

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ, НАУКИ И МОЛОДЕЖНОЙ
ПОЛИТИКИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ИНСТИТУТ РАЗВИТИЯ ОБРАЗОВАНИЯ»
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

**КАФЕДРА КОРРЕКЦИОННОЙ
ПЕДАГОГИКИ И СПЕЦИАЛЬНОЙ
ПСИХОЛОГИИ**

**ДИАГНОСТИКА
ЗАДЕРЖКИ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА**

Информационно-методические материалы

4-е издание, переработано и дополнено

Краснодар 2023

УДК 376.3
ББК 74.5
Д 44

С о с т а в и т е л и :

Кузма Левонас Прано, доцент кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии, кандидат психологических наук ГБОУ ИРО Краснодарского края

Подун Юлиана Вадимовна, преподаватель кафедры коррекционной педагогики и специальной психологии ГБОУ ИРО Краснодарского края

Д 44 Диагностика задержки психоречевого развития детей раннего возраста: информационно-методические материалы. 4-е издание, переработано и дополнено / составители : Л.П. Кузма, Ю.В.Подун – Краснодар, 2023. – 44 с.

© Министерство образования, науки и молодежной политики
Краснодарского края, 2023
© ГБОУ ИРО Краснодарского края, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	4
1. Особенности психического развития детей раннего возраста	5
2. Развитие речи у детей раннего возраста	7
2.1 Возраст от рождения до одного года.....	7
2.2 Возраст от одного года до двух лет.	9
2.3 Возраст от двух до трех лет.	11
3. Характеристика детей раннего возраста, относящихся к группе риска по возникновению нарушений психоречевого развития	14
4. Варианты задержки психоречевого развития	18
5. Принципы ранней диагностики нарушений психоречевого развития	21
6. Перечень диагностических заданий для скринингового исследования речи детей 2–3 лет.....	25
Приложение 1. Протокол логопедического обследования	27
Приложение 2. Рекомендации для родителей «Неговорящий ребенок»	35
Приложение 3. Рекомендации для родителей «Развиваем речевое дыхание»	37
Приложение 4. Рекомендации для родителей «Гимнастика для язычка».....	39
Приложение 5. Рекомендации для родителей «Массаж лица».....	40
Список литературы	43
ДЛЯ ЗАМЕТОК.....	44

Введение

В ряде отечественных и зарубежных исследований отмечается неуклонный рост детей с врожденными нарушениями развития. Так, согласно данным, представленным в аналитической статье академика А.А. Баранова «Состояние здоровья детей в Российской Федерации», ежегодно 35-37% детей рождаются больными или заболевают в период новорожденности, не менее 9-10% детей рождаются недоношенными и с низкой массой тела. При этом увеличивается число младенцев, имеющих не только нарушения моторного развития разной степени тяжести, но и психического, прежде всего речевого развития [1].

Недостаточное внимание в периоде новорожденности к состоянию ребенка, имеющего факторы, неблагополучия во время беременности и родов; дефекты динамического наблюдения за детьми с перинатальной энцефалопатией, несвоевременность и неадекватность медицинских и коррекционно-педагогических мер являются главными причинами роста числа детей с психоречевой недостаточностью, испытывающих в дальнейшем значительные трудности социальной адаптации, не способных полностью усвоить программу массовых дошкольных и школьных учреждений [2].

Известно, что ранний детский возраст является важнейшим периодом онтогенеза, в котором формируются базовые составляющие дальнейшего социально-психического развития относится к критическим периодам онтогенеза. Именно поэтому особое значение имеют правильные методологические подходы к оценке психического развития ребенка с перинатальной патологией, начиная с доречевого периода.

В информационно-методических материалах представлены современные данные об этапах формирования речи в раннем возрасте и влияние перинатальной патологии нервной системы на этот процесс, признаки задержки психоречевого развития, принципы ее ранней диагностики и подходы к коррекции.

1. Особенности психического развития детей раннего возраста

Как отмечает О.Г. Приходько, основной особенностью психофизического развития детей раннего возраста (от рождения до 3 лет) является активное формирование и совершенствование всех функций центральной нервной системы, в том числе высших психических функций: моторных навыков, познавательной деятельности, речи [7].

К 3 годам ребенок овладевает всеми основными двигательными навыками и дифференцированными движениями пальцев рук. Он осваивает много знаний об окружающем мире, может ориентироваться в цвете, форме и величине предметов. На протяжении первых трех лет жизни у ребенка активно формируются все функции речи. Речь становится средством общения с окружающими и средством познания. Так, уже в год ребенок может использовать около 10 слов, к двум годам его словарь содержит 100 слов, а к трем годам – 1 200 слов. В период раннего возраста у детей быстро развиваются и такие психические процессы, как внимание, память. Происходит развитие мышления детей: они способны сравнивать, устанавливать сходство, обобщать, делать элементарные умозаключения.

Известно, что развитие детей происходит неравномерно и скачкообразно. Периоды, в которых отмечается замедление в становлении некоторых функций организма, чередуются с так называемыми критическими периодами (скачками в развитии), когда на протяжении короткого времени меняется облик ребенка [7]. К таким критическим периодам в раннем возрасте относят – 1 год, 2 года и 3 года. Именно в это время наблюдаются резкие изменения, отражающие новые качественные изменения в развитии детей.

Так, в 1 год ребенок овладевает ходьбой, в 2 года – у него формируется наглядно-действенное мышление и происходит переломный период в развитии речи, а в 3 года ребенок начинает осознавать себя как личность. В возрасте 1 год 6 месяцев резко удлиняется период бодрствования и работоспособность, одновременно увеличивается словарный запас.

Наблюдаемая неравномерность в развитии связана с формированием разных функциональных систем в определенные сроки, когда соответствующие структуры нервной системы наиболее чувствительны (что заложено в самой программе ее развития) к определенным видам воздействия. При этом на каждом возрастном этапе проявляются ведущие линии развития: познавательное, социальное, речевое, физическое развитие. Каждая из них имеет наибольшее значение для определенного возраста и при своевременном становлении обеспечивает переход всего психического развития на качественно новый этап. Так, в возрасте 7 – 8 месяцев ведущим движением

является ползание, что способствует общему физическому развитию ребенка и расширяет его ориентировку в окружающем. В период от 10 месяцев до 1 года 6 месяцев у детей наблюдается быстрое развитие понимания речи при замедлении увеличения активного словаря. При этом, сформировавшееся новое умение на определенный период времени становится доминирующим в поведении ребенка. Учитывая, что для детей младенческого и раннего возраста характерна неустойчивость и незавершенность формирующихся умений и навыков, важно создавать условия для их многократного повторения при взаимодействии с ребенком [7].

Для детей младенческого и раннего возраста характерна высокая пластичность всего организма (и в первую очередь пластичность высшей нервной и психической деятельности), поэтому всякое систематическое воздействие быстро оказывает влияние на ход развития и изменение поведения ребенка.

Вместе с тем, следует учитывать ряд особенностей психической деятельности детей раннего возраста. Например, дети трехлетнего возраста способны на достаточную устойчивость внимания, но в то же время могут легко отвлекаться по самым незначительным поводам. Длительность периода непрерывного активного бодрствования на протяжении раннего возраста значительно увеличивается и к трем годам достигает 5,5–6 часов; вместе с тем ребенку раннего возраста нужен более частый отдых в течение одного отрезка бодрствования в виде более частой смены разных видов деятельности. Часть детей раннего возраста обнаруживают повышенную возбудимость нервной системы, что особенно обнаруживается в стрессовых для ребенка состояниях (например, в период адаптации при поступлении в дошкольное образовательное учреждение). Такие дети отличаются физической и психической ранимостью, лабильностью психоэмоционального состояния. У них, даже от малозначительных причин, меняется эмоциональное состояние и снижается способность организма сопротивляться инфекциям.

Большие потенциальные и компенсаторные возможности развития детей раннего возраста позволяют достигать высоких результатов в преодолении последствий органических поражений центральной нервной системы, особенно при менее тяжелых патологических состояниях. Посредством правильно подобранных психолого-педагогических воздействий возможно достижения более высокого уровня развития ребенка и более раннего формирования той или иной функции [7].

2. Развитие речи у детей раннего возраста

Человек рождается с анатомо-физиологическим аппаратом, предназначенным для овладения речью. Она формируется у ребенка под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней жизни ребенка. Ближайшее социальное окружение стимулирует речевое развитие ребенка и дает образец речи. Если формирование речи и других высших психических функций не происходит в срок, то в психическом развитии могут произойти необратимые изменения, компенсировать которые в более позднем периоде не удастся. Так, например, в семьях, характеризующихся невысоким уровнем речевой активности, дети начинают говорить поздно. При этом отставание в речевом развитии у таких детей нередко сопровождается и общим отставанием в развитии, в то время как природные интеллектуальные и речевые способности у них могут быть совершенно нормальными [6].

