



Карелина Инна Борисовна

**КОМПЛЕКСНАЯ АБИЛИТАЦИЯ  
НЕГОВОРЯЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО  
ВОЗРАСТА**

Монография

Новосибирск  
2017

УДК 376+616-053.2

ББК 57.31+74.3

К22

Рецензенты:

*Мазилов В.А.*, д-р псих. наук, проф., заведующий кафедрой общей и социальной психологии Ярославского педагогического университета имени К.Д. Ушинского;

*Шиленкова В.В.*, д-р мед. наук, проф. кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО Ярославский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ.

ISBN 978-5-4379-0514-2

**Карелина И.Б.**

**К22 «Комплексная абилитация неговорящих детей раннего возраста»:** – Монография. – Новосибирск: Изд. АНС «СибАК», 2017. – 156 с.

Монография посвящена проблемам выявления и коррекции задержек речевого развития у детей от 0 до 3 лет. В ней освещены вопросы аномального и нормального речевого развития детей от 0 до 3 лет, подробно описана симптоматика задержек речевого развития, представлена их классификация, методы медицинского, психологического и логопедического обследования детей раннего возраста, а также разработана система комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста. Монография написана с учетом современных данных и собственных многолетних исследований и методических разработок автора. Монография может быть полезна для врачей педиатров, неврологов, психиатров, оториноларингологов, логопедов, психологов, дефектологов и студентов медицинских, педагогических ВУЗов, а также для родителей, имеющих детей с проблемами в развитии.

**Автор:** канд. пед. наук, логопед-фонопед высшей категории – *Инна Борисовна Карелина*.

ISBN 978-5-4379-0514-2

ББК 57.31+74.3

© Карелина И.Б., 2017

© АНС «СибАК», 2017

## **СОДЕРЖАНИЕ:**

<b>Введение.....</b>	<b>5</b>
<b>Глава 1. Речевой онтогенез в норме и дизонтогенез .....</b>	<b>12</b>
1.1. Развитие детской речи в норме.....	12
1.2. Нарушения речевого онтогенеза у детей раннего возраста.....	21
<b>Глава 2. Методы выявления отклонений онтогенетического развития и коррекционно-логопедическая работа с детьми раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза.....</b>	<b>30</b>
2.1. Методы дифференциальной диагностики нарушений онтогенетического развития у детей раннего возраста.....	30
2.2. Коррекционно-логопедическая работа с детьми раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза.....	36
<b>Глава 3. Концепция системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста.....</b>	<b>43</b>
3.1. Теоретико-методологические и концептуальные положения модели комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза.....	43
3.2. Структура модели системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза.....	51
<b>Глава 4. Выявление факторов риска различных нарушений речевого и онтогенетического развития у детей от 0 до 3 лет.....</b>	<b>76</b>
4.1. Факторы риска нарушений речевого и онтогенетического развития у детей раннего возраста.....	76

4.2. Дифференциальная диагностика задержек речевого развития различного генеза.....	90
4.3. Классификация задержек речевого развития различного генеза у детей от 0 до 3 лет.....	98
<b>Глава 5. Эффективность комплексной системы абилитации неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза по предупреждению у них речевых нарушений.....</b>	<b>110</b>
5.1. Эффективность медицинской абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.....	110
5.2. Эффективность нейродинамической ритмопластики в абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.....	118
5.3. Эффективность психолого-педагогической абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.....	122
<b>Заключение.....</b>	<b>136</b>
<b>Список литературы.....</b>	<b>139</b>

## **ВВЕДЕНИЕ**

Речь – одна из основных высших психических функций человека, поэтому любые ее нарушения являются объектом изучения различных наук: психологии, педагогики, нейропсихологии, нейролингвистики, медицины и других.

Языковой механизм человека представляет собой многоплановую систему, исследование которой осуществляется во многих аспектах: перцептивном, когнитивном, мотивационном, коммуникативном и т. д.

Нарушения функционирования отдельных элементов речевого процесса в случаях психофизиологических отклонений развития оказывает негативное влияние на формирование речевой и речемыслительной деятельности, поэтому углублённая разработка содержания методов раннего выявления и воздействия на первых этапах становления вербальной коммуникации у детей становится одним из приоритетных направлений развития детской логопедии и психологии.

Актуальным в настоящее время является раннее выявление фактов риска возникновения речевых нарушений у детей от 0 до 3 лет и дифференциальная диагностика задержек речевого развития различного генеза (далее – ЗРР) у детей раннего возраста от 1,5 до 3 лет для более успешной их психолого-педагогической и медицинской коррекции, а также разработка комплексной системы абилитации неговорящих детей раннего возраста.

В последние годы число детей раннего возраста, имеющих задержки речевого развития различного генеза значительно возросло. В дальнейшем это приводит к более тяжелым речевым и психическим нарушениям, таким как моторная алалия, дизартрия, аутизм и другие.

Раннее выявление и предупреждение речевых расстройств способствует полноценному речевому развитию детей и формированию их личности в целом.

До настоящего времени исследований, посвященных комплексному изучению ЗРР у детей раннего возраста, включающих моторное, довербальное и психическое развитие не проводилось, отсутствуют методы дифференциальной диагностики ЗРР различного генеза, не разработана комплексная система коррекции данного речевого нарушения.

Учитывая возрастающую распространенность ЗРР у детей и их негативное влияние на развитие речевой деятельности актуальным является выявление основных признаков речевого дизонтогенеза у детей от 0 до 1,5 лет и разработка теоретических и методических обоснований для включения в психолого-педагогическую абилитацию

этой категории детей принципиально новых разделов, направленных на устранение нарушений в речевом онтогенезе. Особую значимость приобретает необходимость включения в программу абилитации инновационных психологических и педагогических технологий, направленных на одновременное развитие речевых, моторных и психических возможностей детей с ЗРР различного генеза.

Отечественный опыт теоретического и практического обоснования необходимости ранней комплексной психолого-педагогической помощи детям с нарушениями речевого и онтогенетического развития основан на данных многолетней научно-исследовательской и практической работы Института коррекционной педагогики Российской академии образования, которым разработана концепция раннего выявления и коррекции различных нарушений развития у детей раннего возраста (Е.Р. Баенская [14], О.В. Громова [59], Ю.А. Разенкова [200], Е.А. Стребелева [226], Л.И. Фильчикова [237], Г.В. Чиркина [250], Н.Д. Шматко [264] и др.). Их исследования показывают, что правильно организованная ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых лет жизни, а иногда, и месяцев, не только устраниют уже имеющиеся отклонения в развитии, но и предупреждают появление вторичных нарушений, что повышает социальную адаптацию детей и позволяет достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования и степени интеграции в общество.

Институтом коррекционной педагогики Российской академии образования, в целях решения задачи государственного масштаба – осуществление ранней помощи детям с отклонениями в развитии, разработана модель системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии детей, так как своевременная психолого-педагогическая помощь позволяет сгладить уже имеющиеся недостатки в развитии, а в ряде случаев устранить их, обеспечив полноценное развитие ребенка. В настоящее время помочь детям раннего возраста с нарушениями в развитии оказывается в трех ведомствах: в Министерстве образования и науки РФ, в Министерстве здравоохранения РФ и в Министерстве труда и социальной защиты РФ. В связи с чем в этой сфере наряду с позитивными отмечаются и негативные тенденции такие, как: недостаточное взаимодействие этих структур, нехватка квалифицированных кадров для работы с детьми раннего возраста и так далее (Е.Ф. Архипова [8]). В СНГ и различных регионах России этой проблемой занимаются Л.М. Кобрина [112], Е.В. Кожевникова [116], Р.Ж. Мухамедрахимов [167], Л.А. Чистович [253].

Практическая значимость исследования: заключается в том, что оно дает фактический и методический материал для дифференциальной диагностики ЗРР различного генеза и сходных состояний, рекомендации по ранней психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста с ЗРР.

Полученные данные могут быть использованы в работе логопедов, психологов, педагогов и медицинских работников, как системы здравоохранения, так и образования (ПМПК, ясельные группы детских садов, центры раннего развития и т. д.).

Анализ имеющихся исследований показывает, что в специальной коррекционно-педагогической системе работы с неговорящими детьми раннего возраста отсутствуют методологические, научно-теоретические, практико-ориентированные основы организации ранней комплексной медико-психологического-педагогической помощи детям раннего возраста с ЗРР. Недостаточно разработан и требует адресной конкретизации диагностический материал, позволяющий выявить актуальный уровень и потенциальные возможности развития неговорящих детей первых лет жизни и осуществить дифференцированный и индивидуальный подход к ним в системе комплексной абилитации.

Не разработаны аспекты взаимодействия различных специалистов и родителей в организации медико-психологического-педагогической абилитации детей данной категории. Учитывая возрастающую распространенность ЗРР и их негативное влияние на речевой онтогенез ребенка и на все психическое развитие в целом, актуальным является создание комплексной системы абилитации неговорящих детей раннего возраста, включающей методы дифференциальной диагностики ЗРР, психолого-педагогическую и медицинскую абилитацию, систему подготовки различных специалистов для работы с данной категорией детей.

Актуальность исследования заключается в недостаточной изученности задержек речевого развития различного генеза и их дифференциальной диагностики у детей раннего возраста. Учитывая возрастающую распространенность ЗРР и их негативное влияние на речевой онтогенез ребенка, также актуальным является: выявление факторов риска возникновения речевых расстройств у детей от 0 до 3-х лет, разработка методов дифференциальной диагностики ЗРР различного генеза и психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста с ЗРР различного генеза.

Этим определяется проблема исследования: дифференциальная диагностика ЗРР различного генеза и методы психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста с ЗРР различного генеза, разработка концептуальных основ и модели реализации системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста.

Исследование проводилось с 1992 по 2015 год в процессе диагностической и коррекционной работы на базе ГУЗ ЯО «Детская городская больница», г. Рыбинск (в амбулаторных условиях). В эксперименте принимало участие 25041 ребенка от 1,5 до 8 лет. Из них 1290 детей раннего возраста, которые участвовали в эксперименте с 2007 по 2015 гг. в ГУЗ ЯО «Детская городская больница», г. Рыбинск и 200 детей раннего возраста на базе Центра коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль с 2010 по 2015 гг.

Экспериментальное исследование состояло из трех этапов.

Первый этап – подготовительно-аналитический. На этом этапе осуществлялось теоретико-методологическое осмысление проблемы исследования, изучалась медицинская и психолого-педагогическая литература по проблеме исследования.

Второй этап – диагностико-экспериментальный. На этом этапе были определены теоретические подходы к организации клинико-психологического изучения детей, проведен сбор и анализ анамнестических данных 25041 детей в норме и с различными речевыми и психическими нарушениями. Организован констатирующий эксперимент: обследование 1290 детей по специально разработанной методике. Проведен обучающий эксперимент по психолого-педагогической абилитации детей раннего возраста с ЗРР.

На третьем этапе был проведен обучающий эксперимент по психолого-педагогической реабилитации детей с ЗРР различного генеза.

Методические рекомендации и апробация результатов содержащиеся в исследовании внедрены в практику работы с детьми с ЗРР различного генеза в ГУЗ ЯО «Детская городская больница», г. Рыбинск и в Центре коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль.

Научная новизна состоит в обосновании необходимости раннего выявления предпосылок речевого недоразвития у детей раннего возраста; представлена дифференциальная диагностика ЗРР и сходных состояний; разработана модель системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста.

В ходе исследования:

- доработан диагностический материал поэтапного, всестороннего изучения особенностей речевого развития детей раннего возраста от 0 до 3 лет;
- получены новые экспериментальные данные о вариативности нарушений речевого онтогенеза у детей от 1,5 до 3 лет в зависимости от преобладающего расстройства той или иной функциональной системы (двигательной, сенсорной, познавательной и др.);

- разработаны теоретико-методологические и организационно-технологические основы и модель системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста.

**Теоретическая значимость:**

- расширены современные представления о клинико-психологопедагогических особенностях детей раннего возраста с ЗРР;
- выявлены различные типы ЗРР и нарушения речевого и психического развития у детей раннего возраста с ЗРР;
- доказано, что дети раннего возраста с ЗРР обладают значительными потенциальными возможностями речевого и психофизического развития при условии системного комплексного подхода к ранней помощи;
- обоснована необходимость одновременной стимуляции различных функциональных систем организма на основе поэтапного медико-психологопедагогического воздействия, учитывающего актуальный уровень развития ребенка;
- теоретические, содержательные и организационно-методические характеристики системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста, полученные в результате исследования, дополняют и уточняют имеющиеся научные знания.

**Практическая значимость исследования:**

- разработана и реализована на практике в медицинском учреждении модель системы комплексной абилитации детей раннего возраста с ЗРР;
- разработана, апробирована и успешно внедрена в практику в ГУЗ ЯО «Детская городская больница», г. Рыбинск и Центре коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль система выявления и диагностики ЗРР у детей раннего возраста, а также система коррекционно-педагогической работы с неговорящими детьми раннего возраста, включающая принципы, задачи, методы и содержание;
- результаты исследования, его теоретические и практические материалы используются специалистами и родителями в процессе коррекционной работы с детьми раннего возраста с ЗРР;
- сформированы требования к содержанию циклов подготовки медицинских и педагогических специалистов для работы с детьми раннего возраста с ЗРР. Результаты исследования отражены в программах учебных курсов повышения квалификации логопедов, психологов, дефектологов и других специалистов дефектологического профиля в Центре коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль «Комплексная

абилитация детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития», «Логопедический массаж как средство запуска речи у неговорящих детей»;

- результаты исследования внедрены в систему повышения квалификации педагогов, участвующих в работе с детьми раннего возраста ЗРР в виде учебного пособия «Факторы риска возникновения речевых нарушений у детей от 0 до 3 лет и способы их предупреждения».

**Выводы:**

1. Дети раннего возраста с ЗРР представляют собой неоднородную группу не только по речевому развитию, но и по уровню моторного, познавательного и социального развития. ЗРР у этих детей могут быть не только функционального, но и органического характера. Для детей с ЗРР органического характера специфическим является нарушение речевого онтогенеза в целом, признаки которого можно выявить уже в младенческом возрасте.

2. Основной для компенсации полиморфных нарушений речевого развития является система комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста, которая имеет ряд специфических особенностей в зависимости от типа ЗРР.

3. Диагностическая программа, разработанная нами, позволяет специалистам, как можно раньше выявлять детей раннего возраста с ЗРР, что дает возможность осуществить дифференциальный подход к лечебно-педагогической работе и составить индивидуальную программу абилитации.

4. Создание и реализация функциональной модели системы комплексной абилитации детей раннего возраста с ЗРР, основанная на междисциплинарном подходе и интеграции всех звеньев (диагностического, медицинского и психолого-педагогического) обеспечивает необходимые условия для максимальной компенсации нарушений речевого развития и социальной адаптации.

Внедрение полученных результатов осуществлялось:

1. В ГУЗ ЯО «Детская городская больница», г. Рыбинск с 1992 по 2015 гг.

2. В Центре коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль с 2010 по 2015 гг.

3. В системе повышения квалификации на обучающих семинарах в Центре коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль с 2010 по 2015 гг., в Центре креативной педагогики и психологии, г. Санкт-Петербург с 2009 по 2012 гг. и в Центре Логоинф, г. Москва в 2015 году.

Апробация результатов исследования осуществлялась в выступлениях и докладах на Всероссийских и Международных конференциях и симпозиумах:

1. На XVIII съезде отоларингологов России, 26-28 апреля 2011 года, г. Санкт-Петербург.
2. На научно-практической конференции с международным участием Логопедия XXI века: Традиции и новации, 20 апреля 2012 года, г. Санкт-Петербург.
3. Международной научно-методической конференции «Интегративная психология: теория и практика», 25-29 апреля 2012 года, г. Ярославль.
4. На II Всероссийском конгрессе по слуховой имплантации с международным участием 2-4 октября 2012 года, г. Санкт-Петербург.
5. Международной научно-практической конференции «Организация и содержание учебно-воспитательного процесса в специальных (коррекционных) общеобразовательных организациях в условиях модернизации образования», 20-22 ноября 2013 года, г. Москва.
6. На III Всероссийском конгрессе по слуховой имплантации с Международным участием, 6-7 октября 2014 года, г. Санкт-Петербург.
7. На XI Международной научной конференции «Специальное образование», 20-22 апреля 2015 года, г. Санкт-Петербург.
8. На VII Международной конференции Российской ассоциации дислексии Памяти Г.В. Чиркиной, 29 мая 2015 года, г. Москва.
9. На I Всероссийском съезде дефектологов 26-28 октября 2015 года, г. Москва.
- 10.На Международной научно-практической конференции «Теоретическое обеспечение и практическая реализация помощи детям с ОВЗ», 10-14 декабря 2015 года, г. Москва.
- 11.На IV Всероссийском Конгрессе по слуховой имплантации с международным участием, 21-23 сентября 2016 года, г. Санкт-Петербург.

## ГЛАВА 1.

### РЕЧЕВОЙ ОНТОГЕНЕЗ В НОРМЕ И ДИЗОНТОГЕНЕЗ

#### 1.1. Развитие детской речи в норме

Вопросы становления и развития детской речи впервые уже встречаются у выдающихся педагогов-гуманистов Ж.-Ж. Руссо и И.Г. Песталоцци, что является необходимым для правильного понимания исторически сложившихся предпосылок развития системы психолого-педагогических знаний о речевых нарушениях и методах их преодоления у детей.

Жан-Жак Руссо является основоположником теории естественного свободного воспитания сообразно с законами физического, умственного и нравственного развития детей.

В своей системе гармонического воспитания Руссо предусматривает развитие речи детей как ее обязательную составную часть. Он определяет значение речи для человека как достойную нашу способность, которая отличает человека от животных. В его педагогических произведениях отмечается, что для формирования звуковой стороны речи у детей раннего возраста важное значение имеет развитие импрессивной речи и слухового внимания. Руссо обращает внимание на то, что дети слышат речь окружающих с самого рождения. Он отмечает, что разговаривать с детьми необходимо раньше, чем они могут понимать то, что им говорят, и отвечать на голоса, которые слышат, т. к. орган речи у маленьких детей еще инертный, и они могут подражать звукам, которые им диктуют. Руссо считает, что нельзя быть уверенным, что эти звуки воспринимаются детским ухом так же отчетливо, как ухом взрослого. Для речевого развития детей раннего возраста Руссо рекомендует, чтобы кормилица забавляла ребёнка песнями и разнообразными звуками, которые должны быть легки, ясны и часто повторяться, а первые слова ребенка должны относится к чувственным предметам, которые можно ему показывать.

В педагогических сочинениях Руссо впервые говорится о компенсаторных возможностях человека на примере сопоставления его осознания и слуха, что является весьма прогрессивным для того времени.

Характеризуя в целом речь ребенка, Руссо высказывает мнение о единстве речи, голоса и просодики. С его точки зрения – взрослый человек обладает сразу голосом трех родов:

- говорящим или членораздельным;
- поющим или мелодичным;

- патетическим или выразительным, который одушевляет пение и слово.

По его мнению, ребенок также обладает этими тремя голосами, но не умеет их сливать.

Говоря о начале развития детской речи, Руссо отмечает, что развитие ребёнка продвигается со всех сторон разом. Ребенок почти одновременно учится говорить, есть и ходить. Он указывает, что дети меньше плачут, когда начинают говорить, т. к. язык плача у ребенка заменяется другим – языком слов. Поэтому, если дети могут выразить свои страдания словами, зачем им это говорить криками, за исключением тех случаев, если боль, слишком сильна.

В своих педагогических рассуждениях по развитию детской речи Руссо много внимания уделяет неторопливости в развитии речи детей. По его мнению, у детей, которых слишком торопят говорить, нет времени ни научиться хорошему произношению, ни хорошо постичь то, что их заставляет говорить. Если же дети овладевают речью самостоятельно и последовательно, то они сначала упражняются над слогами, которые легче всего произносить, постепенно придавая им то или иное значение, которое можно понять по их жестам, затем образуют свои собственные слова, а затем заимствуют слова у взрослых. Также Руссо обращает внимание на своеобразие детской грамматики, синтаксис которой обладает более общими правилами, чем у взрослых. В свою очередь, Руссо отмечает наличие у некоторых детей задержки речевого развития, которую пытается увязать с неблагоприятным влиянием поспешности в обучении (Морлей Д. [166]).

Итак, в педагогических произведениях Ж.-Ж. Руссо, построенных на основе естественного и природообразного воспитания детей, имеется ряд рекомендаций, касающихся развития и воспитания правильной речи детей. Он пишет о значении речи в общем развитии человека, о его компенсаторных возможностях, о единстве крика и речи маленького ребенка, об особенностях детской грамматики, о единстве речи, голоса и просодики, и даже о задержках речевого развития у детей, касается причин недостатков детской речи, дает рекомендации по развитию детской речи, определяет какие качества речи следует воспитывать у детей, и говорит о необходимости систематических речевых упражнений с детьми.

Иоганн Генрих Песталоцци является создателем теории элемен-тарного образования, которая предусматривает гармоническое развитие всех сил и способностей человека. Он считал, что воспитание детей должно строиться в соответствии с законами развития ребенка.

На основе элементарного образования он разработал методику начального обучения детей речи, счету и измерению.

Касаясь вопросов значения речи в развитии ребенка, Песталоцци указывал, что речь является важным фактором для формирования мыслительных способностей человека. Он считал, что для того, чтобы смутное сознание ребенка стало отчетливым, ему необходим язык, дающий название различным вещам и их свойствам.

Песталоцци, как и Руссо, отмечает важность слуха в различении звуков и подражаний им. Развитие речи, по его мнению, у ребенка должно идти с колыбели вместе с развитием способности к наблюдению. В своих педагогических советах он уделяет много внимания развитию заложенной в ребенке способности к речи. Первым проявлением способности ребенка к речи он считает крик, которому ребенку не приходится учиться. За криком следуют звуки, не имеющие связи с членораздельной человеческой речью. Лишь много месяцев спустя, эти звуки постепенно начинают напоминать гласные и согласные, и приближаются к звучанию некоторых слогов и слов, часто повторяемых ребенком. Большое значение в развитии речи ребенка он отводит матери, которая обучает ребенка следующему этапу речевого развития – лепету. Следующим этапом формирования речи является усвоение ребенком слов, обозначающих предметы. Песталоцци отмечает, что для формирования речи ребенку необходимы благоприятные условия, где достаточно много говорят о предметах ближайшего окружения ребенка, связанного с жизнью семьи. На формирование всех элементов речи, по его мнению, имеет влияние слушание чужой речи. Завершающим этапом развития детской речи Песталоцци считал формирование у детей фразовой речи.

Подводя итоги о взглядах Песталоцци на проблему развития детской речи, следует отметить, что он касается широкого круга вопросов, таких, как значение речи в общем развитии человека, его познавательных способностей, его сознания, последовательности развития речи у маленьких детей. Он затрагивает их доречевое развитие, роль слухового восприятия в опознании звуков и формировании звучной речи, средства развития слухового восприятия, необходимость обучения ребенка речи: когда, как и в какой последовательности, им описываются закономерности овладения ребенком речью, отмечается роль сенсорного воспитания и речевой окружающей среды в развитии детской речи. Песталоцци определяет цель и значение языка, и формы обучения языку маленьких детей (Абрамов Я.В.[1]).

Необходимо отметить, что взгляды великих педагогов сформировали представление о роли языка и речи в системе общего развития

ребенка, подвергли анализу особенности раннего речевого развития детей, обосновали необходимость обязательного обучения детей правильной речи, и предложили систему последовательного обучения детей правильной речи.

Таким образом, их взгляды явились фундаментом для дальнейшего психолого-педагогического изучения речевого онтогенеза в норме и отклонений в развитии детской речи, и легли в основу последующих методик логопедической работы по преодолению нарушений речи, а также в создание системы профилактических мероприятий по преодолению отклонений в речевом развитии.

В дальнейшем в традиционной зарубежной буржуазной психологии процессы развития речи трактовались как результат механического количественного накопления запаса слов, а осознанность речевых форм – как особая форма развития ребенка, интуиция и инстинкт развития речи.

Отечественные психологи и физиологи Л.С. Выготский [39], А.Н. Леонтьев [140], А.В. Запорожец [81], И.М. Сеченов [218], И.П. Павлов [182], А.Р. Лурия [146], и другие убедительно доказали, что все психические процессы у ребенка: восприятие, память, внимание, воображение и мышление развиваются через речь. Но речь не является врожденной способностью человека. Она связана с его социальным развитием в процессе онтогенеза. Состояние речи зависит от высшей нервной деятельности человека, от состояния путей и центров головного мозга. Нормальное развитие речи идет параллельно с физическим и умственным развитием ребенка, и служит показателем его общего развития.

Речевая функция в своем развитии проходит ряд физиологических этапов, и в сформированном виде является сложной системой связей, которые возникают и укрепляются в результате развития индивида и взаимодействия его с окружающей средой.

Усвоение ребенком родного языка проходит со строгой закономерностью, и характеризуется одинаковыми чертами у разных детей. В развитии речи определенная стадия зависит от предшествующей. Развитие речи идет от диффузности к дифференцированности по всем ее компонентам.

В педагогической и психологической литературе уделяется много внимания вопросам поэтапного становления детской речи и ее нормального развития.

Подробное описание этапов становления детской речи, начиная с младенческого возраста отражено в работах А.Н. Гвоздева [44], Г.Л. Розенгард-Пупко [206], Д.Б. Эльконина [273], А.А. Леонтьева [138],

Н.Х. Швачкина [256], В.И. Бельтюкова [18]. Эти авторы с различных позиций рассматривают и определяют этапы речевого развития.

Различные исследователи выделяют разное количество этапов развития детской речи, по разному их называют, и указывают различные возрастные границы каждого этапа, но схема речевого онтогенеза нормально развивающегося ребенка всеми исследователями сведена к следующему: например А.А. Леонтьев [138] выделяет четыре этапа:

- I. Подготовительный, до 1 года.
- II. Период первоначального овладения языком, который заканчивается в 3 года.
- III. Период обогащения языка и развитие речи в процессе практики ребенка дошкольника.
- IV. Развитие речи в период школьного обучения.

Г.Л. Розенгард-Пупко [206] определяет 2 этапа: подготовительный до 2 лет и этап самостоятельного формирования речи.

А.Н. Гвоздев [44] подробно изучает последовательность усвоения ребенком частей речи, структуру предложений и характер их грамматического оформления и предлагает свою периодизацию, в зависимости от этого – от стадии лепета до 7 лет.

Современные исследователи Г.В. Чиркина [180], И.В. Королёва [124], Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко [186], Ю.А. Розенткова [197] и другие, опираясь на периодизацию А.А. Леонтьева [138], выделяют ведущие периоды речевого развития и в каждом из них определяют ту симптоматику, которая свидетельствует о нарушении онтогенетического развития. Особое внимание авторы уделяют доречевому или долингвистическому развитию ребенка. Этот этап каждый рассматривает со своих позиций, но наиболее подробно долингвистическое развитие детей описано Г.В. Чиркиной [180] и И.В. Королёвой [124].

Г.В. Чиркина [180] рассматривает этапы речевого развития от 0 до 17 лет, подробно останавливаясь на подготовительном и преддошкольном этапах, а становление речевой и слуховой функции у детей раннего возраста наиболее подробно и разносторонне описано И.В. Королёвой [124]. Автор выделяет основные этапы предречевой и речевой вокальной активности у детей раннего возраста и выделяет два основных этапа развития речи детей от 0 до 7 лет.

I этап – протоязык – это невербальная дословесная форма коммуникации в виде доречевых вокализаций, мимики, движений тела и наминуляций с предметами. Сюда входят крик: 0-2 месяца, гуление: 2-4,5 месяца, ранний лепет: 5-6 месяцев и поздний лепет: 7-9 месяцев.

II этап – язык – система общепринятых социальных знаков, соотносимых с определенным содержанием, правилами их сочетаемости, звучания и использования. Сюда автор включает первые слова 10-14 месяцев, первые 2-3-х словесные фразы: 1,5-2 года, овладение речью как системой фонетических норм: 2,5-7 лет.

По мнению автора, элементы протоязыка мимика и жесты у детей в норме могут сохраняться до 2 лет (Королёва И.В. [124]).

### **Выводы:**

I. Таким образом, авторами были выделены и описаны этапы нормального речевого развития детей раннего возраста от 0 до 3 лет, принятые в настоящее время в отечественной психологии и педагогике, в частности в логопедии.

II. Это деление на этапы условное, и используется для удобства изучения путей развития детской речи. Чтобы овладеть всеми формами родного языка ребенку понадобится несколько лет, но самое интенсивное речевое развитие у детей происходит в сенситивный период до 3 лет. Многие причины задержек речевого развития и нарушений речи в более старшем возрасте кроются в условиях ее развития на раннем этапе. Поэтому педагогами, психологами и лингвистами наиболее широко изучен период раннего речевого развития от 0 до 3 лет.

III. Все исследователи выделяют следующие этапы раннего речевого развития от 0 до 3 лет.

а) Первой речевой продукцией ребенка является крик, затем появляются не дифференцированные аморфные звуки и голосовые реакции, которые называются гулением (или агуканье). На 3-4 месяце характер гуления изменяется, оно становится более продолжительным, и приобретает различные интонации. Характер издаваемых звуков и интонаций впоследствии все более зависит от эмоций ребенка. В период гуления первыми появляются гласные звуки «а, о, у, э», как наиболее легкие для артикулирования, затем губные звуки «н, б, м» и заднеязычные звуки «г, к, х».

б) Согласные звуки соединяются с гласными, и к 4-5 месяцам у ребенка появляется ранний лепет. Постепенно фонетическое оформление лепета становится все более разнообразным, оно включает гласные и согласные звуки родного языка, а также отсутствующие в языке фонетические образования. К 6-7 месяцам у ребенка появляется поздний лепет, который состоит из цепочек слогов. Гуление и лепет являются подготовительным этапом и предпосылкой к развитию речевой деятельности.

в) Параллельно с формированием гуления и лепета идет развитие понимания речи. Развитие понимания речи начинается до того, как

ребенок овладевает активной речью. Уже в конце второй недели ребенок перестает плакать и реагирует на голос матери, а с 4 недели на него успокаивающее действует колыбельная. Затем ребенок начинает реагировать на интонацию. В возрасте 5 месяцев нормально развивающийся ребенок слышит звуки, видит артикуляционные движения губ и подражает им, пытается повторять, и в 6 месяцев ребенок начинает лепетать.

г) К 1 году жизни дети в норме начинают говорить отдельные слова, в зависимости от индивидуальных особенностей развития речи ребенок может говорить от нескольких слов (4-5) до одного десятка. С появлением первых слов заканчивается подготовительный этап развития речи, и начинается этап становления активной речи.

Первые слова ребенка, как и понимание, им речи, носят обобщенно-смысловый характер и имеют ряд особенностей. Одним и тем же звукосочетанием или словом ребенок может выражать и чувства, и желания, и обозначать предмет. В это время речь ребенка носит ситуативный характер, и понять её можно только в определённой ситуации. На этом этапе отдельные слова ребёнка соответствуют предложению с различным смысловым значением. Употребление слов сопровождается жестами и мимикой.

Первыми обычно появляются двухсложные слова с открытыми повторяющимися слогами типа «мама, баба» и т. д. В этом возрасте допускается фонетическое и структурное искажение слов, часто употребляются только корни слов. Наблюдаются перестановки слогов и пропуски трудных звуков. С ростом словарного запаса фонетико-структурные трудности становятся более заметными, но параллельно появляется и развивается контроль за своей речью и речью окружающих, что дает сильный толчок к бурному речевому развитию. В этом периоде речь ребенка развивается в геометрической прогрессии. Различные исследователи приводят разные количественные данные о развитии словарного запаса у детей. Считается, что словарный запас у ребенка 1,5 лет должен составлять от 50 до 100 слов.

Порядок появления различных частей речи у детей обусловлен их наибольшей простотой и конкретностью. Первыми появляются существительные и глаголы, употребляемые с существительными, затем междометия, прилагательные и наречия.

д) Синтезировать слова в предложения ребенок начинает на 2 году жизни. Поэтому второй год является решающим в развитии речи детей. В этот период совершенствуется понимание речи ребенком, и появляется самостоятельная речь. На втором году речевое развитие в основном связано с общением ребенка со взрослым, и включено в практическую деятельность по освоению предметов его окружающих.

Благодаря этой деятельности развивается понимание речи: ребенок становится способен выполнять ряд несложных речевых инструкций – выбрать названный предмет из нескольких других и принести его, взять предмет у одного человека и принести его другому.

К полутора годам понимаемые слова становятся более стойкими и обобщенными. Ребенок знает и понимает свое имя, имена близких людей, некоторые названия мебели, посуды, одежды, животных и транспорта, выделяет отдельные части своего тела, понимает слова, обозначающие бытовые действия.

IV. Этап развития понимания речи является очень важным для ребенка, т. к. если дети своевременно не овладеют пониманием речи, то в дальнейшем наблюдается серьезное отставание не только в развитии их речи, но и в психическом развитии в целом.

Не понимание речи ребенком может быть вызвано рядом причин, прежде всего, это нарушение слуха и интеллектуального развития. Развитие понимания у ребенка на данном этапе тесно привязано к ситуации, в которой он находится, поэтому оно ситуативно.

С развитием понимания начинает развиваться самостоятельная речь детей. Ее предпосылки закладываются на 1 году жизни, так как подготовительными элементами в развитии звуковой стороны речи являются лепет и подражание звукам и словам. Лепет – это особая форма речевой деятельности ребенка, доречевое средство общения и способ выражения эмоционального состояния.

V. Подражание является одним из механизмов развития речи, и выступает как своеобразная форма общения между ребенком и взрослым. При своевременном развитии лепета и подражания на 2 году жизни эта деятельность становится очень интенсивной. У ребенка появляется звуковая игра, в которую включаются и доступные для него слова. Эта игра заполняет большую часть свободного времени ребенка. В этот период произношение ребенка не совершенно, но ребенок уже может использовать речь для выражения своих желаний и достижения целей. Для этого он употребляет одно и то же слово для обозначения разнообразных вещей, имеющих различные названия, но близких по группе, т. е. обобщает. Понять ребенка могут в этот период только самые близкие взрослые.

VI. Если у ребенка нормальный слух и есть понимание речи, то активная речь в норме появляется к 1,5-2 годам. Количество слов в активном словаре составляет к 2 годам примерно 200-300, но в фонетическом отношении слова еще не сформированы, звуки могут быть искажены, заменены на сходные по артикуляции и звучанию, или более простые в артикуляционном оформлении, а также ребенок

может пропускать звуки и произносить их по разному в одном и том же слове.

Но самым существенным в этот период является формирование у ребенка самостоятельной речи. Сначала малыш в общении с взрослым употребляет слова-предложения, подкрепляя их жестами и мимикой, усиленно подражая взрослым.

С обогащением словаря и формированием правильного произношения в этом возрасте ребенок начинает овладевать грамматическим строем родного языка. Сначала в его речи появляются двусловные предложения, а к концу 2 года предложения из 3-4 слов. Речь становится доминирующим средством общения с окружающими его людьми. Дети начинают менять слова в роде, числе и падеже.

Нарушения речи на этом этапе могут быть обусловлены медленным созреванием и формированием речевых центров коры головного мозга.

VII. Затем существенный скачок происходит в развитии речи детей от 2 до 3 лет – значительно расширяется коммуникативная функция речи, и она становится не только средством общения с взрослым, но и с детьми.

Совершенствуются все стороны речи. Бурно растет активный словарь ребенка. К 2,5 годам он может составлять примерно 400-500 слов, а в 3 года – до 1000. Ребенок запоминает и повторяет не только новые слова, но и целые обороты речи. В речи детей появляются новые глаголы, дети уже могут изменять их по временам.

VIII. Продолжает формироваться регулирующая функция речи: ребенок может подчиняться инструкциям взрослого и последовательно выполнять их. В то же время в речи широко начинают использоваться местоимения личные и притяжательные, предлоги, увеличивается количество прилагательных и наречий, что позволяет оформлять свои мысли и выражать их в распространенном предложении.

IX. Итак, в норме к концу 3 года малыш употребляет сложные, распространенные предложения, хотя могут быть трудности в правильном их грамматическом и фонетическом оформлении. Таким образом, ребенок может понятно для окружающих объяснить, что ему нужно, рассказать о том, что он видел или слышал, запоминает стихи, песни, сказки.

Далее в норме речь становится средством познания окружающего, идет дальнейшее обогащение ее смыслового содержания, формируется слушание и понимание литературных произведений. Возникает описательная речь и речь-монолог, ребенок начинает задавать много вопросов, что говорит о развитии мышления, появляется словотворчество.

На этом этапе нарушения речевого развития могут быть обусловлены легким органическим поражением нервной системы (обычно это проводящие пути черепно-мозговых нервов и их ядра). Как правило, нарушается звуковая сторона речи.

Х. Таким образом, к 3 годам у ребенка будет достаточно хорошо развита речь, если с первых дней его жизни в семье создаются все необходимые условия, и ребёнок имеет нормальное психическое и физическое развитие.

Специалисты (педагоги, психологи и врачи) советуют обращаться к логопедам в том случае, если нарушения речи сохраняются до 5 лет. Но это мнение является ошибочным, т. к. чем раньше начата коррекционная работа, тем более успешна будет абилитация. Поэтому специалисты должны знать не только этапы речевого онтогенеза в норме, но и его нарушения.

## **1.2. Нарушения речевого онтогенеза у детей раннего возраста**

Нарушения психического развития у детей в процессе онтогенеза описаны в психологической, педагогической и медицинской литературе. Многоэтапность формирования нервно психических функций в онтогенезе может нарушаться при заболеваниях нервной системы, и проявляться в форме задержки темпов ее развития или выпадения функций анализаторов.

Неврологические заболевания у детей раннего возраста приводят к аномальному развитию функций и к искажению программы развития в целом, т. е. к дизонтогенезу, но развитие ребенка не всегда идет по строгой схеме. Становление функций может, как отставать, так и опережать указанные сроки. Это зависит от особенностей внутриутробного развития, течения родов и периода новорожденности, а также от конституциональных особенностей. В каждом отдельном случае нарушенного онтогенеза необходимо установить причину и выяснить, связан ли он с первичным поражением нервной системы или является результатом других заболеваний, влияющих на психическое развитие (Л.О. Бадалян [12]). Для этого необходимо знать механизм формирования функций, в том числе и высших психических функций, к которым относится и речь. Психологическая природа речи раскрыта в исследованиях Н.И. Жинкина [76], Л.С. Выготского [39], А.Н. Леонтьева [140], И.А. Зимней [87], А.А. Леонтьева [138], Т.Н. Ушаковой [234] и других.

В отечественной психолингвистике наибольший вклад в изучение механизмов речи внес Н.И. Жинкин. Он много занимался проблемами звучащей речи, разработал аппаратурный комплекс регистрации микроколебаний голосовых связок и движений гортани. Это позволило

ему обосновать концепцию звукопроизводства по системному нейродинамическому типу. Используя свою уникальную методику, Н.И. Жинкин сформулировал основные положения голосообразования, разработал концепцию глottического образования слога, раскрыл парадокс речевого дыхания и разногромкости гласных звуков, определил характер управления сегментным и просодическим рядом, ввел понятие универсального предметного кода (УПК), который он определил как «стык речи и интеллекта». Он отмечал, что УПК имеет невербальную природу и представляет собой систему знаков, имеющих характер чувственного отражения действительности в сознании. С работы УПК начинается движение от мысли к слову, а порождение высказывания представил в виде перехода от УПК к вербальному коду конкретного языка. Таким образом, он обосновал механизм не только внешней, но и внутренней речи, которая, в свою очередь, является механизмом речемыслительной деятельности – «круговорота кодов» – субъективного языка или языка посредника, который субъективно не осознаётся, но обеспечивает понимание между говорящими (Жинкин Н.И. [76]).

Положения исследований Н.И. Жинкина предшествовали появлению отечественной теории речевой деятельности, и оказали влияние на развитие языкоznания в работах таких ученых, как А.А. Леонтьев [138], Т.В. Ахутина [11], И.А. Зимняя [87], А.А. Залевская [79], И.Н. Горелов [50] и другие.

Теоретические положения Н.И. Жинкина и их экспериментальное подтверждение дополняют и углубляют концепцию мышления и речи Л.С. Выготского [38].

Работа Л.С. Выготского «Мышление и речь» посвящена изучению проблемы отношения мысли и слова в структуре сознания. Согласно Л.С. Выготскому, генетические корни мышления и речи различны, так как существует доречевая стадия в развитии интеллекта и доинтеллектуальная в развитии речи. Лишь позднее мышление и речь пересекаются и сливаются, в результате чего возникает речевое мышление, которое является не природной, а общественно-исторической формой поведения, поэтому, с возникновением речевого мышления биологический тип развития сменяется общественно-историческим.

Анализируя речевое мышление, Л.С. Выготский выделяет его единицы. По его мнению, единицей речевого мышления является лексическое значение слова. Отношение мысли и слова он считает непостоянным. Это процесс движения от мысли к слову и обратно. Таким образом, он описывает строение мыслительного процесса: мотивация мысли – мысль – внутренняя речь – ее семантический план – внешняя речь.

Большое значение в своих работах Л.С. Выготский придавал развитию детской речи. Исследуя развитие понятий в детском возрасте, он установил их типы или возрастные стадии развития понятий: житейские и научные.

Житейские понятия приобретаются и используются в быту и в поведенческом общении, а научные понятия – это слова, которые ребенок узнает в процессе обучения в школе, это специальные термины.

