребенка, одним из проявления которых часто является общее недоразвитие речи. Большую роль в возникновении речевых нарушений, в том числе и общего недоразвития речи, принадлежит генетическим факторам. В этих случаях речевой дефект может возникнуть под влиянием даже незначительных неблагоприятных внешний воздействий.

     Так как речь является важнейшей социальной функцией, для ее полноценного развития необходимо общение ребенка в первую очередь с эмоционально близкими для него взрослыми. Уже к первому году жизни у ребенка формируется потребность в общении, столь необходимая для овладения навыком речи [6]. Следовательно, соглашаясь с мнением Н.С. Жуковой, Е.М. Мастюковой и Т.Б. Филичевой, можно утверждать, что возникновение общего недоразвития речи может быть связано с неблагоприятными условиями окружения и воспитания, такими как психическая депривация в период наиболее интенсивного формирования  речи, что приводит к отставанию в ее развитии. Если же влияние этих факторов сочетается хотя бы и с нерезко выраженной органической  недостаточностью центральной нервной системы или с генетической предрасположенностью, то нарушения речевого развития приобретают более стойкий характер и проявляются в виде общего недоразвития речи [7]. На основе представленных данных можно сделать общее заключение о сложности и полиморфизме этиологических факторов, вызывающих общее недоразвитие речи. Наиболее часто имеет место сочетание наследственной предрасположенности, неблагоприятного окружения и  повреждения или нарушений созревания мозга под влиянием различных неблагоприятных факторов,  действующих во внутреутробном периоде, в момент родов или в первые годы жизни ребенка.

     Характеризуя этиологию ОНР, необходимо выделить общее недоразвитие речи, вызванное ранним органическим поражением центральной нервной системы. В зависимости от времени поражения выделяют внутреутробную патологию, натальную и постнатальное поражение, возникающие под влиянием инфекций и травм уже после рождения ребенка. По мнению Е. М. Мастюковой,  особое место в этиологии общего недоразвития речи занимает перинатальная энцефалопатия – поражение мозга, возникающее под влиянием сочетания неблагоприятных факторов как во внутреутробном периоде развития, так и в период родов [21].

      Причины общего недоразвития речи многообразны. К этому нарушению могут привести как социально-психологические причины, такие как депривация, так и воздействие неблагоприятных факторов, влияющих на нормальное развитие физиологии ребенка – различные воздействия на плод в период беременности, во время родов или в первые годы жизни ребенка (инфекции, травмы, асфиксия плода и т.д.).

       И.Б. Гриншпун, описывая причины алалии, пишет, что в течении длительного периода изучения алалии высказывались разные предположения по поводу причин ее возникновения. Р.Коэн, А. Гутцман, Э. Фрешльс, М.Зееман утверждали, что ведущим началом при этом нарушении являются воспалительные или силиментарно- трофические обменные патологические процессы, происходящие во внутреутробном или раннем периоде развития ребенка. А. Ивнинг,  указывает на отсутствие у детей моторного образца слова как ведущего проявления в картине речевой неполноценности при нарушении мозга[3]. В.А. Ковшиков, изучая экспрессивную алалию, отмечает, что это нарушение вызывается органическими поражениями головного мозга в пренатальный, натальный или в ранний постнатальный периоды. Существует мнение, что у большинства детей с алалией имеются (или имелись на ранних этапах их развития) нерезко выраженные, но множественные повреждения в обоих полушариях головного мозга [13].

    В.А. Ковшиков  уточняет, что в большинстве случаев алалии в анамнезе имели место следующие неблагоприятные факторы: ребенок от третьей, четвертой или более поздних по порядку следования беременностей, которым нередко предшествовали искусственные и спонтанные аборты; возраст родителей в период рождения ребенка был от 30 до 40 лет и более; была отмечена патология беременности и родов. В.А. Ковшиков обращает внимание на большой процент детей,  рожденных в асфиксии, и поясняет, что при асфиксии (особенно сильной) поражаются многие отделы нервной системы, и предполагает, что именно эта множественность поражений могла вызвать у определенного числа детей нарушения в формировании межсистемных мозговых связей, столь необходимых для нормального генеза и деятельности многоуровневой и полимодальной языковой системы [13].

     Среди причин алалии ряд авторов называет отрицательные социально – психические влияния. Большинство полагает, что этим причинам принадлежит «вторичная» роль в этиологии алалии: они отягчают действие причин биологического характера, которым в этиологии принадлежит решающая роль. Исследователи называют разнообразные социально-психологические причины. Так, к их числу относят недостаток речевой мотивации со стороны окружающих и ограничение контактов со взрослыми, конфликтные или неправильные взаимоотношения в семье, неправильные методы воспитания, в том числе и воспитания речи, которые тормозят речевые проявления у ребенка, а в ряде случаев вызывают у него речевой негативизм [13].

          Таким образом, говоря о причинах появления общего недоразвития речи можно обобщенно разделить их на биологические и социально-психологические. Сочетание неблагоприятных факторов, действующих в разное время развития ребенка, затрагивает и  развитие неречевых психических функций, что негативно влияет на  позновательную деятельность ребенка и освоение им родного языка. Следует отметить, что часто в картине нарушения выступает не одна причина, а разнообразные их сочетания и комбинации, что усложняет структуру дефекта и коррекционную работу по его преодолению.