Ниже представлена краткая характеристика этапов развития речи детей раннего возраста.

2.1 Возраст от рождения до одного года.

Возраст до одного года называют периодом доречевого развития, во время которого происходит подготовка к овладению речью. С первых дней жизни артикуляционно-голосовой аппарат ребенка интенсивно подготавливается к речи. На первом этапе звуки, которые он издает, производятся рефлекторно. Уже с момента рождения ребенок обнаруживает голосовые реакции – крик и плач. Несмотря на то, что они еще очень далеки от человеческой речи, посредством этих звуков ребенок сообщает взрослым о своих потребностях. Во время крика и плача происходит тренировка трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового и артикуляционного. К голосовым реакциям новорожденного также относят кашель, чиханье, звуки при сосании, зевании. Временами новорожденный издает отдельные гортанные звуки, средние между «а» и «э».

В дальнейшем ребенок постепенно начинает вслушиваться в свою речь и речь окружающих. Следует отметить, что слуховое восприятие речи весьма специфично, оно присуще лишь человеку. Так, с 1-го месяца малыш успокаивается, когда слышит колыбельную песню. Проявление интереса к человеческой речи обнаруживается в виде *реакции сосредоточения*, появляющейся на 4 – 5 неделях. В ситуации, когда взрослый наклоняется над ребенком и начинает ласково с ним разговаривать, ребенок перестает плакать и двигаться, «прислушивается». В период с пятой по восьмую неделю в ответ

на речь взрослого ребенок улыбается, причем в 5 –

6 недель -это реакция обозначается как «ротовое внимание» (ребенок замирает, по круговой мышце рта прокатывается едва заметная волна сокращений, отчего губы слегка выпячиваются вперед), с восьми недель – возникает настоящая улыбка, а к 9 –12неделям появляется смех.

Начиная с 6 – 8 недели в ответ на попытку взрослого вступить в контакт, ребенок начинает произносить отдельные гортанные звуки – гуканье (начальное гуление). Истинное *гуление* (или певучее гуление) появляется позднее – на 2 – 3-м месяце. Ребенок, находясь в спокойном состоянии, издает протяжные гласные звуки. К 5 – 6 месяцу характер звуков усложняется. Ребенок неустанно упражняет свой артикуляционно-голосовой аппарат, воспроизводя ряд звуков и их сочетания. Появляются сочетания: «бааа, мааа», «тааа, пааа». Наблюдая за ребенком, можно отметить, что в момент произнесения звуков он притормаживает голосовые движения, как бы прислушиваясь и подражая самому себе, произносит звуки в виде цепочек. Самоподражание в гулении – новое качественное приобретение в психомоторном развитии ребенка.

Примерно к 5-му месяцу жизни звуко- и слоγοпроизнесение начинают приобретать некоторое подобие слов, формируется просодическая сторона речи, в частности ее интонационность. К 5-6 месяцам гуление постепенно переходит в ясные и четкие речевые звуки, появляется *лепетная речь*. Первый лепет состоит из коротких цепочек слогов: ба-ба-ба, ма-ма-ма. Такие лепетные цепочки родители порой принимают за осмысленную речь, но это, конечно, еще не слова. К 9 месяцам лепет обогащается новыми звуками, интонациями, перерастает в длинные ряды слогов. Лепет становится постоянным ответом на голосовое обращение взрослого и сопровождает различные действия с предметами и игрушками.

В 9 месяцев ребенок демонстрирует понимание обращенной речи, реагирует на свое имя, воспринимает некоторые простые словесные инструкции и отвечает на них действием («открой ротик», «дай ручку», прижимаются щекой к матери на просьбу «поцелуй маму», поднимают голову и глаза к лампе на вопрос «где огонек?», ищут спрятанную у них на глазах игрушку), при слове «нельзя» перестают тянуться к какому-либо предмету, или прекращают тянуть его в рот.

Для детей 9-10 месяцев характерен активный лепет, состоящий из 4 – 5 слогов и более. Ребенок эхоталично повторяет за взрослым новые слоги, которые сам ранее не произносил, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, приветствий, с удовольствием произносит различные восклицания и междометия,

сопровождая их выразительной мимикой и жестами [6].

Сначала ребенок начинает различать интонацию, затем слова, обозначающие предметы и действия. К 9–10 месяцам он произносит отдельные слова, состоящие из одинаковых парных слогов (мама, папа).

Ребенок 11–12 месяцев все чаще обращает внимание на лицо говорящего, начинает кивать головой в знак утверждения и качать ею в знак отрицания. Эти жесты он употребляет как ответ на некоторые вопросы взрослого. Слоги, входящие в лепет, становятся составными частями слов: ма-ма-ма – «мама». У ребенка вырабатывается речевая реакция при виде определенного предмета, то есть для обозначения конкретного предмета он начинает использовать звуковые сочетания, например, машина – «би-би» и др. Одновременно с этим у детей этого возраста обычно проявляется новый интерес – рассматривание книг с картинками. Узнавая на картинках знакомые предметы или показывая их по просьбе взрослого, дети обозначают их лепетными словами [6].

К году словарь обычно достигает 8–10, а иногда и большего количества слов (баба, киса, му-му, бэ и др.), которые имеют конкретное значение. К 1 году ребенок понимает и выполняет 5–10 простых инструкций: «принеси то-то», «закрой дверь», «дай чашку» и др.

Таким образом, на первом году жизни у ребенка происходит подготовка речевого аппарата к произношению звуков. Одновременно идет активный процесс развития понимания речи, формируется *импрессивная речь*.

2.2 Возраст от одного года до двух лет.

На втором году жизни происходит постепенное увеличение словарного запаса, при этом слова и звуко сочетания уже становятся средством речевого общения, то есть формируется *экспрессивная речь*. Ребенок учится оперировать словами – усложняет их, пробует различные сочетания, овладевает фразой, логико-грамматическими построениями. Однако активному произнесению слов предшествует развитие понимания речи, поэтому количество слов, которые ребенок понимает (пассивный словарь), больше количества слов, которые он может произнести (активный словарь).

Важным показателем развития речи до полутора-двух лет является не столько собственно произношение, сколько понимание обращенной речи. Ребенок должен внимательно и с интересом слушать взрослых, хорошо понимать обращенную речь, узнавать названия многих вещей и картинок, выполнять простые бытовые просьбы-инструкции.

Появление первых осмысленных и членораздельных слов является важной вехой в развитии ребенка. Теперь дети могут строить однословные, а

к полутора-двум годам - и двухсловные предложения, стараясь сообщить в них то, что взрослые передаютс помощью полных фраз. Однословные фразы появляются у годовалых детей, когда они хотят назвать то, что видят в окружающем мире, или выразить какие-то свои желания. Соответственно, однословные фразы состоят из существительныхили глаголов [6].

Одновременно с развитием речевых умений и навыков происходит быстрое формирование словаря. Хотя девочки в среднем начинают говорить раньше мальчиков, различия между ними стираются в возрасте двух лет. К двум годам активный словарь у нормально развивающихся детей насчитывает 250-300 слов. Быстрое увеличение запаса слов не позволяет ребенку уточнять произношение каждого слова, поэтому нередко отдельные звуки и слова произносятся неправильно. Чем младше ребенок, тем меньше он способен анализировать свое произношение. Кроме того, детей больше привлекает содержание речи, ее интонации и выразительность. Поэтому недостатков произношения они не замечают.

Темп развития речи и расширения словарного запаса в немалой степени зависит от того, сколько времени родители и другие взрослые уделяют общению с ребенком. Взрослые должнывнимательно вслушиваться в речь малыша и повторять правильно те слова, которые он искажает. Воспроизводя звуки и слова по подражанию, ребенок постепенно исправляет свою речь.

В словаре ребенка полутора-двух лет преобладают существительные (имена, названия игрушек, знакомых предметов домашней обстановки, одежды, животных и частей тела). Начинают появляться глаголы (дай, иди). Практически, за два года, ребенок овладевает навыками речи и языком, приучает свой акустический, артикуляционно-голосовой и дыхательный аппараты к речеобразованию в определенной языковой системе. Присутствие глаголов очень важно для развития речи, потому что только при их наличии развивается фразовая речь. Наряду с существительными и глаголами ребенок должен понимать и употреблять несколько прилагательных, то есть выделять словом признаки предметов (большой - маленький).

В этом периоде постепенно идет процесс формирования фразовой речи. Сначала это простые фразы из двух, а затем и трех слов. При этом порядок слов в высказываниях ребенка не соблюдается, а сами фразы начинаются с наиболее значимых по смыслу слов: «Мама, дай», «Котя гулять идет» (Костя идет гулять).