Л.С. Выготский предположил, что развитие спонтанных и научных понятий идет в противоположных направлениях: спонтанных (житейских) к постепенному опознанию их значений, а научных в обратном направлении. Осознанность научных понятий постепенно распространяется на житейские. Таким образом, Л.С. Выготский приходит к проблеме соотношения роли созревания и обучения в развитии высших психических функций ребенка. Так, он сформулировал важнейший принцип, согласно которому сохранность и своевременное созревание структур мозга есть необходимое, но недостаточное условие для развития высших психических функций. Главным источником социального развития он считает социальную среду, и обозначает ее термином «социальная ситуация развития». Именно соотношение физиологического и социального определяет ход развития психики ребенка на определенном возрастном этапе (Выготский Л.С. [38]).

Далее им была разработана периодизация жизненного цикла человека, в основу которого легло чередование стабильных периодов развития и кризисов, которые характеризуются появлением «новообразований». Причиной психологического кризиса, по мнению Л.С. Выготского, является несоответствие между развивающейся психикой ребенка и неизменной социальной ситуацией развития, на перестройку этой ситуации направлен нормальный кризис (Выготский Л.С. [39]).

Таким образом, каждый этап жизни начинается кризисом, за которым следует период стабильного развития. На основе этого была предложена следующая периодизация кризисов и стабильного развития ребенка:

- кризис новорожденности (0-2 мес.);
- младенчество (2мес.-1 год);
- кризис одного года;
- раннее детство (1-3 года);
- кризис трех лет;
- дошкольный возраст (3-7 лет);
- кризис 7 лет;

- младший школьный возраст (8-12 лет);
- кризис 13 лет;
- подростковый возраст или пубертатный период (12-16 лет);
- кризис 17 лет.

Л.С. Выготский первый в психологии подошел к рассмотрению психологического кризиса как необходимой стадии развития психики человека, раскрыв его позитивный смысл. А также существенным вкладом в педагогическую психологию является введенное им понятие «зона ближайшего развития» - это «область не созревших, но созревающих процессов». Это уровень, достигаемый ребенком лишь в ходе совместной деятельности со взрослым. Таким образом, Л.С. Выготский указывает, что в развитии ребенка существуют оптимальные сроки для каждого вида обучения, которые определяются зоной его ближайшего развития, то есть, обучение должно опираться не на созревшие функции, а на созревающие, тогда оно будет наиболее эффективным.

Позднее учение Л.С. Выготского о периодизации было дополнено его учеником Д.Б. Элькониным [273]. Появился несколько иной вариант этой периодизации, дополненный деятельностным подходом, в основу которого было положено понятие о ведущей деятельности и представление о смене ведущей деятельности при переходе на новый возрастной этап. Д.Б. Элькониным выделялись те же периоды и кризисы, что и в периодизации Л.С. Выготского, но при более детальном рассмотрении механизмов, работающих на каждом этапе.

Таким образом, теория Л.С. Выготского породила крупнейшую в отечественной психологии школу, из которой вышли А.А. Леонтьев, А.Р. Лuria, А.В. Запорожец, Л.И. Божович, П.Я. Гальперин, П.И. Зинченко, Л.В. Занков и другие.

Исходя из этого, становится понятно, что речь и мышление – продукт деятельности человеческого мозга, поэтому развитие речи и мышления, а также их нарушения, можно рассматривать только вместе с развитием и созреванием различных систем головного мозга.

В процессе психического развития ребенка речь занимает центральное место, так как она внутренне связана с развитием мышления и сознания. Речь является многофункциональной системой: она выполняет коммуникативную, индикативную, сигнifikативную, регулирующую и интеллектуальную функции.

Речь имеет две формы: внешнюю и внутреннюю. В свою очередь, внешняя речь делится на устную и письменную. Внутренняя речь – это беззвучная форма речи, которая возникает, когда человек мысленно составляет план речевого высказывания или думает.

В процессе онтогенеза внутренняя речь формируется на базе внешней, и является одним из основных механизмов мышления.

Современные научные исследования подтверждают, что нарушения речевого развития детей являются одной из форм сложных когнитивных расстройств, которые включают избирательные нарушения каких-либо функций речи, и обусловленных ими отклонениями неязыковых функций и процессов. Также, отклонения в развитии речи отражаются на формировании психики ребёнка, затрудняют общение с окружающими, препятствуют правильному формированию познавательных процессов, влияют на эмоционально-волевую сферу. В результате чего происходит аномальное развитие ребенка в целом, характер которого в раннем возрасте очень трудно определить.

На нарушения речевого онтогенеза у детей раннего возраста имеются отдельные указания у многих авторов, изучавших этапы становления речи при нормальном развитии: А.Н. Гвоздев [44], Д.Б. Эльконин [273], Н.Х. Швачкин [256], В.И. Бельтюков [19] и другие.

А.Н. Гвоздев, подробно изучая последовательность усвоения ребенком фонетического строя речи, ее частей, структур предложений и характер их грамматического оформления, отмечает несовершенства детской речи на каждом этапе (Гвоздев А.Н. [44]).

Наиболее хорошо нарушения онтогенетического развития, в том числе и речевого, описаны у детей раннего возраста с нарушениями слуха: Р.М. Боскис [26], К.Г. Коровин [122], Т.С. Зыкова [89], Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко [186], И.В. Королёва [124], Л.М. Кобрина [112] и другие.

Формирование слуховой системы начинается с первых недель внутриутробного развития плода. К 20 неделе беременности внутренне ухо плода полностью созревает. На стадии формирования внутреннего уха наиболее подвержена патогенным факторам улитка. Полное формирование улитки завершается до 1 года. Поэтому, влияние различных неблагоприятных факторов в период беременности приводит к различным нарушениям слуха. Такими факторами являются гипотериоз на 12-22 неделе, прием ототоксичных препаратов на 18-35 неделе, неблагоприятное воздействие шума с 30-ой недели беременности. Несмотря на раннее созревание улитки, функционирование слуховой системы начинается гораздо позднее, и связано с созреванием центральной нервной системы. Предполагается, что стволомозговые структуры мозга в основном сформированы на 30-ой неделе беременности, а к 1 году параметры слуховых мозговых потенциалов приближаются к взрослым параметрам, но повышение эффективности нервной передачи в стволомозговых структурах продолжается до 3 лет (Королёва И.В. [123]).

Согласно наиболее распространенной классификации нарушений слуха по механизму преобразования слуховых сигналов, туюухость

может быть кондуктивной (здесь нарушается механизм звукопроведения) и нейросенсорной (нарушается механизм звуковосприятия). В педагогической классификации, принятой в отечественной педагогике, детей с нарушениями слуха принято делить на две группы:

I группа – слабослышащие – это дети с порогами слуха до 70 ДБ. Эти дети слышат речь очень нечетко. Некоторые из них начинают говорить без специальных методов обучения, то есть спонтанно, но их речь развивается с большой задержкой и отличается от речи нормально развивающихся детей, в зависимости от степени тухоухости. Выделяют четыре степени тухоухости: 1, 2, 3, 4. Наиболее легкими считаются 1 и 2 степени. 1 степень – восприятие разговорной речи 1-6 метров, а шепотной – 2 метра или у уха. 2 степень – восприятие разговорной речи 3 метра или у уха, а восприятие шепотной речи может отсутствовать или только у уха. Более тяжелыми являются 3 и 4 степени тухоухости: 3 степень – воспринимается только громкая речь у уха, и 4 степень – крик у уха, восприятие шепотной речи отсутствует.

II группа – глухие – дети с порогами слуха более 70 ДБ. Эти дети не слышат речь и не могут самостоятельно научиться говорить без специального обучения.

В зависимости от момента возникновения тухоухости и в связи с развитием речи ребенка выделяют врожденную тухоухость, долингвальную (возникшую в раннем возрасте до развития речи ребенка), перилингвальную (возникает в период овладения речью от 1 года до 5 лет) и постлингвальную (возникает после развития речи) (Королёва И.В. [123]).

Все это определяет разнообразный характер нарушений долингвистического развития у детей с нарушениями слуха. Нормальное последовательное развитие всех стадий доречевой активности ребенка является базой для развития речи. Если у ребенка имеются нарушения развития гуления и лепета – это обязательно приведет к расстройству речи, так как предречевая вокальная активность обеспечивает развитие моторных центров и слухомоторных координаций. Признаком отсутствия слуха у детей является то, что глухие дети замолкают к 1,5 годам (Королёва И.В. [123]).

В отечественной логопедической и психологической литературе наиболее подробно нарушения речевого онтогенеза у детей с алалией были описаны Н.Н. Траутт. Она указывает, что нарушения речи у детей раннего возраста можно разделить на две группы. В первую группу входят дети, которые плохо понимают речь и плохо говорят. Ко второй группе она относит детей, которые своевременно начинают понимать речь, в дальнейшем они её удовлетворительно понимают,

но сами говорить не начинают или говорят плохо. Затем автор объясняет причины отсутствия или задержки развития произносительной стороны речи (Траутготт Н.Н. [229]).

Одной из причин расстройств произносительной стороны речи, по мнению автора, являются параличи или «дефекты» нервов, которые управляют артикуляционной мускулатурой, что указывает на дизартрию.

Другой причиной задержки речевого развития являются поражения нервной системы на более высоком уровне, когда «нарушено управление этими нервами», то есть нарушается программа управления движениями или деятельность речевого центра в коре головного мозга (Траутготт Н.Н. [229]). Затем на примере моторной азалии описываются нарушения речевого онтогенеза у детей раннего возраста. Автор отмечает, что нарушения могут быть обусловлены влиянием неблагоприятных факторов в период внутриутробного развития или в период новорожденности и родов, проявления которых обнаруживаются на первом году жизни, но обычно проходят незамеченными окружающими, так как раннее общее развитие таких детей близко к норме, но в отличие от здоровых детей, такие дети мало лепечут, их лепет бывает однообразным. Эти нарушения могут быть легкими и не замечаться врачами и родителями, а могут быть сильно выраженным.

На втором году жизни многие родители начинают замечать задержку речевого развития. Дети могут оставаться безречевыми до 3, а иногда и до 5 лет, используя в речи лишь отдельные лепетные слова (Траутготт Н.Н. [229]).

Нарушения речевого онтогенеза у детей с дизартрией описаны И.Б. Карелиной – автором данной работы. Известно, что признаки псевдобульбарного паралича, которым вызывается дизартрия, можно обнаружить уже у новорожденного: это низкая оценка по шкале Апгар, которая характеризует рефлексы новорожденного сразу после рождения и через 5 минут жизни, отсутствие или слабость крика, нарушения сосания и глотания (дисфагия). Раннее моторное развитие детей с дизартрией обычно бывает благополучным, но задерживаются более сложные локомоторные функции, такие, как ползание и ходьба. В более старшем возрасте у этих детей наблюдается моторная неловкость, они быстро устают во время ходьбы, не умеют прыгать, бегать, держать ложку в руке. Отмечаются признаки нарушения жевания и глотания (не могут, есть твердую пищу) (Карелина И.Б. [101]).

Речевое развитие детей с дизартрией в раннем возрасте также кажется благополучным, так как гуление и лепет появляются своевременно, но носят скучный характер, иногда лепет исчезает, и дети некоторое время молчат. Затем речь детей развивается с задержкой. Первые слова, неясно произносимые, появляются в возрасте 1,5-2 лет,

в 2,5-3 года дети могут пользоваться фразовой речью, но она не понятна для окружающих. К 4-5 годам некоторые звуки речи появляются спонтанно, речь становится несколько яснее, но в целом остается фонетически не сформированной. В дальнейшем у многих детей отмечается общее недоразвитие речи (Карелина И.Б. [101]).

Нарушения дислингвистического развития при дизартрии также освещены в работах Е.Ф. Архиповой [8], Е.Н. Винарской [32], Г.В. Гуровец, Г.В. Маевской [62], А.М. Пулатова [195] и других. По мнению данных авторов, предшественниками дизартрии были следующие особенности раннего речевого развития: слабо выраженное отраженное гуление и самоподражание, отсутствие певучести звуков, позднее появление лепета, бедность его звукового состава и отсутствие модуляции голоса. Эти нарушения сопровождаются неречевыми симптомами: затруднены процессы сосания и глотания из-за нарушения подвижности губ и языка, обусловленные наличием оральных синкинезий и гиперкинезов, лицо амимичное, дыхание поверхностное, асинхронно с сосанием, на более позднем уровне дислингвистического развития отмечается слабость жевания и кусания, с возрастом появляются расстройства жевания и слюнотечение.

В современной отечественной психологической и педагогической литературе изучению дизонтогенеза у детей раннего возраста с ДЦП и при различных речевых расстройствах посвящены исследования Е.Ф. Архиповой [8], О.Г. Приходько [190], Т.В. Волосовец [36], Г.В. Чиркиной [250], Ю.А. Разенковой [197] и других.

Авторы рассматривают нарушения онтогенетического развития с различных позиций: нарушения сенсорного развития Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко [186], И.В. Королёва [125], нарушения речевого развития Г.В. Чиркина [250], О.В. Громова [58], Ю.Ф. Гаркуша [43], Ю.А. Разенкова [197], нарушения психофизического развития Е.А. Стребелева [225], Г.А. Мишина [165], Е.Ф. Архипова [8], О.Г. Приходько [192] и другие.

Все вышесказанное свидетельствует о том, что изучение нарушений речевого развития у детей раннего возраста, выявление взаимосвязи особенностей и типа речевого дизонтогенеза в настоящее время является актуальным, так как на государственном уровне Институтом коррекционной педагогики РАО в течение 20 лет разрабатывается концепция раннего выявления и коррекции различных отклонений развития у детей первых трех лет жизни, суть которой заключается в том, что ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых месяцев жизни позволяет не только скорректировать уже имеющиеся отклонения развития, но и предупредить появление дальнейших, чтобы достичь более высокого уровня общего развития детей.

### **Выводы:**

I. Нарушения речевого онтогенеза у детей раннего возраста могут быть обусловлены расстройством, как целых речевых систем, так и отдельных ее функций.

II. Расстройства речи у детей раннего возраста на уровне понимания могут быть обусловлены центральными или периферическими нарушениями слуха, а также нарушениями интеллекта, и зависят от тяжести и характера этих нарушений.

III. Нарушения формирования произносительной стороны речи могут быть обусловлены расстройствами артикуляции, которые вызваны параличами черепно-мозговых нервов или поражением ядер этих нервов при дизартрии. Таким образом, расстраивается низший фонологический уровень языка.

IV. Расстройства на более высоком уровне в управлении программой движений или деятельности речевого центра в коре головного мозга обуславливают моторную алалию.

V. Речевой дизонтогенез у детей раннего возраста при дизартрии отмечается на этапах крика, гуления, лепета и первых слов.

VI. Нарушения речевого онтогенеза при моторной алалии будут наиболее ярко выражены на этапе лепетных и первых слов, а также фразовой речи.

VII. При нарушении коммуникативной функции речи возникает аутизм или заикание. Механизмы заикания достаточно хорошо изучены и описаны различными авторами: Н.И. Жинкин [76], Л.З. Андронова-Арутюнян [6], В.И. Селивёрстов [211] и другие. Механизмы возникновения аутизма недостаточно изучены и являются спорными. Считается, что у аутичного ребенка страдает развитие механизмов, определяющих активное взаимодействие с миром и одновременно формируется патологическое развитие механизмов защиты, поэтому речь у таких детей в процессе речевого онтогенеза может расстраиваться как на этапе лепета, первых слов, первых фраз, и далее на этапе связной речи, где ярко проявляется нарушение ее коммуникативной функции.

VIII. Таким образом, нарушения речевого развития могут быть обусловлены нарушением следующих речевых механизмов:

1. На этапе понимания речи и ее осмысления;
2. На этапе формирования произносительной речи, вследствие пареза или паралича черепно-мозговых нервов или их ядер.
3. На этапе формирования речевого высказывания вследствие нарушения управления программой движений или деятельности моторных отделов речевых центров.

4. На этапе формирования коммуникативной функции речи, вследствие поражения центров торможения и возбуждения ЦНС.

## ГЛАВА 2.

# МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ОТКЛОНЕНИЙ ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ И КОРРЕКЦИОННО-ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА С ДЕТЬМИ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА

### 2.1. Методы дифференциальной диагностики нарушений онтогенетического развития у детей раннего возраста

Раннее распознавание отклонений в речевом развитии позволяет предупредить их с помощью психолого-педагогических и медицинских методов коррекции. Речевая деятельность формируется и функционирует в тесной связи со всей психикой ребенка, с различными ее процессами, протекающими в сенсорной, интеллектуальной, аффективно-волевой сферах. Эти связи проявляются как в нормальном, так и в аномальном развитии. Раскрытие связей между речевыми нарушениями и другими сторонами психической деятельности позволяет ограничивать речевые нарушения от нарушений слуха, интеллекта и психики, но чем меньше ребенок, тем сложнее это сделать (Чиркина Г.В. [180]).

Проблема дифференциальной диагностики речевых расстройств и сходных с ними состояний рассматривается в работах следующих авторов: Е.Н. Винарской [32], М.П. Давыдовой, С.С. Ляпидевского [201], Н.Н. Трауготт [229], Г.В. Чиркиной [180] и других.

Наиболее подробно дифференциальная диагностика в раннем возрасте описана Н.Н. Трауготт [229]. Автор отмечает, что чем младше ребенок, тем сложнее определить, какая причина является ведущей, то есть, имеет ли место общая задержка развития, обусловленная конституциональными особенностями или особенностями характера, или медленным ростом интеллекта. Автор дает определение алалической задержки речевого развития: общее психическое развитие ребёнка происходит неравномерно – по одним функциям он равен своим сверстникам, а по произносительной стороне речи отстает от них, и отмечает, что моторную алалию также необходимо ограничивать от аутизма и дизартрии, для этого она выделяет характерные признаки моторной алалии у ребёнка от 2 до 3 лет:

1. Задержка формирования всех двигательных умений при отсутствии параличей, достаточной мышечной силе и равномерных

рефлексах ребенок неуклюж, плохо усваивает новые навыки, в том числе и навыки самообслуживания.

2. Отмечается оральная апраксия, проявляющаяся в более или менее выраженном нарушении двигательных навыков, связанных с артикуляционным аппаратом.

3. Для общения дети с алалией используют жесты, так как испытывают нужду в общении.

4. Своеобразно нарушено повторение звуковой речи, это проявляется при повторении звуковой цепи, так, даже при повторении звуковой цепи из двух гласных отмечаются перестановки, а из 3 и более гласных пропуски и перестановки, что говорит о нарушении слоговой структуры слов.

5. Своеобразное построение фраз – не изменяют слова согласно грамматическим правилам, то есть отмечаются аграмматизмы.

6. Неумение вовремя использовать речь. Ребенок имеет в активном и пассивном словаре достаточно слов, но не может их в нужный момент использовать, хотя умственно отсталый ребенок, имея более бедную речь, может использовать слова, которые он знает и понимает, когда ему это нужно.

7. Понимание речи у детей с моторной алалией хуже, чем у детей с нормальной речью их возраста, так как ограничен контакт с окружающими.

Далее автор делает вывод, что дети с моторной алалией представляют неоднородную группу: в одних случаях преимущественно нарушена произносительная сторона, в других – структура слов, в третьих – взаимоотношения слов между собой или «способность использовать речь как инструмент» для общения (Траутготт Н.Н. [229]).

Методы дифференциальной диагностики легкой минимальной дизартрии и сходных состояний (сложной дислалии) разработаны И.Б. Карелиной [102]. Для этого автор использует комплексное психолого-медицинско-педагогическое исследование, включающее: сбор анамнестических данных, раннее моторное, психическое и делингвистическое развитие, исследование неврологического статуса детей врачом-неврологом, логопедическое обследование (состояние всех компонентов речи на момент обследования) и динамическое наблюдение за ребенком.

В результате чего были выявлены основные параметры сравнительной характеристики легкой дизартрии и дислалии, начиная с раннего возраста (Карелина И.Б. [102]).

**Таблица 1.**

**Сравнительная характеристика МДР и сложной дислалии**

<b>Направление обследования</b>	<b>Минимальное дизартрическое расстройство</b>	<b>Сложная дислалия</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Состояние новорожденного (оценка по АПГАР)	Легкая асфиксия; резидуальная энцефалопатия. Оценка по АПГАР 7 -8 баллов и ниже.	Поражения ЦНС не наблюдается. Оценка по АПГАР 8 -9 баллов и выше.
Долингвистическое развитие.	Слабость, назализация крика, поперхивание и срыгивание при кормлении, скудность гуления и лепета, иногда лепет исчезал, и дети некоторое время молчали.	Без отклонения от возрастной нормы.
Раннее речевое развитие	Речь детей развивалась с задержкой, первые слова появились в 1,5-2 года, фразовая речь после 2,5-3 лет.	Обычно в пределах нормы, за исключением звукопроизношения
Неврологический статус.	Нерезко выраженная неврологическая симптоматика.	Без отклонений.
Артикуляционная моторика.	Лёгкие парезы; оральная апраксия; сочетание легких парезов с оральной апраксией.	Могут быть аномалии в строении подвижных и неподвижных частей артикуляционного аппарата.
Дыхание.	Воздушная ротовая струя используется неэкономно. Короткий выдох.	Без особенностей.
Звукопроизношение.	Наблюдается общая смазанность речи. Межзубное произношение переднеязычных звуков: [Т], [Д], [Н], [Л], [С], [З] сочетается с отсутствием или горловым произношением звука [Р]; боковое произношение свистящих и шипящих звуков сочетается с искажённым произношением [Л] и [Р]. Спастичное напряжение средней части спинки языка делает всю речь ребенка смягчённой; шипящие звуки оформляются в более простом, нижнем варианте и заменяют свистящие звуки.	Неправильное произношение может наблюдаться в отношении согласных звуков позднего онтогенеза; простые по способу артикуляции звуки, нарушаются редко.

1	2	3
Фонематическое восприятие	Недоразвитие фонематического восприятия, проявляющееся в трудностях различения близких по своему звучанию слов, заменах звуков, близких по акустическим признакам.	Может варьировать от нормы до выраженного нарушения фонематического восприятия.
Лексика.	Количественный аспект в пределах нормы. Качественный - неправильное употребление слов в связной речи.	В пределах невысокой нормы.
Грамматический строй и фразовая речь.	Различные варианты нерезко выраженного аграмматизма: недостаточно полная сформированность некоторых грамматических форм и категорий языка, выражающаяся в ошибках согласования и управления.	В пределах нормы.
Связная речь.	Варьирует от нормы до нерезко выраженного недоразвития: доступны развернутые высказывания в пределах обиходно-бытовой тематики.	В пределах нормы.

В исследованиях Г.В. Чиркиной [180] установлены наиболее значимые показатели лингвистического развития детей раннего возраста, позволяющие как можно раньше определить отставание или нарушение анатомо-физиологических предпосылок речевой деятельности, к которым относятся:

- понимание речи в сенсомоторном периоде развития;
- характер последовательных стадий овладения импрессивной речью;
- долингвистическая вокальная продукция: возраст и этапы вокализации, репертуар согласных звуков, организация лепетных звуков по типу итерации, структура слогов и просодия;
- первые комбинации жеста и слова: речевые акты утверждения и просьбы отдельными словами или двусловные высказывания;
- появление коммуникативных намерений;
- начало активной речи: объем словаря и особенности детской номинации, ранний синтаксис, аккомпанирующая речь, мотивированность речи действием или ситуацией;

- овладение фонемным строем речи: последовательное образование дифференциации фонем по акустическим и артикуляционным признакам, характер фонетических трансформаций.

Г.В. Чиркина считает, что проблема диагностики речевых нарушений у детей раннего возраста в современной логопедии представлена недостаточно (Чиркина Г.В. [180]).

В исследованиях Е.Р. Баенской [14, 176] приводятся критерии оценки аффективного развития аутического характера у детей до 3 лет.

Автор указывает, что трудности эмоционального развития детей в раннем возрасте осложняют их взаимодействие с окружающим миром. К этим трудностям относятся: повышенная возбудимость, синхитивность, малая активность во взаимодействии со средой, быстрая пресыщенность в контактах, лёгкая тормозимость, сложность развития отношений с близкими людьми и взаимодействия с посторонними, возникновение ранних поведенческих проблем (страхов и агрессии). Наиболее яркими эти особенности становятся к 2,5 годам. Исходя из этого, Е.Р. Баенская выделяет ряд признаков раннего детского аутизма:

- отсутствие или непостоянство отклика ребенка на обращение к нему близких или на собственное имя. Родители начинают подозревать, что у ребенка снижение слуха;
- отсутствует прослеживание взором направления взгляда взрослого и игнорирование его указательного жеста;
- отсутствие подражания или его длительная задержка;
- отсутствие эмоционального контакта с ребенком.

Таким образом, автор позволяет выявить группу риска в сфере эмоциональной недостаточности и отдифференцировать ее от детей с признаками РДА (Баенская Е.Р. [14]).

Эти же тенденции прослеживаются в работах Ю.В. Герасименко. Автор отмечает, что в последнее время появились исследования, которые свидетельствуют о многообразии вариантов речевого онтогенеза, затрудняющие выработку диагностических критериев оценки нормального речевого развития детей третьего года жизни, по мнению автора наиболее сложным и дискуссионным в настоящее время является вопрос о диагностике нарушений речевого развития у детей третьего года жизни (Герасименко Ю.В. [47]).

Обобщением всех вышеперечисленных исследований является работа Е.Ф. Архиповой «Логопедическая работа с детьми раннего возраста», в которой рассматриваются актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии у детей от 0 до 3 лет. В первой главе учебного пособия подробно анализируются нормативы психомоторного и речевого развития детей первых трех лет жизни.

Во второй главе представлена авторская методика диагностики доречевого развития детей с перинатальной энцефалопатией (ПЭП). Определяются уровни доречевого развития детей первого года жизни и детей группы риска. В третьей главе особое внимание уделяется обследованию детей с ДЦП. В пособии представлена схема психолого-логопедического обследования детей с ПЭП и ДЦП. Для выявления нарушений онтогенетического развития, в том числе и речевого в раннем детстве, по мнению Е.Ф. Архиповой, важное значение имеют стандартизированные шкалы обследования младенцев: А.Л. Гезелл, Л.Т. Журба, Е.М. Маstryкова, Г.В. Пантиухина, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт, О.В. Баженова, Г.В. Козловская, А.В. Горюнова и другие, A.L. Gezell, C.S. Amatruda, P. Cattell, W.K. Frankenburg, J.B. Dodds, N. Bayley, T.B. Braselton, T. Helbrugge et al. Среди которых выделяются методики для быстрой оценки психомоторного развития младенцев, то есть «скрининг-методики» следующих авторов А.М. Казьмин и Л.В. Дайкина, Е.В. Кожевниковой в соавт., Г.В. Козловская, А.В. Горюнова и др., В.В. Юрьев и др., W.K. Frankenburg, J.B. Dodds, N.P. Dick. На основе этих шкал разработаны диагностические критерии отклонений психомоторного развития детей с перинатальной энцефалопатией и ДЦП и описаны особенности их раннего психофизического и речевого развития (Архипова Е.С. [8]).

Е.А. Стребелевой на основе современного подхода к диагностике психического развития детей раннего и дошкольного возраста разработана методика обследования психического развития детей раннего возраста с нарушением интеллекта, где описаны критерии психофизического развития детей этой неоднородной группы и предложены критерии диагностики их психического, физического и интеллектуального развития (Стребелева Е.А. [226]).

#### **Выводы:**

I. Таким образом, анализ специальной психологической и педагогической литературы показал, что различные авторы рассматривают нарушения онтогенетического развития у детей с различных позиций.

II. Стандартизированные шкалы обследования младенцев в основном оценивают психомоторное развитие, где речевому развитию уделяется недостаточное внимание, хотя оно является важным показателем в общем психическом развитии ребенка.

III. Критерии дифференциальной диагностики различных нарушений онтогенетического развития не представлены ни в одной стандартизированной шкале обследования младенцев.

IV. Авторы, исследующие нарушения речевого развития у детей Н.Н. Трауготт, Г.В. Чиркина, И.Б. Карелина, Ю.В. Герасименко,

Ю.А. Разенкова, Т.В. Волосовец и другие, предлагают методы дифференциальной диагностики алалии, дизартрии и задержки речевого развития у детей раннего возраста, описывают нарушения речевого онтогенеза, характерные для этих речевых расстройств, но не предлагают комплексной системы обследования психомоторного и речевого развития в целом детей раннего возраста.

V. Все исследователи сходятся во мнении о том, что сегодня помочь детям раннего возраста, имеющим проблемы в развитии не отвечает их потребностям в полной мере, так как отсутствуют критерии раннего выявления детей с различными нарушениями речевого онтогенеза.

VI. Институтом коррекционной педагогики РАО предложена модель системы раннего выявления и коррекции отклонений в развитии, в которую включены блоки скринингового обследования детей первого года жизни, проводимого в родильном отделении, основная цель которого выявление всех детей группы риска, и дифференциальной диагностики, которая будет проводиться в поликлиниках, центрах и больницах, и определять структуру нарушения и вид специальной психолого-педагогической помощи, по примеру уже работающей государственной системы выявления нарушений слуха у детей в период новорожденности.

## **2.2. Коррекционно-логопедическая работа с детьми раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза**

В последние годы определилось особое направление в коррекционной педагогике и психологии – превентивное коррекционное воздействие, так как проблема ранней помощи детям с нарушениями онтогенетического развития является очень актуальной. В настоящее время до 80 % новорожденных являются физиологически незрелыми, а 70 % имеют диагностированную перинатальную патологию (Т.В. Волосовец [36]).

В течение 20 лет Институт коррекционной педагогики РАО разрабатывает концепцию раннего выявления и коррекции различных отклонений у детей первых трёх лет жизни, так как ранняя диагностика и коррекция позволяют не только скорректировать уже имеющиеся отклонения в развитии, но и предупредить появление дальнейших, и достичь более высокого уровня развития детей (Е.Ф. Архипова [8]).

Впервые в отечественной педагогической и логопедической литературе методика работы с неговорящими детьми до 3 лет была разработана Н.Н. Трауготт. Ею были предложены основные этапы работы с детьми-алаликами, которые являются актуальными до настоящего времени, и используются в коррекционной работе с детьми

раннего возраста. Автор считает, что «главная роль в помощи детям принадлежит родителям», и дает методику работы педагога с родителями детей-алаликов. Она предлагает обучать родителей методам воспитания речи у своих детей (Н.Н. Трауготт [229]).

Методика работы с детьми 3 лет с минимальной дизартрией предложена И.Б. Карелиной. Автор предлагает для детей трехлетнего возраста использовать специально адаптированный комплекс ЛФК, общий массаж, который может быть как укрепляющим, так и расслабляющим в зависимости от мышечного тонуса ребенка, артикуляционный массаж и кинезиотерапевтическую артикуляционную гимнастику, а также рекомендует лечение таких детей у врача-невропатолога (И.Б. Карелина [102]).

Методика формирования начального детского лексикона у детей с полутора до трех лет с нормальным слухом и сохранными предпосылками интеллектуального развития, входящих в группу риска по общему недоразвитию речи, была разработана в лаборатории Логопедии Института коррекционной педагогики РАО под руководством профессора Г.В. Чиркиной, старшим научным сотрудником О.Е. Громовой. Предложенная система формирования начального детского лексикона содержит рекомендации по организации занятий по развитию речи детей раннего возраста, а также подготовительные диагностические занятия, которые включают обследование слухового и зрительного внимания, и основной цикл развивающих занятий, которые постепенно усложняются (Громова О.Е. [59]).

Коррекция нарушений речевого развития у детей третьего года жизни разработана Ю.В. Герасименко. Коррекционная работа представляет собой занятия по развитию речи, включающие развитие понимания, зрительного и слухового восприятия, артикуляционной моторики, и способности к речевому подражанию. Несмотря на рациональные идеи, содержащиеся в этих работах, обе методики имеют общий недостаток – отсутствие дифференциированного подхода в коррекционной работе с детьми раннего возраста, имеющими ЗРР различного генеза (Герасименко Ю.В. [47]).

Наиболее комплексная методика развития речи детей раннего возраста разработана Е.Ф. Архиповой. Предлагается авторская методика коррекционно-логопедической работы с детьми раннего возраста с перинатальной энцефалопатией (ПЭП), и с детьми с детским церебральным параличом (ДЦП). Логопедическую работу с детьми предлагается проводить дифференцированно в зависимости от структуры нарушения и поэтапно. Используется комплексное медико-педагогическое воздействие, предусматривающее проведение медицинских и педагогических мероприятий. Медицинское воздействие включает медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, массаж и ЛФК.

С детьми с органическим поражением ЦНС логопедическую работу на первом году жизни предлагается проводить поэтапно, в зависимости от доречевого уровня развития детей. Автор выделяет IV уровня доречевого развития детей с ПЭП.

На первом уровне доречевого развития проводится стимуляция голосовых реакций, на II уровне – стимуляция гуления, на III уровне – стимуляция интонированного голосового общения и лепета, на IV уровне – развитие общения со взрослым посредством интонационных звуков, лепета и лепетных слов.

Основными направлениями коррекционно-педагогической работы на первом году жизни являются: нормализация состояния и функционирования органов артикуляции посредством дифференциированного и точечного массажа и артикуляционной гимнастики; развитие зрительного и слухового восприятия; развитие эмоциональных реакций, формирование подготовительных этапов развития понимания речи.

Второй частью данной методики является коррекционно-логопедическая работа с детьми с ДЦП в возрасте от 1 года до 3 лет, которая направлена на развитие всех нарушенных функций, в том числе и речи: эмоциональной, сенсорной, познавательной, голосовой активности, манипулятивной функции рук, нормализацию артикуляционного аппарата, что создает необходимую сенсомоторную базу для развития речевой, психической и двигательной деятельности ребенка.

Во второй части автором предлагаются те же методы, что и в первой, такие как логопедический массаж, артикуляционная гимнастика, развитие слухового и зрительного восприятия, движений рук, а так же дыхательные упражнения, стимуляция эмоциональных реакций, стимуляция речевой активности, развитие действий с предметами и развитие понимания речи. Логопедическая работа также проводится поэтапно с учетом ведущей деятельности детей (Архипова Е.Ф. [8]).

Методика Е.Ф. Архиповой наиболее полно отвечает потребностям детей с нарушениями онтогенетического развития, так как сочетает в себе медицинские и педагогические мероприятия, но недостатком данной методики является отсутствие дифференциированного подхода, так как в группу с ПЭП объединены дети с перинатальной энцефалопатией, дети с ДЦП, с гидроцефалией, эпилепсией и ММД (минимальной мозговой дисфункцией), в которую могут входить и дети с ЗРР. Таким образом, группа детей с ПЭП является достаточно разнообразной и требует специального исследования каждой категории детей и специального коррекционного воздействия на каждую группу. Например, в группу детей с ММД могут входить дети, как с дизартрией, так и с алалией, а для коррекции этих речевых нарушений применяются различные логопедические методы.

О.Г. Приходько предлагает авторский подход к реализации системы психолого-педагогического воздействия, направленного на коррекцию нарушений развития у детей раннего возраста с ДЦП, их образование, социальную адаптацию (Приходько О.Г. [194]). Программа ранней комплексной помощи детям с ДЦП осуществляется с учетом взаимодействия двигательных, психических и речевых нарушений в динамике продолжающегося развития ребёнка. Коррекционно-развивающее воздействие опирается на сохранные функции, и строится с учетом возраста и актуального уровня развития ребенка, а также организуется в рамках ведущей деятельности ребенка на данном этапе развития. Автор отмечает необходимость сочетания лечебных мероприятий (медикаментозное лечение, массаж, ЛФК, физиотерапия и ортопедическая помощь) с педагогическими, и предлагает гибкое сочетание различных видов и форм коррекционной работы: сочетание дифференцированных индивидуальных программ с подгрупповой работой.

Коррекционную работу предлагается проводить параллельно по следующим направлениям:

I. Социальное развитие детей: развитие различных форм общения и взаимодействия ребенка с взрослым.

II. Познавательное развитие – формирование познавательной активности и мотивации к деятельности через интерес к окружающему миру и посредством сенсорной активности.

III. Стимуляция речевого развития проводится в ходе логопедической работы с учётом доречевого (недифференцированные голосовые реакции, гуление, лепет) и речевого развития (лепетные, общеупотребительные слова и звукоподражания, простые фразы из 2-3 слов, неразвёрнутая упрощенная структурно-нарушенная фраза, развернутая фраза с лексико-грамматическими нарушениями). Методика логопедической работы предусматривает создание педагогических условий, обеспечивающих поэтапное развитие и совершенствование лексической стороны речи, и усвоение грамматических категорий, а для детей с выраженной задержкой речевого развития – формирование любых невербальных и вербальных средств общения, таких как жестовые, мимические, голосовые и звукопроизносительные.

IV. Стимуляция двигательного развития и коррекция его нарушений: стимуляция общей двигательной активности, развития дыхания и коррекция речедвигательных расстройств с использованием дифференцированного логопедического массажа в зависимости от характера нарушений мышечного тонуса артикуляционного аппарата, пассивная

гимнастика и искусственная локальная контрастотермия для уменьшения спастичности гиперкинезов (Приходько О.Г. [194]).

По нашему мнению, система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с ДЦП разработанная О.Г. Приходько, наиболее полно отражает все необходимые блоки для полноценного развития детей с ДЦП раннего возраста.

Рациональным звеном системы является то, что развитие всех нарушенных функций, в том числе и речи, происходит параллельно с учетом индивидуальных потребностей каждого ребенка, для чего разрабатывается индивидуальная реабилитационная программа для каждого пациента.

На необходимость ранней коррекционной работы с детьми с нарушениями слуха указывали известные отечественные сурдопедагоги Ф.А. Рай, Н.А. Рай [203].

Вопросы воспитания и обучения детей с нарушениями слуха раннего возраста в дальнейшем были освещены в работах Э.И. Леонгард [137].

Наиболее полно развитие речи и слуха для детей раннего возраста с нарушениями слуха представлено в работах И.В. Королёвой [124], Т.В. Пельымской, Н.Д. Шматко [186] и других.

Система развития слуха и речи у глухих детей раннего возраста после кохлеарной имплантации и для детей со слуховыми аппаратами разработана И.В. Королёвой, которая включает следующие разделы: развитие коммуникативных навыков, развитие слухового восприятия неречевых и речевых звуков, адаптация ребенка к речевому процессору кохлеарного импланта или слуховому аппарату: развитие произносительных навыков и устной речи, развитие языковой системы, развитие мышления, других психических функций и двигательных навыков.

Прежде всего, автор отмечает, что лучшим педагогом для ребенка в раннем возрасте является мать или близкие к нему люди, поэтому коррекционное воздействие строится на обучении матери коррекционным приемам, необходимым конкретно для ее малыша и в данное время, что является рациональным и достаточно инновационным в настоящее время. И.В. Королёвой разработаны обширные методические рекомендации для родителей и педагогов, которые содержат диагностические и коррекционные приёмы (Королёва И.В. [124]).

Опыт педагогических занятий с детьми с нарушениями слуха с младенческого и раннего возраста представлен в работах Н.Д. Шматко и Т.В. Пельымской. Авторами разработаны методические рекомендации для занятий с детьми в разные возрастные периоды: 0-3 месяца, 3-6 месяцев, 6-12 месяцев, и методика работы с детьми на 2-3 годах жизни. Особое внимание авторы уделяют методике работы по развитию речи и слухового восприятия (Пельымская Т.В., Шматко Н.Д.[186]).

Система помощи детям с выраженными отклонениями в развитии представлена Л.И. Растворской, З.М. Дунаевой [202]. Авторы предлагают восемь этапов психолого-медицинско-педагогической помощи.

На I этапе предполагается детальное обследование новорожденных неонатологом, неврологом и генетиком с регистрацией всех адаптивных параметров ребенка в паспорте новорожденного.

II этап предполагает подробное изложение в истории диагностических и коррекционных мероприятий по отношению к ребенку с особенностями развития в период младенчества, то есть до 1 года, и выявление групп риска.

III этап – это дифференциальная диагностика различных нарушений онтогенетического развития с определением прогноза и адекватной коррекционной работы с детьми от 1 года до 3 лет в условиях соответствующего детского учреждения.

IV и V этапы – выявление ведущих отклонений в развитии детей после 3 лет, и психолого-медицинско-педагогическая работа с целью подбора адекватной формы обучения.

VI этап предусматривает выявление детей с трудностями школьной адаптации, корректировку программы и условий обучения и воспитания дезадаптированных школьников с учетом их индивидуальных особенностей.

VII и VIII этапы – ранняя профессиональная адаптация и социальная опека подростков с отклонениями в развитии работниками социальных служб.

На всех этапах предусматривается комплексное взаимодействие медицинских работников, педагогов, социальных работников и юристов.

Огромный охват всех возрастных категорий детей и подростков, а также взаимодействие различных специалистов являются как положительными, так и отрицательными сторонами данной системы, так как в современных условиях такое взаимодействие специалистов обеспечить практически невозможно из-за разрозненности ведомств, в которых они имеются, а из-за огромной амплитуды охваченных возрастных категорий, по нашему мнению, трудно организовать индивидуальный подход к детям раннего возраста с ЗРР первичного и вторичного характера, и выделить их в отдельную группу (Растворской Л.И., Дунаева З.М. [202]).

### **Выводы:**

I. Анализ специальной литературы показал, что методических рекомендаций по коррекции нарушений речевого онтогенеза у детей раннего возраста с ЗРР различного характера недостаточно.

II. Имеющиеся источники не соответствуют всем потребностям различных категорий детей с ЗРР.

III. Имеющиеся литературные источники не содержат достаточных методических рекомендаций для родителей, имеющих детей с ЗРР.