К концу второго года жизни речь ребенка приобретает обобщающее значение. Он уже может употреблять простые фразы(пока еще без предлогов, падежных окончаний, без согласования слов между собой).

2.3 Возраст от двух до трех лет.

В возрасте от двух до трех лет быстро увеличивается словарный запас, достигая к трем годам 800-1000 слов. Это объясняется тем, что деятельность ребенка становится сложнее и разнообразнее. Он знакомится с различными свойствами предметов, устанавливает простейшие связи между ними. Развивается мышление, способность к обобщению. Так, словом «игрушки» ребенок обобщает кукол, мячи, кубики и другие предметы, предназначенные для игры. Однако понимание обобщенных значений слов пока развито недостаточно [6].

Ребенок шире пользуется глаголами и прилагательными. При помощи прилагательных он обозначает не только размеры предметов, но и их цвета, качества, свойства, форму (красный, плохой, горячий, круглый). Малыш начинает пользоваться местоимениями и предлогами [6].

Произношение слов становится более точным, благодаря чему речь ребенка начинают понимать не только те, кто с ним постоянно общается, но и все окружающие. Тем не менее, в произношении слов еще встречаются искажения: пропуски отдельных слогов, особенно в словах со сложной слоговой структурой («исипед» вместо велосипед, «папад» – водопад), пропуски звука при стечении согласных («камейка» - скамейка, «тул» - стул), вставление лишнего звука («таньканчик» - стаканчик). Таким образом, несмотря на большое количество слов, которые ребенок говорит, произношение этих слов не всегда достаточно отчетливо. Взрослым необходимо обращать внимание на слоговую структуру слова (ребенок не должен сокращать слова: вместо «бабочка» - «баба», а проговаривать каждый слог, с возможным искажением - «бабика»).

В этот период взрослые не должны допускать (в том числе и в своей собственной речи) упрощенных слов («бибика» вместо «машина», «ляля» вместо «кукла»). На третьем году жизни речь ребенка начинается с таких упрощенных слов в силу несовершенных возрастных особенностей, неотработанной артикуляции, неполноценного фонематического слуха. Постепенно, по мере взросления, все компоненты речи совершенствуются. Если окружающие взрослые употребляют «сюсюкающие» детские слова, то позже малышу будет с трудом даваться полноценная речь [6].

В возрасте от двух до трех лет ребенок начинает высказывать элементарные суждения о предметах, простых явлениях. При этом он пользуется как однословными фразами («Мосьно?» Можно?), так и фразами из нескольких слов («Мама будет умываца» - Мама будет умываться).

Первые предложения детей, состоящие из 2, а затем 3 и 4 слов,

напоминают телеграммы или сокращенные варианты предложений, которыми говорят взрослые. Как и телеграммы, эти фразы содержат только наиболее существенные слова, в них отсутствуют предлоги, союзы, не используются грамматические формы. Чтобы уметь полноценно общаться, ребенок должен освоить грамматические формы. Он начинает употреблять существительные в винительном, дательном, творительном падежах, во множественном числе, учится изменять глаголы по родам, временам, числам и лицам. Но к правильной грамматической речи ребенок идет путем ошибок. У детей этого возраста постоянно встречаются ошибки в роде, числе и падеже существительных, они не всегда употребляют союзы и предлоги [6]. О произносительной стороне речи ребенка можно судить лишь тогда, когда у него накопится значительный запас слов. Время и порядок появления звуков у разных детей неодинаковы. На третьем году жизни ребенок имеет право на неправильное звукопроизношение. Так, свистящие звуки (С, З, З', Ц), шипящие (Ш, Ж, Ч, Щ) и сонорные (Р, Р', Л) ребенок может пропускать или заменять (С-С'; З-С', В; Ц-Т'; Ш-С', Т'; Ж-С', Д'; Ч-Т'; Щ-Т'; Р- Л'; Л-Л').

В таблице 1 представлены основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста.

Таблица 1. Основные этапы предречевого и речевого развития у детей раннего возраста

Возраст	Речевые навыки
1-й год жизни	
1 месяц	Крик, кряхтение
1 - 3 месяца	Формирование гуления, появление «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций, «экспериментирование» с гласными звуками.
3 - 6 месяцев	Активное гуление, (отличающегося от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонаций), появление губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету.
6 - 9 месяцев	Активный лепет, усложнение и расширением объема движений губ, языка, мягкого неба, совершенствование функции дыхания, удлинение произвольный выдоха. Способность к регуляции громкости и тембра своего голоса, в зависимости от

	эмоционального состояния. Ситуационное понимание обращенной речи.
9 - 12 месяцев	Переход лепета в слоги, появление способности понимать и
	выполнять простые инструкции «дай», «на» (способность воспринимать функцию обращенной речи, регулирующую поведение), первые односложные слова «ба-ба», «ма-ма».
2-й год жизни	
1 год	Появление однословных предложений.
1 год 3 месяца	Увеличение запаса слов до 30.
1 год 6 месяцев	Увеличение запаса слов до 40-50, легко повторяет часто слышимые слова.
1,5 - 2 года	Появление фраз, двухсловных предложений.
2 года	Появление вопросов: «Что это?», «Куда?», «Где?»
2 года	Увеличение запаса слов до 200-300.
3-й год жизни	
2 года	Начинает пользоваться прилагательными, местоимениями и предлогами.
2 года	Появление трехсловных предложений.
2 года 6 месяцев	Появление многословных предложений.
2 года 6 месяцев – 3 года	Активная речь с использованием сложноподчиненных предложений, при этом могут сохраняться трудности звукопроизношения (свистящие, шипящие).
3 года	Запас слов до 800-1000. Появление вопросов: «Когда?», «Почему?»

Данные этапы предречевого и речевого периодов проходит каждый ребенок, однако у некоторых детей данные периоды могут растягиваться, запаздывать, либо слабо соответствовать критериям, приведенным в таблице.

В таких случаях, чтобы усреднить показатели и определить наличие/отсутствие отклонений, следует опираться на границы нейротипии при оценке этапов довербального и начального вербального развития:

- 1 месяц - Реакция сосредоточения на речевом общении;
- 2 месяца - Улыбка при общении;

3 месяца - Комплекс оживления при общении со взрослым, гуление;
4 месяца - Дифференцированность комплекса оживления, смех;
5 месяцев - Дифференциация направления звука, певучее гуление;
6 месяцев - Лепет;
7 месяцев - Готовность к совместной игровой деятельности, ориентация на колокольчик, звучащую игрушку;
8 месяцев - Реакция на незнакомое лицо, повторение одинаковых слогов: ба-ба, ма-ма;
9 месяцев - Общение с помощью жестов, игра в «ладушки»;
10 месяцев - Ситуационное понимание обращенной речи, использование 1-2 «лепетных слов», понятных при соотнесении с ситуацией;
11 месяцев - Использование 3 «лепетных слов» с соотнесением;
1 год - Использование 3-4 «лепетных слов» с соотнесением, понимание простой инструкции, дополняемой жестом;
1 год 3 месяца - Словарный запас увеличивается до 6 слов, ребенок понимает простую инструкцию без жеста;
1 год 6 месяцев - Показывает одну из частей тела, словарный запас 7-20 слов;
1 год 9 месяцев - Показывает три части тела, начало фразы из 2 слов. Словарный запас около 20 слов;
2 года - Показывает 5 частей тела, словарный запас минимум 50 слов; понимает двухэтапную инструкцию, начинает использовать предложение из 2 слов;
2 года 6 месяцев - Адекватно использует местоимения я, ты, мне; использует предложение из 2 слов;
3 года - Словарный запас до 250 слов и выше, общается предложением из 3 и более слов, использует множественное число существительных и глаголов. Называет свое имя, пол и возраст, понимает значение простых предлогов, выполняет задание типа «положи кубик под чашку», «положи кубик в коробку».

3. Характеристика детей раннего возраста, относящихся к группе риска по возникновению нарушений психоречевого развития

В виду того, что развитие речи непосредственно связано с формированием других психических функций, контроль за речевым (предречевым) развитием является необходимым элементом при оценке нервно-психического развития всех детей раннего возраста, особенно на 1-м году жизни. Объективная оценка результатов динамического

наблюдения должна осуществляться с учетом скорректированного возраста, так как становление психомоторных и речевых функций у недоношенных и доношенных детей происходит в разные временные периоды [6].

Задачей такого динамического наблюдения является не только выявление задержки формирования речевых функций, но и определение того, является ли эта задержка темповой или патологической, требующей неотложной логопедической и медикаментозной коррекции.

Оценка предречевого развития проводится при комплексном исследовании неврологического статуса и уровня психомоторного развития ребенка с учетом не только календарного, но и скорректированного возраста с учетом срока гестации.

У недоношенных новорожденных, особенно с малым сроком гестации, важный период развития ЦНС (межнейрональная организация и интенсивная миелинизация) происходит не внутриутробно, а в сложных условиях постнатальной адаптации. Продолжительность этого периода может варьировать от 2–3 недель до 2–3 месяцев, причем он часто сопровождается развитием различных инфекционных и соматических осложнений. Это может служить дополнительным фактором, обуславливающим нарушения психомоторного и речевого развития у незрелых и недоношенных детей [5].

В связи с этим к группе высокого риска относятся дети, у которых в первые 3 мес. жизни, в результате углубленного клинико-инструментального обследования были выявлены структурные изменения со стороны головного мозга.

К группе риска относятся недоношенные (особенно с экстремально низкой массой тела), дети с нарушениями со стороны дистантных анализаторов (зрительного и слухового), недостаточностью функций черепных нервов (особенно V, VII, IX, X, XII), дети с задержкой редукции безусловных автоматизмов, длительно сохраняющимися нарушениями мышечного тонуса [6].

Обязательными этапами динамического неврологического контроля за детьми на 1-м году жизни являются: 1 мес. жизни (неонатальный период), 1-3 мес. жизни, 3-6 мес., 6-9 мес., 9-12 мес. Оценка неврологического статуса и психомоторного развития на 1-м году должна проводиться по следующим критериям:

1. Общемозговые симптомы (характер активного бодрствования, наличие и характер судорог).
2. Состояние черепных нервов.
3. Общая двигательная активность (поза, объем активных и пассивных

движений, мышечный тонус), сухожильные и периостальные рефлексы.

4. Безусловные (врожденные) рефлексы, степень выраженности и редукция.

5. Психоэмоциональные и предречевые реакции.

У детей 1-го месяца жизни среди общемозговых симптомов особого внимания заслуживает длительность и выраженность синдрома угнетения ЦНС. При этом в различной степени нарушаются функции черепных нервов, что клинически проявляется в первую очередь отсутствием безусловных оральных автоматизмов (поискового, хоботкового, сосательного, глотательного) и значительными трудностями при проведении энтерального кормления. Кроме того, ранним признаками, отражающими дисфункцию бульбарной группы черепных нервов, можно отнести: отсутствие крика (афония), слабый крик с носовым оттенком, монотонный немодулированный крик. Наличие на фоне угнетения неонатальных судорог, особенно повторных и резистентных к терапии, является клинически значимым признаком раннего органического поражения ЦНС и определяет необходимость проведения углубленного инструментального обследования [6].

Выявление структурных изменений в головном мозге новорожденных является дополнительным объективным критерием, позволяющим отнести их к группе высокого риска по формированию выраженных речевых расстройств.

Как было отмечено в предыдущем разделе, возраст 2–3 мес. характеризуется формированием активного гуления, появлением «комплекса оживления», зрительного и слухового сосредоточения, примитивных эмоциональных реакций.

В этот период особо значимыми признаками будущих речевых расстройств являются: отсутствие гуления, сохраняющиеся бульбарные нарушения или формирование псевдобульбарных расстройств (оживление рефлексов орального автоматизма, появление спастичности в мышцах языка, затруднения при кормлении), отсутствие реакций фиксации взора и прослеживания за объектом, отсутствие адекватных двигательных и мимических реакций на обращенную речь и ее эмоциональную окраску.

При нормативном психическом онтогенезе в возрасте 4–6 мес. у детей появляется истинное гуление, отличающееся от предыдущего этапа большим разнообразием звуков, интонацией, появлением в конце этого периода сочетания губных звуков с гласными («ба», «па»). Данный период является начальным этапом перехода от гуления к лепету. При перинатальных

поражениях ЦНС возможно запаздывание данного периода, сочетающееся с задержкой темпов психомоторного развития. У детей снижены коммуникативные функции (зрительное и слуховое сосредоточение, интерес к окружающему), задержано статикомоторное развитие. Гуление и лепет монотонные, тихие, без модуляции и интонаций. При отсутствии нарушений со стороны черепных нервов, зрительного и слухового анализаторов дети должны быть отнесены к группе риска по задержке развития речи.

Следующие периоды речевого развития (6-9 и 9-12 месяцев) характеризуются формированием лепета и к концу 11-12 месяцев – слогов и односложных слов. Лепет является закономерным продолжением истинного гуления и в норме проявляется соединением отдельных артикуляционных движений в линейную последовательность. Этот этап характеризуется совершенствованием движений губ, языка, мягкого неба, функции дыхания с удлинением произвольного выдоха, ребенок регулирует громкость и высоту голоса в зависимости от ситуации. При общей задержке психомоторного развития без грубых симптомов поражения нервной системы в эти периоды может сохраняться примитивное гуление или рудиментарный лепет в виде однообразия, монотонности голосовых реакций, невозможности произвольного контроля громкости и высоты голоса. Кроме того, обычно имеет место слабость слуховых реакций (недостаточность слухового внимания, затруднение определения источника звука в пространстве, нарушение дифференцировки восприятия голоса и его тембра). Это является одним из главных факторов в задержке развития понимания обращенной речи. Такие дети входят в группу риска по задержке речевых функций [6].

Для более раннего выявления нарушений в психоречевом развитии и оказания своевременной помощи, следует обратить внимание на возможные речевые трудности у детей от рождения до 3 лет:

0 - 6 месяцев - Ребенок не реагирует на звуки, не поворачивает голову в сторону взрослого; отмечается недостаточная интонационная выразительность крика, отдельные вскрики, всхлипы, произносимые на вдохе, отсутствие подготовительного кряхтения перед криком, однообразное гуление, отсутствие смеха; не формируется избирательное внимание к речи окружающих.

7 - 10 месяцев - Отсутствие или рудиментарность лепета (нет отраженного лепета), носовой оттенок лепета; невыполнение простых словесных команд, отсутствие простых подражательных игровых действий.

10 - 12 месяцев - Ребенок не реагирует на свое имя; отмечается отсутствие лепетных слов.

1 - 2 года - Стойкое и длительное по времени отсутствие речевого подражания новым для ребенка словам (такая остановка может быть и при нормальном речевом развитии, но не дольше полугода после появления первых трех-пяти слов). При появлении речевого подражания ребенок воспроизводит часть слова вместо целого слова или искажает его, использует аморфные слова (например: дека - девочка, пику - купи, пэха - хлеб).

2 -3 года - Ребенок называет предметы только в конкретных ситуациях, как правило, после образца взрослого. Использует в общении только жесты, движения, требовательные возгласы. Ребенок не строит из накопленных слов предложений, пользуется отдельными словами, не появляются глаголы. Ребенок строит предложения, но их грамматическое оформление грубо искажено, например: "Аня хочет нет" - Я не хочу. Прибавляет к основе слова гласный звук после согласного, например: мальчик - "матика", кот - "котика", мяч - "мяса". Не говорит о себе в первом лице (не пользуется местоимением "Я"). Во время речи кончик языка высовывается между зубами. Звуки произносятся с "хлюпаньем", имеют носовой оттенок.

У детей могут наблюдаться признаки значительной задержки речевого развития, обычно это свидетельствует об общей задержке развития и проявляется следующим образом:

12 месяцев – ребенок мало лепечет;

18 месяцев – ребенок не понимает простых слов — своего имени или названий окружающих предметов; не способен выполнить простейшие просьбы типа «иди сюда», «сядь»;

2 года – ребенок использует несколько отдельных слов; не пытается повторять слова;

2,5 года – ребенок не знает названий окружающих предметов и частей тела; не может по просьбе показать на знакомый предмет или принести что-либо, находящееся вне поля зрения; не умеет составлять фразы из двух слов (например, «дай молока»); ребенка часто неправильно понимают;

3 года – ребенок не говорит простых предложений (подлежащее, сказуемое, дополнение); не понимает простых объяснений или рассказов о событиях в прошлом или будущем.

4. Варианты задержки психоречевого развития

Задержка психоречевого развития (ЗПРР) – группа расстройств, объединяющихся по клиническим проявлениям, отражающим отставание психического и/или речевого развития от возрастной нормы.

Эти расстройства типичны для детского возраста, их клинические и

социальные последствия могут продолжаться на протяжении всей жизни индивида, либо выравниваться в более старшем возрасте. Данный клинический диагноз, как правило, ставится детям до 3-х лет. После 3-х лет диагноз снимается, в случае компенсации дефекта, либо уточняется и меняется на более конкретный. Происхождение данного диагноза в большинстве случаев является предметом дискуссий, а нозологическая автономность вызывает вопросы [8].