IV. Достаточно подробно описана коррекционная работа с детьми раннего возраста с перинатальной энцефалопатией и ДЦП, и с детьми раннего возраста с нарушениями слуха.

V. Многие приемы и методы, используемые для развития речи детей раннего возраста с нарушением слуха можно рекомендовать для работы с детьми с ЗРР с учётом их адаптации и индивидуализации.

VI. Рекомендации использовать логопедический массаж в коррекционной работе с детьми раннего возраста мы считаем не совсем обоснованными, так как нормализации мышечного тонуса артикуляционного аппарата у детей с ЗРР дизартрического характера можно достичь посредством общего массажа, пассивной или активной лечебной гимнастики в зависимости от возраста ребенка, а детям с ЗРР аалического характера артикуляционный массаж не показан, так как у них не выявляются нарушения мышечного тонуса, а только оральная апраксия, которая, по нашему мнению, корректируется посредством нейрогимнастики.

## ГЛАВА 3.

# КОНЦЕПЦИЯ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ АБИЛИТАЦИИ НЕГОВОРЯЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

### 3.1. Теоретико-методологические и концептуальные положения модели комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза

На основе анализа теоретических и экспериментальных исследований, системного, комплексного и дифференцированного подходов определены теоретико-методологические основы и концептуальные положения системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста и выбрана структурно-организационная составляющая модель медико-психологического-педагогической помощи детям раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.

Теоретико-методологические основы концептуального исследования определены в рамках теории культурно-исторического развития ребенка с отклонениями Л.С. Выготского [39], которая получила свое научное и практическое развитие в работах представителей, как его научной школы, так и других исследователей (Л.И. Божович [22], В.В. Давыдов [63], А.В. Запорожец [81], А.Н. Леонтьев [140], Д.И. Фельдштейн [236], Д.Б. Эльконин [273] и др.), а также исследователей в области специальной психологии (Т.А. Власова [35], Е.Е. Дмитриева [71], И.А. Коробейников [121], А.Н. Корнев [119], В.И. Лубовский [145], Е.А. Медведева [163], Л.Ф. Обухова [177], В.Г. Петрова [188], Л.И. Тигранова [228], У.В. Ульянкова [232], Т.А. Фотекова [240] и др.) и специальной (коррекционной) педагогики (Л.Б. Баряева [16], В.И. Бельтиков [19], Е.А. Екжанова [73], В.З. Кантор [97], И.В. Королёва [124], Л.М. Кобрина [112], Н.Н. Малофеев [150], Н.М. Назарова [169], О.С. Никольская [175], О.Г. Приходько [193], Е.А. Стребелева [226]), в частности логопедии (Е.Ф. Архипова [8], Р.Е. Левина [134], Л.В. Лопатина [144], Ю.А. Розенкова [199], Н.Н. Трауготт [229], Г.В. Чиркина [180]). Немаловажными являются клинические аспекты раннего выявления и медицинской помощи детям с нарушениями онтогенетического развития, отраженные в теоретических и практических исследованиях Л.О. Бадаляна [12], Л.Т. Журба [78], Е.Т. Лильина [141], С.С. Ляпидевского [170], Е.М. Мастиюковой [159], К.А. Семёновой [217].

Базовыми компонентами исследования являются концепции гуманистического воспитания (Е.В. Бондаревская [23], Н.И. Ильин [92] и др.), признания детства как культурно-исторического феномена (Д.Б. Эльконин [273], В.Т. Кудрявцев [128] и др.), положения отечественной и зарубежной психологии, которая накопила немалый опыт применения различных видов игр с целью психотерапии при нервных, психических и соматических заболеваниях детей (З. Фрейд [244], А. Фрейд [243], Д. Леви [133], М. Клейн [111], А.И. Захаров [83], А.С. Спиваковская [223], В.И. Гарбузов [42], В.С. Мухина [168], Д.Б. Эльконин [273], В.В. Ветрова [31] и др.).

Важными концептуальными положениями являются взгляды на роль матери в психическом развитии ребенка, которые отражаются в следующих концепциях:

- психоанализ и психология личности (З. Фрейд [244], А. Фрейд [243]);
- теория социального обучения (Дж. Роттер [207], Д. Штерн [268], А. Фогель [238] и др.);
- прикладная психология и психотерапия (Д. Винникот [33], А.С. Спиваковская [223], Э.Г. Эйдемиллер [272] и др.);
- теория привязанности (Дж. Боулби [27]).

Методологической основой построения концепции комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития являются следующие подходы:

**I. Системный подход** к процессу развития ребенка, базирующийся на теории функциональных систем и системогенеза (П.К. Анохин [7]), теории системной организации высшей психической деятельности системного структурно-динамического изучения психического развития ребенка (Л.С. Выготский [39], А.Р. Лuria [146]), уровневой теории построения движений (Н.А. Бернштейн [21]); на представлении о языковом механизме человека как многоплановой системе, деятельность которой осуществляется во многих аспектах: перцептивном, когнитивном, мотивационном, коммуникативном и т. д. (Р.Е. Левина [144], Р.О. Якобсон [276]).

В.Н. Садовский [210] определяет систему как «совокупность элементов, находящихся в отношениях и связях между собой, и образующих определенную целостность, единство».

По мнению П.К. Анохина [7] системой можно назвать такой комплекс компонентов, взаимодействие и взаимоотношения которых направлено на получение фиксированного полезного результата.

Предлагаемая нами модель ранней коррекционной помощи детям с речевыми нарушениями центрального органического генеза – это бифуркация в системе абилитации и реабилитации маленьких пациентов с различными нейрогенными нарушениями: двигательными,

речевыми, сенсорными, интеллектуальными, поведенческими. Это выход за рамки, существующей в нашей стране системы ограничения специалистов их должностными обязанностями, предусмотренными штатным расписанием образовательных или медицинских учреждений. Это реализация комплексных абилитационных и реабилитационных программ, осуществляемая за счет интеграции разнопрофильных и разноведомственных специалистов, объединенных в единую команду.

## **II. Комплексный подход.**

Комплексный междисциплинарный характер абилитационной работы с неговорящими детьми раннего возраста требует параллельного лечебного и психолого-педагогического воздействия различных специалистов в области медицины и педагогики направленного на развитие и коррекцию двигательной сферы, а также высших психических функций, в том числе и речи. В частности, ярким примером необходимости координации совместных усилий медиков и педагогов является назначение детям с речевыми нарушениями препаратов нейрометаболической стимуляции клеток мозга. Данный фармацевтический ряд оказывает побочное негативное воздействие на другие органы и системы детского организма, притом, что пораженный нейронный участок, нуждающийся в биохимической поддержке, крайне мал. Однако, нейроны коры, даже сохранных отделов, которые не нуждаются в стимуляции, все равно получают свою дозу препарата. То есть его эффективность невысока, притом, что его патогенное воздействие значительно. Для того, чтобы целенаправленно использовать лекарственный препарат и концентрировать его в проблемных зонах коры мозга необходимо поддерживать активность этих корковых структур. А это возможно только с помощью игровых педагогических приемов и технологий. Специалисты дефектологического профиля, работающие с неговорящими детьми с тяжелыми формами сочетанных нарушений, например, с церебральными параличами, не могут в своей коррекционной работе обойтись без консультаций хирурга-ортопеда, который определяет оптимальное положение тела ребенка в процессе выполнения тех или иных упражнений. Зрительные нарушения у детей требуют привлечения помоши окулиста. Для организации грамотной динамической, речевой, эмоциональной и творческой иллюстрации коррекционно-развивающих занятий педагог-дефектолог должен взаимодействовать с врачом и инструктором ЛФК, с логопедом, массажистом, со специалистом по развитию мелкой моторики, с музыкальным руководителем, с психологом и т. д. К сожалению, студенты дефектологического профиля, не говоря уже о медицинских специальностях, не проходят целенаправленную подготовку в данном направлении интеграционной работы.

### **III. Дифференцированный подход.**

Этот подход является одним из основных в коррекционной педагогике и предусматривает создание благоприятных условий для развития и обучения детей, имеющих нарушения онтогенетического развития. Он учитывает индивидуальные характеристики каждого ребенка, а также особенности, свойственные детям с различными типами нарушений (Т.А. Власова [35], Л.С. Выготский [39], В.И. Лубовский [145], О.Г. Приходько [194], У.В. Ульянкова [232] и др.)

По мнению Л.С. Выготского [39], «дифференцировка должна стать основным правилом нашей новой практики». В целом, культурно-историческая концепция психического развития Л.С. Выготского [39], открытые им биологические законы жизни, которые филогенетически тысячелетиями были созданы природой и социумом – это базовый компонент нашей экспериментальной работы. Детство – это культурно-исторический феномен, источник саморазвития видовой, родовой культуры, культурно-историческая самоценность, форма становления социокультурной ментальности, способ интеграции детей во взрослое сообщество посредством диалогического взаимодействия и персонификации, определенная стадия интеграции нового поколения в мир культуры (К.Г. Юнг [274], Л.С. Выготский [39], Д.И. Фельдштейн [236], С.И. Гессен [46], А.В. Запорожец [81], В.Т. Кудрявцев [128], Д.Б. Эльконин [273] и др.). Детство, отличающееся совокупностью уникальных характеристик (опыт событийности, совместности, созерцания, первооткрытия, непосредственности реакций, открытости миру), устремленное к свободе, действию, чистоте, создает то поле, в котором разворачивается процесс его собственного духовного развития в ситуации свободного выбора, реализуются актуальные потребности в ведущих видах деятельности, наполняется смыслами и значениями взаимодействие между людьми, происходит интериоризация культурных ценностей, культуротворчество (Д.И. Фельдштейн [236]).

Развитие ребенка в детстве осуществляется в процессе значимых, мотивированных видов деятельности, особое место среди которых занимает игра – доминанта детства, как самоценная, побуждаемая инстинктом деятельность, обеспечивающая ощущение свободы, подвластности вещей, действий, отношений, позволяющая наиболее полно реализовать себя и достичь состояния эмоционального и физического комфорта, стать причастным к детскому обществу, построенному на свободном общении равных. В новых ФГОС дошкольного образования отмечается, что обучение ребенка дошкольного возраста должно проходить через игру. Профессиональная культура педагогов должна оцениваться не только с позиции умения владеть детским коллективом, но и с позиции умения обыгрывания

любых стихийно возникших ситуаций в быту, на прогулке, в процессе обслуживающего труда и так далее. Важным показателем педагогического мастерства должно стать умение в игровой занимательной форме передавать детям абстрактную информацию об окружающем мире. Ребенок в таких условиях становится равноправным субъектом образовательного процесса и участником познавательного диалога с взрослым, в процессе которого он обогащается знаниями и формируется как личность. Подобный подход к организации педагогического процесса позволяет обеспечить эмоционально-положительный фон любой детской деятельности, что является важнейшим условием данного возрастного периода, поскольку эмоции – это центральная психическая функция детства, а положительные эмоции меняют биохимический состав крови, насыщают его гормонами радости – эндорфинами (Выготский Л.С. [39]).

Следующая основная социальная ситуация развития детей раннего возраста – это семья (Выготский Л.С. [39]). Однако, в течение многих десятилетий дошкольные учреждения, в которых ребенок проводит большую часть своей жизни, оттеснили семью на задний план воспитательно-образовательного процесса. Это привело к пассивным настроениям большинства родителей по отношению к проблемам своих детей. Они считают, что ребенку должны помогать специалисты, а их роль заключается в том, чтобы привести своих детей к нужным специалистам. Однако, катастрофическое увеличение количества детей с нарушениями онтогенетического развития, требует создания единого коррекционного процесса, где вся жизнь ребенка должна стать всеобщим абилитационным или реабилитационным пространством. Необходимо привлекать родителей и других членов семей данной категории детей в качестве равноправных участников коррекционно-педагогического процесса для обеспечения его непрерывности, а также психологического комфорта ребенка, ощущения неразрывной связи его со своими близкими, что является важнейшим фактором успешности коррекционной работы. Для родителей и членов семей, воспитывающих детей с ОВЗ на базе реабилитационных центров, поликлиник и дошкольных учреждений необходимо проводить двигательно-игровые тренинги по ознакомлению их с многообразием подвижных игр и способами организации игровой деятельности в условиях семьи. На каждом возрастном этапе родители должны получать знания о специфике игрового взаимодействия с детьми, а также перечень подвижных игр для каждой возрастной группы. Обучение родителей навыкам игрового взаимодействия с детьми является важным фактором снижения агрессии в семьях и воспитанию толерантности по отношению к таким детям.

Для сохранения, укрепления, формирования здоровья у детей раннего возраста необходимо возрождать педагогические технологии, в основе которых лежит этнопедагогическая культура русского народа, учитывающая закономерности развития ребенка и позволяющая реализовать потенциал его развития. Это развивает творческие способности и воображение детей, позволяет реализовывать образовательную деятельность в рамках игры, обеспечивает непрерывность развивающей-оздоровительной и коррекционно-педагогической работы посредством вовлечения в нее семьи – как основной социальной ситуации развития ребенка в детстве (Выготский Л.С. [39]).

Все предлагаемые нами методики и подходы основаны на игровом взаимодействии с ребенком, на индивидуально-ориентированном подходе, на дифференцированно-специфической практике.

Исходя из вышесказанного, определяются основные направления нашего исследования:

- единство биологического и социального факторов развития детей определяет необходимость взаимодействия различных специалистов в абилитации неговорящих детей раннего возраста;
- учет сенситивных периодов в развитии ребенка позволяет достичь более высоких результатов в абилитационной работе;
- раннее выявление детей с нарушениями онтогенетического развития;
- раннее начало медико-психологического-педагогической абилитации;
- необходимость создания системы специальных абилитационных условий, обеспечивающих развитие и социальную адаптацию ребенка с нарушенным онтогенетическим развитием;
- индивидуализацией и дифференциацией абилитации ребенка с нарушенным онтогенезом с учетом зоны его ближайшего развития.

Для разработки проблемы исследования были выбраны неговорящие дети раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития от 1,5 до 3 лет, так как этот период по своим психофизическим особенностям резко отличается от последующих возрастных периодов, и требует создания даже для детей в норме специальных условий окружающей среды, уклада жизни семьи ребенка и его воспитания. Высокая пластичность высшей нервной и психической деятельности в сенситивный период дает наиболее интенсивный темп общего развития. Наиболее бурно развивается моторика, психика и речь. Даже у детей в норме отмечается скачкообразность и неравномерность развития, а при отклоняющемся развитии высоко развиты компенсаторные возможности. Взрослый занимает ведущее место в развитии ребенка, поэтому ребенок раннего возраста легко обучается

если его взаимодействие со взрослым носит правильный развивающий характер. Поэтому ранняя медико-психологопедагогическая абилитация неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития является социокультурно значимой, как необходимое условие их дальнейшего воспитания, образования и социальной адаптации (Фрухт Э.П. [245]).

У нормально развивающихся детей развитие биологических программ происходит спонтанно под контролем головного мозга, разворачиваясь как по спирали, каждый виток которой равномерно захватывает все более и более обширные физические, познавательные, речевые, эмоциональные и волевые структуры, а роль взрослого человека заключается в обеспечении необходимых условий для гармоничного развития ребенка. У детей с органическим поражением мозга наблюдается нарушение нейродинамических, нейросенсорных, нейропсихических и нейролингвистических программ развития детского организма и детской психики. Разворачивание биологических программ осуществляется не в строгой гармонии, а хаотично, беспорядочно и бесконтрольно. Цель коррекционной деятельности взрослых участников абилитационного процесса заключается в том, что они непрерывно должны регулировать нарушенные биологические программы. Это должна быть ежедневная работа семьи под контролем команды специалистов, которая выполняется родителями в процессе бытовых и игровых действий с помощью пассивной, контактной гимнастики с первых дней жизни ребенка. Ребенок должен получать необходимый минимум движений для формирования у него опорно-двигательного аппарата, психики и речи, и находиться в эмоциональноположительном речевом, информационном и игровом пространстве.

Именно это определило необходимость создания комплексной системы абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.

Исследования, посвященные проблеме формирования речи у неговорящих детей (О.Е. Громова [59], И.В. Королёва [124], А.Ф. Архипова [8], О.В. Приходько [195], Г.В. Чиркина [250], Н.Н. Трауготт [229] и др.) раскрывают ее различные аспекты, психологические и педагогические подходы, но в настоящее время, не разработан единый системный научно-теоретический и методологический подход к рассмотрению всех сторон и звеньев этой системы у детей с ЗРР: диагностического, медицинского, психологического, коррекционного. Не отложен механизм междисциплинарной модели взаимодействия различных специалистов: врачей-педиатров, неврологов, оториноларингологов, ортодонтов, инструкторов ЛФК, массажистов,

психологов, дефектологов и логопедов, который раскрывал бы наиболее эффективные индивидуальные пути и способы абилитации и социальной адаптации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.

Следуя основным принципам отечественной возрастной специальной коррекционной педагогики и психологии, а также теоретико-методологическим позициям нашего исследования можно сформулировать его основные концептуальные положения:

1. Системная организация ранней комплексной дифференцированной медико-психолого-педагогической помощи неговорящим детям раннего возраста, так как вне целенаправленной ранней медико-психолого-педагогической помощи выраженная позитивная динамика в компенсации нарушений онтогенетического развития и социальной адаптации детей от 1,5 до 3 лет минимальна или отсутствует в зависимости от тяжести нарушения, а в некоторых случаях (при аутизме или тугоухости) имеет регressiveный характер.

2. Разработка теоретико-методологического и практического подхода к организации комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития с целью компенсации нарушений и социальной адаптации.

3. Моделирование диагностического инструментария на основе принципов комплексного количественного и качественного, лонгитюдного анализа, позволяющего:

- определить актуальные и потенциальные возможности неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития;
- определить особенности основных направлений их развития: моторного, речевого, познавательного;
- спрогнозировать медико-психолого-педагогическую абилитацию, и выработать индивидуальную коррекционно-развивающую программу для оказания ранней помощи детям изучаемой категории.

4. Разработка и реализация модели организации системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста в учреждениях системы здравоохранения, которая позволяет обеспечить объединение всех направлений процесса сопровождения этой категории детей: диагностического, лечебного, восстановительного, психолого-педагогического и коррекционно-развивающего.

5. Создание междисциплинарных связей раннего сопровождения неговорящих детей и их абилитации командой специалистов: педиатров, неврологов, ортодонтов, сурдологов, врачей и инструкторов ЛФК, массажистов, психологов и логопедов.

6. Оказание комплексной медико-психолого-педагогической помощи семье ребенка, как основному звену абилитации, так как формирование абилитационной компетентности родителей обеспечивает успешность компенсации нарушений онтогенетического развития и социальной адаптации данной категории детей.

Система комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста представляет собой специально организованное коррекционно-развивающее пространство, в котором центральное место занимает взаимодействие ребенка с взрослым в условиях лечебно-педагогической среды, создающей благоприятные условия для компенсации полиморфных нарушений различных функциональных систем: психики, моторики и речи.

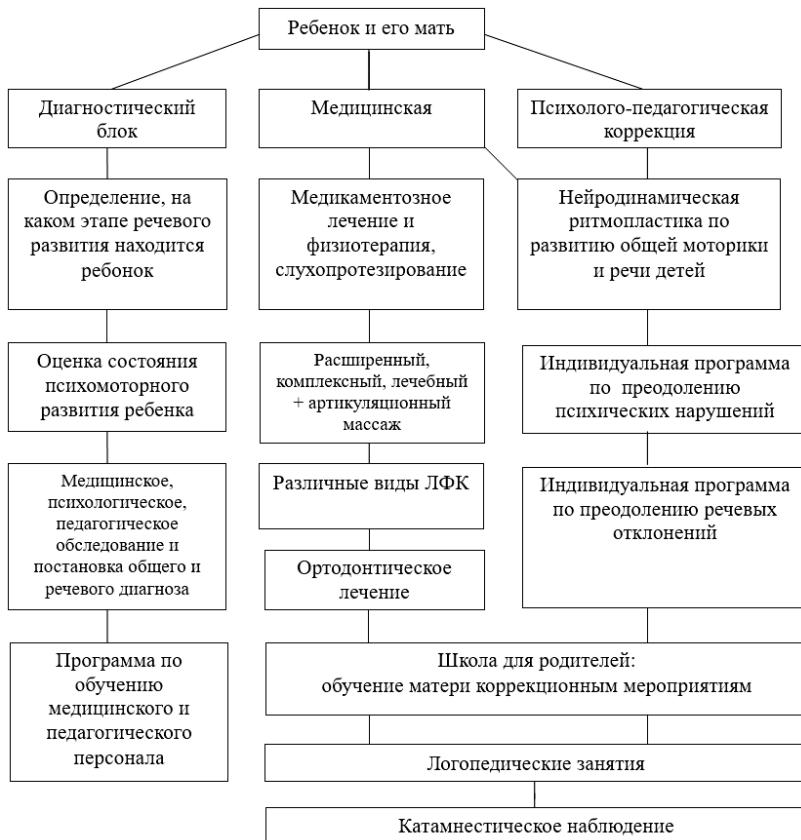
При разработке системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития определяющими являлись следующие принципы:

- раннее выявление и диагностическое изучение данной категории детей;
- ранняя медико-психолого-педагогическая помощь ребенку с проблемами в развитии;
- комплексный подход к изучению развития и организации диагностико-медико-психолого-педагогической работы;
- системный подход к организации ранней коррекционно-развивающей помощи;
- учет возрастных особенностей ведущего вида деятельности, зон актуального и потенциального развития, с ориентацией на зону ближайшего развития.

### **3.2. Структура модели системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза**

Разработанная нами система реализована в функциональной модели комплексной ранней помощи неговорящим детям с нарушениями онтогенетического развития. Эта модель была экспериментально изучена в условиях реального коррекционного процесса с 2007 по 2015 год на базе Центра коррекции речи «Возрождение», г. Ярославль.

Система комплексной абилитации включает следующие блоки, объединённые целями, задачами и единым подходом к комплексу лечебных и педагогических мероприятий, направленных на компенсацию нарушенных функций и социальную адаптацию неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития.



*Рисунок 1. Модель системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза*

**I. Интеграционная составляющая включает следующие взаимосвязанные компоненты:**

1. Диагностический компонент реализуется на основе следующих принципов: системного подхода к диагностике психомоторного, речевого и соматического состояния детей; учета их актуального уровня развития и потенциальных возможностей, возрастных особенностей, прогнозирования дальнейшего развития и составления индивидуальной программы абилитации или реабилитации по результатам диагностического изучения ребенка по основным направлениям развития: моторики, психики и речи. Диагностический компонент

включает: консультации врачей специалистов: невролога, психиатра, сурдолога по необходимости, ортодонта, а также функциональную диагностику, психологическое и логопедическое обследование. Следует отметить, что, не смотря на профессионализм специалистов-диагностов и высокий технический уровень диагностических возможностей современной медицинской аппаратуры, вероятность не обнаружения каких-либо отклонений в развитии ЦНС у новорожденных детей все-таки остается. Поэтому, если во время беременности будущая мать подвергалась негативному воздействию психогенных, соматогенных и других вредоносных факторов, а в течение беременности наблюдались даже незначительные отклонения или нарушения физиологического механизма родов, или новорожденный младенец в первые дни жизни подвергался патогенным внешним или внутренним воздействиям (травмированию, инфицированию и так далее), которые не привели к явным отклонениям, то абилитационная комплексная медико-психолого-педагогическая работа должна начинаться с ребенком незамедлительно, хотя на практике этого не происходит. В лучшем случае дети попадают к специалистам в возрасте полутора лет, так как современные родители и педиатры не знают основных этапов онтогенеза и не замечают сначала незначительных отклонений в моторном, а затем в речевом и психическом развитии детей.

2. Медицинская абилитация включает комплекс мероприятий, направленных на компенсацию физических и соматических нарушений у детей. В комплекс лечебно-восстановительных мероприятий входят: медикаментозное лечение, физиотерапия, слухопротезирование для детей с нарушениями слуха, массаж и ЛФК и при необходимости специализированная ортодонтическая помощь, которая должна начинаться с трех лет как только выявлены миофункциональные нарушения в строении артикуляционного аппарата: недоразвитие верхней или нижней губы, различные нарушения прикуса неправильное положение языка в ротовой полости, нарушение носового дыхания. Для ортодонтического лечения применяются специальные силиконовые тренеры и вестибулярные пластинки, которые подбираются ортодонтом в зависимости от возраста ребенка, а затем используются на занятиях логопедом или дефектологом.

Основными и самыми важными видами медицинской абилитации детей раннего возраста являются массаж и лечебная физкультура, которые проводятся последовательно или параллельно пролонгированными курсами в течение нескольких лет.

Прежде всего, комплексный подход реализуется к проведению одной из важнейших оздоровительных процедур – массажу. Известно, что массаж является средством нормализации соматического, психического,

неврологического статуса. Введение вербально-эмоционального компонента в процесс проведения сугубо медицинской манипуляции, предлагаемое нами, способствует повышению эффективности коррекционно-педагогического воздействия в работе с детьми раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза, одним из важнейших аспектов которого является «запуск речи» у неговорящих детей, то есть формирование у этой категории детей речевой активности, направленное на формирование полноценной личности. Формирование речи в процессе нормального онтогенеза является регулятором поведения и служит основой познания мира, первой ступенью которого является чувственный опыт. Успешность физического, умственного и речевого развития в значительной степени зависит от уровня сенсорного развития детей, то есть от того, насколько совершенно ребенок слышит, видит, осязает окружающее, насколько качественно он может оперировать этой информацией и насколько точно эти знания он может выразить в речи. Таким образом, речевое и сенсорное развитие способствует формированию у ребенка всех видов восприятия, на основе которого формируются полноценные представления о внешних свойствах предметов, их форме, величине, положении в пространстве, запахе и вкусе. Речевое развитие также является основой для развития мышления ребенка, так как оперирование сенсорной и речевой информацией, поступающей через органы чувств, осуществляется в форме мыслительных процессов. И, наконец, нормальное речевое развитие формирует всю языковую систему и прежде всего коммуникативную и номинативную функции речи, а также способствует расширению и обогащению словаря ребенка.

Детям с органическим поражением головного мозга требуется организация сенсорно обогащенной среды, которая помогает интенсивному развитию нервных клеток и их синаптических контактов. Нейрофизиологический аспект клинического и психолого-педагогического воздействия определяется непосредственной близостью сенсорных, речевых и моторных зон коры головного мозга, взаимное влияние которых друг на друга обеспечивает успех абилитационной работы.

В раннем возрасте, когда сенсомоторное развитие является доминирующим, ему следует уделять особое внимание. Мы считаем, что преодоление нарушений речевой сферы должно происходить не только на специально организованных коррекционных занятиях, но и в процессе медицинской абилитации, а именно лечебного массажа и ЛФК. Речевое развитие с успехом корректируется в процессе выполнения элементарных ежедневных бытовых, игровых, лечебных и учебных действий, так как любое прикосновение к ребёнку, даже

самое простое, оказывает мощное психологическое воздействие. Оно может быть успокаивающим или возбуждающим. Тактильное ощущение – самое первое чувство, которое появляется у ребенка еще в утробе матери. Тактильная чувствительность формирует способности и влияет на здоровье. Массаж представляет собой один из уникальных методов развития тактильной чувствительности.

Действующим моментом массажа на организм являются механические раздражения, наносимые тканям специальными приемами поглаживания, разминания, растирания, вибрации. Многообразие используемых в массаже приёмов позволяет применять воздействия в большом диапазоне – от очень слабых до достаточно сильных. Приемы массажа, действуя на ткани, вызывают возбуждение mechanoreцепторов, предназначенных для преобразования энергии механических раздражений в специфическую активность нервной системы – в сигналы, которые несут нервным центрам информацию. Механорецепторы распределены по всему телу. К ним относятся рецепторы кожи, раздражаемые прикосновением, давлением, сотрясением, ударами и т. д.; рецепторы мышечно-суставного чувства (проприорецепторы) и рецепторы внутренних органов (интерорецепторы), приходящие в возбуждение при изменении давления на органы и стенки сосудов (барорецепторы). Механическая энергия массажных манипуляций превращается в энергию нервного возбуждения, что является начальным звеном в цепи нервно-рефлекторных реакций механизма действия массажа на организм. Возбуждения рецепторов в форме центростремительных (афферентных) импульсов передаются по чувствительным путям в центральную нервную систему (спинной мозг, мозжечок, функциональные образования ствола мозга и др.), достигают коры больших полушарий головного мозга, где синтезируются в общую сложную реакцию, и вызывают различные функциональные сдвиги в организме. Механорецепторы называют также тактильными рецепторами. Наружная поверхность кожи представляет собой обширное рецепторное поле, являющееся периферической частью кожного анализатора. С помощью анализатора организм воспринимает огромное количество раздражений, поступающих из окружающего мира. При этом каждому раздражителю соответствует свой специфический вид кожной рецепции.

Массаж, вызывая деформацию кожи и изменение степени натяжения мышц, служит источником и так называемого мышечно-суставного чувства. Заложенные в глубоких тканях mechanoreцепторы, воспринимая давление на мышцы, органы, сигнализируют центральной нервной системе о состоянии мышечного тонуса, кровенаполнении

капилляров, давлении крови в мышечных сосудах и т. д. Эти сигналы и вызывают различные ощущения.

На раздражение mechanoreцепторов в результате сложных физиологических процессов в центральной нервной системе формируются ответные реакции. Все приемы массажа действуют на основе рефлексов. Возникающие разнообразные рефлексы, как условные, так и безусловные, вызывают изменение функционального состояния различных отделов центральной нервной системы. При воздействии методически дозированных массажных приемов на организм в нём развертывается комплекс приспособительных реакций.

Влияние массажа на организм огромно, поскольку это мощный биологический стимулятор, позволяющий развивать ребенка и поддерживать нормальное состояние всех его органов и систем. Массаж влияет не только на поверхностные ткани, но и на внутренние органы, является эффективным и доступным методом профилактики и лечения тех или иных расстройств. Он ускоряет адаптацию функциональных систем, органов и тканей к большим физическим нагрузкам, стрессам, а также к воздействиям окружающей среды.

Массаж оказывает разностороннее влияние на организм человека и, прежде всего на нервную систему, а она координирует жизнедеятельность всех других систем организма, обеспечивая тем самым его целостность. Воздействие на многочисленные нервные окончания, заложенные в коже, мышцах, сухожилиях, способствует возникновению импульсов, которые от нервных окончаний по центральным нервам направляются в кору головного мозга. Импульсы, поступившие в кору, вызывают в ней волны возбуждения или торможения, которые рефлекторно передаются в различных направлениях. В результате со стороны органов и систем организма образуются ответные реакции, которые отражаются на течении того или иного патологического процесса в органе или ткани. Массаж может успокаивать или возбуждать уменьшать болевые ощущения за счет понижения проводимости чувствительных и двигательных нервов; стимулировать регенерацию нерва при его повреждении; усиливать регулирующую и координирующую функции центральной нервной системы (Куничев Л.А. [130]).

Массаж улучшает трофические процессы в тканях. Благотворно влияет на мышечный тонус. Поглаживание и другие приемы массажа улучшают сократительную функцию мышц, способствуют повышению их эластичности и упругости. Массаж способствует предупреждению трофических расстройств и атрофии мышц на стороне поврежденного нерва, поэтому показан при дизартрии (Архипова Е.Ф. [8], Карелина И.Б. [103], Приходько О.Г. [191]).

Для детей с речевыми нарушениями, с патологией опорно-двигательного аппарата массаж является одним из важнейших направлений лечебной работы, но также он может быть и эффективным средством педагогической коррекции для маленьких пациентов с различными вариантами дизонтогенеза (Архипова Е.Ф. [8], Приходько О.Г. [191]).

В своей работе нами используются следующие виды массажных комплексов: расширенный, комплексный, дифференцированный массаж, включающий следующие виды массажа – лечебный и логопедический. Разработанный нами расширенный, комплексный, дифференцированный массаж основывается на приемах общего лечебного классического массажа, а также включает комплекс артикуляционного логопедического массажа, выполняемого зубной щеткой. Этот комплекс логопедического массажа является достаточно эффективным и наиболее щадящим для детей раннего возраста (Карелин А.В. [98], Карелина И.Б. [103]).

Техника массажа выбирается в зависимости от характера нарушения и зависит от состояния тонуса мышц ног, спины, рук, плечевого пояса и артикуляционного аппарата. В зависимости от тонуса общей и артикуляционной мускулатуры массаж может быть расслабляющим, общеукрепляющим или дифференцированным. Комплексный массаж проводится в следующей последовательности: сначала массируются ноги, затем спина, потом руки и мышцы плечевого пояса. Эти массажные движения выполняются в положении лежа и сопровождаются речью (оречевляются). Затем в положении сидя проводится артикуляционный массаж зубной щеткой.

Эффективность комплексного массажа зависит от частоты и длительности его курса. Поэтому мы предлагаем проводить комплексный массаж для детей от 1,5 до 3-ех лет курсом не менее 15-20 сеансов через день. Такой массаж может выполнять специально обученный массажист, имеющий среднее медицинское образование и сертификат по медицинскому массажу (Карелин А.В. [98]).

Другой вид массажа, используемый нами в коррекционной работе «Театр исцеляющих прикосновений». Этот метод разработан дефектологом-реабилитологом Центра коррекции речи «Возрождение» Малюковой И.Б. Этот вид массажа доступен как медицинскому, так и педагогическому персоналу, а также родителям ребенка (Малюкова И.Б. [155]).

Предложенная нами программа «Театр исцеляющих прикосновений» повышает эффективность коррекционной работы. В процессе механических раздражений, наносимых телу ребенка поглаживанием, растиранием, разминанием, вибрацией, мы не только сопровождаем каждый массажный приём стихотворением, которое соответствует его структуре, но и предлагаем его художественную иллюстрацию.

Таким образом, в речеслуховые, зрительные, эмоциональные и творческие зоны коры головного мозга поступает мощный поток импульсов. Происходит создание множественного образа: тактильного, речеслухового, зрительного, эмоционального и творческого характера, что не только оказывает тонизирующее воздействие на центральную нервную систему, но и способствует созданию новых нейронных связей. Расширяются резервные возможности функционирования головного мозга ребенка. Развивается межполушарное взаимодействие межполушарных интеграторов – комиссур, синхронизируется работа полушарий головного мозга. Активизируется деятельность ассоциативных волокон, связывающих между собой отдельные участки одного и того же полушария. Мобилизуются в работу проекционные волокна, выходящие за пределы полушарий. Эти волокна входят в состав нисходящих и восходящих путей, по которым осуществляется двусторонняя связь коры с нижележащими отделами ЦНС, а это является важным аспектомabilitационной работы с детьми, имеющими органическое поражение коры головного мозга (Малюкова И.Б. [155]).

Сопровождать движения массажиста необходимо особой формой речи, так как руки массажиста являются источниками информации, поступающей к пациенту по разным каналам. Информация эта может передаваться за счет психоэмоционального компонента, который всегда содержится в прикосновении к телу пациента, за счет характера теплового излучения этой руки, которое, как и другие виды исходящих от человека излучений, может нести не только энергию, но и информацию, за счет особенностей электромагнитного излучения кисти и т. д. В ходе своих лечебных манипуляций массажист должен стремиться усиливать психологическую составляющую всех действий, которые он проделывает с пациентом. И в этом отношении в процедуре массажа имеются большие не используемые резервы (Маскутова Д.М. [160]).

Как известно, наиболее четкое и направленное психологическое воздействие на человека оказывает речевой канал информации. А он как раз меньше всего используется массажистами при проведении манипуляций с человеческим телом. В своей лечебной практике мы не раз замечали, что реакции человеческого тела на массаж вызываются с гораздо большей эффективностью, если массажист, проводя те или иные приемы, как бы озвучивает их своей речью, говоря, каких эффектов он добивается от сосудов, кожи, легких, печени и других органов ребенка. С психофизиологических позиций этот феномен представляется вполне объяснимым и оправданным, так как в ситуации массажа пациент гораздо в большей мере подвержен суггестии,

чем в обычном состоянии. Ни теория, ни техника, ни система обучения «массажному говорению» в настоящее время не разработаны.

В своей работе мы используем детские стихи, пестушки, потешки в качестве речевого сопровождения массажных приемов для эффективности абилитационной работы с маленькими пациентами.

Таким образом, в процессе проведения сугубо медицинской манипуляции происходит развитие интеллекта и речи ребенка, совершенствование соматосенсорной, эмоциональной и творческой сфер ребенка. Такой вид коррекционной работы объединяет в себе не только медицинское и педагогическое, но и психологическое воздействие. Массаж сам по себе является средством психологической абилитации, реабилитации и релаксации, а речевое сопровождение его – это еще и способ развития речи, внимания, воображения, памяти, это уникальный коммуникативный тренинг, помогающий детям с проблемами в развитии преодолеть боязнь чужих людей.

Использование вербально-эмоционального компонента лечебного и оздоровительного массажа и самомассажа помогает интегрировать работу разнопрофильных специалистов коррекционных детских садов, реабилитационных центров, медицинских учреждений, а также родителей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Массаж подготавливает ребенка к лечебной гимнастике. Нами разработаны различные комплексы ЛФК для детей от 0 до 7 лет, но на практике активно заниматься лечебной гимнастикой дети начинают в возрасте с 4 лет. Для детей с речевыми и другими нарушениями развития разработаны комплексы по нормализации и координации движений, развитию общей и мелкой моторики пальцев рук. Лечебная физкультура является важным фактором стимуляции развития речи, поскольку речь это не только высшая психическая функция, но и сложно организованное движение большого количества органов речевого аппарата, рассогласование которых приводит к различным речевым расстройствам.

Помимо традиционных видов лечебной гимнастики для детей раннего возраста, таких как различные комплексы пассивной и активной гимнастики нами используется метод лечебной педагогической физкультуры – нейродинамическая ритмопластика, который входит в комплекс как лечебных, так и педагогических абилитационных мероприятий. Этот метод разработан дефектологом-реабилитологом Центра коррекции речи «Возрождение» Малюковой И.Б.

Спецификой предлагаемого нами подхода к проведению ЛФК является использование комплексных упражнений творческого характера – комбинированных игровых упражнений-образов, которые

обеспечивают реализацию коррекционной работы в рамках ведущего вида деятельности ребенка – в игре. С детьми раннего возраста в основном используются упражнения пассивной и контактной гимнастики. Пассивная гимнастика – это метод, при котором упражнения выполняются ребенком при ведущей роли взрослого человека, который осуществляет двигательное действие какого-либо сегмента тела ребенка, захватывая его руками и манипулируя им. Контактная гимнастика – это та же пассивная гимнастика, но упражнения выполняются при непосредственном сопряженном контакте тела ребенка с телом взрослого человека, поскольку позитивные импульсы, исходящие от организма и психики родителей, специалистов медицинского или педагогического профиля, выравнивает физиологические характеристики тела и психики проблемного ребенка. Данный аспект абилитационной работы также мало изучен, поскольку в реабилитологии превалируют широко рекламированные контактные биотехнологии, такие как иппо-терапия, канис-терапия, дельфино-терапия. Приходится прикладывать значительные усилия для того, чтобы убедить родителей, что «позитивные импульсы», идущие от дельфинов, лошадей, собак можно с успехом заменить импульсами родительского тела, которые в тысячу раз целительнее всех других (Малюкова И.Б. [153]).

3. Нейродинамическая гимнастика является промежуточным звеном между медицинским и педагогическим компонентами так как включает в себя элементы ЛФК, которые сочетаются с методами психологической и педагогической коррекции, и влияют не только на развитие моторики, но и на развитие речи и коррекцию психических нарушений.

Катастрофическое увеличение количества детей с органическим поражением центральной нервной системы объясняется резким повышением уровня патогенности современного информационного общества, а поскольку мозг – это филогенетически самая молодая структура организма человека, то его хрупкие нейронные ткани, разрушаются в первую очередь любыми негативными воздействиями. При этом речевые зоны коры являются еще более поздними нейронными образованиями, поэтому именно они чаще всего и поражаются. Речевые, двигательные, сенсорные, интеллектуальные, поведенческие нарушения центрального органического генеза – это сложные полиморфные патологии, полиорганные, сочетанные заболевания, в основе которых лежит искажение интегративной функции мозга. На важную роль интегративной деятельности нервной системы, как условия нормального физиологического развития и функционирования организма и психики человека, указывал еще в начале XX века английский учёный Ч.С. Шеррингтон (Шеррингтон Ч.С. [260]).

Если условно нейрогенное нарушение, например, речевую патологию, представить в виде айсберга, то окажется, что речевые проблемы – это только его маленькая видимая вершина, поднимающаяся над водой. Подводная часть айсберга – массивная, невидимая, скрытая, но самая опасная. Она включает в себя целый симптомо-комплекс нарушений, которые требуют гораздо более значительных усилий для их устранения, чем традиционная логопедическая коррекция. У детей наблюдаются отклонения от нормы соматического, психического, неврологического, речевого, иммунного, коммуникативного статусов, в частности, нарушения двигательной сферы: общая моторная недостаточность, нарушения мышечного тонуса, опорно-двигательного аппарата, координации движений, мелкой моторики, а также неловкость, скованность, недифференцированность движений, искажение процесса программирования и реализации двигательного акта, ошибочная пространственная организация движений, нарушения формирования двигательных автоматизмов и хронологической формулы формирования движений, выпадение некоторых звеньев двигательной биологической программы, отставания в развитии физических качеств, двигательных навыков, замедленное включение в движение, снижение иммунитета, частые простудные заболевания, нарушения дыхательной системы, психоорганическая симптоматика, нейросенсорные, нейромоторные, нейролингвистические и нейропсихические дисфункции мозга (Р.Е. Левина [134], Г.В. Чиркина [250], Е.М. Мастиюкова [158], Е.Ф. Соботович [221], Б.М. Гриншпун [57], С.Н. Шаховская [255], Н.С. Жукова [77], В.К. Воробьёва [37], Е.Н. Усанов [233], Г.В. Гуровец [61], Л.Б. Есечко [74] и др.).

У многих детей запаздывает формирование навыков опрятности, этапов игровой деятельности, отмечаются проблемы в эмоционально-волевой сфере, познавательной деятельности. Им свойственна низкая работоспособность, повышенная психическая и физическая истощаемость. Практически любое отклонение в развитии влечет за собой искажение или замедление восприятия, нарушение процессов хранения, воспроизведения, анализа и синтеза поступающей информации, проблемы с устойчивостью, переключаемостью и концентрацией внимания. У детей с речевыми и другими нарушениями центрального органического генеза наблюдаются расстройства болевой, температурной, тактильной, вестибулярной чувствительности, то есть «сенсоинтегративные дисфункции» отмечается дефицит полимодальной перцепции (J.Ayres [279]).

Дети с речевыми нарушениями, чаще других категорий детей, оказываются в ситуации неуспеха, что приводит к повышенной тревожности, эмоциональному напряжению, подавленности, к нежеланию

говорить, боязни речи. Практически у 90 % детей с речевыми расстройствами наблюдаются нарушения сна, немотивированные капризы, пониженный фон настроения, лабильность эмоций, случаются истерические реакции, негативизм и др.

Традиционно в нашей стране используются образовательные, развивающие и коррекционные методики, развивающие отдельные функции ребенка, что приводит к устранению не самой проблемы, а лишь ее симптоматики. Поэтому уровень коррекционной помощи получается невысокий, она малопродуктивна, продолжительна, и не способствует достижению стойких и эффективных результатов. Устранение внешних видимых нарушений не приводит к ремодулированию нейросенсорных, нейромоторных, нейролингвистических и нейропсихических программ развития ребенка в целом. Устранение симптоматики (например, нарушения звукопроизношения) «усыпляет бдительность» и коррекционную настороженность не только родителей, но и педагогов дошкольного воспитания и младшего звена школы. К ребенку начинают предъявлять повышенные требования, не сознавая, что устранена лишь отдельная симптоматика, а не все речевое нарушение и связанные с ним вторичные расстройства и, что ребенок нуждается в специальных условиях обучения, которые учитывают специфику его нарушения. Органическое нарушение развития в течение всей жизни человека будет требовать внимания и усилий по поддержанию его работоспособности, поэтому ребенку с детства необходимо прививать навыки, сначала игрового бессознательного, а затем осознанного позитивного стимулирующего и укрепляющего воздействия на нервную систему. Следует отметить, что в настоящее время во всем мире возрождается культура здоровья не только тела, но и психики человека. Современные люди обращаются к мудрости древних мыслителей, например Асклепиад, который еще 2000 лет назад основал кинезиологию, которая получает широкое распространение в наши дни. Другие нейростимулирующие методики, такие как «Гимнастика мозга» Поля Денисона, древние этнопедагогические нейропротекторные оздоровительные системы разных народов мира становятся популярными и в настоящее время (Малюкова И.Б. [154]).

Сложные сочетанные расстройства, определяющие специфику моторного и нервно-психического развития детей с речевыми и другими нарушениями центрального органического генеза, требуют проведения специальных мероприятий и мультидисциплинарного подхода к абилитации, реабилитации и коррекции по восстановлению интегративной деятельности центральной нервной системы, то есть необходима гимнастика, направленная на совершенствование функциональных возможностей головного мозга ребенка. Традиционные занятия

и методики должны быть дополнены коррекционно-развивающими подвижными играми. В настоящее время отмечается вытеснение ребенка из мира игры в мир абстрактной сигнальной информации, которая вызывает деформацию детской психики и ведет к огромному количеству проблем, таких как, аутизм, мутизм, гиперактивность и другие психические нарушения (Малюкова И.Б. [153]).

Применяемая нами программа «Театр исцеляющих и развивающих движений», разработанная И.Б. Малюковой, предусматривает комплексное комбинированное воздействие в процессе абилитации, реабилитации, коррекции, развития, образования и оздоровления всех категорий детей. Дети не разделяются по способностям или нарушениям, поскольку принципы коррекционной и развивающей работы для всех категорий детей одинаковые, нужно только учитывать особенности их аномального развития. У детей раннего возраста высочайший имитационный уровень, поэтому дети усваивают не указания, а модели поведения взрослых людей, поэтому в нашей системе педагог это партнёр по играм (Малюкова И.Б. [154]).

Нейродинамическая ритмопластика – комплексные упражнения творческого игрового характера – это серии специальных двигательных режимов, окрашенных художественным словом, требующие осмыслиения, контроля и регуляции, вербально-динамические и эмоционально-творческие композиции, маленькие драматические этюды, направленные не только на восстановление нарушенной функции, но и на всестороннее развитие ребенка. Нейродинамическая ритмопластика – это синтез поэзии, устного народного творчества, театра, хореографии, физкультуры, психогимнастики, образных танцевальных, логоритмических упражнений. Система творческих игровых упражнений-образов предполагает комплексное комбинированное воздействие на ребёнка, то есть переход на более высокий, качественно иной уровень коррекционной работы, отказ от узкоспециализированного подхода к работе разнопрофильных специалистов. Название указывает на полифункциональность, на то, что это не просто физическое упражнение, направленное на совершенствование пластиности, ритма, творчества, но, что, в первую очередь – это гимнастика для мозга, где стимулируются нейродинамические процессы, повышаются функциональные возможности центральной нервной системы, осуществляется поиск и запуск компенсаторных механизмов речи, синхронизируется работа полушарий, развиваются межполушарные интеграторы, оптимизируются психические функции, гармонизируются психика, замыкаются нейронные контуры базовых сенсомоторных взаимодействий. Формирование, развитие и совершенствование нейродинамических, нейролингвистических, сенсомоторных и психомоторных

составляющих речевой, двигательной, психической функции происходит в движении. Нейродинамическая ритмопластика закладывает фундамент для развития высших форм понятийного мышления у детей, на основе наглядно-действенного восприятия знаково-символических объектов, создаваемых руками, телом, мимикой, эмоциями, речью самого ребенка, а также их взаимообусловленным влиянием друг на друга. При этом ребёнок наблюдает все происходящее как-бы со стороны, одновременно сам же и осуществляя действия, творчески преобразовывая рассказываемое им самим стихотворение сказку, исполняя песенку или потешку. Упражнения нейродинамической ритмопластики вызывают равномерное тотальное распределение нейронной нагрузки на кору мозга, а также на подкорковые структуры и нижерасположенные отделы центральной нервной системы, содействуя развитию интегративной деятельности мозга. Создаются условия для преодоления минимальных или тотальных дисфункций мозга, восстановления заблокированных цепей биоэлектрических импульсов и целых звеньев психики. В процессе их выполнения происходит коррекция и совершенствование двигательной, сенсорной, речевой, эмоциональной и творческой сфер, координации, пластики, выразительности движений, речи, мимики, формирование и развитие познавательных потребностей и интересов, эстетических представлений, эмоционально-эстетического восприятия окружающего мира, в процессе вживания в художественное произведение. Расширяется кругозор ребенка, развиваются коммуникативные и поведенческие навыки, интеллектуальная сфера, стимулируются позитивные морфо-функциональные сдвиги в организме, и еще многое-многое другое (Малюкова И.Б. [154]).

Разработанная нами модель абилитационно-реабилитационно-коррекционно-развивающей программы предусматривает интеграцию разных направлений: физического, интеллектуального, художественно-эстетического, социально-личностного развития, но в первую очередь она направлена на совершенствование нейродинамических нейрофизиологических процессов, повышение функциональных возможностей центральной нервной системы, поиск и запуск компенсаторных механизмов, оптимизацию психических функций, гармонизацию психики. Предлагаемая нами система комплексных упражнений творческого игрового характера разработана на основе принципов и идей кондуктивной педагогики венгерского ученого А. Пето, с учетом исторического оздоровительного опыта русского народа. Принцип народности и исторический аспект в создании нами новой технологии является базовым, поскольку потребность в речевом сопровождении движений содержится в энергоинформационной основе и генетической памяти

ребенка, т.е. мы реализуем один из главных принципов педагогики – принцип культурообразности (Каменский Я.А. [96]).

В состав программы входит около 1000 простых и доступных комбинированных игровых упражнений-образов. Условно они распределены по 25 лексическим темам, что позволяет быстро подобрать соответствующую любой теме занятия или урока динамическую иллюстрацию коррекционно-развивающего или учебного материала. Их можно использовать не только на специально организованных занятиях: по физическому воспитанию, ЛФК, ИЗО-деятельности, по ознакомлению с окружающим миром, по математике, по обучению грамоте, по ручному труду, на музыкальных занятиях, на занятиях с психологом, дефектологом, логопедом, на утренней гимнастике, но и в повседневной жизни: в процессе игровых, бытовых, трудовых, лечебных действий, на прогулках, праздниках и т. д. Элементы театрализации создают положительную мотивацию и психо-охраный режим деятельности, переводя ребёнка из объекта медико-психологического воздействия в субъект. Эффективность игровой гимнастики высока еще и потому, что дети выполняют эти забавные упражнения не только на занятиях, но и вне занятий, а также дома. Комбинированные игровые упражнения-образы содействуют релаксации и абреакции проблемных детей, коррекции неадекватных эмоциональных и поведенческих реакций, что позволяет добиваться положительной динамики коррекционной работы (Малюкова И.Б. [154]).

Основой данной технологии является положение о том, что процесс двигательной абилитации и развития ребенка должен сочетаться с психолого-педагогической коррекцией, а психолого-педагогическая абилитация, реабилитация, коррекция и развитие должны основываться на двигательной активности, поскольку движения – это важнейший компонент всех сфер развития ребенка (Аршавский А.И. [9]).

Ассоциация зрительного, слухового, двигательного, тактильного, эмоционального и творческого образов способствует тому, что устремляющийся по проводящим путям центральной нервной системы мощный поток импульсов, вызывает тотальную активизацию всех зон коры головного мозга, что повышает его компенсаторные возможности. Вербальный компонент упражнения способствует пролангации времени его выполнения, поскольку пока не закончилось стихотворение, ребенок должен продолжать движение.

Стихотворное сопровождение двигательных действий является непроизвольной дыхательной гимнастикой, которая способствует укреплению дыхательных мышц, увеличению объема грудной клетки, повышению легочной вентиляции, увеличению жизненной емкости легких.

Использование художественного слова способствует обогащению речевой сферы детей, содействует их речевому развитию. Дополнительная речевая активность стимулирует совершенствование звукопроизношения, грамматического строя речи, развитие речевой пластики, ритмизацию движений. Речевое сопровождение двигательных действий художественным словом позволяет познакомить детей с большим количеством поэтических произведений и способствует заучиванию их наизусть. Игровые комбинированные упражнения содействуют активизации и обогащению словаря, повышению эффективности обучения русскому языку детей других национальностей, ускоряют процесс их социализации, поскольку ничто так не сближает, как прикосновение к культуре другого народа. Речевой компонент стихотворения или сказки программирует двигательный акт, пластический рисунок, эмоциональную окраску, творческую насыщенность сюжета. Это важно для детей с органическим поражением мозга, у которых нарушена система перекодировки образной информации в знаки и символы, и декодирования знаково-символической информации в образы, им необходимо обеспечивать полимодальность и многофункциональность передачи информации в головной мозг.

Комбинированные игровые упражнения – это своеобразный двигательно-ритмический психотренинг, корректирующий и совершенствующий у ребенка психические процессы: восприятие, внимание, разные виды памяти и координацию, а также пространственный анализ и синтез. Чувство ритма является важной психологической способностью, помогающей усвоению ребенком речевых эталонов. Игровые приёмы, многообразие доступных и образных движений, предлагаемых нашей программой, развивают способность к двигательной импровизации, сюжетной имитации. Пластическое отображение поэтического произведения, необходимость соблюдения ритмического рисунка его, содействует обогащению чувственного опыта детей, формированию навыков творческого осмыслиения стихотворных строк, развивает творческое воображение, фантазию.

Стихотворно-ритмические творческие игровые упражнения-образы позволяют включать в работу множество анализаторов – слуховой, зрительный, кожно-тактильный, кинестетический, удовлетворяя требования детей-аудиалов, визуалов и кинестетиков, что позволяет добиться стойких и эффективных результатов коррекционной работы (Малюкова И.Б. [153]).

Таким образом, комбинированные двигательно-речевые и эмоционально-творческие упражнения-образы нейродинамической ритмопластики, оказывающие многофакторное комплексное воздей-

ствие на речевые, моторные, сенсорные, психические, интеллектуальные, творческие, эмоциональные, коммуникативные, ориентировочные зоны коры головного мозга, речевой аппарат, взаимосвязанные с ним дыхательные функции, восстанавливают интегративную деятельность головного мозга, дают более качественный и стойкий результат, чем целенаправленное изолированное воздействие на отдельную функцию.

#### **4. Психоло-педагогическая абилитация включает:**

1. Психологическая абилитация, прежде всего, направлена на подготовку близких ребенка к необходимости длительной медицинской и педагогической абилитации. Психологом составляется индивидуальная программа по преодолению психических отклонений у ребенка и сопровождению семьи, имеющей ребенка с нарушением онтогенетического развития.

2. Педагогическая коррекция включает содержание, методы и формы работы с неговорящими детьми, начиная с раннего возраста до 7 лет, а при необходимости и более длительное время даже в процессе школьного обучения. К сожалению, практика показывает, что многие молодые родители, которые сами имели нарушения речевого развития в детстве, а также бабушки и дедушки, придерживаются мнения, что длительно не разговаривающий ребенок «заговорит сам, когда придет его время». Это утверждение было справедливым еще 20 лет назад, когда задержки речевого развития у детей были, в основном, функционального характера (например, наследственные, или связанные с педагогической запущенностью, частыми и тяжелыми болезнями ребенка и т. д.). Сегодня практически 90 % задержек и нарушений речевого развития обусловлены патологией центральной нервной системы. Нейрогенные речевые нарушения – это сложные полиморфные расстройства, в основе которых лежит искажение интегративной функции мозга и нарушения нейродинамических, нейросенсорных, нейролингвистических, нейропсихических программ развития детской психики и детского организма в целом. Сегодняшние дети нуждаются в комплексной помощи, так как логопедическая коррекция направлена на преодоление только речевого нарушения и устраняет речевую симптоматику, а не всю патологию в целом. Ведущую роль в этом процессе играет семья ребенка и его ближайшее окружение, поскольку гимнастика для мозга требует ежедневного выполнения упражнений. Непрерывность коррекционной работы – это главное условие ее успеха при формировании речи у неговорящих детей.

Педагогический компонент включает в себя следующие этапы:

- разработка индивидуальной программы по коррекции речевых отклонений у неговорящих детей от 1,5 до 3 лет, и обучение матери их применению во всех режимных моментах в течение всего дня;
- проведение групповых игровых занятий по развитию речи у детей от 3 до 5 лет с использованием кинезотерапевтической артикуляционной гимнастики, различных подвижных игр, стимулирующих развитие речи. В этих занятиях принимают участие родители с детьми, а логопеду принадлежит направляющая и ведущая роль;
- индивидуальные занятия по «запуску речи» с дефектологом-реабилитологом посредством нейродинамической ритмопластики;
- индивидуальные логопедические занятия по коррекции нарушенного звукопроизношения, которые необходимо начинать с детьми с 5 лет, после того как у них сформирован достаточный словарный запас и фразовая речь.

Звуки необходимо ставить в той последовательности, в которой они появляются в онтогенезе, так как хорошая правильная речь одно из важных условий всестороннего и полноценного развития детей. Ребенку с правильной нормальной речью легче сформулировать свои мысли, проще общаться со сверстниками и взрослыми, у него больше возможностей в познании окружающей действительности, его психическое развитие осуществляется быстрее и активнее. Поэтому очень важно заботиться о своевременном формировании речи детей, предупреждать и исправлять различные ее нарушения, в том числе и нарушения звукопроизношения. (Фомичева М. Ф. [239]).

Речь не является врожденной способностью человека, она формируется вместе с развитием ребенка. Для нормального развития речи необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, а слух и зрение были достаточно развиты. Правильное звукопроизношение ребенка в норме формируется к 4-5 годам, поэтому работа по формированию правильного звукопроизношения всех звуков родного языка должна быть закончена в дошкольном возрасте. (Фомичева М. Ф. [239]).

Обычно исправление неправильного звукопроизношения проводятся на индивидуальных логопедических занятиях, где коррекция неправильно произносимых звуков проводится поэтапно. Условно выделяют 4 основных этапа: подготовительный, постановка звука, автоматизация звука и при смешении или замене одного звука другим – этап дифференциации. Каждый этап содержит свои задачи, методы и приемы работы. Новый навык у ребенка вырабатывается не сразу, он требует продолжительного закрепления на каждом последующем

этапе, поэтому одновременно с отработкой нового материала необходимо повторение материала предыдущего этапа. Здесь необходимо строго соблюдать принцип от простого к сложному. Ставить звуки нужно в той последовательности как они появляются в онтогенезе. Так, если у ребенка нарушены все группы звуков: заднеязычные, свистящие, шипящие и их аффрикаты, а так же соноры, то постановку необходимо начинать с заднеязычных звуков. Затем отрабатывается группа свистящих звуков и их аффрикат Ц, потом шипящих и их аффрикат, и затем обязательно проводится работа по дифференциации свистящих и шипящих звуков, даже если ребенок не смешивает эти звуки, а произносит искаженно. Последними ставятся соноры: сначала Л, затем Р и так же проводится работа по их дифференциации.

Читая лекции на курсах повышения квалификации логопедов, по теме коррекция звукопроизношения мы выяснили, что логопеды совершают одни и те же типичные ошибки которые усложняют логопедическую работу и снижают компенсаторные возможности детей.

Первой типичной ошибкой логопедов при постановке звуков является нарушение онтогенетической последовательности, что в дальнейшем приводит к затягиванию логопедической работы и дисграфии, так как нарушается принцип от простого к сложному, в результате чего фонематические процессы формируются хаотично.

Второй типичной ошибкой является неправильный выбор упражнений артикуляционной гимнастики на подготовительном этапе. Обычно, логопеды садят ребенка перед зеркалом и учат его выполнять практически все упражнения статической и динамической артикуляционной гимнастики, которые они знают, вне зависимости от того входит это упражнение в артикуляционный уклад отрабатываемого звука. Поэтому нами разработана специальная методика, где на подготовительном этапе ребенок с минимальным дизартрическим расстройством или сложной дислалией обучается специальной кинезотерапевтической артикуляционной гимнастикой, а статические и динамические упражнения классической артикуляционной гимнастики, входящие в артикуляционный уклад вызываемого звука используется нами на этапе постановки. Для этого они строго структурированы и после их правильного выполнения отрабатываемый звук очень легко получается (Карелина И.Б. [102]).

Следующей типичной ошибкой при постановке звуков является то, что не все логопеды объясняют ребенку правильную артикуляцию отрабатываемого звука с указанием его неправильного произношения. Многие логопеды считают, что дошкольнику 5-6 лет трудно разобраться в схематичном изображении артикуляционного профиля. Это верно,

поэтому дошкольнику на доступном уровне необходимо объяснить правильную артикуляцию отрабатываемого звука и указать на его ошибку (Карелина И. Б. [102]).

И последней типичной ошибкой является выбор неправильных методов постановки, так как изначально был поставлен неправильный диагноз. Так логопеды очень часто путают минимальное дизартрическое расстройство и сложную дислалию. Здесь методы работы и способы постановки звуков значительно отличаются. Так при минимальном дизартрическом расстройстве обязательным условием работы при коррекции звукопроизношения является логопедический массаж, который выполняется в начале индивидуального занятия. Существуют различные методики логопедического массажа, в своей работе мы используем артикуляционный массаж зубной щеткой. Этот метод является достаточно эффективным и наиболее щадящим для детей дошкольного возраста. Он разработан нами в 1993 г. и проверен многолетней практикой (Карелина И. Б. [103]).

Помимо массажа в своей работе при исправлении бокового и межзубного сигматизма, что является признаком МДР, мы также используем механический способ постановки звуков, без применения зондов. Так для постановки свистящих звуков применяем палочку от Чупа-Чупса, шипящих звуков шпатель или пальцы ребенка, а для постановки звука «Р» ручку зубной щетки или указательный палец ребенка. Для этого обучаем ребенка качать кончик языка от звука «Ж» или «Д» пальцем или ручкой щетки вперед-назад, а не влево-направо, что также является еще одной типичной ошибкой при постановке звука «Р», так как физиологически при произнесении звука «Р» кончик языка дрожит и качается не вправо-влево, а вперед-назад. Он ударяется об альвеолы и отскакивает назад. Поэтому при использовании этого способа постановки звук «Р» становится и закрепляется, гораздо быстрее.

Таким образом логопеду необходимо знать, что одинаковых занятий по постановки звуков не бывает так как нарушения речи и личностные качества детей различны. Поэтому при одном и том же содержании занятий методы и приемы могут быть разными, но есть правила, которые незыблемы для всех занятий и которые нельзя нарушать: это принцип от простого к сложному (онтогенетический); это точность диагностики и выбор приемов, и учет физиологических особенностей артикуляции звуков речи.

Таким образом, при правильно проведенной подготовительной работе и соблюдении всех правил, логопедическая работа по устранению нарушенного звукопроизношения будет эффективной, а нарушенное произношение будет устранено в более короткие сроки.

## **II. Социальная составляющая включает следующие компоненты:**

1. Школа для родителей, где команда специалистов пропагандирует специальные знания по онтогенетическому развитию детей от 0 до 3 лет; обучает родителей взаимодействию с детьми, имеющими нарушения онтогенетического развития. Этот компонент мало реализован на практике. Своей экспериментальной работой мы создали просветительскую, образовательную, обучающую, методико-практическую систему помощи родителям, имеющим детей с особыми образовательными потребностями, с ограниченными возможностями здоровья, новорожденных детей, находящихся в группе риска возникновения у них проблем в развитии, связанных с наследственными дегенеративными заболеваниями, внутриутробными аномалиями развития, родовыми травмами, постнатальными патогенными факторами, которую назвали «Академия особенных родительских наук». Главная задача уникального образовательного курса заключается в освоении элементарных базовых знаний и формировании навыков развивающего ухода и коррекционно-игрового взаимодействия с детьми у молодых родителей и ближайшего окружения ребёнка. Образовательный курс направлен на передачу знаний о том, что состояние физического и психического здоровья таких детей усугубляется тем, что поражение мозга и его проводящих путей на самых ранних этапах развития, когда они еще очень далеки от стадии созревания, не может быть изолированным. Оно отрицательно влияет на общую формирующую деятельность мозга не только в начальный, но и в последующие периоды жизни человека (Бадалян Л.О. [12]).

Двигательные, речевые, поведенческие, интеллектуальные, сенсорные нарушения центрального органического генеза – это сложные сочетанные расстройства, в основе которых лежит нарушение интегративной деятельности мозга. Эти минимальные или тотальные дисфункции мозга, врожденные аномалии развития центральной нервной системы блокируют запуск и развитие биологических, социальных, психомоторных, нейродинамических, сенсомоторных программ развития детей. В отличие от нормально развивающихся сверстников, ребенок с органическим поражением центральной нервной системы нуждается в помощи взрослых для реализации двигательных, речевых, эмоциональных, коммуникативных, социально-личностных программ развития. Коррекционная работа с детьми, имеющими наследственные или внутриутробные аномалии развития, а также получившие травмы во время родов или в ранний постнатальный период, должна начинаться с первых дней и жизни ребенка, поскольку ранняя педагогическая абилитация таких детей, играет решающую роль в их

психофизическом развитии, личностном становлении и в обеспечении жизнедеятельности в целом. Это кропотливая целенаправленная, ежедневная работа, основой которой является развивающий уход за младенцами в условиях семьи под наблюдением команды специалистов: медиков, педагогов, психологов, социальных работников. Развивающий уход за ребенком должен быть неотъемлемой частью повседневной жизни семьи, воспитывающей проблемного ребенка. Однако практика показывает, что большинство молодых родителей считает бессмысленным развивающее взаимодействие с грудным ребенком, так как он еще ничего не понимает. Таким образом, теряется время, и упускаются возможности, дающие импульс к дальнейшему успешному развитию детей.

Период новорожденности – один из важных этапов жизни человека, так как в этот период головной мозг наиболее пластичен. Молодые родители должны знать, что любой, незначительный патогенный фактор, может нанести вред для центральной нервной системы плода во время беременности и родов, а также впервые месяцы жизни малыша. При этом нарушения развития могут проявиться не сразу, а спустя несколько лет. Поэтому, развивающую и коррекционную работу с новорожденными необходимо начинать уже в родильном доме. Молодая мама должна овладеть навыками всестороннего развития ребенка с первых дней его жизни, а специалисты становятся координаторами действий, помогающих ребенку преодолеть отставание в развитии.

Раньше навыки развивающего ухода за детьми передавались из поколения в поколение. Поэтому юным мамам не приходилось специально учить колыбельные песни, пестушки, потешки, забавные игры для малышей, всему этому они учились в большой семье, начиная с младенческого возраста, но в наши дни новая социальная модель семейного взаимодействия нарушила преемственность поколений. Утрачен опыт воспитания детей копившейся тысячелетиями.

Современные дети большую часть времени проводят в детских дошкольных учреждениях. Поэтому большинство молодых родителей не обладают навыками игрового взаимодействия со своими детьми и не считают нужным учиться этому. Однако если в семье появляется ребенок, с отклоняющимся развитием, то основным способом восстановления его соматического и психического здоровья являются разнообразные подвижные дидактические игры. В последние годы в реабилитологии появился специальный термин – лечебные игры. Поэтому родителям необходимо осваивать навыки игрового взаимодействия со своим ребенком, иначе они не смогут ему помочь (Никитина Л.А. [172]).

В игровой форме такому ребенку нужно делать массаж, с помощью игры его нужно учить ходить, говорить, обслуживать себя. Абилитация, реабилитация, коррекция и развитие аномального ребенка – это ежедневная кропотливая работа семьи, которая выполняется в процессе бытовых и игровых действий. Наш Центр обучает родителей и ребенка игровым методикам, приемам и особенностям проведения этой работы. Родители должны быть способны своим примером побудить ребенка к выполнению необходимых двигательных лечебных или коррекционных действий с помощью положительных эмоциональных импульсом. Родители должны научиться играть с ребенком, а не принуждать его выполнять их указания.

Чтобы успешно помогать детям с нарушениями развития, стать полноценными членами общества, необходимо возрождать национальные традиции воспитания детей в семье.

2. Школа для медицинских специалистов с высшим медицинским образованием: педиатров, неврологов, оториноларингологов, а также студентов медицинских ВУЗов по раннему выявлению и предупреждению онтогенетических нарушений развития у детей от 0 до 3 лет, так как в нашей стране только в крупных и развитых городах, таких как Москва и Санкт-Петербург имеются специалисты, способные выявлять детей с нарушениями онтогенетического развития от 0 до 3 лет и проводить адекватную медикаментозную и физиотерапию. Этот компонент не реализован на практике, так как невозможно достучаться до медицинских специалистов в нашей области, хотя специальные программы курсов повышения квалификации этих специалистов нами были разработаны и представлены в институт последипломного образования Ярославской государственной медицинской академии в 2009 году.

Так же необходимо создать школу по подготовке среднего медицинского персонала к работе с детьми с нарушениями онтогенетического развития. Это должны быть участковые медицинские сестры, хорошо знающие все этапы раннего психомоторного и речевого развития детей раннего возраста в норме; инструкторы ЛФК, владеющие различными видами пассивной и активной гимнастики для детей от 0 до 3 лет и массажисты, обученные не только лечебному массажу, но и артикуляционному, так как сочетание лечебного и артикуляционного массажа очень благоприятно влияет и на физическое, и на психическое, и на речевое развитие детей не только с патологией, но и норме.

3. Следующим компонентом социальной составляющей являются курсы повышения квалификации для логопедов, психологов и дефектологов. Этот компонент успешно реализуется нами на практике с 2011 года на базе Центра коррекции речи «Возрождение». По

специально разработанным нами программам специалисты проходят подготовку по комплексной реабилитации детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития по нейродинамической гимнастике (нейродинамической ритмопластике), по логопедическому массажу и логопедической работе с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами. А также приглашаются специалисты из Москвы и Санкт-Петербурга, владеющие своими авторскими методами работы с неговорящими детьми раннего возраста О.Е. Громова, И.В. Королёва и др.

Основой курсов повышения квалификации педагогов и медицинского персонала является положение о том, что процесс медицинской абилитации ребёнка необходимо сочетать с психолого-педагогической коррекцией на основе комплексного подхода и интеграции разнопрофильных и разноведомственных специалистов, т. е. командного взаимодействия участников абилитационного процесса. Команда – это группа единомышленников, реализующая общую цель. Однако взаимодействие специалистов, участвующих в коррекционном процессе происходит в настоящее время стихийно. Необходимо целенаправленно формировать навыки командного взаимодействия на основе паритетных отношений между специалистами. Наибольшего успеха в работе с детьми с нарушениями развития добиваются специалисты, обладающие навыками командного взаимодействия. Успешность командного взаимодействия основана на жёстком контроле поведения каждого специалиста, сознательного соблюдения моральных принципов, высоком объеме знаний, в том числе в смежных с дефектологией областях. Как правило, это альтруистичные, гибкие, экстравертированные, умеющие соблюдать конфиденциальность, эмоциональные, более всего любимые детьми педагоги и медицинские работники, стремящиеся к повышению профессиональной компетентности.

К сожалению, студенты дефектологических факультетов и медицинских ВУЗов не проходят целенаправленную подготовку в направлении интеграционной работы командного взаимодействия.

Таким образом, интегрируясь, все составляющие предложенной нами системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста, способны обеспечить особые условия, максимально компенсирующие нарушения развития у таких детей, дать возможность многим из них догнать своих сверстников, что позволяет им социально адаптироваться. Разработанная нами система может применяться в различных формах коррекционно-развивающего пространства: учреждениях здравоохранения, социальной защиты и специального дошкольного образования. По нашему мнению, в учреждениях

дошкольного образования давно назрела необходимость открытия групп ранней помощи детям с нарушениями онтогенетического развития, так как число таких детей растёт в геометрической прогрессии. Это обусловлено различными факторами, вызывающими пренатальную, натальную и постнатальную патологию.

**Выводы:**

I. Система комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста представляет собой специально организованное коррекционно-развивающее пространство, в котором центральное место занимает взаимодействие ребенка со взрослым в условиях лечебно-педагогической среды.

II. Структура модели системы комплексной абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития включает в себя интеграционный и социальный компоненты.

III. Предлагаемая нами система может применяться в различных формах коррекционно-развивающего пространства: учреждениях здравоохранения, социальной защиты и специального дошкольного образования.

## ГЛАВА 4.

### ВЫЯВЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗЛИЧНЫХ НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО И ОНТОГЕНЕТИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 3 ЛЕТ

#### 4.1. Факторы риска нарушений речевого и онтогенетического развития у детей раннего возраста

От года к году число детей, имеющих различные речевые нарушения, значительно увеличивается. В последние 20 лет в современной отечественной коррекционной педагогике и психологии интенсивно развивается направление ранней помощи детям с отклонениями в онтогенетическом развитии.

В настоящее время в России действуют более 850 государственных и муниципальных образовательных учреждений для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Анализ зарубежного опыта реализации программ раннего вмешательства показал, что в России есть все условия, необходимые для построения эффективной системы ранней диагностики и коррекции нарушений онтогенетического развития у детей раннего возраста (Е.Ф. Архипова [8]).

На основе концепции раннего вмешательства, разработанной ИКП РАО (Н.Н. Малофеев, Е.А. Стребелева, Ю.А. Разенкова [151] и другие), создаются центры и программы «Абилитации младенцев» (Е.В. Кожевникова [116], Л.А. Чистович [253]), где раннее вмешательство рассматривается как социальная помощь детям от 0 до 3 лет с отставанием или риском отставания в развитии. Большая роль в них отводится семье и особенно матери в реализации индивидуальной программы развития ребёнка (Е.Ф. Архипова [8]).

По нашему мнению, наиболее эффективной такая помощь может оказываться детям с нарушениями онтогенетического развития от 0 до 3 лет на базе медицинских учреждений амбулаторного типа (детские поликлиники и консультационно-диагностические центры). Поэтому в целях решения важной государственной задачи нами параллельно и независимо от других исследователей разрабатывалась система выявления, дифференциальной диагностики и ранней помощи детям с ЗРР различного генеза первичного характера.

С 1992 по 2015 гг. нами было обследовано 25041 ребенок в возрасте от 1,5 до 7 лет из них лишь 31 % имели нормальное речевое развитие и 63 % различные речевые нарушения, в том числе такие, как дизартрия, алалия, а также 6 % детей имели различные психические и сенсорные нарушения, такие как аутизм, нарушения интеллектуального развития и тугоухость.

**Таблица 2.**

**Динамика роста речевых нарушений у детей  
за период с 1993 по 2015 гг.**

Год	Всего осмотрено	Выявлено с нарушениями речи (%)	Выявлено с нормальным речевым развитием (%)
1993	2703	77	23
1994	1958	53	47
1995	1616	59	41
1996	1620	73	27
1998	1287	69	31
1999	1310	82	18
2000	1231	83	17
2001	886	72	28
2002	988	71	29
2003	748	73	27
2005	892	58	42
2006	1177	64	36
2007	822	63	37
2008	1591	60	40
2009	1316	61	39
2010	1393	53,5	46,5
2011	1175	64	36
2012	1174	70,5	29,5
2013	1147	74,5	25,5
2014	1197	37,2	62,8
2015	890	50,9	49,1

Тщательно изучив анамнез этих детей, было выявлено, что таких тяжелых речевых и психических нарушений можно избежать, если своевременно обращать внимание на факторы риска возникновения речевых расстройств у детей, которые можно обнаружить уже на самых

ранних этапах речевого онтогенеза. Для всех детей имеющих такие речевые нарушения как дизартрия и алалия, а также психические и сенсорные расстройства, такие как аутизм, интеллектуальные нарушения (ЗПР и У/О) и тугоухость характерным являлось нарушение речевого онтогенеза, которое можно было выявить на самых ранних этапах речевого, моторного и психического развития детей в ходе их обследования, которое начиналось со сбора анамнестических данных.

Сбор анамнеза начинался с подробного изучения особенностей внутриутробного развития: выяснялось, зачатие было естественным путем или искусственно, так как в настоящее время резко возросло количество беременностей путем ЭКО, что значительно увеличило рост нарушений онтогенеза у детей, наблюдались ли у матери во время беременности токсикоз, артериальная гипертензия, респираторные заболевания, нефропатия, травмы, в том числе и психотравмы. Особое внимание обращалось на то, как протекали роды: в срок, затяжные или быстрые и какую оценку по Апгар получил новорожденный. Так как известно, что данная оценка характеризует рефлексы новорожденного сразу после рождения и через 5 минут жизни. Нормальной считается оценка по Апгар в 8-9, 9-10 баллов, если оценка немного снижена и составляет 7-8 баллов и менее, то это говорит об асфиксии плода или резидуальной энцефалопатии, что в дальнейшем приводит к мозговой дисфункции и цереброастеническому синдрому, а также к другим более тяжелым нарушениям. Затем изучалось раннее моторное развитие детей. В изученных нами случаях раннее моторное развитие в основном было благополучным, но несколько задерживались более сложные локомоторные функции. Дети позднее начинали сидеть самостоятельно, стоять и ходить.

Иногда у них выпадали такие функции как ползание, некоторые дети раньше начинали стоять, а только потом сидеть, что указывало на пирамидную недостаточность. Позднее у таких детей отмечалась моторная неловкость: они не умели держать ложку в руке, пить из чашки, прыгать, бегать, уставали во время ходьбы. У некоторых детей со слов родителей в раннем возрасте наблюдались частые поперхивания и срыгивания при кормлении, а в более старшем возрасте эти дети предпочитали жидкую пищу, а густую или твердую долго жевали или держали за щекой.

Физическое развитие детей обычно соответствовало их возрасту, но некоторые дети отставали в физическом развитии, которое выявлялось только специалистом. Так наблюдались отклонения в позе ребенка: дети держали голову в левую или правую сторону, опирались на одну ногу, а другую держали в согнутом положении, рука с пораженной

стороны также находилась в полусогнутом положении. Долигвистическое развитие данной категории детей имело ряд особенностей: практически у всех детей отмечались признаки речевого дезонтогенеза на всех его этапах. Речь детей развивалась с задержкой, проявляющейся в той или иной степени.

Таким образом, тщательно изучив анамнестические данные обследованных детей, нами были выявлены признаки речевого дезонтогенеза у детей раннего возраста на различных этапах развития.

#### **Признаки речевого дизонтогенеза у детей от 0 до 3 лет:**

##### **I. Нарушения на этапе гуления**

Гуление это фонация дослогового типа, которая состоит из гласно-подобных звуков и их сочетаний, интонационно-модулированных. Эти звуки универсальны для разных языков. Ребенок на этом этапе может произносить звуки не характерные для родного языка, но которые могут быть в других языках. Характеристики гуления зависят от соматического состояния ребенка, состояния нервно-мышечной системы и центральной нервной системы, а также гуление является наследственной формой голосового развития. На этом этапе наблюдается имитация гласных звуков, поэтому важно, чтобы ребенок видел лицо говорящей матери и ее артикуляция совпадала с его произношением гласных. Таким образом, на основе сенсомоторной реакции у ребенка формируется информация о гласных звуках и о правильном расположении своих артикуляционных органов. Нарушения на этапе гуления обусловлены расстройствами нервно-мышечной системы или расстройствами центральной нервной системы и проявляются в следующем:

1. Отсутствие гуления или его скучность и невыразительность.
2. Появление гуления в более поздние сроки – после 3-4 месяцев.
3. Звуки гуления носят однообразный монотонный характер.
4. Звуки гуления имеют назальный оттенок.

##### **II. Нарушения на этапе лепета**

С 4-6 месяцев гуление переходит в лепет. Образование лепета происходит следующим образом: ребенок, играя с органами артикуляции, образует препятствия на пути прохождения воздушной струи, это создает условия для формирования согласных звуков. Реализуется наследственная моторная программа. В своем развитии лепет проходит две стадии: ранний и поздний. Для раннего лепета характерно произнесение единичных слогов, состоящих из губных и переднеязычных согласных и гласных. На этой стадии гласные звуки приобретают фонетическое звучание, характерное для родного языка, так как начинает участвовать обратная слуховая связь.

Вторая стадия лепета начинается с 6-7 месяцев. Здесь основным является бессознательное подражание звукам слышимой ребенком речи. На этом этапе эхолалии являются вариантом нормального речевого развития. Увеличивается набор произносимых согласных звуков и вокальной активности. У детей с ЗРР поздний лепет появляется позднее и отличается от лепета нормально развивающихся детей. Нарушения на этапе лепета проявляются:

1. Отсутствием лепета.
2. Появлением лепета в более поздние сроки – в 8-10 мес. – ранний лепет и в 10-12 мес. – поздний лепет.
3. Скудностью лепета, его монотонность и бедность звукового состава.
4. Угасанием лепета.

### **III. Нарушения на этапе первых слов**

Лепет переходит в стадию первых лепетных слов. Дальнейшее речевое развитие ребенка связано с ростом словаря. Скорость развития словарного запаса является прогностическим критерием развития речи ребенка в целом. Порогом нормального развития считается наличие у ребенка в возрасте 18 месяцев активного и пассивного словаря в объеме 50 слов.

Способность связывать слова с предметами, действиями, свойствами к концу 1 года жизни до конца не сформированы. Она формируется к концу 2 года жизни. Поэтому к нарушениям на этапе первых слов нужно подходить дифференцированно. Нарушение на этапе первых слов:

1. Отсутствие словарного запаса после 1 года: ребенок не производит никакой речевой продукции, а вместо слов использует жесты и вокализации.
2. Появление первых слов к 1,5-2 годам, накопление активного словаря происходит медленно, и чем старше ребенок, тем заметнее его отставание.
3. Активный словарь не соответствует возрасту: у ребенка после двух лет в словаре много лепетных слов.
4. В активном словаре ребенка может быть достаточно слов, но они носят искаженный характер:
  - ребенок говорит только ударные слоги;
  - ребенок не произносит окончания слов;
  - отмечаются пропуски и перестановки слогов.

### **IV. Нарушения на этапе фразовой речи**

Дальнейшее речевое развитие ребенка после двух лет связано с формированием грамматического строя речи, освоением законо-мерности словоизменения, словообразования и соединения слов в

предложения, и развитием фразовой речи. Первые двух-трех-словные фразы появляются у ребёнка в возрасте 1,5-2 лет, а овладение речью как системой фонетических, грамматических и лексических норм начинается с 3-летнего возраста и продолжается до 7 лет. Поэтому нарушения фразовой речи необходимо соотносить с возрастом ребенка:

1. Отсутствие фразовой речи – после 2 лет.
2. Появление фразовой речи в более поздние сроки – после 2,5-3 лет.
3. Фраза, произносимая ребенком, не соответствует его возрасту: ребенок в 2,5-3 года использует фразу из 2-3 слов.

#### **V. Нарушение звукопроизносительных навыков**

Развитие звукопроизносительной системы начинается в норме с 1 года жизни и заканчивается к 5 годам. Динамика усвоения детьми звуковой стороны речи в настоящее время изучена недостаточно. Вопросам формирования звуковой стороны речи посвящены исследования А.Н. Гвоздева [44], В.И. Бельтюкова [18].