Выявить задержку психоречевого развития обычно получается в возрасте 2-3 лет, иногда чуть позже – после преодоления малышом трехлетия. Именно в этом промежутке времени симптоматика проявляется наиболее ярко. Однако затягивать ни в коем случае нельзя. Если нарушение диагностируется только к 5 годам, коррекция ЗПРР будет осуществляться дольше и намного сложнее.

ЗПРР может начать проявлять себя в достаточно раннем возрасте. Именно поэтому родителям и специалистам стоит обращать внимание на поведенческие факторы ребенка, его общее развитие и развитие речи с самого рождения.

Основные признаки задержки психоречевого развития:

- Задержка развития речи
- Патологии и нарушения в формировании речевого аппарата
- Нарушение мышления
- Слабая мелкая и крупная моторика
- Расстройства поведения (часто присутствует стереотипное поведение)
- Эмоциональная неустойчивость, колебания настроения
- Медленная реакция
- Когнитивные нарушения
- Расстройства развития двигательных функций
- Излишняя невнимательность
- Быстрая утомляемость
- Гиперактивность
- Нежелание общаться со сверстниками
- Повышенная агрессивность

К ранним симптомам задержки психоречевого развития относятся:

- Слабая реакция (или ее полное отсутствие) на слова и жесты родителей;

- Если ребенок не улыбается или делает это крайне редко;
- Отсутствие лепета у грудничков;
- Очень тихое поведение;
- Повышенное слюноотделение; иногда – приоткрытый рот.

Обычно диагноз «Задержка психоречевого развития» подтверждается, если у ребенка присутствует 3 и более из вышеперечисленных симптомов ЗППР.

В международной классификации болезней одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) ЗППР не выделяется в отдельную категорию. В ней представлены лишь отдельные элементы данной патологии, характеризующие отставание в речевом развитии.

Согласно МКБ – 11, данные нарушения входят в группу расстройств нейropsychического развития, подгруппу 6A01 «Расстройства развития языка и речи».

Описание диагноза: Расстройства развития языка и речи характеризуются трудностями в понимании или в использовании языка (речи) в целях общения, которые выходят за пределы нормальных индивидуальных различий, ожидаемых для конкретного возраста и уровня интеллектуального функционирования. Наблюдаемые речевые и языковые проблемы не имеют отношения к региональным, социальным или культуральным/этническим лингвистическим особенностям и не объясняются в полной мере анатомическими или неврологическими аномалиями. Предполагаемая этиология нарушений развития речи и языка сложна и во многих индивидуальных случаях неизвестна.

Диагноз с кодом 6A01 содержит 5 уточняющих диагнозов:

- 6A01.0 — Расстройство развития звукопроизношения (данный диагноз исключает: Глухоту без дополнительных уточнений, Болезни нервной системы, Дизартрию, Вербальную апраксию).
- 6A01.1 — Расстройство развития плавности речи (данный диагноз исключает: Тикозные расстройства).
- 6A01.2 — Расстройство развития языка (данный диагноз исключает: Расстройства аутистического спектра, Болезни нервной системы, Глухота без дополнительных уточнений, Селективный мутизм).
- 6A01.Y — Другие уточненные расстройства речи и языка
- 6A01.Z — Расстройства развития речи и языка неуточненные

Диагностика ЗППР осуществляется совместно психиатром, неврологом,

нейропсихологом, логопедом. Совокупность полученных данных указывает на значительное хронологическое отставание развития речи, часто в совокупности с другими речевыми и языковыми нарушениями. Динамика состояния - положительная. Никогда не отмечается специфических речевых нарушений, характерных для других видов психической патологии, в частности для аутизма. Сохранены слух, интеллект и отсутствуют неврологические нарушения, способные повлиять на речевую функцию.

Лечение осуществляется комплексно, группой специалистов. Специфическая медикаментозная терапия отсутствует. Используются логопедические приемы, включая развитие артикуляции, работа со сложными сюжетными картинками, позволяющими день ото дня усложнять сюжетную структуру и обогащать речь нюансами, структурированные диалоги. Широко используются тренинги и игры. В системе здравоохранения Российской Федерации разработана модель специализированных Центров патологии речи.

5. Принципы ранней диагностики нарушений психоречевого развития

Современные подходы к ранней диагностике нарушений психоречевого развития ребенка основываются на ряде важнейших теоретических положениях специальной психологии. К ним относится, прежде всего, положение о единстве общих закономерностей нормального и аномального развития (Л. С. Выготский, В. И. Лубовский), согласно которому дети с нормативным и отклоняющимся развитием проходят одни и те же этапы, несмотря на различия в сроках и их качественное своеобразие.

Теоретические и методические основы диагностики психического развития детей раннего возраста были разработаны еще в 30-е годы в клинике Н. М. Щелованова и затем дополнены в исследованиях Н. М. Аксариной, К. Л. Печоры, Г. В. Пантюхиной, Э. Л. Фрухт.

Н. В. Макарова отмечает, что в процессе диагностики важно определить механизм возникновения нарушения развития, его структуру (связь первичных, вторичных и третичных нарушений), выявить возможные причины отклонения в развитии, а также сохраненные звенья и функции. Без этих данных невозможно правильно определить наиболее эффективные методы и средства преодоления, имеющихся именно у этого конкретного ребенка проблем в развитии [4].

Так, отставание или асинхрония в развитии одних и тех же функций могут быть вызваны совершенно разными причинами, иметь в своей основе разный механизм, а следовательно, нуждаться в разных методах для своего

преодоления.

В соответствии с современными подходами целью ранней диагностики нарушений психоречевого развития состоит в том, чтобы на основе своевременного выявления и квалификации признаков дизонтогенеза, а также оценки потенциала ребенка создать условия для преодоления имеющихся нарушений и предупреждения их последствий.

Ниже представлены основные принципы ранней диагностики задержки психоречевого развития у детей [4].

1. *Принцип комплексного изучения ребенка*, в соответствии с которым нарушения психоречевого развития должны рассматриваться в контексте данных, полученных в результате всестороннего изучения ребенка разными специалистами (врачей, психологов, педагогов-дефектологов разного профиля). При этом особое внимание должно уделяться анализу данных о сформированности сенсорных систем (зрительное восприятие, слуховое восприятие, тактильно-кинестетическое восприятие - с 2 лет), двигательной сферы (общая моторика, функциональные возможности кистей и пальцев рук, артикуляционная моторика), познавательных процессов (уровень познавательной активности и мотивации к различным видам деятельности, уровень развития деятельности, запас знаний об окружающем, обучаемость и использование фиксированных видов помощи), социального развития (контактность, эмоциональная сфера, средства общения, навыки самообслуживания). Наряду с всесторонним изучением ребенка, должны учитываться также данные о его пренатальном и раннем постнатальном онтогенезе, социальная ситуация развития, семейные условия раннего воспитания, особенности детско-родительских и внутрисемейных отношений.

Как уже было отмечено выше в комплексном обследовании ребенка принимают участие разные специалисты, каждый из которых имеет свои цели и направления исследований.

Так, цель медицинской диагностики состоит в клинической квалификации проявлений психического дизонтогенеза, определение его этиологии и патогенеза, специфики сочетания расстройств разных уровней, коморбидных нарушений для определения направлений лечебных и профилактических воздействий, создания условий (посредством фармакологических и других средств) для осуществления педагогической и психологической работы с ребенком.

Целью педагогической диагностики является выявление актуального уровня развития ребенка в соответствии с основными показателями (педагогическими критериями) данного возраста, определение зоны его

ближайшего развития и выявление начальных проявлений или предпосылок нарушений психического развития, возникновения социальной дезадаптации. Полученные данные помогут определить характер и объем педагогической помощи ребенку и его семье [4].

Цель психологической диагностики состоит в углубленном изучении характера и структуры имеющихся нарушений, психологических механизмов их возникновения, уровня потенциальных возможностей ребенка, а также проблем и резервов социальной ситуации развития ребенка в семье.

2. В соответствии с *деятельностным принципом* подходы к содержанию и построению ранней диагностики выбираются с учетом ведущей для каждого возрастного периода деятельности, в которой «вызревают» психологические новообразования, определяющие личностное развитие ребенка. Согласно этому принципу изучение ребенка должно осуществляться в процессе предметно-манипулятивной, игровой или другой, наиболее характерной для каждого возраста вида деятельности. Анализ ведущей деятельности позволяет лучше выявить особенности сенсорных и моторных функций, познавательной и эмоциональной сферы ребенка.

3. Согласно *принципу поэтапного динамического изучения* ребенка, исследование должно носить пролонгированный характер, учитывать изменяющиеся качественные и количественные показатели его развития [4]. При этом в ходе самого пролонгированного изучения ребенка необходимо оценивать не только уровень его актуального развития (то, что он знает и умеет на момент обследования), но и зону его ближайшего развития, определяемую уровнем трудности задач, решаемых ребенком с помощью взрослого. В процессе диагностики используются методики, выявляющие соответствие развития возрастным показателям (методы контроля нервно-психического развития Н. М. Аксаринной, К. Л. Печоры, Г. В. Пантюхиной, Э. Л. Фрухт), а также методики, определяющие потенциальные возможности ребенка раннего возраста (обучающий эксперимент Е. А. Стребелевой).

3. Реализация *онтогенетического принципа* в процессе диагностики нарушений психоречевого развития предполагает учет общих закономерностей развития ребенка, последовательность появления психических новообразований, видов деятельности. На основе онтогенетического подхода осуществляется контроль за ходом и содержанием, а также за условиями психического развития ребенка, формированием его личности в целом, осуществляемого в процессе педагогической диагностики.

4. *Принцип качественно-количественного подхода* к анализу данных диагностики предполагает оценку не только количественных

показаний (времени, выполнения, объема), но и учет способа деятельности, отношение ребенка к этой деятельности и ее результату, учет характера ошибок. При этом количественные и качественные показатели не противопоставляются, но рассматриваются во взаимосвязи [4].

К настоящему времени в отечественной специальной педагогике разработаны методы углубленного изучения ребенка раннего возраста, позволяющие, на основе количественно-качественной оценки полученных результатов, определять характер, структуру и выраженность нарушений психофизического развития (речевое, умственное, сенсорное, двигательное), степень их выраженности и прогноз дальнейшего развития ребенка.

Одновременно в практике ранней диагностики нарушений психического развития все чаще используются тестовые методы обследования, разработанные в странах западной Европы и США. Активное внедрение тестовых методов объясняется их простотой, экономичностью, возможностью использования для массового обследования детей, что позволяет повысить эффективность раннего выявления нарушений, сократить число детей с не выявленной патологией развития [4]. К таким тестовым методам диагностики развития детей раннего возраста относятся:

1. Шкала DQ (Development Quotient) и шкала IQ (Intelligence Quotient).
2. Тест Бейли (1969), получивший наибольшее признание и хорошо стандартизированный.
3. Шкала развития Денвера (1968), используемая в целях скринирования.
4. Шкала Гриффитса (1970) и Шкала МакКарти (1972), позволяющие выявлять детали развития ребенка.
5. Тест Рейнелла – оценивает вербальную понятливость и экспрессивную речь [2].

По мнению отечественных специалистов, в диагностической практике наиболее целесообразно использование сочетания тестовых методов, позволяющих быстро выявить наличие или отсутствие тех или иных нарушений и в случае отклонений от нормального развития провести углубленную диагностику с использованием психолого-педагогических и медицинских методов обследования.

6. Перечень диагностических заданий для скринингового исследования речи детей 2–3 лет

Исследование импрессивной речи (обследование понимания речи, выявление объёма пассивного словаря)

Задание 1. Выяснить, понимает ли ребенок целостные слова, сочетания, которые он мог много раз слышать.

Задание 2. Выяснить, ка названия игрушек знакомы ребенку

Задание 3. Выяснить, знает ли ребенок названия предметов, которыми пользуются в быту.

Задание 4. Выяснить, может ли ребенок показать части своего тела и части тела куклы, игрушечных животных.

Задание 5. Установить, может ли ребенок узнавать знакомые предметы, изображенные на картинках.

Задание 6. Установить, названия каких действий знакомы ребенку

Задание 7. Установить, сложилось ли у ребенка понимание направленности действия, места действия или для кого это действие совершается

Задание 8. Установить, узнает ли ребенок предметы по их назначению.

Задание 9. Установить, какие названия признаков предметов знакомы ему.

Выявление понимания грамматических форм слов

Задание 1. Установить, различает ли ребенок грамматические формы ед. и мн. числа существительных

Задание 2. Установить, понимает ли ребенок значение уменьшительно-ласкательных суффиксов

Задание 3. Установить, различает ли ребенок формы ед. и мн. числа глаголов

Задание 4. Установить, различает ли ребенок предлоги.

Задание 5. установить, понимает ли ребенок некоторые падежные окончания и конструкции.

Задание 6. Выяснить, понимает ли ребенок тексты разной сложности.

Обследование экспрессивной речи

Задание 1. Установить, поддается ли родительскому учету активный словарь ребенка или нет (количество слов)

Задание 2. Выявить возможность речевого подражания.

Задание 3. Расклассифицировать первые детские слова по следующим видам: а) правильно произносимые (мама, дай);

б) слова-звукоподражания (ав-ав, би-би);

в) слова-фрагменты или обрывки слов (за-зайчик);

г) контурные слова (тититики кирпичики)

Задание 4. Установить максимальное количество слов, употребляемых ребенком при составлении предложений

Задание 5. Выявить возможности словоизменения

Задание 6. Выявить возможность использования предлогов.

Задание 7. Установить максимальный объем употребляемых ребенком предложений и наличие элементов построения сложного предложения

Задание 8. Предложить составить рассказ по серии сюжетных картинок.

Задание 9. Предложить прослушать рассказ, ответить на вопросы по тексту и пересказать его.

Задание 10. исследовать возможности словоизменения существительных по всем падежам сначала в единственном числе, а затем во множественном.

Если ребенок справляется только с заданиями 1–3, можно констатировать 1-й уровень речевого развития речи, если с заданиями 1 – 6 – 2-й уровень речевого развития, если с заданиями 1– 10 - 3-й уровень речевого развития.

Об особенностях просодической стороны речи, состояния артикуляционного аппарата фонетико-фонематического строя речи исследователь может сделать вывод по результатам выполнения приведенных выше заданий, а также по данным наблюдения за испытуемым.

Результаты, полученные в процессе скринингового исследования, заносятся в специальный протокол, форма которого модифицирована Киселевой Н.А. из протокола логопедического обследования, приведенного в книге И.Ю. Левченко «Патофизиология: теория и практика». При заполнении протокола в ситуации скринингового обследования обязательно уточнять характер нарушения компонента речевой системы в случае его нарушения. Такая необходимость появляется при последующем написании логопедического заключения на ребенка в случае направления его на обследование в медико-педагогическую комиссию медико-социально-Экспертную комиссию и другие сторонние организации.

Приложение 1. Протокол логопедического обследования

Основные характеристики	Первичное обследование	Динамика
Раннее речевое развитие (N, с задержкой)		
Лепет		
Первые слова		
Фразы		
Понимание обращенной речи		
Совершенно не понимает обращенную речь		
Понимание ограниченное (в пределах ситуации)		
Понимание на бытовом уровне		
Выполняет речевые инструкции		
Понимание в полном объеме		
Пассивный словарь		
Название предметов реальных и на картинках		
Понимание смыслового значения слова		
Понимание действия предметов		
Понимание простого сюжета		
Понимание лексико-грамматических конструкций		
Фонематический слух (различение звуков, слогов, слов, звуковых рядов, звуковой анализ слова)		
Нарушен		

Сохранный		
Характеристика экспрессивной речи		
1-й уровень речевого развития		
Полное отсутствие звуковых и словесных форм общения		
Произносит отдельные звуки, звукокомплексы, звукоподражания		
Произносит несколько лепетных и общеупотребительных слов и звукоподражание		
Использование парадигматических средств общения (выразительной мимики, жестов)		
2-й уровень речевого развития		
Пользуется простой фразой. Аграмматичная, неразвернутая (упрощенная), структурно нарушенная фраза. Активный словарь состоит из существительных, реже встречаются глаголы и прилагательные. Предлоги употребляются редко. Слоговая структура слова нарушена.		
3-й уровень речевого развития		
Пользуется развернутой фразой. недостаточная сформированность грамматических форм языка (ошибки в падежных окончаниях, смешение временных и видовых форм глаголов, ошибки в согласовании и управлении). Слоговая структура слов не нарушена. Синтаксические конструкции фраз бедные.		