По мнению В.И. Бельтюкова последовательность овладения произношением звуков определяется артикуляционными способностями ребенка и закономерностями развития функций речедвигательного анализатора, то есть от грубых артикуляционных дифференцировок к более тонким, от более легкого артикуляционного уклада к более трудному (Бельтюков В.И. [18]).

Процесс формирования звуковой системы языка происходит при переходе от лепета к речи. Поэтому у детей раннего возраста диагностическим является нарушение произношения после 3 лет:

1. Замена, искажения и пропуски звуков.
2. Не четкость, не ясность, смазанность произношения.
3. Палатализация (смягчение).

#### **VI. Нарушения на этапе понимания речи**

Нарушения на этапе понимания речи: носят своеобразный характер в зависимости от характера задержки речевого развития, и могут быть обусловлены нарушениями слуха, нарушениями интеллекта, а также нарушения понимания речи отмечаются у детей с ЗРР алалического и дизартрического характера, которые обусловлены нарушением внимания и слухоречевой памяти у этой категории детей.

При нормальном онтогенетическом развитии понимание речи начинает формироваться в период младенчества. Сначала ребенок начинает отличать материнскую речь от окружающих звуков, затем он начинает воспринимать речь окружающих, различать их интонацию, узнавать отдельные звуки окружающей среды, понимать свое имя, названия предметов и действий.

Уже у новорожденных формируется способность различать фонетические компоненты языка, поэтому довербальное слуховое развитие детей раннего возраста является базой для дальнейшего развития речевосприятия и языковой системы, которое выражается у детей раннего возраста в развитии словаря и представлений о значении слов.

Для развития языковой системы новорожденный должен иметь способность связывать предметы, их свойства, действия и события с определенными звуковыми сигналами – окружающими звуками и речью (И.В. Королёва [124]).

Ребенок в норме начинает понимать речь значительно раньше, чем говорить. С 8-10 месяцев ребенок может осознанно общаться с помощью указательного жеста, а после 2 лет речь становится главным средством общения.

Дети, имеющие нарушения речевого онтогенеза и сохранный слух, также начинают понимать речь раньше, чем говорить, но развитие понимания речи у таких детей имеет специфический характер. Нарушения понимания речи у таких детей отмечаются на этапе понимания отдельных слов в связи с нарушением соотношения их звукового образа с лексическим значением; на этапе понимания фраз и связной речи в связи с нарушением слухоречевой памяти. Нарушения понимания речи у детей с нарушениями слуха обусловлены отсутствием слуховой обратной связи в связи с нарушением звукопроизводящих и звуковоспринимающих структур слуховой системы, и зависит от степени тугоухости. Чем сильнее выражена степень тугоухости, тем больше нарушается понимание речи, так как ребёнок не может дифференцировать звуки родного языка.

Таким образом, нарушения на этапе понимания речи могут быть:

- на уровне звукоразличения;
- на лексическом уровне;
- на уровне фразовой речи;
- на уровне связной речи.

Известно, что нарушения нейрофизиологических функций искают, но не останавливают процесс развития. Формирование моторных и психических функций ребенка протекает в аномальных условиях, поэтому наряду с речевыми критериями были выделены и не речевые факторы, такие как нарушения раннего моторного и психического развития.

### **Факторы нарушения раннего моторного развития:**

1. Оценка по шкале Апгар, отражающая рефлексы новорожденного в момент рождения и через несколько минут после рождения: у детей с речевыми нарушениями обычно бывает снижена до 7-8 баллов.

2. Крик новорожденного. Крик – это первая голосовая реакция ребенка. Уже при рождении ребенок издает крик. Следующим этапом развития крика является плач. Крик и плач активизируют деятельность артикуляционного голосового и дыхательного отделов периферического речевого аппарата. Крик является физиологической оборонительной реакцией ребенка на дискомфорт (боль, голод, жажду, холод и т. д.). Сначала крик не обращен ни к кому, но в течение нескольких недель на рефлекторном уровне новорожденный устанавливает связь между собственным криком и последующим устраниением дискомфорта. Поэтому в дальнейшем крик используется для привлечения внимания взрослых. Крик меняет свои акустические характеристики и становится первым средством общения с матерью, поэтому некоторые авторы (Г.В. Чиркина [180], И.В. Королёва [124]) относят крик к первому этапу долингвистического развития. Отсутствие или слабость крика при рождении является важным диагностическим критерием. У детей с нарушениями речевого развития отмечается слабость или отсутствие крика в момент рождения. В дальнейшем родители отмечают наряду со слабостью крика нарушение его модуляции и окраски.

3. Сосание, глотание: дети с речевыми нарушениями в момент рождения очень часто не берут грудь, впоследствии их кормят из соски, они плохо сосут, часто поперхиваются и срыгивают, т. к. у них нарушено глотание и отмечается дисфагия.

4. Жевание. В более старшем возрасте (после 2 лет) отказываются, есть твердую пищу, т. к. у них нарушено жевание, предпочитают жидкую и кашицеобразную пищу.

5. Дыхание: у детей с нарушениями речи обычно поверхностное, аритмичное, короткий и слабый вдох и выдох.

6. Раннее моторное развитие: обычно бывает благополучным. Дети вовремя в 1,5-2 месяца начинают держать голову, в 3 месяца переворачиваются, но несколько задерживаются более сложные моторные функции. Многие дети с трудом и поздно (в 7-8 месяцев) учатся сидеть самостоятельно, позднее встают (после 9-10 месяцев), у некоторых детей нарушено ползание (ползают назад, «ездят на попе»), другие вообще не ползают, позднее, чем другие дети начинают ходить (после 1 года), долго ходят с поддержкой. В дальнейшем родители таких детей отмечают у них моторную неловкость и быструю утомляемость.

## **Факторы нарушения психического развития**

Раннее психическое развитие данной категории детей было различным. Оно могло соответствовать норме, быть близко к норме или быть нарушено, и не соответствовать возрасту детей.

В своем исследовании психического развития детей мы опирались на показатели психической зрелости у детей первых трех лет жизни и признаки риска возникновения психических отклонений, разработанных А.Н.Корневым [120].

### **Показатели психической зрелости на первом году жизни (по А.Н. Корневу)**

#### **1. Коммуникативное поведение (протодиалог)**

Младенец проявляет коммуникативную активность с первых месяцев рождения. Это выражается в избирательно активном внимании к лицу и особенно глазам говорящего с ним. Это становится началом освоения поведенческого сценария, который станет позже основой невербальных составляющих диалога. Установление контакта глаз является демонстрацией намерения вступить в разговор. В раннем возрасте коммуникативная потребность и компетентность тесно согласуются с познавательным потенциалом ребенка. После 2 месяцев спонтанная улыбка сменяется на реактивную, ответную на улыбку взрослого. В 3 месяца важным показателем становится появление «реакции оживления». В конце первого – начале второго полугодия общение младенца и матери приобретает диалоговый характер: вокализации ребенка чередуются с паузами, во время которых младенец прислушивается к голосу говорящей с ним матери. Существует прямо пропорциональная зависимость между сенситивностью и откликаемостью матери и вокализационной, а позже речевой, коммуникативной активностью ребенка. При оценке этих показателей оценивается диада «мать – дитя». Очень многое в поведении младенца зависит от материнского поведения (эмоционального и коммуникативного).

#### **Признаки риска:**

- дефицит или отсутствие реакции оживления после 3 месяцев;
- пассивность или недифференцированная реакция на близких / чужих после 8 месяцев или паническая реакция на чужих;
- избегание глазного контакта и позы принятия;
- позднее появление лепета, после 7-8 месяцев.

## **2. Эмоциональное поведение**

С 3 месяцев эмоциональные реакции младенцев приобретают все более произвольный и разнообразный характер. После 3-4 месяцев у младенцев наблюдаются следующие эмоциональные реакции:

- удивление – торможение двигательной активности снижение сердечного ритма в ответ на неожиданное явление;
- тревожные реакции на состояние физиологического дискомфорта: боль, голод и холод – усиление двигательной активности, сопровождающийся закрыванием глаз, учащением сердечного ритма и плачем;
- реакция расслабления в ответ на удовлетворение потребности – снижение мышечного тонуса и закрывание глаз;
- комплекс оживления, возникающий при виде лица близкого человека (на небольшом расстоянии – 40 см) в сочетании с обращенной к нему речью, любовно окрашенной интонационно. Это эмоциональная реакция. Она наиболее известна педиатрам и детским невропатологам и проявляется в улыбке, радостных вокализациях, повышении двигательной активности;
- страх при встрече с незнакомым человеком – испуганное выражение лица, губы поджаты, глаза расширены, брови подняты. Возникает около 8 месяцев;
- эмоция «гнева» - вызывается разочарованием в виде сопротивления и плача, возникающее при прерывании какого-либо занятия малыша или исчезновения из поля зрения интересующего его объекта. Возникает около 8 месяцев.

### **Признаки риска:**

- пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач;
- дистимический или депрессивный фон настроения;
- невропатические проявления;
- бедный репертуар эмоциональных реакций.

## **3. Познавательная активность**

Познавательная или исследовательская активность – ранее отражение познавательной мотивации. Она создает младенцу оптимальные условия для познания окружающего мира и утоления сенсорного голода, т. е. поддержания адекватного уровня сенсорной ситуации. Сенсорная ситуация способствует созреванию нейронов и миелинизации проводящих путей.

В раннем возрасте познавательная активность выражается в длительности непрерывной фиксации взора на заинтересовавшем ребенка объекте. Устойчивость непроизвольного внимания в раннем

возрасте свидетельствует о познавательном потенциале младенца и прогностически значима для интеллектуального развития в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Другим проявлением интеллектуального поведения становится предметно-манипулятивная игра, преобладающая форма активности на первом году жизни. Младенец разглядывает и ощупывает предметы, тянет их в рот, кидает их. Примерно к 7-8 месяцам у него развиваются элементарные формы представлений – так называемая «константность представлений о предмете». Он продолжает помнить о существовании предмета, некоторое время после исчезновения его из поля зрения. Отыскивает игрушку, спрятанную на его глазах. Константность представления о предмете является предпосылкой для образования смысловой связи между их наименованием, услышанным от взрослых, и соответствующими образами, т. е. основой для формирования пассивного словаря.

#### **Признаки риска:**

- отсутствие интереса к игрушкам;
- нет фиксирования взора на яркой игрушке;
- нет прослеживающих движений взора за ярким предметом;
- неустойчивая, кратковременная фиксация внимания (зрительного);
- после 7 месяцев не отыскивает спрятанную на его глазах игрушку.

#### **Показатели психической зрелости на втором году жизни**

##### **1. Коммуникативное поведение**

На втором году жизни общение ребенка приобретает более определенный характер. Возникает «ситуативно-деловая» форма общения. Совместная деятельность с эмоционально близким взрослым становится более разнообразной содергательной и индивидуализированной. Однако, при этом сохраняется высокая значимость ситуативно-личностной формы общения. Диалог с взрослым носит взаимововлеченный и согласованный характер. Процесс взаимодействия со значимым взрослым (творческая игра или совместное конструирование) ребенок сопровождает короткими коммуникативными эпизодами инициируя вербальное или невербальное общение он на короткое время, открывает (взгляд в глаза, затем на игрушку, словесная реплика или восклицание) и закрывает эти циклы (возвращается к совместной или индивидуальной практической деятельности). Количество этих циклов на протяжении завершенного в смысловом отношении эпизода игры или совместной деятельности меняется с возрастом: 10-15 циклов к 12-16 месяцам, 20-30 циклов к 2 годам. Общение со сверстниками окрашено эмоционально – положительно, но еще малопродуктивно и весьма формально.

### **Признаки риска:**

- низкая коммуникативная активность;
- отсутствие или слабая выраженность участия в диалоге;
- избегание диалога или формальность в диалоге.

### **2. Эмоциональное поведение**

На втором году жизни у здорового ребенка преобладает эмоционально-положительный фон настроения. Однако он весьма непостоянен и легко может смениться на прямо противоположный, если для этого есть причины. При нормализации ситуации настроение быстро нормализуется. Значительно расширяется репертуар эмоциональных реакций на события, происходящие в жизни ребенка.

### **Признаки риска:**

- пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач;
- дистимический или депрессивный фон настроения;
- невропатические проявления;
- тревожная привязанность к родителям;
- однообразные, стереотипные эмоциональные реакции.

### **3. Познавательная сфера**

В этот период познавательное развитие происходит преимущественно в сфере предметной деятельности. Ребенок осваивает элементарные стратегии продуктивной, целенаправленной деятельности. В структуре его деятельности появляется еще незрелая ориентировочная фаза действия и элементарные формы самоконтроля. Основная стратегия деятельности – стратегия «проб и ошибок». Развивается наглядно-действенное мышление, осваиваются элементарные формы сенсорных эталонов цвета и формы и ориентация в них на практическом уровне.

### **Признаки риска:**

- преобладание элементарных форм исследовательского поведения (через рот);
  - хаотичный характер проб и ошибок;
  - нефункциональность предметных действий;
  - отсутствие ориентации на цвет и форму в практической деятельности.

### **4. Игровая деятельность**

Игра, как ведущий вид деятельности, становится в этом возрасте весьма информационным показателем не только развития игрового поведения, фантазии и воображения, но и познавательных способностей. С первых месяцев второго года жизни можно обнаружить развитие двух видов игровой деятельности:

1. Символическую игру.
2. Предметно-практическую игру.

Символическая игра начинает развиваться в 1 год 3 мес. – 1 год 4 мес. Ее основными проявлениями считаются действия «понарошку» с предметом бытовым или его игрушечным аналогом или без него. Средством символизации в этом случае служит характер действия, совершающегося ребенком, имитирующего функционально адекватное действие взрослых. Можно выделить три этапа в процессе развития этого вида игры: малыш пустой ложкой как бы ест сам, на следующем этапе кормит кого-то из взрослых, на третьем этапе – куклу или игрушечную зверюшку. Последний этап является одновременно началом развития элементарных форм сюжетной игры, обычно во второй половине 3-го года жизни. В предметно-практической игре ребенок овладевает функционально-адекватными действиями с бытовыми или игровыми предметами. В процессе этого вида деятельности формируются бытовые или конструктивные навыки. В дошкольной педагогике этот вид игры называется предметно-отобразительной игрой.

**Признаки риска:**

- преобладание манипулятивной игры;
- отсутствие символической игры после 1.5 лет;
- неспособность самостоятельно организовывать игровую деятельность без помощи взрослого.

**Показатели психической зрелости на третьем году жизни**

**1. Коммуникативное поведение**

На протяжении этого периода сохраняется как ведущее ситуативное личностно-деловое общение. Однако ближе ко второму полугодию оно начинает окрашиваться проявлениями кризиса 3-х лет с чертами упрямства и противоборства с близкими взрослыми. В конце данного возрастного периода начинают формироваться партнерские отношения со сверстниками. Общение с ними приобретает более продуктивный и содергательный характер. В это время развивается способность к взаимодействию и сотрудничеству в совместной игре. Значительно шире в общении между детьми используются речевые средства, такие как диалог и полилог (диалог более чем 2 детей).

**Признаки риска:**

- боязнь и избегание сверстников;
- отсутствие партнерских отношений;
- чрезмерная автономность поведения по отношению к родителям, эмоциональная отгороженность;
- низкая коммуникативная активность.

## **2. Эмоциональное поведение**

На третьем году жизни меняется рисунок эмоционального поведения. Доминирующий эмоциональный тон существенно начинает зависеть от социальной и коммуникативной ситуации. Появляется способность скрывать истинные эмоциональные чувства и переживания и демонстрировать те, которые желательны исходя из ситуации, т. е. притворяться и хитрить. Эпизодически ребенок может проявлять агрессивные чувства (преимущественно в вербальной форме) по отношению к родителям. Кризис самоопределения: формирование психической Я-концепции, усиливает эмоциональную неустойчивость. Одновременно растет степень дифференцированности эмоциональных реакций.

### **Признаки риска:**

- боязнь и избегание сверстников;
- отсутствие партнерских отношений;
- чрезмерная автономность или агрессивность поведения по отношению к родителям;
- эмоциональная отгороженность;
- низкая коммуникативная активность;
- симбиотическая привязанность по отношению к родителям: требование ребенком постоянной физической близости родителей.

## **3. Познавательная сфера**

Развитие наглядно-действенного мышления или по Ж.Пиаже «сенсомоторного интеллекта», на 3-м году достигает значительной степени зрелости. Ребенок овладевает основными сенсорными эталонами формы, цвета и размера, использует их в практической деятельности. Ребенок к концу этого периода начинает осваивать азы приемов зрительного сопоставления сенсорных характеристик и мысленного оперирования ими.

### **Признаки риска:**

- преобладание элементарных форм исследовательского поведения (через рот);
- хаотический характер проб и ошибок;
- нефункциональность предметных действий;
- отсутствие каракульного рисунка.

## **4. Игровая деятельность**

Во второй половине рассматриваемого периода отдельные действия с куклами, характерные для символической игры перерастают в сюжетные игровые действия. Ребенок воспроизводит фрагменты ситуаций бытового характера: укладывает куклу спать, умывает и кормит ее, используя предметы-заместители, нагружает и разгружает автомобиль. В этом возрасте для детских игр характерна неполнота

развертывания сюжета: большинство из них одноактны и не выстраиваются в последовательность логически-организованных игровых действий, воспроизводящих целостные бытовые сценарии. Предметно-практическая игра со строительным материалом и дидактическими игрушками становится более целенаправленной, разнообразной и продуктивной.

**Признаки риска:**

- преобладание манипулятивной игры;
- отсутствие символической игры;
- низкая игровая активность;
- стереотипность игровых действий в предметно-практической игре (Корнев А.Н. [120]).

Практически у всех детей с речевыми нарушениями отмечались признаки риска возникновения психических отклонений. Итак, проанализировав раннее моторное, речевое и психическое развитие обследованных детей нами было выявлено, что практически все дети с речевыми нарушениями имели в анамнезе задержки речевого развития, но эти задержки были различного характера и зависели от структуры нарушения у каждого конкретного ребенка.

Итак, к концу первого года жизни у нормально развивающегося ребёнка заканчивается долингвистический период речевого развития. У него появляется импрессивная и экспрессивная речь, развивается игровая деятельность, ребенок самостоятельно передвигается. К концу второго года жизни у ребенка активно увеличивается словарный запас, возрастает двигательная активность, развивается тонкая дифференцированная моторика пальцев рук, а к концу третьего года формируется фразовая речь. В 3 года ребенок в норме может пользоваться фразовой речью, фразы которой состоят из 5 слов и более.

Поэтому, если речь ребенка не соответствует этапам речевого онтогенеза или развитие его речи происходит с нарушениями, то детям до 3 лет ставится диагноз «задержка речевого развития» (ЗРР). Этот диагноз в настоящее время является собирательным, и включает в себя задержки речевого развития различного генеза.

#### **4.2. Дифференциальная диагностика задержек речевого развития различного генеза**

На втором этапе исследования, который проводился с 2007 по 2015 гг. на базе ГУЗ ЯО «Городская детская больница» нами было обследовано 1229 детей раннего возраста. Из них всего 42 % детей имели нормальное речевое развитие, у 48 % младших дошкольников были выявлены задержки речевого развития различного генеза, которые впоследствии привели к более тяжелым речевым нарушениям, таким как алалия и дизартрия. У остальных 10 % детей уже в раннем

возрасте выявлялись такие речевые и не речевые нарушения, как заикание – 5,5 %, аутизм – 1,8 %, различные степени тугоухости – 1,2 %, ринопалля – 0,6 % и мутизм – 0,6 %.

Таких тяжелых расстройств можно избежать, если вовремя замечать факторы риска возникновения речевых нарушений у детей раннего возраста. Поэтому родителям, педагогам, психологам и медицинским работникам необходимо знать не только этапы речевого онтогенеза, но и признаки дизонтогенеза у детей раннего возраста, а также отличать задержки речевого развития различного генеза друг от друга для оказания адекватной медицинской и психолого-педагогической помощи детям с ЗРР. Для этого специалистам необходимо знать основные критерии отличия ЗРР, которые можно выявить в ходе обследования ребенка.

Обследование детей проводилось по разработанной нами схеме по следующим блокам:

- I. Сбор анамнеза и изучение медицинской документации.
- II. Исследование неврологического статуса и моторной сферы.
- III. Обследование речи ребенка логопедом (логопедическое).
- IV. Обследование психологического статуса ребенка психологом (психологическое).
- V. Динамическое изучение и наблюдение за ребенком в процессе коррекционного воздействия.
- VI. Катамнестическое наблюдение до 7-9 лет.

Содержание каждого раздела обследования составляет:

I. Сбор анамнестических данных.

Изучение детей проводилось с момента зачатия, беременности и рождения, так как патологические особенности или отклонения в развитии можно выявить уже у новорожденного.

Обследование детей с ЗРР начиналось со сбора и анализа анамнестических данных. Учитывалось, естественным путем зачат ребенок или нет, течение беременности, состояние ребенка при рождении, особенности крика, наличие и характер асфиксии. Особое внимание обращалось на оценку новорожденного по шкале Апгар, которая характеризует врожденные безусловные рефлексы, отмечается состояние оральных рефлексов, обеспечивающих сосание и глотание.

Для этого мы использовали разработанную нами анкету для родителей, которая состоит из следующих разделов:

- I. Каким способом зачат ребенок: естественным или ЭКО.
- II. Течение беременности:
  - а) Травмы
  - б) Токсикоз
  - в) Болезни
  - г) Стрессы

III. В каком триместре беременности они отмечались:

1. 2. 3.

IV. Как протекали роды:

1. Нормальные
2. Быстрые
3. Затяжные
4. Использовалось ли родовспоможение
5. Оценка по шкале Апгар

V. Раннее моторное развитие:

1. Держит голову с ...
2. Переворачивается с ...
3. Сидит с ...
4. Стоит с ...
5. Ползает с ...
6. Ходит с ...

VI. Раннее речевое развитие:

1. Гуление и его характер
2. Лепет и его характер
3. Первые слова и их характер
4. Появление фразовой речи и характер фраз

II. Исследование неврологического статуса и моторной сферы детей проводилось врачом невропатологом при нашем участии.

Обследуются двигательные возможности ребенка в зависимости от его возраста. Если ребёнок совсем маленький, до 3 месяцев выясняется возможность удержания головы, так как это необходимо для развития ориентировочно-познавательной деятельности. В более старшем возрасте: 4-6 месяцев – умение поворачиваться, сидеть и пользоваться руками, что необходимо для развития предметной деятельности. Обращается внимание на состояние кисти и положение большого пальца. Оцениваются возможности зрительно-моторной координации и манипулятивно-предметной деятельности, так как эти функции влияют на дальнейшее развитие речи (Е.М. Мастюкова [158], Ф.И. Фрадкина [241]). После 8-10 месяцев выясняются возможности ребёнка опираться на ноги, стоять и ходить. Определяется общий мышечный тонус. Для исследования моторной сферы у детей более старшего возраста использовались серии проб выявляющих объем развития основных видов движения: ходьбы, бега и прыжков, при этом отмечалось точность движений, переключаемость и координация, выявлялись признаки кинетической и кинестетической апраксии, а также выявлялись неврологические и психические нарушения у детей. При обнаружении нарушения слуха дети направлялись к врачу-сурдологу, для определения степени тугоухости и слухопротезирования, а при

выявлении неврологической симптоматики направлялись на дополнительные обследования для уточнения диагноза и подбора методов медицинской коррекции. У многих детей даже в раннем возрасте (2-3 лет) отмечались различные варианты нарушения прикуса, обусловленные нарушением иннервации речевого аппарата. В результате чего неправильно формировались либо нижняя, либо верхняя челюсти. Такие дети направлялись к ортопеду, где им предлагались специальные тренеры для многофункциональной коррекции, которые формировали правильный уклад языка и смыкание губ, а также воздействовали на мышцы верхней и нижней челюсти, что приводило к правильному формированию прикуса.

III. Обследование речи ребенка проводилось логопедом (логопедическое).

Логопедическое обследование детей раннего возраста проводилось нами по следующей схеме:

I. Обследование состояния речевого аппарата.

При обследовании речевого аппарата отмечалось состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата, состояние оральных рефлексов, наличие патологии в его строении.

II. Обследование понимания обращённой речи:

1. Понимание простых словесных инструкций: покажи, принеси, найди игрушку.

2. Понимание сложных словесных инструкций: найди и принеси мишку; отнеси мишку и найди и принеси киску и т. д.

III. Обследование словаря:

1. Обследование пассивного словаря (покажи предмет или ту или иную картинку, изображающую предмет, действие, признак (цвет, размер, форма).

2. Обследование активного словаря (назови предмет или ту или иную картинку, изображающую предмет, действие или признак (цвет, размер, форма).

3. Обследование фразовой речи: в процессе диалога в зависимости от возраста ребенка. Отмечается характер фраз, используемых ребенком:

- однословные фразы;
- фразы из слов-корней;
- фразы из 2 слов;
- фразы из 3 слов;
- фразы из 4 слов и более;

IV. Обследование звукослоговой структуры слов. Отмечаются:

1. Слова-корни.

2. Усечение слов.

3. Перестановки слогов.

4. Перестановки и пропуски слогов.
5. Слоговой рисунок слов сохранен.

Такого речевого обследования достаточно для детей от 1,5 до 3 лет, чтобы выяснить состояние их речи.

#### IV. Психологическое обследование.

Психологическое обследование детей проводилось психологом с использованием психологических методик, где учитывались их психическое развитие и наличие необходимых навыков, в основном это тесты О.Н. Земцовой [85, 86] и шкала измерения социальной компетенции Э. Долла [280].

Тесты О.Н. Земцовой определяют, соответствует ли норме степень сформированности психических процессов (сенсорика, память, внимание, мышление) и проверяют потенциальные возможности ребенка в разных областях знаний (математика, развитие речи, знакомство с окружающим миром), а также выявляют, в каких из них ребенок преуспевает, а какие требуют дополнительного внимания. Эта система тестовых заданий охватывает все основные аспекты развития ребенка младшего дошкольного возраста.

Материал тестов группируется по разделам: сенсорика, внимание, мышление, математика, мелкая моторика, знакомство с окружающим миром, порядок которых не рекомендуется нарушать. Недостатком тестов является отсутствие бальной оценки работы ребенка. Поэтому специалист оценивает его знания, умения и навыки по параметру: высокий, средний и низкий уровень.

Для лучшего определения уровня психического развития использовалась шкала Э. Долла.

По шкале измерения социальной компетенции Э. Долла (VSMS-Vineland Social Maturity Scale) социальная адекватность индивидуума с учетом возраста и культуры выражается физическими, психологическими, интеллектуальными, поведенческими, эмоциональными проявлениями, а также в привычках, волевых актах, аспектах занятости, личностном развитии, приспособлении к явлениям окружающего мира и т. д. Социальная компетенция не является статичной, она подвержена филогенетической и онтогенетической эволюции и варьирует в зависимости от физических и культурных условий соответственно времени, месту и обстоятельствам. Социальная компетенция, таким образом может быть выражена в терминах, отражающих возраст, статус, способности, талант, здоровье, степень свободы и т. д.; иными словами, она может быть определена как функциональная составляющая человеческого бытия, которая выражается социальной полезностью по отношению к окружающим и самому себе, то есть личной

и общественной самодостаточностью. Все эти условия предусмотрены в шкале, созданной Э. Доллом в 1953 году (Doll E.A. [280]).

Социальный коэффициент Долла (SQ) высоко коррелирует с коэффициентом интеллекта Бине (IQ) и по современным мировым тенденциям в изучении интеллекта, SQ в значительно большей степени соответствует понятию общего интеллекта, чем собственно IQ.

Социальная компетенция может быть определена как функциональная способность человеческого организма к обеспечению личной независимости и социальной ответственности.

Эта компетенция может быть измерена в возвратной динамике на основании генетически обусловленного созревания человека, что диагностируется соответствующими возрасту психосоциальными тестами-параграфами.

Индивидуальный статус в сфере социальной компетенции может быть представлен в числовом и описательном выражениях и охарактеризован по отношению к установленным в данном месте и в данное время нормам психосоциальной зрелости.

Измерение может проводиться путем личного опроса и путем опроса экспертов на текущий момент, а также ретроспективно для выявления возрастной динамики.

Каждый параграф шкалы дан с обозначением возраста и категории, которые являются субшкалами:

1. SHG (self-help general) – общее самообслуживание.
2. SHE (self-help eating) – самообслуживание в питании.
3. SHD (self-help dressing) – самообслуживание в одевании.
4. SD (self-direction) – самостоятельность.
5. O (occupation) – занятость.
6. C (communication) – коммуникация.
7. L (locomotion) – локомоция (осмысленное, целенаправленное перемещение).
8. S (socialization) – социализация.

Параграфы шкалы ранжированы в порядке средневзвешенных норм и перечислены в арифметическом ряду от 1 до 117, причем порядковый номер – это балл, которому в таблице-ключе соответствует определенный возраст.

Оценка проводится преимущественно экспертным методом. Экспертами обычно являются родители, родственники, друзья, педагоги и воспитатели – чем больше, тем лучше, - но, как минимум, мать ребенка.

**Процедура исследования:** проводится в виде обычной беседы с экспертами или испытуемым, с обыденными задаваемыми вопросами

(параграфами) шкалы. Требуется ответ либо «да» или «скорее да, чем нет», либо «нет» или «скорее нет, чем да», что в протоколе отмечается знаками «+» или «-» соответственно. После двух минусов подряд обследование прекращается.

Протокол исследования:

- (1) Ф.И.О.;
- (2) Пол;
- (3) Дата рождения и хронологический возраст;
- (4) Эксперт;
- (5) Промежуточные баллы;
- (6) Итоговый балл;
- (7) Возрастной эквивалент (по таблице-ключу);
- (8) Социальный коэффициент (SQ) или (СК = СВ:ХВ x 100), где ХВ – хронологический возраст;
- (9) Процент к средней норме и характеристика по Мартину.

**Таблица 3.**

**Шкала Э. Дола – VSMS**

0-1 год	
C 1	Кричит, смеется
SHG 2	Удерживает голову в равновесии
SHG 3	Хватает предметы, находящиеся в пределах досягаемости
S 4	Тянется к незнакомым людям
SHG 5	Переворачивается
SHG 6	Тянется к близлежащим предметам
O 7	Оставленный без присмотра сам себе находит занятие
SHG 8	Стоит без поддержки
SHG 9	Подтягиваясь, занимает вертикальное положение
C 10	«Лепечет», имитируя звуки
SHE 11	Пьет из чашки или стакана, если кто-нибудь помогает
L 12	Передвигается по полу с места на место
SHG 13	Хватает что-либо двумя пальцами (первым пальцем и каким-нибудь другим)
S 14	Требует персонального внимания
SHG 15	Стоит один (без поддержки)
SHE 16	Не обливается (когда ест)
C 17	Выполняет простые команды (указания, просьбы, задания)

<b>1-2 года</b>	
L 18	Оставленный без присмотра ходит по комнате
O 19	Оставляет «следы» карандашом или мелом
SHE 20	Жует пищу
SHD 21	Стягивает с себя носки
O 22	«Преобразует» предметы
SHG 23	Преодолевает простые преграды (препятствия)
O 24	Находит или приносит знакомые предметы
SHE 25	Без помощи пьет из чашки или стакана
SHG 26	Больше не нуждается в детской коляске
S 27	Играет с другими детьми
SHE 28	Ест ложкой
L 29	Гуляет по квартире или двору
SHE 30	Отличает съедобное от несъедобного
C 31	Использует названия знакомых предметов
L 32	Идет вверх по лестнице
SHE 33	Разворачивает конфету
C 34	Говорит короткими предложениями
<b>2-3 года</b>	
SHG 35	Просится в туалет
O 36	Развивает свою собственную игровую активность
SHD 37	Снимает с себя пальто или платье
SHE 38	Ест вилкой
SHE 39	Обеспечивает себя питьем без посторонней помощи
SHD 40	Вытирает руки (после мытья)
SHG 41	Избегает простых опасностей
SHD 42	Без посторонней помощи надевает пальто или платье
O 43	Режет ножницами
C 44	Рассказывает что-то о событиях
<b>3-4 года</b>	
L 45	Спускается вниз по лестнице, один шаг – одна ступенька
S 46	Играет в общие игры в детском саду
SHD 47	Застегивает на пуговицы пальто или платье
O 48	Помогает в мелкой работе по дому
S 49	Играет представления для других
SHD 50	Без посторонней помощи моет руки

После проведения обследования, которое включало первые IV блока, составлялся протокол обследования, и выявлялись характерные нарушения, по которым определялся тип задержки речевого развития (ЗРР). Результаты, полученные в ходе обследования, анализируются и соотносятся с нормальным развитием. У детей с ЗРР органического характера можно отметить отставание всех звеньев психического развития и нарушение моторной сферы.

V. Динамическое изучение и наблюдение за ребенком в процессе коррекционного воздействия.

В процессе коррекционного воздействия продолжалось динамическое изучение и наблюдение за ребенком, в котором уточнялось состояние его речевого, моторного и психического развития и тип ЗРР.

VI. Катамнестическое наблюдение продолжается до 7-9 лет.

Здесь отмечается состояние речи и психического развития, а с началом школьного обучения состояние познавательной сферы детей.

Таким образом, ранее выявление и правильное определение типа ЗРР позволит вовремя начать необходимую медицинскую и психолого-педагогическую реабилитацию детей с ЗРР.

Ранняя медицинская реабилитация детей с ЗРР проводится врачами и медицинскими работниками, а психолого-педагогическая реабилитация проводится логопедом и психологом или дефектологом.

#### **4.3. Классификация задержек речевого развития различного генеза у детей от 0 до 3 лет**

Таким образом, исходя из результатов обследования 25041 детей от 1,5 до 8 лет, нами была разработана классификация задержек речевого развития различного генеза, которая опирается на клинико-педагогическую классификацию речевых нарушений, и на классификацию детей, имеющих различные нарушения онтогенетического развития, сенсорного (нарушения слуха) или психического (нарушения эмоционально-волевой сферы и интеллектуального развития).

Согласно ведущему расстройству были выделены соответствующие типы задержек речевого развития.

В классической отечественной логопедии задержка речевого развития определяется как «замедление темпа, при котором уровень речевого развития не соответствует возрасту ребенка» (Л.С. Волкова и др. [143]). В настоящее время термин «задержка речевого развития» используется более широко и включает в себя различные нарушения речевого онтогенеза.

Изучив, анамнез обследованных детей мы пришли к выводу, что задержки речевого развития могут быть не только функциональными,

но и органическими. Отсюда вытекает более широкое определение термина «задержка речевого развития» и необходимость классификации задержек речевого развития в зависимости от структуры нарушения.

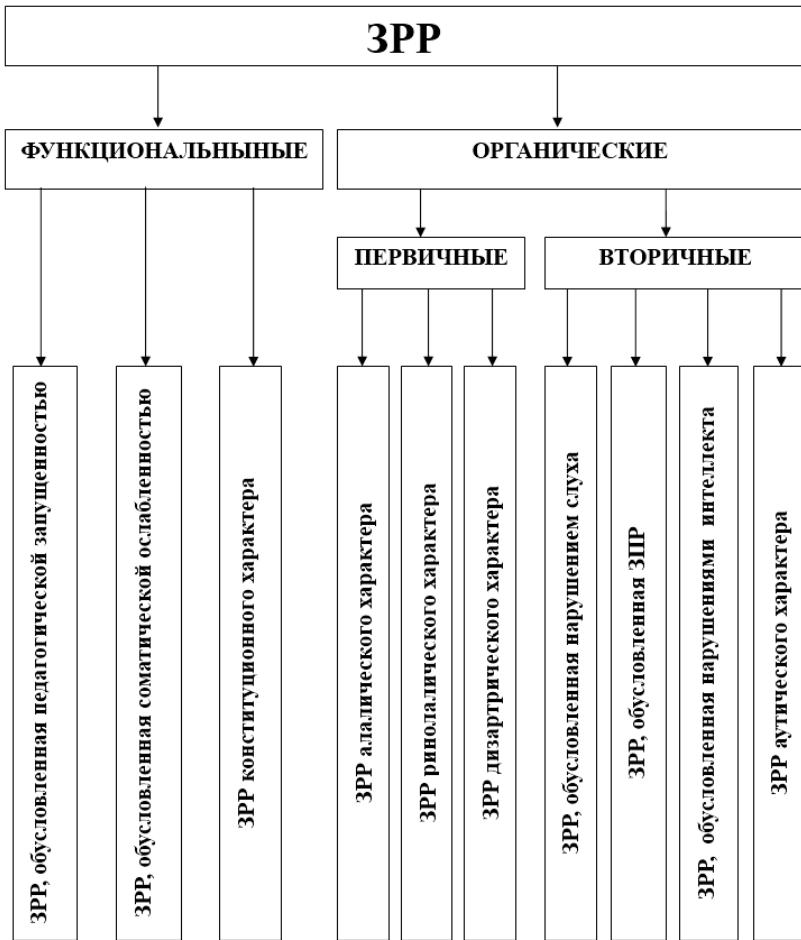
По нашему мнению термин «задержка речевого развития» определяется как нарушение речевого онтогенеза у детей от 0 до 3 лет, обусловленное органическими или функциональными факторами.

Поэтому, задержки речевого развития можно разделить на функциональные и органические.

К функциональным задержкам речевого развития подойдет их классическое определение, данное Л.С. Волковой. Они могут быть вызваны неблагоприятными условиями воспитания, препятствующими правильному формированию речи или соматической недостаточностью, не связанной со значительным поражением центральной нервной системы. Речевой онтогенез у детей с ЗРР функционального характера соответствует речевому онтогенезу в норме. Ребенок в своем речевом развитии проходит те же этапы, что и ребенок в норме, но в более поздние сроки. Начало коррекционной работы или посещения детского сада даёт резкий скачок в речевом развитии. Иногда речь развивается спонтанно.

К органическим задержкам речевого развития, по нашему мнению, необходимо отнести задержки церебрально-органического происхождения, которые впоследствии проявляются как тяжелые психические и речевые нарушения. К ним относятся алалия, дизартрия, аутизм и интеллектуальные нарушения (ЗПР и У/О), а также они могут быть вызваны центральными нарушениями слуха. При органических задержках речевого развития нарушается речевой онтогенез в целом. Гуление и лепет появляются в более поздние сроки или вообще могут отсутствовать. Речь ребенка развивается искаженно. Для общения такие дети используют вокализации и жесты. Коррекционная работа или посещение детского сада не дают нужного эффекта без медикаментозного лечения и других видов медицинской абилитации. В более тяжелых случаях речь ребенка практически не развивается. Органические ЗРР могут быть первичного и вторичного характера. Первичные ЗРР могут быть дизартрического, ринолалического или алалического характера. Вторичные ЗРР обусловлены нарушениями психического и умственного развития. Они могут быть вызваны аутизмом, ЗПР, интеллектуальными нарушениями и нарушениями слуха.

По нашему мнению функциональные ЗРР встречаются у 15 % детей раннего возраста, обследованных нами. Органические задержки речевого развития выявлены у 69 % детей раннего возраста, обследованных нами. И только 16 % детей имели нормальную речь. Исходя из этого, нами были выделены следующие виды задержек речевого развития:



*Рисунок 2. Классификация задержек речевого развития*

### **Функциональные задержки речевого развития (ФЗРР)**

Характерным для них является:

I. Задержки речевого развития, обусловленные педагогической запущенностью, обычно выявляются у детей, которым уделялось недостаточное внимание в раннем возрасте, развивающие занятия с детьми не проводились: чтение книг, доступных возрасту, рассматривание картинок и так далее.

Долингвистическое развитие: гуление и лепет появляются в обычные сроки, но несколько задерживается накопление словаря, в дальнейшем словарь этих детей отличается скудностью и бедностью, и не соответствует возрасту ребенка. Фразовая речь появляется в более поздние сроки, чем у нормально развивающихся детей. В двигательной сфере нарушения не выявлены. Раннее психомоторное развитие обычно соответствует возрасту. Интеллектуальное развитие соответствует норме. С началом коррекционной работы или посещения ДОУ речь быстро развивается. К 4-4,5 годам могут оставаться нарушения звукопроизношения по типу дислалии или минимальной дизартрии.

II. ЗРР, обусловленная соматической ослабленностью. Долингвистическое развитие может быть нарушено на этапах позднего лепета, первых слов и фразовой речи речевого онтогенеза. В связи с каким-либо соматическим заболеванием на любом из этих этапов ребенок может некоторое время молчать, после выздоровления речь бурно развивается.

В двигательной сфере нарушения не отмечаются. Раннее психомоторное развитие соответствует возрастной норме. Интеллектуальное развитие не нарушено. К 4-5 годам может ещё отмечаться нарушенное звукопроизношение по типу дислалии или минимальной дизартрии.

III. ЗРР конституционального характера. Долингвистическое развитие: все этапы раннего речевого развития ребенок проходит в более поздние сроки, чем в норме. В двигательной сфере никаких нарушений не выявлено, но раннее психомоторное развитие иногда несколько задерживается. Интеллектуальное развитие в раннем возрасте также происходит в более поздние сроки, но к 4-5 годам его речевое и интеллектуальное развитие соответствует возрастной норме, но может оставаться нарушенное звукопроизношение по типу дислалии или минимальной дизартрии. Обычно специальной коррекционной работы для развития речи не требуется. В настоящее время этот вид ЗРР встречается у 15 % детей раннего возраста обследованных нами.