Нормальный уровень речевого развития		
Пользуется развернутой фразой. Грамматический строй речи сформирован нормально.		
Особенности речи		
Проявляет склонность к эхолалии		
Наличие речевых штампов (речь пустая, без содержания, часто не соотносится с выполняемыми действиями, не отражает истинных интеллектуальных возможностей ребенка)		
Вербализм		
Словарный запас (резко ограничен, беден, в пределах обихода, достаточный)		
Называние предметов и предметных картинок		
Описание сюжетной картинки		
Составление рассказа по серии сюжетных картинок		
Пересказ текста		
Понимание значения стихов, сказок		
Творческий рассказ		
Слоговая структура слова (нарушена, N)		
Нарушения:		
Парафразии (замены)		
Элизии (пропуски)		
Интеракции (повторение)		

Контаминации (часть одного слова соединяется с частью другого)		
Персеверации (отсроченное повторение)		
Перестановка		
Произносительная сторона речи		
Степень разборчивости речи		
Речь невнятная, малопонятная для окружающих		
Разборчивость речи несколько снижена, речь смазанная		
Разборчивость речи не нарушена (N)		
Темп речи (N, тахилалия, брадилалия, запинки, заикание)		
Ритм речи (N, растянутый, скандированный, зависит от проявления гиперкинезов)		
Дыхание (свободное, затрудненное, поверхностное, неглубокое, неровное)		
Дифференциация носового и ротового выдоха		
Наличие нижнедиафрагмального дыхания		
Ротовой выдох		
Голос		
N (сильный, звонкий)		
Недостаточная сила голоса (слабый, тихий, истощающийся по мере говорения)		
Отклонения тембра голоса (глухой, сдавленный, хриплый, напряженный,		

прерывистый, дрожащий, гипоназализованный, гиперназализованный, носовая эмиссия)		
слабая выраженность или отсутствие голосовых модуляций (маломодулированный или немодулированный; монотонный)		
Синхронность дыхания, голосообразования и артикуляции (N, нарушена)		
Строение и подвижность органов артикуляции. Неврологический синдром при расстройстве мышц речевого аппарата (спастический парез, ригидность, гиперкинезы, атаксия, апраксия)		
Лицевая мускулатура		
Гипомимия		
Нарушение мышечного тонуса (гипертонус, гипотония, дистония, B)		
Сглаженность носогубных складок		
Оральные синкенезии		
Тремор подбородка		
Ассиметрия		
Гиперкинезы		
Губы (толстые, тонкие)		
Тонус (гипертонус, гипотония, дистония, N)		
Подвижность (малоподвижные, подвижные)		

Наличие расщелины или послеоперационных рубцов		
Зубы (крупные, мелкие, редкие, частые, наличие лишних зубов, нарушение зубного ряда, наличие стемы,N)		
Прикус (передний открытый, боковой открытый, прогнатия, прогения, правильный)		
Твердое небо (готическое, низкое, наличие расщелины или послеоперационных рубцов,N)		
Мягкое небо (подвижное/неподвижное, длинное/короткое)		
Расщелина или послеоперационные рубцы		
Увуля		
Субмукозная щель		
Язык		
Толстый, маленький, широкий, узкий, раздвоенный, укороченная уздечка		
Мышечный тонус (спастичность, гипотония, дистония, N)		
Гиперкинезы, тремор		
Девияция (отклонение) языка (вправо, влево)		
Посинение кончика языка		
Объем артикуляционных движений языка (строго ограничен, неполный)		
Язык не выводится из полости рта		
Произвольное высовывание языка		

Верхний подъем		
Боковые отведения (повороты вправо-влево)		
Пощелкивание		
Облизывание губ		
Снижение амплитуды артикуляционных движений		
Умение держать артикуляционную позу		
Способность к переключению		
Гиперсаливация		
Жевание (не жует твердую пищу, затруднено, N)		
Глотание (поперхивается, не нарушено)		
Фонетико-фонематический строй речи		
с ш р к й п а о с' ж р' г ф б э у з ч л х в т ы з' щ л' м д и ц н		
Нарушение звукопроизношения		
Усредненность гласных (нарушена лабиализация)		
Недостаток произношения звонких согласных		
Недостаток произношения глухих согласных		
Недостаток произношения мягких согласных		

Недостаток произношения твердых согласных		
Изолированно все звуки произносит правильно, но при увеличении речевой нагрузки наблюдается общая смазанность речи		
Фонетический строй речи сформирован достаточно (в пределах возрастной N)		
Нарушение дифференциации звуков		
Форма речевого расстройства у ребенка с дизартрией:		
1. просодические расстройства плюс искажения звуков		
2. просодические расстройства плюс замены, пропуски звуков, но в целом слоговая структура слова остается без изменений		
3. просодические расстройства плюс звукопроизносительные расстройства (замены, пропуски, искажения) и негрубые дефекты слоговой структуры слова		

Заключение специалиста

Приложение 2. Рекомендации для родителей «Неговорящий ребенок»

К каким специалистам обратиться?

1. Педиатр

Проводит общее обследование ребенка, дает оценку соматического статуса ребенка, проводит сбор анамнеза, определяет предварительные возможные причины нарушения речевого развития и направляет ребенка к специалистам соответствующего профиля.

2. Невролог

Проводит осмотр и определяет особенности мышечного тонуса ребенка, стабильность рефлексов, уровень чувствительности и координации движений, определяет норму или патологию в состоянии головного мозга, центральной нервной системы и проводимости нервных импульсов.

Прежде чем поставить диагноз, невролог назначает следующие исследования: ЭЭГ/УЗДГ/УЗИ/РЭГ/НСГ/КТ/МРТ.

3. ЛОР

Проверяет слух ребенка, исключает такие заболевания, как хронический отит, аденоиды, полипы, опухоли, тугоухость и тд.

Может назначить следующие исследования: отоскопия/аудиометрия/акустическая импедансометрия.

Как вести себя с ребенком?

1. Много и часто говорите с ребенком.

Взрослому необходимо общаться с ребенком независимо от речевого уровня малыша. Старайтесь комментировать все, что делает и видит ребенок, это позволит сформировать связи между объектами/действиями и словами. Ребенок смотрит на собаку: «Собака бежит», пошли купаться: «Мы моемся».

НО! Не превращаем себя в радио. Слишком быстрый и насыщенный словами поток речи не распознается малышом и превращается в шум на заднем фоне. Так ребенок может не просто не понять вашу речь, но и выработать пассивное отношение к ней.

2. Подстраивайте речь под ребенка.

Часто родители забывают, что для детей наша обыденная речь слишком сложна. Простые для нас фразы детям бывают трудны не только в произнесении, но и в понимании. Особенно это касается детей, которые

только начинают учиться речи. Говорите медленно, выразительно, четко, пропевая слова и делая на них акценты (например, повышая голос), активно используйте жестикуляцию. По возможности говорите на уровне глаз ребенка, чтобы он видел движения ваших губ.

Используйте максимально простые и короткие фразы и слова: Не «машина», а «би-би»; не «петушок», а «петя»; не «ребенок», а «ляля». Еще одна ошибка - один предмет – много слов: не «Это большая желтая красивая машинка», а «Это машина» или просто «Машина».

3. Провоцируйте ребенка.

Часто родители не ждут ответа ребенка или не дают ему даже договорить просьбу. Общаясь с ребенком наоборот, делайте вид, что вы его не понимаете, но не доходя до крайностей. Поощряйте ответ ребенка, не делайте замечаний за неправильное произнесение. Дайте ему время ответить, даже если ответом будет жест или вокализация, если ответа нет, отвечайте за ребенка.

4. Не «прикармливайте».

Детей необходимо поощрять, за речь в том числе. Но не доходите до крайностей. Нельзя поощрять любое слово игрушкой, действием и тем более едой. На первых этапах нужно поощрять словом и реакцией, вы должны показать радость, похвалить ребенка. Затем оставляем только реакцию в виде положительных эмоций. Постепенно и эти поощрения мы убираем.

5. Развивайте мелкую моторику.

Зоны, отвечающие за мелкую моторику и речевые зоны головного мозга расположены рядом. Потому, стимулируя одну зону, мы оказываем влияние на соседнюю.

6. Излишки.

Многие стараются учить ребенка сразу несколькими языкам, что категорически запрещено! Ребенку необходимо прочно усвоить одну систему языка и только потом переходить к другой. Не стоит обучать ребенка параллельно двум языкам и тем более включать мультики на иностранном.

Мультикам в жизни ребенка стоит уделить особо большое внимание: не включайте мультики, где герои не говорят, либо говорят искаженно; не включайте мультики на иностранных языках; не включайте мультики с быстрым и большим потоком речи; просмотр мультиков должен быть дозирован, чтобы не перегружать ребенка и его нервную систему; старайтесь подбирать мультики с активными диалогами.

Комплекс пассивной гимнастики.

Перед проведением занятий руки взрослого должны быть тщательно вымыты. Гимнастика проводится ежедневно, желательно 2 раза в день. Движения выполняются медленно, ритмично, по 4-5 раз каждое. Упражнения проводятся по нарастающей: в первый день выполняются 3 движения, в последующие дни добавляются 1-2 движения. Каждое упражнение оречевляется взрослым: «твои губы сейчас улыбаются», «твой язык сейчас внизу».