### **Органические задержки речевого развития (ОЗРР)**

Характерным для них является:

I. ЗРР алалического характера выявлена у 1 % детей.

Долингвистическое развитие. У ребенка полностью нарушается речевой онтогенез. Гуление и лепет появляются в более поздние сроки. Гуление появляется после 3 месяцев и носит скудный характер. Ранний лепет появляется в 8-10 месяцев и также отличается скудностью. Поздний лепет появляется после 1 года. Отмечается его однообразие. Иногда речевое развитие останавливается на этапе раннего лепета и тогда ребенок к 2 годам для общения использует жесты и вокализации. Лепет ребенка не всегда соотнесен с предметами, действиями или близкими для него людьми, его окружающими. Накопление словаря

идет медленно, словарь в основном пополняется за счет лепетных слов. Пассивный словарь значительно превышает активный. Это создает у родителей впечатление, что ребенок все знает и понимает, но «ленился говорить». К 3 годам в активном словаре ребенка может быть не более 50 слов, у некоторых детей появляется фраза из 2-3 слов. Понимание обращенной речи недостаточное и зависит от формы алалии. Таким образом, активный словарь и фразовая речь детей 3-летнего возраста с ЗРР алалического характера не соответствует их возрасту.

В двигательной сфере явных двигательных расстройств не выявлено, но у детей отмечается моторная неловкость и дискоординация движений, вызванная апраксией. Апраксические расстройства отмечаются и в моторной сфере артикуляционного аппарата. Хотя раннее моторное развитие соответствует возрасту. Интеллектуальное развитие детей близко к норме. Психическое развитие детей: отмечаются нарушения в эмоционально-волевой сфере, дети обычно гиперактивны, эмоциональны, капризны и плаксивы, т.к. окружающие их часто не понимают. Внимание у таких детей не устойчивое. Эта группа детей требует длительной коррекционной работы, т. к. спонтанное развитие речи практически невозможно, а также этой группе детей необходимо медикаментозное лечение, которое нужно начинать как можно раньше.

П. ЗРР дизартрического характера выявлена у 35 % детей. Это наиболее многочисленная и разнообразная группа детей, имеющих ЗРР, но все они имеют одни и те же характерные признаки нарушения раннего речевого и моторного развития.

Долингвистическое развитие. Нарушения речевого развития у детей с дизартрией отмечаются уже на этапе крика. Крик может отсутствовать, если ребенок рождается в асфиксии, в дальнейшем крик у таких детей остается тихим, плохо модулированным, нередко с носовым оттенком, иногда в виде отдельных всхлипываний, которые производятся в момент вдоха.

По мере роста все больше проявляется недостаточная интонационная выразительность крика и голосовых реакций. Звуки гуления и лепета появляются в более поздние сроки, и отличаются однообразием. Первые слова появляются после 1,5 лет. Накопление словаря идет медленно. Пассивный словарь преобладает над активным. Понимание обращенной речи не нарушено, но иногда бывает недостаточным. Фразовая речь появляется к 3 годам, но она не всегда понятна окружающим, так как нарушена разборчивость речи в зависимости от тяжести дизартрии. Наиболее частым первым признаком дизартрии у новорожденного является наличие псевдобульбарного синдрома, который проявляется низкой оценкой по шкале Апгар, слабостью или отсутствием крика, нарушением сосания и глотания, отсутствием

или слабостью некоторых врожденных безусловных рефлексов (сосательного, поискового, ладоннороголового).

Дети плохо берут грудь, вяло сосут, иногда молоко вытекает из носа. В тяжелых случаях дети в первые дни жизни вообще не берут грудь, их кормят через зонд, при этом у них отмечаются нарушения глотания (дисфагия). Дыхание у таких детей поверхностное и учащённое. Ребенок длительное время не может жевать.

По мере роста все больше проявляется недостаточная интонационная выразительность крика и голосовых реакций. Звуки гуления и лепета отличаются однообразием и появляются в более поздние сроки. Первые слова появляются после полутора лет. Накопление словаря идет медленно. Пассивный словарь преобладает над активным. Понимание обращенной речи не нарушено. Фразовая речь появляется к 3 годам, но она не всегда понятна окружающим, т. к. нарушена разборчивость речи в зависимости от тяжести дизартрии.

Двигательная сфера. Врожденные безусловные рефлексы, которые были угнетены в период новорожденности, проявляются в значительной степени, затрудняя развитие произвольной общей и артикуляционной моторики, но раннее моторное развитие обычно бывает благополучным. Дети почти вовремя начинают держать голову, переворачиваться, но иногда долго не могут самостоятельно сидеть, некоторые не умеют ползать, многие начинают ходить после 1 года. Впоследствии родители отмечают у этих детей моторную неловкость, дети быстро устают во время ходьбы, не умеют прыгать, бегать, держать ложку в руке. Интеллектуальное развитие детей обычно соответствует возрасту. В дальнейшем у таких детей отмечаются дизартрические расстройства средней (2) или тяжелой (3-4) степени.

III. ЗРР ринолалического характера выявлена у 0,6 % детей.

Речевое развитие детей зависит от характера и тяжести ринолалии. Так при расщелинах верхней губы речевой онтогенез может быть нарушен не грубо, а при тяжелых расщелинах твердого неба онтогенез грубо искажается. Долингвистическое развитие: звуки гуления и лепета могут появляться в нормативные сроки, но они сильно искажены и приобретают носовой оттенок. Первые слова также могут появляться в нормальные сроки, но они малопонятны даже близким ребенка. Фразовая речь несколько задерживается и появляется в более поздние сроки после 3 лет. Так как ринолалия диагностируется сразу после рождения ребенка, то лечебные и коррекционные мероприятия начинаются практически сразу, поэтому речевой онтогенез, хотя и протекает в искаженных условиях, протекает близко к норме, что свидетельствует об эффективности ранней помощи.

IV. ЗРР обусловленная нарушениями слуха выявлена у 1,2 % детей.

Все дети этой группы имеют ограниченные навыки слухового восприятия. И.В. Королёва по состоянию развития понимания речи и устной речи делит их на 2 подгруппы:

1. Дети, не использующие устную речь для общения. Они составляют большинство детей раннего возраста. Для общения они используют единственное средство – это жесты, крик, гласноподобные и слогоподобные вокализации. Некоторые дети могут повторять за взрослыми по их просьбе отдельные звукоподражания типа «Мяу», «Пи-пи» и другие. Они делают это, воспринимая речь слухозрительно. Другая часть детей, не произносит никаких звуков, но может повторить артикуляцию взрослого без голоса.

2. Дети с функциональной речью. Они очень ограниченно понимают речь, обычно ситуативную. Их собственная речь представлена отдельными словами, они также используют жесты. После 3 лет могут использовать 2-3-словные фразы с нарушением звукослоговой структуры и аграмматизмами при наличии слухового аппарата и рано начатой слухоречевой работе сурдопедагога.

Раннее речевое развитие по нашему мнению у детей обеих групп можно выделить характерные признаки речевого дизонтогенеза. Это скучные гуление и лепет, которые впоследствии не развиваются, а угасают и заменяются вокализациями и жестами. Словарный запас и фразовая речь у таких детей практически отсутствует.

Понимание речи ситуативное, словесные инструкции они понимают и выполняют не точно, и только с голоса родителей. Все это создает впечатление у родителей, что ребенок слышит и понимает, но «не хочет говорить». В двигательной сфере обычно нарушения не выявляются. Раннее психомоторное развитие обычно соответствует возрасту детей, что тоже успокаивает родителей. Интеллектуальное развитие на невербальном уровне обычно соответствует норме или близко к ней (Королёва И.В. [124]).

V. ЗРР аутического характера выявлена у 1,8 % детей.

Это особо характерная задержка речевого развития и, прежде всего, её коммуникативной функции. Это может проявиться как мутизм (отсутствие целенаправленного использования речи для коммуникации, при котором сохраняется возможность случайного произнесения отдельных слов и фраз); эхолалии (немедленные или задержанные повторения услышанных слов или фраз); длительное отставание в способности правильно использовать в речи личное местоимение «Я», использование речевых штампов. Нарушения коммуникации и трудности социализации не связаны с уровнем интеллектуального развития ребенка и могут быть как при низких, так и при высоких его показателях.

Раннее развитие таких детей может укладываться в параметры нормы, но оно необычно с самого рождения. Особенно явным это становится после первого года жизни: трудно организовать взаимодействие с ребёнком, привлечь его внимание. На первый план выходит заметная задержка речевого развития, которая носит различный характер в зависимости от формы аутизма.

Можно выделить 4 варианта нарушения речи при аутизме:

I вариант – раннее речевое развитие: гуление в 2-5 месяцев, лепет в 5-7 месяцев, первые слова в 8-12 месяцев, фразы вскоре после слов, но первые слова оторваны от потребностей ребенка, отсутствуют слова «Дай» и «На», слова «Мама», «Папа», «Баба» не являются обращенными. Также первые слова часто сложны по слоговой структуре, произносятся с утрированной интонацией, все звуки проговариваются четко. Первые фразы не носят конкретного характера. После 2,5 лет начинается регресс речи. Иногда речь полностью утрачивается, остаются вокализации без обращения и бормотание.

II вариант — раннее речевое развитие сразу идет с задержкой. Гуление после 5 месяцев, лепет к 11 месяцам, первые слова – от 14 месяцев до 3 лет. Эти слова не имеют характера обращений и не соотнесены с предметами и действиями. Обычно, это стереотипный набор слов-штампов. Отмечаются стойкие нарушения звукопроизношения, перестановки звуков в словах, замедленный темп речи, бедный словарь. Развитие фразовой речи затруднено, фразы аграмматичны. Местоимение «Я» не используется. Ребенок говорит о себе во 2 или 3 лице. Речь состоит из набора речевых штампов: цитат из стихов, песен, не связана с окружающей обстановкой, диалог с такими детьми не возможен.

III вариант – раннее речевое развитие ускоренное: первые слова с 8 месяцев, фразы с 12 до 16 месяцев. Быстро растет словарный запас. Фраза почти сразу становится сложной. Появляется способность к пространственным рассуждениям, взрослым оборотам, заимствованным штампам, употребляемым к месту.

IV вариант – раннее речевое развитие нормальное, но после 2-2,5 лет речевое развитие ребенка приостанавливается. Речь становится похожей на речь умственно отсталых детей, но пассивный словарь на более высоком уровне.

Кроме речевых выделяют основные клинические симптомы аутизма, характерные для всех вариантов детей с РДА:

1. У новорожденного — отказ принять позу готовности при взятии на руки.
2. Непереносимость взгляда в глаза.
3. Нарушение сна.

4. Резкий страх громких звуков, движущихся объектов, страх изменения обстановки.
5. Феномен тождества – желание оставить все вокруг без изменения.
6. Монотонная стереотипность движений и игр.
7. Отсутствие выразительных жестов.
8. Впечатление хорошего интеллекта.
9. Серьезное выражение лица в присутствии детей, или особенное выражение лица - «лицо принца».
10. Отсутствие контакта с людьми и потребности в общении.
11. Мутизм
12. Эхолалии в речи.
13. Крайняя буквальность в использовании речи.
14. Извращенное использование личных местоимений.
15. Хорошая механическая память.
16. Хорошее физическое здоровье.

#### VI. ЗРР, обусловленная ЗПР выявлена у 7 % детей.

Задержка психического развития – это несоответствие уровня психического развития возрасту ребенка. Задержка психического развития проявляется в нескольких клинико-психологических формах. Она может быть конституционального происхождения – гармонический инфантилизм, соматогенного и психогенного происхождения – психический инфантилизм и цереброорганического генеза – СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности).

Многие психологические особенности ЗПР можно наблюдать уже на ранних этапах жизни ребенка. Такие дети беспокойны, раздражительны, часто и беспричинно кричат. У них наблюдается нарушение сна и бодрствования, питания. Они плохо засыпают, мало спят, плохо и мало едят. Сенсомоторное развитие идет с запозданием. В двигательной сфере часто у них наблюдается нарушение двигательных способностей: движения не скоординированные, неловкие, не контролируемые. Дети чрезмерно подвижны и импульсивны. Речевое развитие детей также не соответствует их возрасту: гуление и лепет появляются в более поздние сроки. Первые слова после двух лет. Словарь отличается скучностью и бедностью. Идет медленное накопление словаря. Фразовая речь появляется к 3 годам. Понимание обращенной речи недостаточное.

#### VII. ЗРР, обусловленная интеллектуальной недостаточностью выявлена у 2 % детей.

Дети с интеллектуальными нарушениями – это очень полиморфная группа, у которых имеется диффузное органическое поражение коры головного мозга, проявляющееся в недоразвитии всей познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы.

Поражение мозговых систем у этих детей возникает на ранних этапах развития или во внутриутробном периоде до полного становления речи, что отражается на ее развитии. Эти дети практически здоровы, так как это не болезнь, а состояние, при котором наблюдается стойкое нарушение психического развития. При таком состоянии нарушаются речевой онтогенез. Речевое развитие ребенка идет искаженно. Все этапы речевого онтогенеза появляются в значительно более поздние сроки, и зависят от степени интеллектуального недоразвития, которую очень трудно определить у детей раннего возраста, но некоторые тяжелые пороки умственного и физического развития можно выявить уже в раннем возрасте. К ним относится синдром Дауна, болезнь Метля, Тернера-Шершевского, синдром кошачьего крика и другие пороки гинетического или внутриутробного характера, которые вызывают тяжелые расстройства психики и интеллекта.

Исходя, из этого нами были выявлены характерные признаки ЗРР различного генеза:

**Таблица 4.**

**Характерные нарушения у детей с ЗРР различного генеза**

ЗРР различного генеза	Раннее психо-моторное развитие	Раннее речевое развитие	Состояние речи на момент обследования	Состояние внимания, памяти и мышления
1	2	3	4	5
ЗРР, Обусловленная педагогической запущенностью	Соответствует возрастной норме	Гуление и лепет в обычные сроки. Развитие может задерживаться на этапе первых слов, которые появляются после 1,5 лет, фразовая речь после 2,5 лет	Хорошее понимание обращенной речи, словарный запас несколько ниже возрастной нормы, фразовая речь не соответствует возрасту ребенка, звуко-слоговая структура обычно не нарушена	Соответствует возрастной норме
ЗРР, обусловленная соматической ослабленностью	Соответствует возрастной норме	Гуление и ранний лепет в обычные сроки. На этапе позднего лепета или первых слов ребенок некоторое время молчит, далее речь развивается с задержкой	Хорошее понимание обращенной речи. Словарный запас и фразовая речь ребёнка не соответствует возрасту. Звуко-слоговая структура обычно не нарушена	Близко к возрастной норме

1	2	3	4	5
ЗРР конституционного характера	Соответствует возрасту ребенка	Все этапы речевого развития проходят в более поздние сроки	Хорошее понимание обращенной речи, но словарь и фразовая речь ребенка не соответствуют возрасту. Звукослоговая структура может быть не нарушена	Близко к возрастной норме
ЗРР алалического характера	Соответствует возрасту, но отмечается нарушение координации иaprаксия	Гуление и лепет появляются в более поздние сроки, носят скучный характер. Первые слова появляются иногда к 3 годам. Речевое развитие может останавливаться, и речь заменяют жесты и вокализации	Понимание речи недостаточное, пассивный словарь преобладает над активным. Много лепетных слов. Могут использовать фразу из 2 слов. Слоговая структура слов нарушена, отмечается пропуски и перестановки слов. Безречевые дети используют жесты и вокализации	Внимание неустойчивое, отмечается нарушение памяти, мышление близко к норме
ЗРР дизартрического характера	Наличие псевдобульбарного синдрома. Вовремя начинают держать голову и переворачиваться, но с трудом учатся сидеть и ползать. Позднее начинают ходить	Гуление и лепет появляются в более поздние сроки, они отличаются однообразием и назальным оттенком. Первые слова после 1,5 лет, медленное накопление словаря, фразовая речь появляется к 3 годам	Понимание речи хорошее. Словарный запас зависит от возраста ребенка, но несколько ниже возрастной нормы. Пассивный словарь преобладает над активным. Фразовая речь зависит от возраста ребенка. Слоговая структура слов не нарушена, но нарушено звуконаполнение слов	Близко к норме
ЗРР, обусловленная нарушениями слуха	Соответствует возрасту ребёнка	Скудные гуление и лепет, которые впоследствии уга-сают и заменяются вокализациями. Словарь и фразовая речь часто отсутствуют	Понимание речи нарушено или ситуативное. Для общения используют жесты и вокализации. Иногда имеется скучный словарный запас. Фраза практически отсутствует	Обычно близко к норме

1	2	3	4	5
ЗПР аутического характера	Укладывается в параметры нормы, но после 1 года жизни трудно организовать взаимодействие с ребенком	Специфическая задержка раннего речевого развития имеет 4 варианта с преобладанием нарушений коммуникативной функции речи	Понимание обращенной речи выяснить трудно, так как трудно установить контакт с ребенком. В зависимости от формы аутизма ребенок производит речевую продукцию, не соотнесенную с ситуацией	Выраженные нарушения внимания, состояние памяти и мышления зависят от формы аутизма
ЗПР, обусловленная ЗПР	Раннее моторное развитие может соответствовать возрасту ребенка, но задерживается психическое развитие, в зависимости от клинико-психологической формы ЗПР	Гуление и лепет появляются в более поздние сроки. Первые слова после 2 лет, фразовая речь после 3 лет	Понимание обращенной речи недостаточное, словарь не соответствует возрасту ребенка, пассивный словарь не намного превышает активный. Могут использовать простые фразы с аграмматизмами, не соответствующие их возрасту	Выраженные нарушения внимания и памяти, мышление не соответствует возрасту
ЗПР, обусловленная интеллектуальной недостаточностью	Отмечаются стойкие нарушения психического развития. Моторное развитие зависит от степени интеллектуальной недостаточности. При легких степенях может быть близко к норме	Гуление может отсутствовать или появляться поздно. Речевое развитие долго задерживается на этапе лепета. Первые слова появляются к 3 годам. Фразовая речь к 4-5 годам. Фраза аграмматична. При более тяжелых степенях умственной отсталости речь не развивается	Понимание речи нарушено или недостаточное. Бедный словарный запас. Много лепетных слов. Могут использовать фразу из 2-3 слов. Звукослоговая структура слов искажена	Значительно выраженные нарушения внимания, памяти и мышления

Таким образом, если у ребенка выявляются какие, либо нарушения речевого онтогенеза, необходимо как можно раньше начинать медицинскую и психологово-педагогическую абилитацию в зависимости от характера ЗПР.

## ГЛАВА 5.

# ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ СИСТЕМЫ АБИЛИТАЦИИ НЕГОВОРЯЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ДИЗОНТОГЕНЕЗА ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ У НИХ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

### 5.1. Эффективность медицинской абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития

В обучающем эксперименте принимали участие 426 детей с ЗРР различного генеза. Эксперимент проводился на базе ГУЗ ЯО «Городская детская больница» и Центра коррекции речи «Возрождение».

Чем раньше будет установлена причина речевой задержки и начаты абилитационные мероприятия с ребенком, тем более благоприятным будет результат, даже при тяжелых речевых (алалия) и психических нарушениях (ЗПР, У/О, аутизм). Родители должны обращаться за помощью только к специалистам. Реальную помочь ребенку могут оказать врачи и педагоги, владеющие знаниями о нормальном речевом развитии детей и речевой патологии, поэтому необходимо включать в программы повышения квалификации педиатров блоки по речевому онтогенезу и о речевых нарушениях у детей. А также специально готовить неврологов и психиатров для работы с детьми, имеющими речевые нарушения.

Детям с задержкой речевого развития органического характера необходима комплексная абилитация, включающая медикаментозное лечение, которое назначает невролог или психиатр, массаж и лечебная физкультура и занятия с дефектологом, психологом и логопедом, а также при необходимости ортопедическое лечение.

Медицинскую абилитацию необходимо начинать как можно раньше, как только выявлены первые признаки речевого недоразвития, так как период активного развития речи приходится на возраст от 0 до 3 лет, поэтому необходимо начинать работу по формированию речи в сензитивный период (0-3 лет). В таком случае мы имеем возможность при помощи абилитации воспроизвести нормальные этапы речевого онтогенеза и предотвратить вторичные отклонения в психическом развитии: эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности.

Медицинской абилитации должно предшествовать тщательное медицинское обследование ребенка и постановка диагноза, для этого

необходимо провести следующие дополнительные медицинские обследования:

### 1. Обследование слуха.

Уже у маленького ребенка можно оценить ориентировочные реакции на звук. Это может быть пробуждение, поворот головы в сторону звука, движения конечностей, изменения ритма дыхания, реакция зрачков.

У ребенка первых месяцев жизни можно определить нарушения слуха по отсутствию или наличию у него аурикулопальпебрального рефлекса (моргание при внезапном громком звуке). Для того, чтобы выявить этот рефлекс у ребенка, ему закрывают ладонями боковые поля зрения и над обследуемым ухом производят громкий хлопок. Реакция в виде смаргивания свидетельствует о наличии слуха. Затем проводится обследование другого уха.

Помимо этого в нашей стране всем детям до 1 месяца проводится исследование слуха методом отоакустической эмиссии в роддоме или поликлинике. Этот метод основан на том, что человеческое ухо в ответ на звуковой стимул способно ответить слабым звуковым сигналом, который улавливается специальным прибором, определяющим степень нарушения слуха.

При малейшем подозрении на снижение или отсутствие слуха необходимо полное обследование врачом-сурдологом. Наиболее эффективным для детей раннего возраста и неговорящих детей является метод исследования слуховых вызванных потенциалов и компьютерная аудиометрия.

Метод исследования слуховых вызванных потенциалов основан на обследовании нервных импульсов, которые образуются в ответ на звуковой раздражитель. С заданной частотой и громкостью подаются звуковые сигналы, и информация о звуке начинает распространяться по нервным волокнам головного мозга в виде электрического импульса, который регистрируется, оценивается его скорость и амплитуда, на основании чего делается вывод о качестве проведения слухового импульса по нерву и состоянии коркового конца слухового анализатора.

Метод компьютерной аудиометрии основан на компьютерной обработке данных о способности уха, воспринимать тоны различной частоты и интенсивности.

Итак, если врач или логопед выявляют среди детей с ЗРР ребенка с нарушением слуха, то его необходимо направить к специалистам, занимающимся абилитацией таких детей – это врачи-сурдологи, отохирурги и сурдопедагоги.

Врач-сурдолог определит степень снижения слуха и подберет нужный слуховой аппарат или, при необходимости, направит к отохирургу для проведения кохлеарной имплантации, а сурдопедагог

проводят необходимую слуховую и речевую абилитацию. И чем раньше будет выявлено нарушение слуха и проведена медицинская и педагогическая абилитация, тем благоприятнее прогноз.

### II. Обследование психомоторного развития.

Речевое развитие оценивается вместе с психомоторным развитием, поэтому обязательным этапом в комплексной диагностике детей с ЗРР должно быть неврологическое обследование.

Невролог определяет уровень психического и моторного развития. При обследовании обращается внимание на форму и размер головы, на состояние чувствительной и двигательной сфер, на симметричность и живость нормальных рефлексов, на отсутствие или наличие патологических рефлексов, на способность к координации движений.

После осмотра и оценки неврологического статуса, невролог должен определить соответствует ли возрасту психомоторное развитие ребенка, и при выявлении каких-либо нарушений назначить дополнительные методы обследования для уточнения диагноза.

### III. Дополнительные методы обследования:

1. Электроэнцефалография (ЭЭГ) – электроэнцефалограмма представляет запись биоэлектрической активности головного мозга. На основе анализа характеристик ЭЭГ определяется функциональная зрелость мозга, соответствие его характеристик возрастной норме, выявляется наличие общемозговых и очаговых изменений. Суммарная ЭЭГ отражает активность коры головного мозга в целом.

Исследования показывают, что, чем более незрелыми являются структуры мозга, отвечающие за речь, тем выше вероятность развития нарушений речи и тяжелее степень этих нарушений.

Кроме диагностики различных нарушений функционального состояния головного мозга, ЭЭГ также позволяет проводить контроль эффективности лечения. Но трактовка результатов ЭЭГ зависит от квалификации врача, поэтому не стоит полагаться только на этот метод. Также необходимо использовать нейровизуализационные методы исследования, такие, как компьютерная и магниторезонансная томография, которые позволяют определять степень анатомической зрелости структур головного мозга, структурные изменения коры головного мозга, подкорковых структур и мозолистого тела, отвечающих за сообщения между полушариями.

Особенно пристальное внимание обращается на состояние коры головного мозга в области расположения речевых зон – это лобные и височные отделы доминантного полушария (обычно левого).

2. Компьютерная томография – это метод послойного исследования тканей головного мозга для определения состояния

анатомических структур на том или ином уровне. Компьютерная томография (КТ) позволяет получить послойное изображение анатомических структур мозга и черепа в довольно короткие сроки. В основе этого метода лежит рентгеновское излучение, поэтому основным его недостатком является лучевая нагрузка, а также он имеет ограниченные возможности для исследования серого и белого вещества головного мозга и не выявляет небольшие поражения развития коры головного мозга в отличие от МРТ. В основе магниторезонансной томографии (МРТ) – лежит эффект ядерно-магнитного резонанса, суть которого состоит в воздействии магнитного поля на протоны ядер водорода, являющегося основным компонентом водосодержащих тканей. В результате физических процессов регистрируется МР-сигнал, интенсивность которого зависит от физических свойств тканей. Оценивается частота колебаний молекул воды, которая строго специфична для различных видов тканей. Эти колебания представляют собой электромагнитные волны (МР-сигнал) и зависят от количества молекул воды в ткани. Таким образом, каждая структура мозга имеет свой узнаваемый рисунок при МРТ. При обработке МР-сигнала компьютером получается МР-изображение тканей головного мозга.

Преимуществами МРТ по сравнению с компьютерной томографией является:

1. Более четкая визуализация вещества головного мозга с дифференцировкой на серое и белое вещество.
2. Отсутствие рентгеновского облучения.
3. Возможность проведения функционального обследования.

Эти дополнительные методы обследования позволяют ограничить функциональные ЗРР от органических, вторичные органические ЗРР от первичных, и выделить группы детей, которые нуждаются в неврологическом лечении и помощи логопеда (это дети с ЗРР алалического и дизартрического характера) и детей, которым необходима помощь дефектолога и лечение у психиатра (это дети с ЗРР, обусловленными ЗПР и нарушениями интеллекта, а также аутического характера). Чем раньше будет установлена причина ЗРР и начато лечение, тем благоприятнее прогноз.

Лекарственная терапия назначается врачом-неврологом. Среди препаратов, которые применяются для лечения ЗРР используются препараты, питающие нейроны головного мозга и препараты, стимулирующие деятельность речевых зон (ноотропы). К препаратам, питающим головной мозг, относятся аминокислоты, витамины группы В и микроэлементы.

К ноотропам относятся препараты, оказывающие прямое активизирующее влияние на обменные и энергетические процессы в головном мозге, стимулирующие восстановление нормального баланса нейромедиаторов, улучшающие память и умственную деятельность, повышающие устойчивость мозга к гипоксии, агрессивным воздействиям окружающей среды, улучшающие связи между корой и подкорковыми структурами головного мозга. Но для предупреждения стойких речевых нарушений у детей с ЗРР органического характера только лекарственной терапии недостаточно. Необходима ранняя абилитация таких детей посредством общеукрепляющего массажа и развивающей лечебной гимнастики.

Общеукрепляющий массаж необходимо начинать с самого раннего возраста, как только появляются первые признаки нарушения психомоторного развития: ребёнок вовремя не держит голову, не переворачивается, не сидит, у него отмечается повышенный или пониженный тонус мышц, нарушения координации.

Лечебный массаж необходимо сочетать с лечебной гимнастикой. Развивающая лечебная гимнастика также показана детям с нарушениями раннего психомоторного развития. Для детей младенческого возраста она может быть пассивная, а для детей, имеющих двигательные навыки, может быть как пассивная, так и активная.

Эффективность лечебной гимнастики наиболее высока, если она проводится по принципу «концентрических кругов» (на каждом занятии к освоенным двигательным навыкам добавляются новые) и беспрерывно, то есть, начиная с новорожденного возраста и до 3 лет, так как развитие моторных навыков в этом возрасте стимулирует развитие речи, мышления, внимания, памяти, а также устраняет апраксию, дискоординацию и другие моторные нарушения у детей с ЗРР органического характера. Для этого подойдут различные комплексы лечебной гимнастики для детей раннего возраста, но наиболее эффективной является нейрогимнастика.

Специфика используемой нами нейрогимнастики для детей от 0 до 3 лет, включает нормализацию общей и артикуляционной моторики и развитие речи детей с ЗРР при помощи кинезотерапии (лечение движением).

В основу коррекционно-логопедической работы положен принцип «от ведущего дефекта», поскольку нарушения речи находятся в тесной зависимости от состояния нервно-мышечного аппарата органов артикуляции, нарушение которых, в свою очередь, приводит к диспраксическим расстройствам в моторной сфере, которые обуславливают вторичные нарушения всей речевой системы в целом (Выготский Л.С. [38]).

Специфика предлагаемой нами системы: нормализация общей и артикуляционной моторики и речи детей с ЗРР при помощи кинезотерапии (лечение движением) и специально организованного поэтапного коррекционного воздействия.

Н.А. Бернштейн разработал теорию организации движений, включающую субкортикальные и кортикальные уровни и отнес речь к высшему уровню организации движений – кортикальному речедвигательному уровню символьических координаций и психологической организации движений, т. к. формирование движений у человека происходит при участии внешней речи, под влиянием абстрагирующей и обобщающей функции второй сигнальной системы. Им было показано, что поскольку человек совершает движения, различающиеся по степени произвольности, по участию в двигательном акте речи, то и степень управления этими движениями различна (Бернштейн Н.А. [21]).

Таким образом, решение каждой двигательной задачи осуществляется в зависимости от своего содержания и смысловой структуры на уровне сенсорного синтеза, который наиболее адекватен по качеству и составу афферентаций и по принципу их объединения для решения задачи.

Принцип сенсорных коррекций заключается в том, что с периферии в мозг непрерывно поступает поток сигналов, что позволяет центральной нервной системе при любом отклонении ввести в эффекторный процесс адекватные поправки. Сенсорные коррекции ведутся целыми усложняющимися синтезированными комплексами.

Бернштейном Н.А. определены этапы выполнения произвольного движения, которые необходимо учитывать при воздействии на лиц с различными формами речевой патологии, характеризующейся нарушением произвольных моторных актов.

На начальном этапе осуществляется восприятие и оценка ситуации, самим индивидом, включенным в данную ситуацию.

На втором этапе намечается двигательная задача или образ того, что должно быть. Этот тезис мы широко использовали при формулировке коррекционных упражнений и создании мотивации к их выполнению понятными ребенку средствами.

Уяснение образа будущего движения служит основанием для оформления задачи и программирования ее решения в моторном плане.

Двигательная задача постепенно усложнялась. По ходу выполнения движения центральная нервная система осуществляет ряд непрерывных коррекций с тем, чтобы поставленная двигательная задача и модель (эталон) будущего движения совпали.

На третьем этапе происходит программирование решения определившейся задачи, т. е. индивид сам намечает цель и содержание движений и адекватные средства, с помощью которых он может решить двигательную задачу.

На четвертом этапе осуществляется фактическое выполнение движения: человек преодолевает все избыточные степени движения, превращает его в управляемую систему и выполняет нужное целенаправленное движение (по Бернштейну Н.А. [21]). Это возможно в том случае, если индивид овладел координацией движений, поскольку центральным звеном движения является именно координация. Она обеспечивает точность, соразмерность и плавность выполнения движения. Нарушение одного из компонентов координации ведет к нарушению движения, например, по соразмерности движения вызывает дизметрию, нарушение плавности выполнения движения – атаксии.

Координация движений развивается постепенно на основе опыта и упражнения, поскольку это сложный сенсомоторный акт, начинающийся с афферентного потока и кончающийся адекватным, центральным ответом. (Бернштейн Н.А. [21]).

Эта последовательность была реализована нами в системе практических тренировочных упражнений, усложняющихся в процессе коррекции.

Определяя приемы коррекционного воздействия, мы учитывали положения о том, что акты корректирования не реализуются сырьими рецепторными сигналами, а ведутся синтезированными комплексами (Бернштейн Н.А. [21]).

В начале коррекционного воздействия предусмотрен этап, включающий коррекцию нарушений общей моторики, затем нарушений мелкой моторики кистей рук и далее кинезотерапию, сочетающуюся с артикуляционной и дыхательной гимнастикой. Для коррекции двигательных и психических отклонений в развитии детей первичного или вторичного характера использовалась нейрогимнастика, разработанная для детей с ЗРР различного генеза И.Б. Малоковой [153]. Основу метода составляют комплексные упражнения творческого характера или комбинированные игровые упражнения – это серии специальных двигательных режимов, окрашенных художественным словом и образом, творческим и эмоционально-игровым импульсом, требующие осмыслиения и регуляции, которые направлены на всестороннее развитие ребёнка. Авторская система речи-двигательных и эмоционально-творческих упражнений, объединённых называнием «Театр исцеляющих и развивающих движений» – это одно из направлений Артпедагогики. Синтез искусства, поэзии, театра, хореографии, физкультуры, психогимнастики, образных танцевальных,

логоритмических комбинированных игровых упражнений, способствует совершенствованию навыков сознательного владения своим телом, развития крупной и мелкой моторики, чувства ритма, координационных способностей, общему оздоровлению организма. Разработанная автором модель абилитационно-коррекционно-развивающей работы предусматривает в первую очередь совершенствование нейрофизиологических процессов, повышение функциональных возможностей центральной нервной системы, оптимизацию психических функций, и одновременно формирование эстетических представлений, развитие поэтических способностей, эмоциональной и творческой сферы в процессе вживания в художественное произведение, совершенствование выразительности движений, двигательных автоматизмов, речи, мимики, расширение кругозора, развитие коммуникативных навыков, интеллектуальной сферы и т. д. (Малюкова И.Б. [153]).

Подбор упражнений осуществляется дифференцированно: в зависимости от возраста, степени и глубины нарушения, состояния моторной, психической, речевой, интеллектуальной сфер ребенка. Для детей с ЗРР центрального органического генеза аалического и дизартрического характера используются упражнения-образы, в создании которых наряду с другими аспектами максимально задействуется артикуляционный аппарат ребёнка. В работе с детьми с нарушением слуха ведущими факторами являются множественные зрительные, моторные и тактильные образы, так например, при показе упражнения применяется не только художественная иллюстрация его, но и игрушка или бытовой предмет, а двигательное действие осваивается с помощью контактной или пассивной гимнастики. Широко используется тактильный образ комплексных упражнений в работе с детьми, имеющими ЗРР аутического характера, ЗРР, обусловленные ЗПР и умственной отсталостью.

Согласно проведенным нами исследованиям состояние речевого и психомоторного развития детей раннего возраста, прошедшим медицинскую абилитацию, значительно повышается. Но только 10 % родителей самостоятельно выявляют нарушения развития у своих детей и обращаются к специалистам, из них только половина соглашается на медикаментозное лечение. У остальных детей ЗРР выявляются значительно позднее, после обращения к неврологу (после 1 года) или логопеду (с 1,5 до 3 лет) на профилактических осмотрах при поступлении в ДОУ.

Логопеду довольно трудно убедить родителей пройти обследование у невролога. Примерно около 30 % родителей соглашаются посетить врача, и только половина из них проводят медикаментозное лечение детей. А от массажа отказывается только 10 % родителей и 15-20 %

родителей отказывается от гимнастики. Далее в ходе динамического наблюдения выявляется, что дети, поучившие медикаментозное лечение и прошедшие медицинскую реабилитацию значительно лучше поддаются психолого-педагогической коррекции, в зависимости от типа ЗРР.

## **5.2. Эффективность нейродинамической ритмопластики в абилитации неговорящих детей раннего возраста с нарушениями онтогенетического развития**

На протяжении 5 лет на базе Центра коррекции речи «Возрождение» мы проводили эксперимент по внедрению в практику коррекционно-педагогической работы с неговорящими детьми раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза нейродинамической ритмопластики – комплексных упражнений творческого характера, игровых комбинированных упражнений-образов. Специфической особенностью предлагаемого нами метода запуска нейродинамических механизмов речи является стопроцентное участие семьи в абилитационном процессе. В наш Центр обратились 200 семей, имевших детей от 2 до 3,5 лет с различными нарушениями онтогенетического развития. Все дети были неговорящими и имели задержки речевого развития различного генеза и степени выраженности. У одних детей отмечалось полное отсутствие речи, только жесты и вокализация, другие имели скучный словарный запас от 10 до 50 слов, включая лепетные, которые были сильно искажены и малопонятны для окружающих. Однако, в процессе экспериментальной работы мы столкнулись с труднопреодолимым препятствием – нежеланием родителей участвовать в коррекционной работе. Из 200 обратившихся к нам семей после первого занятия осталось только 66, родители которых готовы были сами помогать своему ребенку, выполняя все выдвигаемые нами требования. Мы попытались выяснить причины ухода современных молодых семей от проблем своего ребенка, и пришли к выводу, что мощным негативным фактором является существующая образовательная система, где ребенок подчиняется только законам коллектива. В течение многих десятилетий дошкольные учреждения, в которых ребенок проводил большую часть своей жизни, оттесняли семью на периферию воспитательно-образовательного процесса, подменяя родителей и отторгая их от детей (Никитина Л.А. [173]).

Выяснилось, что у многих родителей наблюдается полное отсутствие навыков развивающего ухода и игрового взаимодействия с детьми, а самое главное – отсутствие желания у большинства из них осваивать эти навыки. Из всех семей, обратившихся к нам за помощью, лишь немногие понимают и осознают, что для ребенка главными

воспитателями, учителями, психологами, реабилитологами являются его родители. Абилитация, реабилитация, коррекция и развитие – это постоянная кропотливая работа семьи, которая выполняется в процессе бытовых, игровых и учебных действий. Поэтому специализированные коррекционные и реабилитационные центры должны обучать родителей ребенка приемам и особенностям проведения этой работы, не подменяя собой коррекционно-развивающую функцию семьи.

Тем родителям, которые обращаются к нам за помощью, мы объясняем, что ребенок раннего возраста в силу особенностей психического развития, лучше всего понимает и усваивает не словесные инструкции, а модели поведения, реализуемые взрослыми людьми. Самыми значимыми взрослыми в жизни ребенка раннего возраста являются родители и его ближайшее окружение, а это первое звено сложной системы коррекционной помощи детям раннего и дошкольного возраста.

Воспитание ребенка начинается, когда он находится еще в утробе матери. Ребенок воспринимает вибрации материнского организма, являясь его частью (Коваленко Н.П. [113], Добряков И.В. [72], Гроф С. [60], Оден М. [178], Лебойе Ф. [132], Дассано-Марконе М. [65]).

Колыбельные песни на протяжении тысячелетий являлись непрерывным атрибутом семейного воспитания младенцев. С колыбельных песен начинался процесс воспитания ребенка, так как они имеют важное мировоззренческое значение, знакомят с простейшей моделью мироустройства и раскрывают принципы семейного воспитания, формируя доверие к близким людям и к миру в целом, указывая на то, что семья – это защита и надежность. Отличие светской педагогики от народной заключается в том, что светская педагогика – это педагогика мероприятий, а народная педагогика – это педагогика жизни, которая воздействует на глубинные структуры подсознания, в тоже время средства светской педагогики воздействуют на сознание ребенка.

Коррекционная работа – это не только и не только занятия, а определенная философия жизни семьи, когда все подчинено одной цели – помочь ребенку. Очень часто родители отказываются от проблемного ребенка, отдавая его в специализированные учреждения. Это происходит потому, что многие из них не воспринимают себя равноправными участниками абилитационного или коррекционного процесса, потому, что в обществе существует мнение, что только специалист способен помочь детям с ограниченными возможностями здоровья. Специалист может заставить ребенка выполнять коррекционные упражнения, но родители также способны своим ежедневным

примером побудить малыша к выполнению необходимых двигательных действий. В течение многих десятилетий в коррекционной педагогике занятия были основной формой работы с детьми, поэтому до сих пор, многие родители, приводя детей к дефектологу, логопеду, психологу, инструктору ЛФК, оставляют его и уходят из кабинета, а они должны знать, как помочь своему ребенку дома, должны научиться играть с ним, а не принуждать его выполнять указания. Их ежедневное взаимодействие будет более продуктивным, если они научатся играть с ним, а не подчинять его своей и чужой воле. Поэтому мы попытались изменить существующую систему коррекционной помощи детям, ориентируясь на тех родителей, которые готовы помочь своему ребенку совместно со специалистом. Именно у таких родителей даже очень тяжелые дети достигают больших успехов в абилитации под руководством команды специалистов.

С этими детьми проводилась работа в рамках программы «Театр исцеляющих и развивающих движений». Она начинается с формирования у ребёнка двигательно-звуковых, двигательно-слоговых базовых навыков, автоматизмов, стереотипов и закрепления их следовых образов. Причем основой работы является коррекционное поле семьи, бытовое пространство обычной жизни малыша, а педагог-дефектолог на занятиях обучает родителей навыкам ежедневного, развивающего ухода и игрового взаимодействия с ребёнком, осуществляемого близкими людьми. Коррекционная работа начинается с этапа междометий («Ай!», «Бах!», «Тон-тон», «Ж-Ж», «Тук-тук», «Му-му» и др.), сопровождающих двигательные, эмоциональные, игровые и бытовые предметные действия, который закладывает «фундамент» для дальнейшего развития. Например, бросая ребенку мяч, взрослый говорит: «An!», отбивая мяч от пола: «Хлон!», передавая мяч ногой: «Пас!» или «Гол!».

По мере освоения детьми базовых навыков, к междометиям добавляются короткие слова, то есть наступает этап формирования двигательно-словесных автоматизмов и стереотипов. Например, имитация движений колёс паровоза — вращательные движения согнутыми в локтях руками в передне-заднем направлении, сопровождаются звуками: «Чух-чух-чух!» и «У-У-У!». Эти движения неожиданно прерываются взрослым, обнимающим ребенка, со словами: «Стоп машина!». У детей это вызывает ответную эмоциональную реакцию, и многие из них начинают говорить слово «Стоп» уже после двух-трех повторений игры. Также на этом этапе работы взрослые собственным многократным примером побуждают ребенка к прохлопыванию часто употребляемых в течение дня слов: «Зравст-вуй-те, при-вет, до-сви-да-ни-я, по-ка, мо-ло-дец, спа-си-бо, у-ра». Педагог

объясняет родителям, что ребенку с органическим поражением мозга, у которого нарушена биологическая программа развития, в отличие от нормально развивающихся сверстников, порой необходимо тысячи раз показать двигательно-речевую игру, чтобы вызвать у него желание повторить ее. Абилитация, реабилитация и коррекция нарушений в развитии у таких детей – это тяжелая работа, требующая ежеминутных физических, эмоциональных, волевых, душевных и духовных усилий, в первую очередь, от членов семьи.

Этап формирования двигательно-стихотворных стереотипов начинается с простейших упражнений, например, наклонов головы вперед-назад («Головой кивает слон, он слонихе шлет поклон»). В процессе выполнения каждого упражнения нейродинамической ритмопластики в соответствии со смыслом стихотворных строк, постоянно изменяется динамика развития сюжета, движения рук и тела, изображающие животных, сказочных героев, природные или рукотворные объекты, явления, действия. Для создания эффекта спектакля, театрального этюда, сценического образа родители обучаются изменять мимику, а также эмоциональную окраску, интонацию, тембр, высоту, пластику речи, координируя с ними ритмический и пластический рисунок движений. Дети нуждаются в игровом взаимодействии со взрослыми, которое обеспечивает комплексный многосложный полимодальный подход к преодолению речевого недоразвития (Малюкова И.Б. [153]).

В ходе коррекционной работы у 107 детей из 200 уже на первом занятии наблюдался толчок к речевому развитию, однако, следует отметить, что это произошло у тех детей, родители которых активно включались в игровой процесс. У 87 детей родители либо открыто отказались от игрового взаимодействия с детьми, и продемонстрировали неприятие игровых методов коррекционного взаимодействия с ребенком, либо заняли пассивную позицию, что сказалось на поведении и реакциях их детей. У 5 детей толчок к речевому развитию произошел после второго занятия, и у 1 ребенка – после третьего. Из 113 детей, у которых был отмечен толчок к речевому развитию после первого, второго или третьего занятия родители 41 ребенка посчитали, что результат достигнут, и перестали посещать занятия.

Улучшения речевого развития наблюдались у 45 из 113 детей, которые посетили от 3 до 10 занятий, и у 1 ребенка, который посетил 15 занятий. У 30 детей из этой подгруппы родители, отметившие улучшения, прекратили приводить детей для дальнейшей коррекционной работы.

Значительные улучшения были отмечены у 20 детей, которые посетили от 3 до 10 занятий – 15 человек, от 10 до 15 занятий – 4 человека и от 15 до 25 занятий – 1 человек.

Результаты коррекционной работы приведены в таблице:

**Таблица 5.**

**Результаты коррекционной работы по запуску речи  
у неговорящих детей**

Критерии	Количество детей
Толчок к речевому развитию	113
Улучшение речи	46
Значительные улучшения речи	20

Таким образом, комбинированные игровые вербально-динамические и эмоционально-творческие упражнения нейродинамической ритмопластики, оказывают многофакторное комплексное воздействие на речевое, моторное, сенсорное, психическое и интеллектуальное развитие, а также на речевой аппарат и связанные с ним дыхательные функции, восстанавливают интегративную деятельность головного мозга, что позволяет достигнуть более качественного и стойкого результата, чем целенаправленное изолированное воздействие только на речевую функцию. Важным аспектом достижения стойкого результата является включение в коррекционный процесс семьи и ближайшего окружения ребенка. Создание единого коррекционного пространства позволяет повысить эффективность коррекционной помощи неговорящим детям раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза.

**5.3. Эффективность психолого-педагогической абилитации  
неговорящих детей раннего возраста с нарушениями  
онтогенетического развития**

Коррекционно-развивающая работа с детьми раннего возраста – относительно новый опыт в отечественной логопедии. Возраст от 1 года до 3 лет имеет в жизни детей особое значение. В этот период происходит первичная социализация ребенка. На первом году формируется индивидуальная привязанность к родителям или людям, заменяющим их определяются ее специфические особенности. Ранний возраст является сензитивным периодом для многих когнитивных функций, в том числе и речи. В этот период ребенок, опираясь на эталоны языка и речи взрослых, формирует свой упрощенный вариант языковой системы – идиолект. Его особенность состоит

в меньшем объеме языковых единиц в каждой группе языковых средств, ограниченном числе языковых правил, на которых построена система, наличие упрощенных языковых единиц, временно заменяющих нормативные. Все это усложняет дифференциальную диагностику различия нормы и патологии и должно учитываться в принципах организации коррекционной работы.

Психологические особенности ребенка раннего возраста существенно влияют на стиль и методы коррекционной работы. Дети от 0 до 3 лет неспособны к произвольной самоорганизации поведения. Они усваивают материал посредством непроизвольного запоминания понимают речь фрагментарно, с опорой на невербальный контекст. Главным побуждением к освоению новых единиц и правил у них становится коммуникативная потребность. Поэтому лишь при высоком уровне коммуникативной мотивированности ребенок включается в коррекционные игры – занятия. Значительная часть речевого материала усваивается в «режимных моментах» и свободной коммуникации.

Успех психолого-педагогической абилитации зависит от типа ЗРР, времени ее выявления и правильно подобранныго медикаментозного лечения. Психолого-педагогическая и медицинская абилитация могут проводиться последовательно (начинается медицинская и присоединяется психолого-педагогическая) и параллельно (т. е. одновременно). Это зависит от возраста ребенка и времени выявления и типа ЗРР. Важно отметить, что с детьми от 0 до 1,5 лет в основном проводиться медицинская коррекция, а логопед или психолог-дефектолог составляют программу абилитации для родителей по развитию речи и психических функций у ребенка, а также обучают родителей, как проводить развивающие занятия, т. к. лучшим педагогом для ребенка в этом возрасте является его мать. Мать обучают проводить коррекционные мероприятия в течении всего дня с учетом индивидуального режима ребенка, используя режимные моменты для коррекции, для чего составляется индивидуальная программа абилитации ребенка.

Индивидуальная программа абилитации детей раннего возраста, составленная нами, содержит следующие блоки:

I. Диагностический, который представлен в разделе дифференциальная диагностика задержек речевого развития различного генеза.

II. Медицинской коррекции:

1. Подбираются методы медикаментозного лечения врачом-неврологом.

2. Массаж общеукрепляющий или расслабляющий в зависимости от мышечного тонуса.

III. Коррекция двигательных нарушений, выявленных на данном этапе развития ребенка при помощи лечебной физкультуры, кинезотерапии и нейрогимнастики.

IV. Развитие речевой и коммуникативной активности.

V. Педагогическая коррекция.

VI. Рекомендации для родителей.

Индивидуальные программы развития речевой активности составляются на основе программы работы с детьми группы риска или имеющими отклонения в речевом развитии и включают следующие основные направления, разработанные А.Н.Корневым [119]:

1. Формирование оптимальной коммуникативной среды.
2. Обучение матери (отца или бабушки) игровому взаимодействию с ребенком как средству стимуляции языкового развития.
3. Вызывание и стимуляция высказываний или вокализаций ребенка в работе со специалистом.
4. Проведение групповых игровых занятий, в которых участвуют дети и их родители.
5. Педагогическая коррекция.
6. Рекомендации для родителей.

И так, к концу первого года жизни у нормально развивающегося ребенка заканчивается долингвистический период речевого развития. У него появляется импресивная и экспрессивная речь, развивается игровая деятельность, ребенок самостоятельно передвигается. К концу второго года жизни у ребенка активно увеличивается словарный запас, развивается тонкая дифференцированная моторика пальцев рук, а к концу третьего года формируется фразовая речь. В три года ребенок в норме может пользоваться фразовой речью, фразы которой состоят из пяти слов и более, задавать вопросы и отвечать на них.

Поэтому если речь ребенка двух-трех лет не соответствует этапам нормального речевого онтогенеза, то можно говорить о задержке речевого развития. Термин «задержка речевого развития» в настоящее время является собирательным и включает в себя задержки речевого развития различного генеза. Так как речевой онтогенез у нормально развивающихся детей и у детей с нарушенным развитием проходит по одним и тем же этапам, и одним и тем же законам, поэтому коррекционная работа должна начинаться с того этапа, на котором произошел «сбой» и речевое развитие ребенка остановилось. Но прежде чем приступить к коррекционной работе, необходимо выяснить на каком этапе речевого развития находится ребенок и чем вызвана задержка речевого развития. Для этого необходимо провести тщательное логопедическое обследование включающее: изучение медицинской документации, сбор анамнеза, который отражает раннее

моторное и долягвистическое развитие ребенка, а также определить состояние речи ребенка на момент обследования, где учитываются следующие факторы: понимание речи, состояние активного и пассивного словаря и соответствие фразовой речи возрасту ребенка, если она есть. После чего составляется индивидуальная программа психологической и педагогической коррекции диады ребенок и мать.

Психологическая абилитация, прежде всего, направлена на подготовку близких ребенка и особенно матери к длительной абилитации, как медицинской, так и педагогической. А также составляется индивидуальная программа по преодолению психических отклонений у ребенка и сопровождению семьи, имеющей ребенка с нарушенным онтогенетическим развитием.

Педагогическая коррекция включает содержание, методы и формы работы с неговорящими детьми начиная с раннего возраста и до 7 лет, а при необходимости и более длительное время даже в процессе школьного обучения.

Психологические особенности детей раннего возраста существенно влияют на стиль и методы коррекционной работы, т. к. дети от 0 до 3 лет не способны к произвольной самоорганизации поведения. Они усваивают материал посредством непроизвольного запоминания, понимают речь фрагментарно с опорой на невербальный контекст. Главным побуждением к освоению новых единиц и правил у них является полиминуативная потребность и значительная часть речевого материала усваивается в режимных моментах и свободной коммуникации.

Успех психолого-педагогической абилитации зависит от типа ЗРР, времени ее выявления и правильно подобранный медицинской коррекции. Психолого-педагогическая и медицинская абилитация могут проводиться последовательно или параллельно. Это зависит от возраста ребенка, времени выявления и типа ЗРР. Так с детьми от 0 до 1,5 лет в основном проводится медицинская абилитация, а логопед или психолог только составляют индивидуальную программу абилитации по развитию речи и психических функций у ребенка для его родителей, т. к. лучшим педагогом для ребенка в этом возрасте является его мать. Мать обучают проводить коррекционные мероприятия в течение всего дня с учетом индивидуального режима ребенка, используя режимные моменты для коррекции. Для этого составляется индивидуальная коррекционная программа с учетом того на каком этапе речевого онтогенеза находится ребенок.

**Индивидуальная абилитационная программа содержит следующие блоки:**

I. Медицинская абилитация назначается врачом-неврологом или педиатром:

- медикаментозное лечение;
- лечебный + артикуляционный массаж (техника массажа выбирается в зависимости от мышечного тонуса ребенка);
- различные виды ЛФК для коррекции моторных нарушений у ребенка на данном этапе его развития.

II. Психолого-педагогическая коррекция, которая включает:

**1. Развитие коммуникативной активности и формировании оптимальной коммуникативной среды.**

***Формирование оптимальной коммуникативной среды***

Повышение речевой активности и расширение языковых способностей в этом возрасте возможно лишь при условии, что у ребенка имеется высокая коммуникативная мотивация и комфортная коммуникативная ситуация. Наилучшим коммуникативным партнером в этот период являются эмоционально близкие к нему люди. Чаще всего это родители или один из них. Иногда их функцию выполняют прапородители, живущие вместе с семьей. В типовой ситуации, характерной для российской популяции, наиболее близким коммуникантом выступает мать. Характер отношений, сложившийся в диаде «мать-дитя», тип привязанности, сложившийся у ребенка, оказывают значительное влияние на его коммуникативное поведение, а следовательно, и на речевое развитие. Во многом оно зависит от двух качеств матери: уровня сенситивности и уровня реактивности.

Уровень сенситивности означает чуткость, восприимчивость матери по отношению к любым проявлениям активности ребенка.

Реактивность или откликаемость означает склонность реагировать коммуникативно на проявления активности или неблагополучия со стороны ребенка. Это качество имеет когнитивную или эмоциональную составляющую. Когнитивная составляющая – это осознанная позиция матери, ее представления о способности ребенка понимать обращение к нему, о его потребности в общении. Многие молодые матери не подозревают о том, что младенец способен к общению и извлекает определенную, преимущественно эмоциональную информацию из высказываний матери, обращенных к нему. Реактивность матери зависит и от ее индивидуальных качеств коммуникации: общительности, эмоциональной экспрессивности, уровня речевой активности.

Большое влияние на коммуникативное поведение оказывает способность матери к «эмоциональному присоединению». Оно означает своеобразную подстройку матери к младенцу в процессе общения с ним. Это делает общение с матерью чрезвычайно комфортным для младенца, обеспечивает настройку коммуникативной активности матери, ее коммуникативного поведения в оптимальном для младенца режиме. Все перечисленные обстоятельства оказывают определенное влияние на коммуникативно-речевое развитие ребенка. Поэтому необходимо включить в программу помощи детям с отклонениями в речевом развитии психологическое консультирование матери. Основное содержание и цель такого консультирования – формирование у матери высокого уровня сенситивности и оптимального уровня реактивности. Логопед или психолог помогает матери стать для своего ребенка «достаточно хорошей матерью». Другой задачей является помочь матери в формировании у нее способности к присоединению в процессе общения или игры с ребенком.

#### ***Обучение матери (отца или бабушки) игровому взаимодействию с ребенком как средству стимуляции языкового развития***

Речевое поведение и язык формируются на тех же принципах, что и поведение. Структура организации языка имеет много параллелей с правилами поведения. Впервые годы жизни ребенок осваивает основные правила синтаксического построения высказывания в процессе совместной деятельности и совместной игры с родителями.

Обучение родителей по использованию игрового взаимодействия или игры коммуникации для стимуляции развития речи условно можно разделить на несколько направлений:

❖ Проявление активной заинтересованности к игровым действиям, совершаемым ребенком. Многие матери весьма слабо представляют себе, с чем и как их ребенок предпочитает играть. Кроме того, они не догадываются, что во время своих манипуляций с игрушкой ребенок нуждается в заинтересованном зрителе и партнере. Заинтересованность выражается родителями эмоционально-позитивными реакциями в процессе наблюдения за игрой, речевыми комментариями, подтверждающими интерес к происходящему и понимание смысла происходящего.

❖ Формирование умения присоединяться к игре, не лишая ребенка инициативы и права выбора. Важно, чтобы мать или отец научились становиться в процессе игры равными с ребенком партнерами. Многим родителям непросто дается переход от позиции «сверху-вниз» к позиции «на равных». Эта позиция подчеркивается как физически (приблизить свое лицо к уровню, на котором находится

лицо ребенка), так и психологически – взрослый принимает и разделяет с ребенком важность игровых задач и действий.

❖ Формирование умения вести речевой диалог с ребенком в процессе игры. Игра как средство речевого развития ребенка используется для выделения определенных объектов или ситуаций в качестве повода, предмета речевых комментариев. В ситуациях, когда внимание ребенка и взрослого сосредоточено на одном и том же (феномен «разделенного внимания»), взрослый называет предмет или совершающее действие. Ответной репликой ребенка могут быть мимико-пантомимические реакции, взгляд в глаза взрослому или вокализации. В любом случае взрослый реагирует на это как на понятную ему реплику. Если реплика ребенка была малочленораздельной, то взрослый проговаривает ее за ребенком в членораздельной и более грамматически развернутой форме. Этим он демонстрирует понимание и одновременно дает образец нормативной вербальной конструкции. Попытка исправления ненормативного высказывания ребенка с указанием на ошибку действует негативно и часто блокирует продолжение диалога.

❖ Стимуляция у ребенка имитации на вербальном и невербальном уровне. У не говорящих детей особенно важно стимулировать подражательность как в неречевом поведении, так и в вокализациях. Родителей учат подражать действиям ребенка, что облегчает вызывание ответного подражания у детей. В контексте невербальной имитации легче возникает вербальная имитация.

❖ Обучение родителей использованию своих реплик и речевых комментариев в процессе игры или совместного взаимодействия для направленной стимуляции речевого развития в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка. В этом случае необходимо постоянное руководство со стороны логопеда для составления индивидуальной программы речевой стимуляции и введения новых слов или языковых конструкций. Вербальное поведение родителей в контакте взаимодействия с ребенком может сильно различаться по многим параметрам:

- контекстной привязке к тому, что находится в поле внимания ребенка;
- степени согласованности с репликами ребенка;
- степени сложности используемых синтаксических конструкций;
- преобладанию определенной лексики: номинативной, глагольной, описательной;
- выразительности, интонационной яркости;
- степени вариабельности, используемых конструкций, т. е. склонности повторять одни и те же конструкции или постоянно менять их.

Этот далеко неполный перечень характеристик «материнской речи», причем индивидуальных, должен стать предметом анализа для логопеда. С учетом индивидуальных проблем в речевом развитии ребенка матери даются соответствующие рекомендации, и проводится обучение по их применению.

Например:

- ✓ Чаще комментировать наблюдаемые действия и регулярно использовать определенные глаголы.
- ✓ Упрощать свои высказывания до трехсловных конструкций типа – «субъект-действие-объект».
- ✓ Чаще использовать грамматические конструкции с окончаниями родительного падежа и т. п.

## **2. Вызывание и стимуляция высказываний или вокализаций ребенка в работе со специалистом**

В настоящее время наблюдается тенденция использовать в коррекции более естественные, реалистические ситуации, совпадающие с эпизодами повседневной жизни ребенка – MiLiu - подход относится к этой категории приемов. Подход используют в игровой ситуации. В естественной игровой обстановке у ребенка вызывают потребность высказаться, подбирая мотивирующую ситуацию. Когда и как это произойдет, решает ребенок. В случае необходимости логопед помогает ребенку построить фразу. Если ребенок правильно сформулировал просьбу то ему, например, дают игрушку, которую он попросил. В этом методе акцент делается на стимуляции коммуникативных актов (Винникотт Д.В. [33]).

Одновременно можно использовать метод реконструкции высказывания, когда специалист повторяет спонтанное высказывание ребенка в грамматически правильной или синтаксически развернутой форме. Одновременно логопед демонстрирует присутствующим родителям наиболее адекватные для этих целей виды игрового взаимодействия и образцы коммуникативного поведения в диалоге. Образцы высказываний, которые логопед задает посредством приема реконструкции, не должны усложняться слишком быстро. Они должны следовать естественному порядку освоения языковых конструкций и находиться в зоне ближайшего развития ребенка.

### ***Проведение групповых игровых занятий, в которых участвуют дети и их родители***

Некоторые виды коррекционной работы проводятся логопедом на групповых занятиях, куда приглашаются родители с детьми с ЗРР.

Содержанием могут быть подвижные игры под музыкальное сопровождение, игры-инсценировки на темы знакомых сказок,

игры-потешки. Во время игр логопед попутно демонстрирует родителям коррекционные приемы по развитию определенных сторон речи для использования дома в игровой ситуации. Выигрышным моментом таких занятий является взаимодействие родителей в группе. Более коммуникативно-успешные родители становятся образцом для подражания менее успешных

Для устранения функциональных задержек речевого развития достаточно только педагогической работы и обучения родителей играм и занятиям для развития речи у ребёнка. При более серьезном нарушении – органической ЗРР необходимо комплексное медико-педагогическое воздействие, включающее медикаментозное лечение и занятия дефектолога и логопеда.

### ***Логопедическая коррекция***

Коррекционно-педагогические занятия с логопедом или дефектологом по «запуску речи» обычно начинаются с детьми в возрасте двух лет. Основной задачей педагога является повышение уровня речевого и психического развития ребенка. Педагог на занятиях обеспечивает коррекцию негативных тенденций развития и предупреждает появление вторичных отклонений, помогая развивать у ребенка речь, внимание, память, мышление и моторику, а также обучает родителей приемам коррекции, которые ежедневно им придется использовать самостоятельно на домашних занятиях.

Специалисты по развитию речи – логопеды начинают работу с детьми с 2,5-3 лет. Ими проводится работа по развитию словаря и фразовой речи, а с 5 лет – по коррекции звукопроизношения, развитию фонематического восприятия и устранению элементов общего недоразвития речи.

В коррекционной работе логопед и дефектолог используют наглядные, практические и технические средства обучения. Все коррекционные занятия в раннем возрасте проходят в игровой форме и по индивидуально составленному плану абилитации, в зависимости от характера речевого нарушения.

В современной отечественной коррекционной педагогике еще нет методики, которая помогает абсолютно всем детям с ЗРР, в каждом конкретном случае необходим индивидуальный подход и составление индивидуальной программы абилитации, но можно выделить основные направления, необходимые для гармоничного речевого развития, которые подойдут для всех детей с ЗРР, как функционального, так и органического характера.

### **Основные направления коррекционной работы:**

➤ Развитие моторики:

- а) развитие общей моторики проводится с 3-6 месяцев;
- б) развитие мелкой моторики пальцев рук - с 1,5-2 лет;
- в) развитие артикуляционной моторики - с 3 лет.

➤ Выработка правильного дыхания посредством дыхательной гимнастики проводится у детей с 3 лет.

➤ Развитие фонематического восприятия:

а) развитие неречевого слуха (различение бытовых звуков с 2 лет);  
б) развитие речевого слуха (различение сходных по звучанию и произношению слов на слух с 3-4 лет).

➤ Обогащение словарного запаса:

- а) бытового - с 3 лет;
- б) обиходного - с 1,5-3 лет;
- в) обобщающего, включающего слова-понятия об окружающем мире - с 3 лет.

➤ Развитие фразовой речи:

а) фразы из 2-3 слов обиходного характера типа «дай пить», «пошли гулять» - с 1,5-2 лет;  
б) бытового характера из 3 слов и более - с 2 лет;  
в) вопросительного характера - с 2 лет;  
г) повествовательного характера из 3 слов и более - с 2,5 лет.

➤ Развитие связной речи:

а) составление рассказа по картинке из 2-3 простых фраз - с 2,5 лет;  
б) составление рассказа по серии картинок - с 2,5 лет;  
в) выкладывание серии картинок в логической последовательности и составление небольшого рассказа - с 3 лет.

Помимо регулярных занятий со специалистами, необходима ежедневная коррекционная работа, которая проводится родителями ребенка. Обучение ребенка до 3 лет возможно только в игровой форме, только по его подражанию взрослому, и при условии положительной эмоциональной настроенности. Дети раннего возраста предпочитают игры с повторяющимся сюжетом, в знакомой ситуации они чувствуют себя более уверенно и комфортно, поэтому правильно организованные домашние занятия-игры с детьми дают наибольший положительный эффект. Для проведения занятий в домашних условиях необходимо учитывать определенные правила, так как развивающие занятия с детьми раннего возраста имеют свои особенности. Поэтому родителям даются следующие рекомендации для занятий с детьми в домашних условиях:

а) 2-3-летние дети могут активно участвовать лишь в игровых занятиях;

- б) обучающие занятия должны быть игрового характера, позитивно эмоционально окрашены и нравиться ребенку;
- в) продолжительность занятия определяется индивидуально в зависимости от утомляемости и внимания ребенка;
- г) длительность занятия не должна превышать 10-20 минут и зависит от настроения и возраста ребенка;
- д) занятия должны быть основаны на практическом опыте ребенка и его знаниях, умениях и навыках;
- е) чтобы ребенок усвоил материал необходимо многократное повторение игры;
- ж) содержание материала и сложность игры должны соответствовать возрасту, интересам и практическому опыту ребенка;
- з) развивающая игра должна быть чётко структурирована: начало – закрепление уже полученных навыков; середина – обучение новым навыкам, и конец – обязательная оценка успехов малыша;
- и) с увеличением возраста ребенка каждое занятие может включать несколько развивающих игр.
- к) взрослый берет на себя активную роль, ведет за собой ребенка, объясняет и показывает, задает вопросы и сам отвечает, предлагает ребёнку различные варианты ответа.

При организации игровых занятий с детьми необходимо учитывать уровень речевого развития ребенка. Коррекционная работа по формированию речи должна повторять те же этапы, через которые проходит речевой онтогенез в норме:

- Развитие у ребенка желания повторять звуки и слоги вслед за взрослым.
- Развитие понимания речи.
- Накопление и расширение активного словаря.
- Развитие фразовой речи.
- Формирование способности к диалогу.

Поэтому, если ребенок говорит, лишь слоги и пользуется лепетной речью, работу необходимо начинать с первого этапа независимо от его возраста. И постепенно вместе с ребёнком проходить все этапы речевого онтогенеза.

Только после того как все этапы речевого онтогенеза восстановлены и ребенок обладает достаточным словарем и хорошей фразовой речью, но у него остались нарушения звукопроизношения в возрасте 5 лет можно начать индивидуальные логопедические занятия по постановке звуков. Коррекционным занятиям по формированию правильного произношения предшествует обследование фонетической стороны речи в целях определения количества неправильно произносимых звуков, но и характера их нарушения.

Для этого используется общепринятая схема: обследование строения и подвижности речевого аппарата, звукопроизношения и фонематический слух. После чего приступают к работе по формированию произносительной стороны речи, которая включает следующие этапы:

- подготовительный этап;
- этап постановки звука;
- этап автоматизации поставленных звуков в словах, слогах и фразах;
- этап дифференциации поставленного звука со смешиваемым;
- этап введения поставленного звука в самостоятельную речь.

Звуки ставятся, в той последовательности, как они появляются в онтогенезе. Если у ребенка нарушены заднеязычные звуки: «г», «к», «х», то начинать постановку звуков нужно с них. Затем ставятся свистящие звуки: «с», «з», «ц», потом шипящие звуки: «ш», «ж», «щ», «ч» и последними соноры: «л», «р». Таким образом, учитывается принцип от простого к сложному и осуществляется переход от более простого артикуляционного уклада к более сложному. Также успех логопедической работы зависит от правильного выбора приемов и содержания коррекционной работы на каждом этапе.

Итак, катамнестические исследования показывают, что примерно 40 % детей с ЗРР проходят ту или иную раннюю абилитацию, примерно 20 % детей с ЗРР проходят медицинскую и психолого-педагогическую абилитацию одновременно с 1,5 до 2 лет.

Из катамнеза известно, что дети с первичными ЗРР органического характера (дизартрического), прошедшие медицинскую и психолого-педагогическую абилитацию в раннем возрасте в 100 % случаев догоняют своих сверстников в речевом развитии.

Дети прошедшие только медицинскую абилитацию с первичными ЗРР дизартрического характера в 40 % случаев догоняют своих сверстников в речевом развитии, но в дальнейшем испытывают трудности в школьном обучении. У остальных детей этой группы остается общее недоразвитие речи III-IV уровня и нарушение звукопроизношения.

Дети ЗРР дизартрического характера прошедшие только психолого-педагогическую абилитацию в 30-35 % случаев догоняют своих сверстников в речевом развитии, а дети с ЗРР алалического характера отстают от своих сверстников даже при рано начатом педагогическом воздействии.

Таким образом, благоприятный прогноз при устраниении ЗРР у детей зависит от следующих факторов: причин речевого недоразвития (ЗРР первичного или вторичного характера), своевременности и правильности психолого-медицинско-педагогической абилитации.

В раннем возрасте очень сложно отличить функциональные и органические ЗРР. Поэтому лишь при правильно организованном обследовании и длительном систематическом динамическом наблюдении возможно уточнение диагноза и определение прогноза в каждом конкретном случае. При наличии тяжелых психических и неврологических нарушений прогноз для развития речи ребенка неблагоприятен, но даже при таких тяжелых нарушениях при правильно подобранном лечении и педагогической абилитации у детей может быть достаточное для общения с окружающими речевое развитие.

Прогноз при ЗРР органического характера зависит от своеобразности и комплексности оказания медицинской и педагогической помощи. Большое значение имеет регулярность проведения занятий родителей с детьми по рекомендациям дефектолога и логопеда, а также важным аспектом является вовремя начатое медикаментозное лечение.

Дети с функциональной ЗРР к 3 годам преодолевают речевое недоразвитие только при помощи педагогической абилитации.

Дети с органической ЗРР дизартрического характера к 3 годам также преодолевают речевое недоразвитие при условии медицинской и педагогической коррекции, но у них остаются нарушения звукопроизношения, которые корректируются на логопедических занятиях с 5 лет.

Дети с органической ЗРР азалического характера к 3 годам при комплексном медицинском и педагогическом воздействии не до конца преодолевают речевое недоразвитие. У них с трудом идет накопление словаря и развитие фразовой речи, отмечаются недостатки звукопроизношения. Такие дети направляются в логопедические группы для детей с ОНР массовых детских садов и дополнительно продолжают индивидуальные занятия у логопеда до начала школьного обучения, а иногда и в школе.

Дети с органической ЗРР, обусловленной ЗПР, к 3 годам также не до конца преодолевают речевое нарушение. Их словарь отличается бедностью, фразовая речь развита плохо. Преодоление речевого нарушения зависит от преодоления ЗПР, поэтому коррекционную работу необходимо продолжать до окончания школьного обучения.

Дети с ЗРР, обусловленной нарушениями интеллекта имеют стойкое речевое недоразвитие даже при раннем начале коррекционной работы. Поэтому коррекционную работу необходимо начинать как можно раньше и проводить до окончания школьного обучения. Прогноз зависит от степени умственной отсталости ребенка.

Дети с органической ЗРР аутического характера составляют неоднородную группу, и прогноз при преодолении речевого недоразвития зависит от характера и формы аутизма. К 3 годам их речевое

нарушение не преодолевается, а наоборот становится более заметным, но это не означает, что не нужно начинать раннюю коррекцию, так как рано начатая коррекционная работа ослабляет проявления аутизма, и способствует формированию коммуникативного поведения.

Поэтому при любых типах ЗРР необходимо их раннее выявление, тщательное обследование, дифференциальная диагностика, правильная постановка диагноза и выбор адекватных методов ранней абилитации каждой категории детей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами экспериментальное исследование, направленное на изучение нарушенного онтогенеза у детей раннего возраста, позволило разработать комплексную систему абилитации неговорящих детей с различными вариантами дизонтогенеза и опробовать ее на практике в течение 8 лет. В результате экспериментальной работы в 2010 году был организован Центр коррекции речи «Возрождение», где все составляющие предложенной нами системы были реализованы в той или иной степени. Прежде всего, была организована команда медицинских и педагогических специалистов и реализован мультидисциплинарный подход к абилитации и коррекции задержек речевого развития различного генеза. Все медицинские специалисты: массажисты, инструкторы ЛФК, невролог и педиатр прошли специальную подготовку на базе Центра к работе с детьми с различными вариантами дизонтогенеза. Далее были разработаны и опробованы новые медицинские (комплексный массаж: лечебный и артикуляционный) и педагогические технологии (нейродинамическая ритмопластика). Для повышения квалификации медицинских и педагогических работников были разработаны специальные программы и организованы обучающие курсы, включающие отдельные блоки по следующим дисциплинам:

- выявление и диагностика нарушений онтогенетического развития у детей раннего возраста;
- комплексная абилитация неговорящих детей раннего возраста;
- использование логопедического массажа в абилитации детей раннего возраста;
- нейродинамическая ритмопластика как средство абилитации различных нарушений развития.

В результате исследования было установлено, что благоприятный прогноз при устраниении ЗРР у детей зависит от следующих факторов: причин речевого недоразвития (ЗРР первичного или вторичного характера), своевременности и правильности психолого-медицинско-педагогической абилитации.

Проанализировав дальнейшее развитие детей мы выяснили, что дети с функциональными ЗРР к 3 годам полностью преодолевают речевое недоразвитие только при помощи педагогической абилитации, но у некоторых остаются фонетические нарушения, которые устраняются к 5 годам.

Дети с органической ЗРР дизартрического и ринолалического характера к 3 годам, также преодолевают речевое недоразвитие, при условии медицинской и педагогической коррекции, но у них остаются нарушения звукопроизношения, которые корректируются

на логопедических занятиях с 5 лет, а к 7 годам дети полностью преодолевают речевое нарушение и вторичные отклонения в моторной сфере и успешно осваивают программу массовой школы.

Дети, у которых в раннем возрасте была диагностирована ЗРР дизартрического характера и не прошедшие комплексную абилитацию, в дальнейшем у них развивалась дизартрия в структуре общего недоразвития речи. Эти дети посещали логопедическую группу детского сада или занимались у логопеда по традиционной методике, без медикаментозного лечения, массажа и ЛФК, как правило, повторно обращались за логопедической помощью, так как, начиная со второго класса испытывали трудности в школьном обучении. У них отмечались различные виды механической и акустической дисграфии и дислексия. При этом был плохой и неразборчивый почерк, а при чтении отмечалось недостаточное понимание прочитанного. В дальнейшем такие дети без помощи родителей не могли осваивать другие школьные предметы, такие как история или окружающий мир, не понимали условия задач, что приводило к общей неуспеваемости, нежеланию учиться и неуспешности в школьном обучении.

Дети с органической ЗРР алалического характера к 3 годам при комплексном медицинском и педагогическом воздействии не до конца преодолевали речевое недоразвитие. У них с трудом шло накопление словаря и развитие фразовой речи, отмечались недостатки звукопроизношения. Такие дети направлялись в логопедические группы для детей с ОНР массовых детских садов для устранения у них общего недоразвития речи, но параллельно продолжали заниматься у логопеда и реабилитолога. Они с трудом преодолевали речевое недоразвитие и к школьному возрасту достигали нижней грантицы нормы. В школе они чаще всего обучались в коррекционных классах.

Дети с органической ЗРР, обусловленной ЗПР, к 3 годам также не до конца преодолевали речевое нарушение. Их словарь отличался бедностью, фразовая речь была плохо развита. Преодоление речевого нарушения, прежде всего зависило от преодоления ЗПР, поэтому коррекционную работу необходимо будет продолжать до окончания школьного обучения. Дети продолжали посещать дефектолога или логопеда. В школе они обучались в классах выравнивания. Многие из них испытывали трудности в обучении.

Дети с ЗРР, обусловленной нарушениями интеллекта имели стойкое речевое недоразвитие даже при раннем начале коррекционной работы. Поэтому коррекционную работу необходимо начинать как можно раньше и проводить до окончания школьного возраста. Прогноз здесь зависит от степени умственной отсталости ребенка. Поэтому чем тяжелее степень умственной отсталости, тем хуже прогноз. Так как,

к нам попадали дети раннего возраста, только с тяжелой степенью умственной отсталости, которую можно было выявить уже на ранних этапах развития, то прогноз для них был мало благоприятным, но и в таких тяжелых случаях, мы добивались, значительных результатов: дети начинали ходить, пользовались навыками самообслуживания, у них появлялась речь достаточная для понимания их окружающими.

Дети с органической ЗРР аутического характера составляли неоднородную группу, и результаты преодоления речевого недоразвития зависели от характера и формы аутизма. Так как без коррекционной работы к 3 годам их речевое нарушение не преодолевается, а наоборот становится более заметным, но это не означает, что не нужно начинать раннюю коррекцию. Рано начатая коррекционная работа ослабляет проявления аутизма, и способствует формированию коммуникативного поведения. Дети с более легкими формами аутизма, неосложненными нарушениями интеллекта преодолевали речевое и психическое нарушение и могли обучаться в массовой школе. Для более тяжелых форм аутизма, осложненных умственной отсталостью прогноз был менее благоприятным, но все дети могли обучаться в школе VIII вида и общаться со сверстниками.

Поэтому при любых ЗРР необходимо их раннее выявление при помощи тщательного обследования дифференциальной диагностики и правильной постановки диагноза, а также выбор адекватных методов ранней абилитации детей с ЗРР.

Разработанная нами комплексная система абилитации неговорящих детей раннего возраста может успешно использоваться в учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты. Проведенная нами работа указывает на дальнейшие перспективы в плане продолжения и изучения структуры нарушения у неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза и совершенствования системы их дальнейшей абилитации и коррекционного обучения. Для этого необходимо отнести логопедическую помощь в системе здравоохранения к медицинской абилитации и реабилитации. Расширить сеть реабилитационных центров для детей и логопедических кабинетов при детских поликлиниках, не закрывать их и не сокращать логопедов, что практикуется в настоящее время. Внести в программу в медицинских ВУЗах блоки по речевому онтогенезу и классификации речевых нарушений. Организовать курсы повышения квалификации врачей педиатров, неврологов и ЛФК по подготовке к работе с детьми с различными вариантами дизонтогенеза. Подготовить педагогов дефектологического профиля способных выявлять детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза и проводить с ними и их родителями адекватную коррекционную работу, а не успокаивать родителей, что к 5 годам ребенок заговорит.

### ***Список литературы:***

1. Абрамов Я.В. Песталоцци: Его жизнь и педагогическая деятельность [Текст]: биогр. очерк / Я.В. Абрамов; гравюра Гедана. - СПб.: Типо-Литография и Фототипия В.И. Штейна: Типография Товарищества «Общественная польза», 1893. – 86 с.
2. Амасьянц Р.А. Научное обоснование стратегии формирования и развитие системы организации комплексной реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации. – автореферат дисс. док. мед. наук. – М.: 2006. - 52 с.
3. Амасьянц Р.А. Разработка и научное обоснование модели организационно-методических основ комплексной реабилитации детей инвалидов // Специальная психология. – 2005. – № 3-4 (5-6). – с. 62-69.
4. Амосьянц Р.А., Алитова Л.А. Арттерапия в системе комплексной реабилитации и социальной адаптации детей инвалидов // Методические рекомендации. М.: 2003. - 40 с.
5. Амонашвили Ш.А. Размышления о гуманной педагогике. М.: 1996. – 496 с.
6. Андронова – Арутюнян Л.З. Как лечить заикание. М.: 1993. – 160 с.
7. Анохин П.К. Очерки по физиологии функциональных систем. – М.: - 1975. - 449 с.
8. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста [Текст]: учебное пособие / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2006.
9. Аршавский А.И. Физиологические механизмы индивидуального развития. М.: Наука, 1982. – 270 с.
10. Аспарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. М.: Медицина. – 1972. – 318 с.
11. Ахутина Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса. М.: изд-во МГУ – 1989. - 215 с.
12. Бадалян Л.О. Невропатология. Учебник для ВУЗов. 2-е изд. Перераб. М.: Просвещение, 1987. - 317 с.
13. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Всеволожская Н.М. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев: Здоровья, 1980. - 528 с.
14. Баенская Е.Р. Особенности раннего аффективного развития аутичного ребенка в возрасте от 0 до 1,5 лет [Текст] / Е.Р. Баенская // Дефектология. – 1995. – № 5. – с. 76-83.
15. Баженова О.В., Козловская Т.В., Теоретические проблемы первичной профилактики психических расстройств в раннем возрасте // Журнал социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – № 2. – с. 70-75.
16. Баряева Л.Б. Интегративная модель математического образования дошкольников с задержкой психического развития. Монография. – СПб.: Союз, 2005.
17. Башина В.М. Ранний детский аутизм [Текст] / В.М. Башина // Исцеление. – М. – 1993. - с. 154-165.

18. Бельтюков В.И. Об усвоении детьми звуков речи. М.: 1964. - 91 с.
19. Бельтюков В.И. Программа овладения детьми произношением звуков речи. К вопросу о соотношении социальных типологических факторов // Вопросы психологии – 1979. – № 4. – с. 66-77.
20. Беляева Л.И. Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. – М.: «Прометей» МПГУ, 2005. – 500 с.
21. Бернштейн Н.А. О постропении движений. М.: Медгиз, 1947. – 255 с.
22. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968. – 426 с.
23. Бондаревская Е.В. Ценностные основания личностно-ориентированного воспитания (с учетом принципа культуры и природообразности) // Педагогика. – 1995. – № 4. – с. 29-36.
24. Борисенко М.Г. Начинаем говорить (Развитие речи) [Текст] / М.Г. Борисенко, Н.А. Лукина. – СПб.: Паритет, 2005. – 160 с.
25. Борисенко М.Г. Диагностика развития ребенка (0-3 года) [Текст]: Практическое руководство по тестированию / М.Г. Борисенко, Н.А. Лукина; Худож. Е.П. Кузнецова, И.И. Буракова, А.П. Голованова и др. – СПб.: Паритет, 2006. – 80 с.: ил.
26. Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М. Просвещение. 1998. – 125 с.
27. Боулби Дж. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. - 480 с.
28. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей. – М.: Академический проект, 2004. - 232 с.
29. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей - 2. – М.: Академический проект, 2006. - 240 с.
30. Брунер Дж. Онтогенез речевых актов [Текст] / Дж. Брунер // Психолингвистика. - М. – 1984. - с. 34-39.
31. Ветрова В.В., Годовикова Д.Б., Емагина М.Г., Лисина М.И., Рейнстейн А.Э., Рузская А.Г., Смирнова О.Е. Общение и речь: развитие речи у детей в общении со взрослыми / Под ред. М.И. Лисиной. – М.: Педагогика, 1985. – 208 с.
32. Винарская Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки развития языка. М.: Просвещение, 1987. - 160 с.
33. Винникотт Д.В. (Winnicott D. W.) Маленькие дети и их матери / пер с англ.: М.: Независимая фирма «Класс», 1988. – 80 с.
34. Винникотт Д.В. Разговор с родителями. – М.: 1985. - 186 с.
35. Власова Т.А. Каждому ребенку надлежащие условия воспитания и обучения (о детях с временной задержкой развития) – М.: Дефектология № 4, 1969. - с. 3-9.