Упражнения:

1. Поочередно поднимать и опускать углы губ.
2. Перетягивать поочередно углы губ вправо, влево.
3. Одновременно растянуть углы губ в улыбку, затем собрать в трубочку.
4. Поднять верхнюю губу.
5. Опустить нижнюю губу.
6. Одновременно поднять верхнюю и опустить нижнюю губу.
7. Сдвигать поочередно верхнюю губу вправо, влево.
8. Сдвигать поочередно нижнюю губу вправо, влево.
9. Одновременно сдвигать в противоположные стороны губы.
10. Собрать губы в щепотку и немного потянуть вперед.
11. Взять язык ребенка и немного потянуть вперед.
12. Поочередно опускать и поднимать язык ребенка.
13. Поочередно перемещать язык ребенка к углам рта.

Приложение 3. Рекомендации для родителей «Развиваем речевое дыхание»

Речевое дыхание является основой звучащей речи. Оно обеспечивает нормальное голосо... и звукообразование. При правильном речевом дыхании малыш сможет верно произносить звуки, говорить четко, плавно, соблюдая необходимые паузы.

При тренировке речевого дыхания необходимо соблюдать следующие условия:

- Проводить упражнения для развития речевого дыхания необходимо проводить ежедневно.
- Упражнения проводятся в проветренном помещении.
- Нельзя повторять упражнения более 5 раз, так как это может вызвать головокружение.
- Вдох необходимо осуществлять глубокий и только через нос.
- При выдохе губы складывают трубочкой, нельзя сжимать губы, надувать щеки.
- На выдохе воздух выходит плавно через рот, нельзя допускать выхода

воздуха через нос.

- Сначала упражнение демонстрирует взрослый, затем его выполняет ребенок.

Работа по развитию правильного речевого дыхания у детей проводится в несколько этапов.

1. На первом этапе вырабатываются: глубина вдоха, плавность, точность и сила выдоха, улучшается носовое дыхание. Ребенок контролирует дыхание, держа ладонь на диафрагме.
2. Вторым этапом является развитие фонационного выдоха. Здесь закладывается взаимосвязь между дыханием, голосом и артикуляцией.
3. Третий этап включает формирование собственно речевого выдоха. Проводиться на развернутом речевом материале.

На первом этапе выдох происходит под мысленный счет (вдох: 1-3; выдох: 4-10). Выдох происходит молча, либо с произнесением одного из допустимых звуков: с, ш, ф и гласные. Для тренировки дыхания можно использовать мыльные пузыри, дудки, вертушки и др.

После того, как ребенок освоит произнесение одного гласного на выдохе, предлагается произнести слитно сочетание двух гласных: а-а-а-о-о-о. Постепенно количество гласных звуков наращивается в следующем порядке: А - О - У - И (эталон гласных звуков).

На третьем этапе происходит тренировка дыхания в процессе произнесения текста: чтение стихов, пение, распевки.

«Погреем руки»

Предложите ребенку погреть дыханием свои / мамины руки. Рот широко открыт, одновременно, на выдохе произносятся гласные звуки.

«Кораблик»

Наполните таз водой и научите ребёнка дуть на кораблики, сделанные из бумаги.

«Футболисты»

Соорудите из конструктора ворота, возьмите шарик от пинг-понга или любой другой легкий шарик и поиграйте с ребенком в «футбол». Ребенок должен дуть на шарик, стараясь загнать его в ворота.

«Ежик»

Исходное положение: руки согнуть в локтях и поставить на пояс. Выдыхая, ребенок произносит “ф-ф-ф”, двигая локтями вперед.

«Листопад»

Вырежьте из цветной бумаги различные осенние листья и объясните ребенку, что такое листопад. Предложите ребенку подуть на листья, так, чтобы они полетели.

Приложение 4. Рекомендации для родителей «Гимнастика для язычка»

Артикуляционная гимнастика является основой формирования звуков речи. Она включает упражнения для тренировки подвижности, точности движений и укрепления мышц артикуляционного аппарата.

Для эффективности артикуляционной гимнастики необходима реализация следующих условий:

- Проводить гимнастику нужно ежедневно, чтобы вырабатываемые двигательные навыки закреплялись.
- Упражнения выполняют сидя, тело не напряжено, руки и ноги находятся в спокойном положении.
- Ребенок должен хорошо видеть лицо взрослого и свое лицо, чтобы иметь возможность самостоятельно контролировать правильность выполнения движений. Потому гимнастику необходимо проводить перед зеркалом.
- Сначала упражнение демонстрирует взрослый, при необходимости, озвучивая, как оно выполняется.
- Затем упражнение выполняет ребенок, а взрослый его контролирует.

«Улыбка» Улыбнуться без напряжения, чтобы видны были верхние и нижние зубы. Удерживать 5-10 секунд. Следить, чтобы губы не поворачивались внутрь.

«Трубочка» Вытянуть сомкнутые губы вперед, без напряжения. Удерживать их в таком положении 5-10 секунд.

«Рупор» Зубы сомкнуты, губы округлены и слегка вытянуты вперед в форме бублика. Верхние и нижние зубы видны. Удерживать губы в таком положении 5-10 секунд.

«Накажем язычок» Слегка улыбнуться, медленно открыть рот, подержать открытым 5- 10 секунд, медленно закрыть. Язык лежит спокойно за зубами или на нижней губе.

«Вкусное варенье» Улыбнуться, открыть рот и языком в форме «чашечки» облизать верхнюю губу сверху вниз 5-10 раз. Следить, чтобы нижняя челюсть была неподвижна.

«Чистим зубки» Улыбнуться, открыть рот и широким языком «почистить» верхние, а затем нижние зубы, делая движения из стороны в сторону. Под счет от 1 до 5-10. Язык находится между губами и зубами.

«Лошадка» Улыбнуться, широко открыть рот, пощелкать кончиком языка о небо под счет от 1 до 5-10, ускоряя темп. Следить, чтобы нижняя челюсть не двигалась.

«Часики» Открыть рот, улыбнуться. Узкий язычок перемещать от одного угла рта в другой, как маятник часов. Делать под счет от 1 до 5-10.

«Хомяк» Рот закрыт, язык поочередно упирается в правую и левую щеки под счет от 1 до 5-10. Можно выполнять упражнение, набирая воздух в щеки.

Приложение 5. Рекомендации для родителей «Массаж лица»

Я хороший! Я хороший!
Очень я себя люблю!
На дворе денек погожий,
Значит, я гулять пойду.

Ладонями обеих рук провести ото лба по волосам, опускаясь вниз через уши и боковые поверхности шеи



Шапочку скорей надень –
На дворе прохладный день.
Шапочку надели,
В зеркало глядели.

Движения обеих ладоней ото лба вниз к ушам, а затем по переднебоковой части шеи к яремной

По дорожкам, по дорожкам
Побежали наши ножки.

Движения пальцев от середины лба к вискам.





Дождь по крыше застучал,
По дорожкам побежал.
Кап-кап! Кап-кап!
Вот так, вот так.

Легкое постукивание кончиками пальцев по лбу.

Снова солнышко проснулось,
К нам лучами потянулось.
Раз, два, три, четыре, пять,
Можем снова мы гулять.



Проводить по бровям от переносицы к вискам.



Мы очки скорей надели
И на солнце поглядели,
Солнышко лучистое,
Небо снова чистое.

Проводить пальцами от виска по краю скуловой части к переносице, затем обратно по брови к вискам.

Мы усы нарисовали,
Словно мушкетеры стали.

Движение от середины верхней губы к углам рта.



Прикрепили бороду,
Пошли гулять по городу.

Поглаживать от середины подбородка к ушам.

Сели мы на паровоз,
Раздается стук колес:
Чух-чух! Чух-чух!
Мы помчались во весь дух.

Сжать кулаки и приставить их тыльной стороной к щекам. Производить круговые движения, смещая мышцы щек.



Едем в поезде и слышим:
Снова дождь стучит по крыше...

Набрать воздух под щеки и легко постукивать по ним кончиками пальцев.

Список литературы

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации. Педиатрия, 2012. т. 91, N 3. – С. 9–14.
2. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. Издание второе, дополненное. М., 2005.
3. Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М., 2005.
4. Макарова Н.В. Теоретические основы ранней диагностики отклонений в психоречевом развитии детей // Вестник Таганрогского института им. А.П. Чехова, 2012 N 3. – С. 9–14.
5. Осипенко Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. М.: Медицина, 1996.
6. Специфические расстройства развития речи у детей. Клинические рекомендации / Шкловский В.М., Шипкова К.М., Милехина А.В. и др. М., 2019.
7. Приходько О.Г., Система ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям / О. Г. Приходько, О. В. Югова. М., 2015.
8. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М., 2009.
9. Архипова Е.Ф., Логопедическая работа с детьми раннего возраста. М.: АСТ: Астрель, 2007.
10. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2000. — 232 с.