36. Волосовец Т.В. Состояние и перспективы развития системы ранней помощи детям в России [Текст] / Т.В. Волосовец // Дефектология. – 2003. – № 4. – с. 5-6.
37. Воробьёва В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи: Учебное пособие. – М.: АСТ Астрель: Транзит книга, 2006. - 158 с.
38. Выготский Л.С. Мышление и речь [Текст]: Психол. исслед / Выготский Л.С. – М.: Лабиринт, 1996. – 414 с.
39. Выготский Л.С. Проблемы развития психики. Т.3/Под ред. А.М. Матюшкина. – М.: Педагогика, - 1983. - 368 с.
40. Гальперин П.Я. Введение в психологию [Текст]: Учебное пособие для ВУЗов / П.Я. Гальперин. - 3 изд. – М.: Университет, 2000. – 336 с.
41. Гальперин П.Я. Психология как объективная наука. М.: Ин-т практическ. Психологии; Воронеж: НПО «ДОДЭК», 1998. – 480 с.
42. Гарбузов В.И. Психический инфантилизм. // Гарбузов В.И. Нервные дети. Советы врача. – Л.: Медицина, - 1990. - с. 88–105.
43. Гаркуша Ю.А. Некоторые вопросы диагностики и коррекции недоразвития речи у детей. / Ю.Ф. Гаркуша // Гуманизация образования и проблемы развития личности. – Волгоград – 2000. - с 149-159.
44. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А.Н. Гвоздев. - СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2007. – 472 с.
45. Гезелл А.Л. Умственное развитие ребенка. Методика диагностики умственного развития ребенка от 0 до 6 лет с предисловием автора к русскому изданию / Пер. с англ. под ред. проф. Арпина. М. – Л.: ГМЗ, 1930.
46. Гессен С.И. 43 Основ педагогики. Введение в прикладную философию / Отв. ред. и сост. П.В. Алексеев. – М.: «Школа-Пресс», 1995. – 448 с. Книгоиздательство «Слово», Берлин, 1923, составление издательство «Школа-Пресс», 1995. – 448 с. ISBN 5-88527-0S2-1.
47. Герасименко Ю.В. Коррекция нарушений речевого развития детей третьего года жизни [Текст]: дисс. на соискание ученой степени канд. педагогических наук / Ю.В. Герасименко. – СПб. – 2008. – 284 с.
48. Гирилюк Т.Н. Педагогическая технология преодоления задержки речевого развития у детей раннего возраста с легкой степенью псевдобульбарной дисартрии [Текст]: дисс. на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Т.Н. Гирилюк. - Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург: б.и., 2005. – 263 с.
49. Головчиц Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 304 с.
50. Горелов И.Н. Вопросы теории речевой деятельности. Психолингвистические основы искусственного интеллекта. – Таллин. – Валгус, 1987. - 126 с.

51. Горелов И.И. Проблема функционального базиса речи в онтогенезе. – Челябинск: Изд-во Челябинского пед. ин-та, 1974. - 116 с.
52. Горелов И.Н., Седов К.Ф. Основы психолингвистики. М.: Лабиринт. – 2001. - 304 с.
53. Горюнова А.В. Нарушения адаптации у детей. Российский медицинский журнал. – 2012. – № 24. - с. 11-94.
54. Горюнова А.В., Козловская Г.В., Римашевская И.В. Клинико-психопатологические аспекты пограничных психических расстройств в младенчестве / Журн. Невропатология и психиатрия, 1991. - № 8. - с. 62-66.
55. Грибова О.Е. Что делать, если ваш ребенок не говорит: Книга для тех, кому это интересно [Текст] / О.Е. Грибова. - М.: Айрис-пресс, 2004. – 48 с.
56. Григорьева Г.Г. Педагогика раннего возраста [Текст]: учеб. пособие для студ. средн. пед. учеб. заведений / Г.Г. Григорьева, Г.В. Груба, Е.В. Зворыгина и др.; под ред. Г.Г. Григорьевой, Н.П. Кочетовой, Д.В. Сергеевой. – М.: Академия, 1998. – 336 с.
57. Гриншпун Б.М. О принципах логопедической работы на начальных этапах формирования речи у моторных азаликов // Нарушения речи и голоса у детей. – Сб. науч. Трудов, - М., 1975. – с. 71-80.
58. Громова О.Е. Методика формирования начального детского лексикона [Текст] / О.Е. Громова. - М. – 2003. – 170 с.
59. Громова О.Е. Формирование начального детского лексикона в условиях коррекционно-развивающего обучения [Текст] // Диссертация на соискание ученоей степени кандидата педагогических наук / Громова О.Е. – М.- 2003. – 234 с.
60. Гроф С. За пределами мозга: рождение, смерть трансценденция в психотерапии. М.: 1994. -193 с.
61. Гуровец Г.В. Детская невропатология. – М.: 2004.
62. Гуровец Г.В., Маевская Г.В. К генезису фонетико-фонематических расстройств // Обучение и воспитание детей с нарушениями речи. – М.: 1982.
63. Давыдов В.В. Теория развивающего обучения. М.: ИНТОР – 1996. - 544 с.
64. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. М.: Медицина. – 1997. - 96 с.
65. Дассано – Марконе М. Девятимесячный сон. М.: 1993.
66. Датешидзе Т.А. Система коррекционной работы с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития [Текст] / Т.А. Датешидзе. - Спб.: Речь, 2004. – 128с.
67. Датешидзе Т.А. Дети раннего возраста в домах ребенка // Дошкольное воспитание. – 2003. – № 10. – с. 49-50.
68. Диагностика и профилактика ранних отклонений в состоянии здоровья детей: Справочное пособие для педиатров / Под ред. В.А. Доскина, М.Н. Рахмановой. – М.: ЦИУВ, 1993. – 105 с.

69. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста. / Под ред. Н.В. Серебряковой. – СПб.: Каро, 2005. – 64 с.
70. Детская логопсихология: учебное пособие для студентов вузов, обучающихся по специальности «Специальная дошкольная педагогика и психология» [Текст] / О.А. Денисова, В.Н. Поникарова, Т.В. Захарова; Под ред. В.И. Селивёрстова. - М.: ВЛАДОС, 2008. – 175 с.
71. Дмитриева Е.Е. К проблеме коммуникативного развития дошкольников с легкими формами психического недоразвития // Коррекционная педагогика. – 2004. – № 3(5).
72. Добряков И.В. Перинатальная психология. – СПб. – 2010. – 272 с.
73. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями интеллекта. – М.: Просвещение, 2005. - 272 с.
74. Есечко Л.Б. Опыт формирования слоговой структуры слова у детей с недоразвитием речи // Методы коррекции нарушений звуковой стороны речи у детей. / КГПИ Киев, 1979. – с. 22-52.
75. Жинкин Н.И. Интеллект, язык и речь [Текст] / Н.И. Жинкин // Нарушения речи у дошкольников. – М. – 1972.
76. Жинкин Н.И. Механизмы речи [Текст] / Н.И. Жинкин. - М.: Наука, 1958, – 370 с.
77. Жукова Н.С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. Книга для логопедов / Н.С. Жукова, Е.Н. Мастиюкова, Т.Б. Филичева, Екатеринбург: АРД, 2009. – 320 с.
78. Журба Л.Т., Мастиюкова Е.М. Нарушения психомоторного развития детей первого года жизни. – М.: Медицина, 1981. – 272 с.
79. Залевская А.А. Введение в психолингвистику. Изд. 2-ое дополненное. М.: Российский гос. гумм. ун-т, 2007.
80. Занков Л.В. Избранные педагогические труды. – М.: «Просвещение», 1990. – 424 с.
81. Запорожец А.В. Психология действий. Избранные психологические труды. М.: Моск. психол.-соц. ин-т, Воронеж: НГО «МОДЭК», 2000. – 731 с.
82. Запорожец А.В., Неверович Я.З. Кошелева А.Д. Эмоциональное развитие дошкольника.: Пособие для воспитателей детского сада / Под ред. Кошелевой А.Д. М.: Просвещение, 1985. – 176 с.
83. Захаров А.И. Что нужно знать родителям до рождения ребенка. – СПб. – Гиппократ, 1995. – 128 с.
84. Зеeman М. Расстройства речи в детском возрасте [Текст] / М. Зееман. – М.: Медгиз, 1962. – 299 с.
85. Земцова О.Н. Тесты от простого к сложному. Для детей 3-4 лет [Текст]: [для дошкольного возраста 0: 0+1] / [Земцова О.Н., худож. С. Шульга] – М.: Махаон, 2014. - 63 с.

86. Земцова О.Н. Тесты для детей 3-4 лет: к самостоятельной работе: М.: Махаон, 2007. – 112 с.
87. Зимняя И.А. Лингвопсихология речевой деятельности. М.: Моск. психол.-соц. ун-т, Воронеж: НПО «МОДЭК», 2001, – 428 с.
88. Зинченко П.И. Непроизвольное запоминание. М.: Изд. АПН РСФСР, 1961. – 563 с.
89. Зыкова Т.С., Шматко Н.Д., Справка о потенциале вербального метода реабилитации детей с ограниченными возможностями слуха и речи // Дефектология. – 2008. – № 5. – с. 89-92.
90. Игнатьева С.А. Логопедическая реабилитация детей с отклонениями в развитии [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / С.А. Игнатьева, Ю.А. Блинков. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 304 с.
91. Исанова В.А. Нейрореабилитация: Руководство по медико-социальной и педагогической реабилитации. – Казань: Плутон, 2004. – 288 с.
92. Ильин Н.И. Загадки жизни и происхождение живых существ. – Париж, 1929. – 116 с.
93. Исенина Е.И. Психологические закономерности речевого онтогенеза [Текст] / Е.И. Исенина. - Иваново: МВГУ, 1983. – 72 с.
94. Каверина Е.К. О развитии речи детей первых двух лет жизни [Текст] / Е.К. Каверина. - М.: Медгиз, 1950. – 122 с.
95. Казьмин А.М., Казьмина Л.В. Дневник развития ребенка от рождения до 3 лет / А.М. Казьмин. – М. : Когито – центр, 2001. – 74 с.
96. Каменский Я.А. Учитель учителей: (Материнская школа, Великая дидактика и др. произвед. с сокращ.) – М.: Карапуз, 2009. – 288 с.
97. Кантор В.З. Реакция младенцев и детей старшего возраста на сложные и новые раздражители. – В кн: Изучение развития и поведения детей. – М.: – 1966. – с. 65-101.
98. Карелин А.В. Использование логопедического массажа в реабилитации детей раннего возраста с нарушениями слуха и речи // Личность, семья и общество: Вопросы педагогики и психологии: Сборник статей по материалам XLIII Международной научно-практической конференции. г. Новосибирск: СибАК. – 2014. – №8 (43) – с.108-113.
99. Карелина И.Б. Выявление факторов риска и предупреждение речевых нарушений у детей от 0 до 3 лет [Текст]: Материалы XVIII съезда Оториноларингология России, Т. 1 / И.Б. Карелина. – СПб. – 2011. – с. 240-242.
100. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика задержек речевого развития различного генеза [Текст] / И.Б. Карелина // Логопедия XXI века. Традиции и новации. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием. РГГУ им. А.И. Герцена. – СПб. – ЦДК проф. Л.Б. Баряевой. – 2012. – с. 108-112.

101. Карелина И.Б. Дифференциальная диагностика стёртых форм дизартрии и сложной дислалии [Текст] / И.Б. Карелина // Дефектология. – 1996. – № 5. – с.10-15.
102. Карелина И.Б. Логопедическая работа с детьми с минимальными дизартрическими расстройствами [Текст]: дисс. на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / И.Б. Карелина. - М. – 2000 – 225 с.
103. Карелина И.Б. Логопедический массаж при различных речевых нарушениях М: издательство Гном, 2013. – 63 с.
104. Карелина И.Б. Психолого-педагогическое обследование детей с задержками речевого развития различного генеза [Текст]: Седьмая волна психологии. Вып. Сборник по материалам 11 международной научно - практической конференции «Интегративная психология: теория и метод». Под ред. Козлова В.В., КачановойН.А. / И.Б. Карелина. – Ярославль: МАПН ЯрГУ, 2012. – с. 134-138.
105. Карелина И.Б. Психолого-педагогическая абилитация неговорящих детей раннего возраста с различными вариантами дизонтогенеза // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по матер. LXIV научно-практической конференции. №5 (62). – Новосибирск: СибАК, 2016. – с. 12-22.
106. Карелина И.Б. Психолого-педагогическая реабилитация детей раннего возраста с задержками речевого развития [Текст] / И.Б. Карелина // Вестник интегративной психологии / Журнал для психологов. Вып. 10. – Ярославль, 2012. – с. 106-108.
107. Карелина И.Б. Факторы риска возникновения речевых нарушений у детей от 0 до 3 лет и способы их предупреждения / учебное пособие для врачей, педагогов и психологов. – Ярославль – 2013. – 95 с.
108. Карелина И.Б., Карелин А.В., Малюкова И.Б. Массаж как средство запуска речи у неговорящих детей раннего возраста // Современная медицина: актуальные вопросы: ст. по матер. LVIII Международная научно - практическая конференция. №8 (50). – Новосибирск: СибАК, 2016. – с. 35-43.
109. Карелина И.Б., Малюкова И.Б. Эффективность нейродинамической ритмо-пластики в абилитации неговорящих детей раннего возраста // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии: сб. ст. по материалам LXVII Международной научно-практической конференции. Новосибирск: СибАК. – 2016. – №8 (65) – с. 52-58.
110. Карелина И.Б., Туркина М.В. Психолого-педагогическая абилитация и реабилитация детей-инвалидов // Universum: Медицина и фармакология: электронный научный журнал. – 2016. – №11 (33). – URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/3848>.
111. Кляйн М. Детский психоанализ. – М.: «Институт общегуманитарных исследований», 2010.

112. Кобриня Л.М. Некоторые направления воспитания потребности общения у глухих младенцев // Теоретические и прикладные проблемы воспитания детей с ограниченными возможностями. Сб. материалов новейших Герценовских чтений. СПб.: Образование, 1996. – с. 33-34.
113. Коваленко Н.П. Перинатальная психология. М.: Ювента, 2000. – 197 с.
114. Козловская Г.В. Психические нарушения у детей раннего возраста. – автореф. дисс. докт. мед. наук – М.: 1995. – 24 с.
115. Кон И.С. Ребенок и общество. – М.: Академия, 2003. – 336 с.
116. Кожевникова Е.В. Роль института раннего вмешательства в выявлении отклонений в развитии детей младшего дошкольного возраста // Диагностика, развитие и коррекция сенсорной сферы лиц с нарушениями зрения / Авт. – сост.: А.М. Витисвская, В.З. Кантор, В.К. Рогушин, - М.: ИПТК «Логос», 1997. – с. 7-8.
117. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. – М.: Педагогика, 1973. – 144 с.
118. Кольцова М.М. Развитие речи детей // Физиологические и психологические критерии готовности к обучению в школе. М.: 1977. – с. 31-38.
119. Корнев А.Н. Методологические принципы абилитации детей с тотальным недоразвитием речи и их особенности в работе с детьми раннего возраста [Текст] / А.Н. Корнев // Актуальные проблемы логопедической практики: Метод. материалы научно-практической конференции «Центральные механизмы речи», посвящ. 100-летию проф. Н.Н. Трауготт / Отв. ред. М.Г. Храковская. - СПб.: Изд-во «Акционер и Ко», 2004. – с. 31-45.
120. Корнев А.Н. Основные показатели психической зрелости в раннем возрасте и признаки риска [Текст] / А.Н. Корнев // Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств: Метод. материалы научно-практической конференции «Центральные механизмы речи», посвящ. памяти проф. Н.Н. Трауготт / Отв. ред. М.Г. Храковская. - Спб.: Изд-во СПб университета, 2001. – с. 268-279.
121. Коробейников И.А. Нарушение развития и социальная адаптация. – М.: Пер СЭ, 2002. – 192 с.
122. Коровин К.Г. Практическая грамматика в системе специального обучения слабослышащих детей языку. М. – 1976. – 226 с.
123. Королёва И.В. Введение в аудиологию и слухопротезирование [Текст] / И.В. Королёва. - СПб.: Каро, 2012. – 400 с.
124. Королёва И.В. Развитие слуха и речи у глухих детей раннего и дошкольного возраста после кохлеарной имплантации [Текст] / И.В. Королёва. – СПб. – 2009. – 235 с.
125. Королёва И.В., Янн, П. Дети с нарушениями слуха [Текст] / И.В. Королёва, П. Янн. – СПб.: Каро, 2009. – 239 с.

126. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания [Текст]: Методическое пособие / Под ред. Е.А. Стребелевой. 2-е изд. - М.: Экзамен, 2004. – 128 с.
127. Кудрявцев В.Т. Проблемное обучение и содержание. Итоги дискуссии и понятие дальнейшей работы // Вестник высшей школы. 1984. - с. 20 – 30.
128. Кудрявцев В.Т. Смысл человеческого детства и психического развития ребенка: Учебное пособие. М.: изд-во УРАО, 1997. – 156 с.
129. Кумарина Г.Ф. Педагогические условия адаптивного образования // специальная педагогика. – 2011. – № 2 – с. 89-97.
130. Куничев Л.А. Лечебный массаж. [Текст]: Справочник для средних медицинских работников. – Изд. 3-е стереотип. – Л. Медицина. – 1995. – 216 с.
131. Лебединская К.С. Нарушение эмоционального развития как клинико-дефектологическая проблема: дис. доктора психол. наук. М.: НИИ дефектологии, РАО, 1992. – 311 с.
132. Лебойе Ф. За рождение без насилия / пер. с фран. М.Х. Разенковой. М. 1988, Париж. / Изд. Сеиль. – 1984. – 36 с.
133. Леви В.Л. Как воспитывать родителей, или новый нестандартный ребенок. М.: Торбонн, 2010. – 411 с.
134. Левина Р.Е. Опыт изучения неговорящих детей (алаликов) [Текст] / Р.Е. Левина. - М.: Учпедгиз, 1951. – 120 с.
135. Левченко И.Ю. Патопсихология: теория и практика: учебн. пособие / И.Ю. Левченко – М.: Академия, 2000. – 232 с.
136. Левченко И.Ю., Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика. – М.: Академия, 2003. – 320 с.
137. Леонгард Э.И. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье [Текст] / Э.И. Леонгард. - М.: Просвещение, 1991. – 319 с.
138. Леонтьев А.А. Язык. Речь, речевая деятельность. М.: Просвещение, 1969. – 214 с.
139. Леонтьев А.Н. Деятельность, сознание личность. М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
140. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. – 3 изд-е. М.: Изд-во моск. ун-та, 1972. – 575 с.
141. Лильин Е.Т. Детская реабилитология: учебное пособие для системы послевузовского образования врачей педиатров / Е.Т. Лильир, В.А. Доспин, - М.: Медицина. – 2008. – 291 с.
142. Литvak А.Г. Психология слепых и слабовидящих. М.: 2006. – 336 с.
143. Логопедия [Текст] / Под ред. Волковой Л.С. - М.: Просвещение, 1989. – 528 с.
144. Лопатина Л.В. Уровневый подход в изучении психомоторики детей с речевой патологией // Психологическая наука и образование. – 2003. – № 2.

145. Лубовский В.И. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой психического развития. // В.И. Лубовский // Дефектология. – 1972. – № 4. – с. 21-34.
146. Лурия А.Р. Язык и сознание. – Ростов на Д.: Феникс, 1998. – 416 с.
147. Люблинская А.А. Очерки психического развития ребенка [Текст] / А.А. Люблинская. - М. – 1959. – 123 с.
148. Лямина Г.М. Развитие речи ребенка раннего возраста [Текст]: Методическое пособие / Г.М. Лямина - М.: Айриспресс, 2005. – 96 с.
149. Малофеев Н.Н. Модернизация системы специального образования: проблемы коррекции, реабилитации, интеграции // Интегративные тенденции современного спец-го образования. М.: Полиграф сервис, 2003. – с. 12-28.
150. Малофеев Н.Н. О развитии службы ранней помощи семье с проблемным ребенком в Российской Федерации [Текст] / Н.Н. Малофеев, Ю.А. Разенкова, Н.А. Урядницкая // Дефектология. – 2007. – № 6. – с. 60-68.
151. Малофеев Н.Н., Гончарова Е.Л. Позиция ИКП РАО в оценке современного этапа развития государственной системы специального образования в России [Текст] / Н.Н. Малофеев, Е.Л. Гончарова // Альманах Института Коррекционной Педагогики РАО, – 2000. – Выпуск 1.
152. Малюкова И.Б. Абилитация детей с церебральными параличами. Формирование движений. Комплексные упражнения творческого характера [Текст] / И.Б. Малюкова. - М.: Гном и Д, 2011. – 112 с.
153. Малюкова И.Б. Нейродинамическая ритмопластика. Комплексные упражнения творческого характера. «Театр пальчиковых кукол и рукотворных актеров». Программа «Театр исцеляющих и развивающих движений» [Текст]: учебно-методическое пособие / И.Б. Малюкова. – Рыбинск: [б.и.], 2014. – 32 с.
154. Малюкова И.Б. Нейродинамическая ритмопластика как полифункциональное средство преодоления интегративных дисфункций мозга у детей с патологиями центральной нервной системы / И.Б. Малюкова // V ЮБИЛЕЙНЫЙ БАЛТИЙСКИЙ КОНГРЕСС ПО ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ при поддержке ICNA Сборник материалов конгресса: / Под редакцией: профессора Гузевой В.И. - СПб.: Издательство «Человек и его здоровье», 2015. – с. 229-230.
155. Малюкова И.Б. Театр исцеляющих прикосновений. [Текст]: учебно-методическое пособие. / Малюкова И.Б. Ярославль: Изд-во ЯГПУ им. К.Д. Ушинского, 2008, – 32 с.
156. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. СПб.: Речь, 2008. – 224 с.
157. Мамайчук И.И. Психология дизонтогенеза и основы коррекции. СПб.: СПбГУ, 2000. – 168 с.
158. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. М.: Просвещение, 1992. – 94 с.

159. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика, ранний и дошкольный возраст. – М.: Владос, 2003. – 408 с.
160. Маскутова Д.М. О вербальных компонентах лечебного массажа. [Текст]: // Novitas Психотерапия, – 1998. – Вып.4.
161. Матвеева Н.Н. Психокоррекция задержки речевого развития у детей 2-3 лет [Текст]: Пособие для психологов, воспитателей и родителей / Н.Н.Матвеева. - М.: АРКТИ, 2005. – 96 с.
162. Матвеева Н.Н. Психологические условия изучения и коррекции задержки речевого развития в раннем возрасте [Текст]: дисс. на соискание ученой степени кандидата психол. наук / Н.Н. Матвеева. - Н. Новгород: б. и. – 2004. – 242 с.
163. Медведева Е.А., Левченко И.Ю., Комиссарова Л.Н., Добровольская Т.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: учебн. пособие для студентов средн. и высш. учебн. заведений. М.: Академия, 2001. – 246 с.
164. Методы обследования речи у детей [Текст] / Под общей редакцией Власенко И.Т., Чиркиной Г.В. Часть I. - М.: РИПКРО, 1992. – 169 с.
165. Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: автореф дис. канд. пед. наук М.: – 1998. – 18 с.
166. Морлей Д. Руссо / пер. с англ. – 2-ое изд., М.: Либроком, 2012. – 480 с.
167. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. – СПб.: Изд СПбГУ, 1999. – 288 с.
168. Мухина В.С. Возрастная психология. Феномен развития. – М.: – 2006. – 608 с.
169. Назарова Н.М. Специальная педагогика. Учебн пособие для студ высш учеб заведений / Л.И. Аксенова, Б.А. Архипова, Л.И. Белякова и др.: Под ред. Н.М. Назаровой, 4-е изд. М.: Академия, 2005. – 400 с.
170. Невропатология. Естественнонаучные основы специальной педагогики [Текст]: учебник для студ. ВУЗов / С.С. Ляпидевский; под ред. В.И. Селивёрстова. - М.: ВЛАДОС, 2003. – 384 с.
171. Нет «Необучаемых детей»: Книга о раннем вмешательстве [Текст] / Под ред. Е.В. Кожевниковой и Е.В. Клочковой. - СПб.: КАРО, 2007. – 352 с.
172. Никитин Б.П., Никитина Л.А. Мы, наши дети и внуки. в 2 томах. - М: Самокат, 2015. Т. 1: ISBN 978-5-91759-267-1, Т. 2: ISBN 978-5-91759-359-3.
173. Никитина Л.А. Мама или детский сад. – М.: Просвещение, 1990. – 93 с.
174. Никитина Л.А. Я учусь быть мамой. – 2002. – 272 с.
175. Никольская О.С. Аффективная сфера человека: взгляд сквозь призму аутизма. – М.: Центр лечебной педагогики, 2000. – 364 с.
176. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи [Текст] / О.С. Никольская, Е.Р. Баянская, М.М. Либлинг. - М. – 1997. – 342 с.

177. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. Учеб для ВУЗов. М.: Высшее образование. М. ГППУ, 2007. – 460 с.
178. Оден М. Возрожденные роды. Международная школа традиционного акушерства. М. – 2006. – 216 с.
179. Основы дефектологии. Программа и методические рекомендации. Московский заочный педагогический лицей [Текст] / М. – 1992.
180. Основы логопедической работы с детьми [Текст] / под общей ред. Чиркиной Г.В. - М.: Аркти, 2002. – 240 с.
181. Павлов И.П. Очерки по физиологии движений и физиологии активности. М.: Изд. Медицина, 1966. – 349 с.
182. Павлов И.П. Физиологические механизмы так называемых произвольных движений // Полн. собр. соч., М. – Л.: Изд. Академии наук СССР, – Т. 3. – кн. 2. – 1951. – с. 315-319.
183. Пантохина Г.В., Печора К.К., Фрухт Э.Л. Диагностика нервно-психического развития детей первых трех лет жизни. - М.: ЦОЛИУВ, 1979. – с. 3-53.
184. Панченко И.И. Дизартрические и анартрические расстройства речи у детей с церебральным параличом и особенности логопедической работы с ними. Автографат дисс. кан. пед. наук. – Л. – 1974.
185. Педагогика раннего возраста [Текст] / Под ред. Г.Г. Григорьевой, И.П. Котовой, Д.В. Сергеевой. - М.: АCADEMIA, 1998. – 365 с.
186. Пелымская Т.В., Шматко Н.Д. Ранняя педагогическая коррекция отклонений в развитии детей с нарушенным слухом // Альманах коррекционной педагогики. – 2003. – № 7.
187. Петрова В.Г., Белякова И.В. Кто они дети с отклонениями в развитии. – М.: Флинта: МПСУ, 1998. – 104 с.
188. Петрова В.Г. Занятия по развитию речи с детьми до трех лет [Текст] / В.А. Петрова. - Изд. 3-е, доп. - М.: Просвещение, 1970. – 136 с.: ил.
189. Пиаже Ж. Речь и мышление ребенка. – М.: Педагогика – пресс, 1994. – 526 с.
190. Приходько О.Г. Коррекционно-педагогическая работа с детьми раннего возраста, страдающими церебральным параличом [Текст] / О.Г. Приходько. - М. – 2001.
191. Приходько О.Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений у детей раннего и дошкольного возраста. СПб.: КАРО, 2008. – 160 с.
192. Приходько О.Г. Принципы организации логопедической работы с детьми раннего возраста с неврологическими нарушениями [Текст] / О.Г. Приходько // Развитие и коррекция. – 1998. – № 3. – с. 65-76.
193. Приходько О.Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни [Текст]: Методическое пособие / О.Г. Приходько. - СПб.: КАРО, 2006. – 112 с.

194. Приходько О.Г. Система ранней комплексной дифференцированной помощи детям с церебральным параличом [Текст]: дисс. на соискание ученой степени доктора педагогических наук / О.Г. Приходько. – М. – 2009.
195. Пулатов А.М. Клиническая неврология (Очерки) / А.М. Пулатов, А.С. Никифоров – Ташкент: Медицина, 1978. – 348 с.
196. Разенкова Ю.А., Варианты заключения логопеда (2-ой, 3-ий год жизни). Дети – сироты: консультирование и диагностика развития / Под ред. Е.Р. Стребелевой. – М.: Полиграф сервис, 1998. – 264 с.
197. Разенкова Ю.А. Выявление проблем в развитии детей раннего возраста [Текст] / Ю.А. Розенкова, Ю.Ю. Коваленко // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2008. – № 2. – с. 54-60.
198. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. М.: Школьная пресса, 2000. – 160 с.
199. Разенкова Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития. М.: Карапуз, 2011. – 144 с.
200. Разенкова Ю.А. Коррекционно-педагогическая работа с детьми первого года жизни группы риска в условиях дома ребенка [Текст]: дисс. на соискание ученой степени кандидата педагогических наук / Разенкова Ю.А. М. – 1997, – 193 с.
201. Расстройство речи у детей и подростков. / Под ред. проф. С.С. Ляпидевского. – М.: 1969. – 288 с.
202. Растворова Л.И., Дунаева З.М. Актуальные проблемы ранней диагностики и коррекции. М.: 2000.
203. Рай Ф.А., Рай Н.А. Матерям маленьких тугоухих детей. М.: Учпедгиз, 1931. – с. 27.
204. Рай Ф.Ф., Рай Ф.А. Методика обучения глухонемых произношению / Пособие для учителей школ глухих и дефектологических факультетов пединститутов. Изд. 4-ое. М.: Учпедгиз, 1959. – 295 с.
205. Розенгард-Пупко Г.Л. Речь и развитие восприятия в раннем возрасте [Текст] / Г.Л. Розенгард-Пупко. - М.: АПН СССР, 1948. – 200 с.
206. Розенгард-Пупко Г.Л. Формирование речи у детей раннего возраста [Текст] / Г.Л. Розенгард-Пупко. - М.: АРМ РСФСР, 1963. – 96 с.
207. Роттер Дж. Социальное обучение и клиническая психология. 1954. – с. 84.
208. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. М.: Учпедгиз, 1957. – 215 с.
209. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. – М.: СПб.: Питер, 2000. – 712 с.
210. Садовский В.Н. Основания общей теории систем. – М. 1974. – 280 с.
211. Селивёрстов В.И. Заикание. М.: Просвещение. – 1979. – 159 с
212. Селивёрстов В.И. Речевые игры с детьми. М.: Владос, 1994. – 344 с.
213. Селивёрстов В.И., Денисова О.А., Кобрина Л.М. Специальная семейная педагогика. М.: Владос, 2009.

214. Семаго Н.Я. Развитие речи ребенка раннего возраста [Текст] / Н.Я. Семаго // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2003. – № 1. – с. 52-59.
215. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.
216. Семёнова К.А. Восстановительное лечение. Вопросы ранней диагностики. // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. – 2001. – № 1. – с. 20-26.
217. Семёнова К.А. Детский церебральный паралич. М.: Медицина, 1968. – 259 с.
218. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. //Избранные произведения. М.: Изд. Академия пед. наук СССР. – 1952. – Т. 1. – с. 61.
219. Симонова Н.В. Характеристика словарного запаса у детей с церебральным параличом // Дефектология. – 1985. – № 3. – с. 67-72.
220. Смирнова О.С. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. – 1994. – № 6.
221. Соботович Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции (дети с нарушением интеллекта и моторной алалией). М.: Классикс стиль, 2003. – 160 с.
222. Современные технологии реабилитации в педиатрии / Под ред. Е.Т. Лильина. М. – 2000. – Т. 2. – 556 с.
223. Спиваковская А.С. Как быть родителями. М.: Педагогика, 1986.
224. Справочник по детской лечебной физкультуре / Под ред. М.И. Фонарева. – Л. – 1983. – 324 с.
225. Стребелева Е.А., Мишина Г.А., Розенкова Ю.А. Психолого-педагогическая диагностика детей раннего и дошкольного возраста / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Просвещение, 2004. – 164 с.
226. Стребелева Е.А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста [Текст]: пособие для учителя-дефектолога: учебное пособие для студентов ВУЗов / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. М.: ВЛАДОС, 2008. – 143 с.
227. Судаков К.В. Рефлекс и функциональная система. – Из-во НовГУ. 1997. – 399 с.
228. Тигранова Л.И. Развитие мышления слабослышащих детей. – дисс. докт. психол. наук. – М. – 1995. – 280 с.
229. Трауготт Н.Н. Как помочь детям, которые плохо говорят [Текст] / Н.Н. Трауготт. – СПб. – 1994. – 21 с.
230. Трауготт Н.Н. к вопросу об организации и методике работы с моторными алаликами // Расстройства речи в детском возрасте. Под ред. М.П. Шкловского. – Петрозаводск. – 1940. – Т. 4. – с 70–103.
231. Ульянкова У.В. Актуальные проблемы развития ребёнка на этапах раннего онтогенеза [Текст]: учебное пособие / У.В. Ульянкова. - Н. Новгород: НГПУ, 2006. – 120 с.

232. Ульянкова У.В. Дети с задержкой психического развития. – Н. Новгород: НГТУ, 1994. – 230 с.
233. Усанов Е.Н. Дети с проблемами психического развития. – М.: НПУ «Коррекция», 1995. – 208 с.
234. Ушакова Т.Н. Речь: истоки и принципы развития. М.: Пер С.Э., 2004. – 256 с.
235. Ушинский К.Д. Избранные пед. сочинения. – М. – 1954. – Т. 2. – 734 с.
236. Фельдштейн Д.И. Психология развития личности в онтогенезе. – М.: Педагогика, 1989. – 206 с.
237. Фильчикова Л.И. Нарушения зрения у детей раннего возраста: диагностика и коррекция. / методич. пособие. М.: Полиграф сервис, 2003. – 176 с.
238. Фогель Ф., Мотульски А. Проблемы и подходы. В 3-х томах. Т. 2. / Перевод с англ канд биол наук А.Т. Имашевой, канд биол наук С.Л. Мехедова, Е.Я. Тетушкина, под ред д-ра биол наук Ю.П. Антухова, В.М. Глидилиса.
239. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. Учебное пособие для учащихся пед. уч-щ. – М.: Просвещение, 1989. – 239 с.
240. Фотекова Т.А. Состояние вербальных и невербальных функций при общем недоразвитии речи, задержке психического развития: нейропсихологический анализ. Дисс. докт. психол. наук, М. – 2003. – 382 с.
241. Фрадкина Ф.И. Возникновение речи у ребенка. Учен. Зап. ЛГПИ им. А.И. Герцена. – 1955. – Т. 12. – с. 396–402.
242. Фрумкина Р.М. Психолингвистика [Текст] / Р.М. Фрумкина. - М.: Академия, 2001. – 320 с.
243. Фрейд А. Теория и практика детского психоанализа. / Норма и патология в детстве. Оценка детского развития. – М. – 1999. – Т. 2.
244. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Азбука, 2015. – 480 с.
245. Фрухт Э.Л. Некоторые особенности развития и поведения детей с перинатальными поражениями нервной системы // Дефектология. – 2003. – № 4 – с. 24-27.
246. Халецкая О.В., Трошин В.М. Минимальная дисфункция мозга в детском возрасте [Текст] / О.В. Халецкая, В.М. Трошин // Журнал неврологии и психиатрии. – 1998. – № 9. – с. 4-8.
247. Халилова Л.Б., Володина А.С. Психолингвистические механизмы речевой деятельности. Норма и речевая патология. М.: Парадигма, 2014. – 152 с.
248. Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: Лингвистика детской речи [Текст] / С.Н. Цейтлин. - СПб.: КАРО, 2006. – 128 с.
249. Чиркина Г.В. Воспитание и обучение детей дошкольного возраста с нарушениями речи // Специальная дошкольная педагогика / Под ред. Е.А. Стребелевой. М.: Академия, 2001.
250. Чиркина Г.В. К проблеме раннего распознания и коррекции отклонений речевого развития у детей // Проблемы младенчества. М.: ИПК РАО, 1999. – с. 148-150.

251. Чиркина Г.В. Проблема диагностики речевых нарушений и профессиональная компетенция логопеда // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии: Материалы научно-практической конференции. – Курск: Изд-во Курского гос. ун-та, 2003. – с. 247-250.
252. Чистович Л.А. Речь, артикуляция и восприятие. – М.: Л.: 1996. – 241 с.
253. Чистович Л.А., Венцов А.В., Гранстрём М.П. Физиология речи. Восприятие речи человеком. Л.: Наука, 1976. – 388 с.
254. Чухин А.И. Понимание речи детьми третьего года жизни в старшей группе яслей [Текст] / А.И. Чухин. – Симферополь. – 1950 – 91 с.
255. Шаховская С.Н., Лалаева Р.И. Логопатопсихология. – М.: Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС, 2011. – 462 с.
256. Швачкин Н.Х. Развитие фонематического восприятия речи в раннем возрасте – Изд. АПН РСФСР, 1948, вып. 13. – с. 101-132.
257. Шереметьева Е.В. Предупреждение отклонений речевого развития у детей раннего возраста. Дисс. канд. пед. наук М.: 2007. – 285 с.
258. Шереметьева Е.В. Диагностика психоречевого развития ребенка раннего возраста. М.: 2013. – 122 с.
259. Шереметьева Е.В. Пропедевтическое воздействие при отклонениях речевого развития в раннем возрасте. // Дефектология. – 2007. – № 2 с. 77-85.
260. Шеррингтон Ч.С. Интегративная деятельность нервной системы. Изд. Наука, Ленинградское отделение, 1969. – 390 с.
261. Шипицина Л.М. Детский аутизм. – СПб.: Международный университет семьи и ребенка им: Р. Валенберга, 1997. – 254 с.
262. Шипицина Л.М. Нейропсихологические аспекты диагностики детей в процессе коррекционно-развивающего обучения // Дефектология. – 1999. – № 5 – с. 3-10.
263. Шиф Ж.И. Усвоение языка и развитие мышления у глухих детей. – М.: «Просвещение», 1965. – 316 с.
264. Шматко Н.Д. Ранняя помощь детям с отклонениями в развитии. Успехи и опасения [Текст] / Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2003. – № 4. – с. 11-17.
265. Шматко Н.Д., Пельмская Т.В. Если мальчи не слышит... [Текст] / Н.Д. Шматко, Т.В. Пельмская. М.: Просвещение, 1995. – 204 с.
266. Шпек О. Люди с умственной отсталостью: Обучение и воспитание / Пер с немецкого. Учебн. Пособие. Изд-во Академия, 2003. – 432 с.
267. Штерн А.С. Перцептивный аспект речевой деятельности. – СПб.: Изд. СПб ун-та, 1992. – 191 с.
268. Штерн В. Психология раннего детства до шестилетнего возраста. – Пг.: 1992. – 280 с.
269. Штрасмайер В. Обучение и развитие ребёнка раннего возраста [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. и сред. пед. заведений / В. Штрасмайер [пер. с нем.] / А.А. Михлина, Н.М. Назаровой. – М.: Академия, 2002. – 240 с.

270. Шумилова Е.А. Формирование внимания как необходимое условие предупреждения задержки речевого развития у детей пред дошкольного возраста [Текст]: дисс. на соискание ученой степени канд. педагогических наук / Е.А. Шумилова - Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург: б.и., 2005. – 188 с.
271. Щерба Л.В. Языковая система и речевая деятельность. - Л.: Наука, 1974 – 428 с.
272. Эйдемиллер Э.Г., Юстицпис В. Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
273. Эльконин Д.Б. Детская психология [Текст]: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / ред. сост. Д.Б. Эльконин. 4-е изд., стер. – М.: Академия, 2007. – 384 с.
274. Юнг К.Г. Психологические типы. 1921.
275. Юрьев В.В., Симаходский А.С., Воронович Н.Н., Хомич М.М., Рост и развитие ребенка / гос. педиатр. мед. акад. каф пропедевтики дет. болезней. – СПб.: СПб ГПМА, 2005. – 195 с.
276. Якобсон Р.О. Звуковые законы детского языка и их место в общей фонологии. // Принципы фонологического анализа языков различного строя. – М.: Наука, 1972. – 115 с.
277. Ямбург Е.А. Педагогический декамерон. М.: Дрофа, 2008.
278. Ayres A. Jean (1970). Sensory Integration and the Child. Western Psychological Services. ISBN 0-87424-437-4.
279. Ayres A. J. (1974). The development of sensory integrative theory and practice: A collection of the works of A. Jean Ayres. Dubuque, IA: Kendall / Hunt.  
Ayres A. J. (1979). Sensory integration and the child. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
280. Doll, Edgar A. Measurement of social competence: a manual for the Vineland social maturity scale / VSMC /. Publisher Minneapolis: Educational Test Bureau, Educational Publishers, 1953. – 702 с.

*Монография*

*Карелина Инна Борисовна*

# **КОМПЛЕКСНАЯ АБИЛИТАЦИЯ НЕГОВОРЯЩИХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

Подписано в печать 06.03.2017. Формат бумаги 60x84/16.

Бумага офсет №1. Гарнитура Times. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 9,75. Тираж 550 экз.

Издательство АНС «СибАК»

630049, г. Новосибирск, Красный проспект, 165, офис 4.

E-mail: [mail@sibac.info](mailto:mail@sibac.info)

Отпечатано в полном соответствии с качеством предоставленного

оригинал-макета в типографии Allprint

630004, г. Новосибирск, Вокзальная магистраль, 3