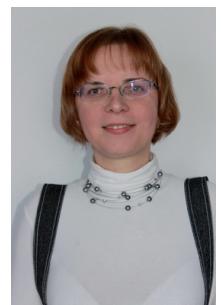


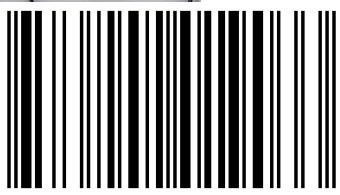


Нарушения речи у детей

В сборнике статей представлен диагностический инструментарий, который необходим в работе учителя-логопеда дошкольного образовательного учреждения (ДОУ). Особое внимание уделено медицинскому аспекту межсистемного взаимодействия речевых нарушений, влиянию эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности, вопросам дифференцированной диагностики речевых нарушений у детей. Представленные материалы будут полезными для воспитателей, практических психологов ДОУ, студентов педагогических вузов.



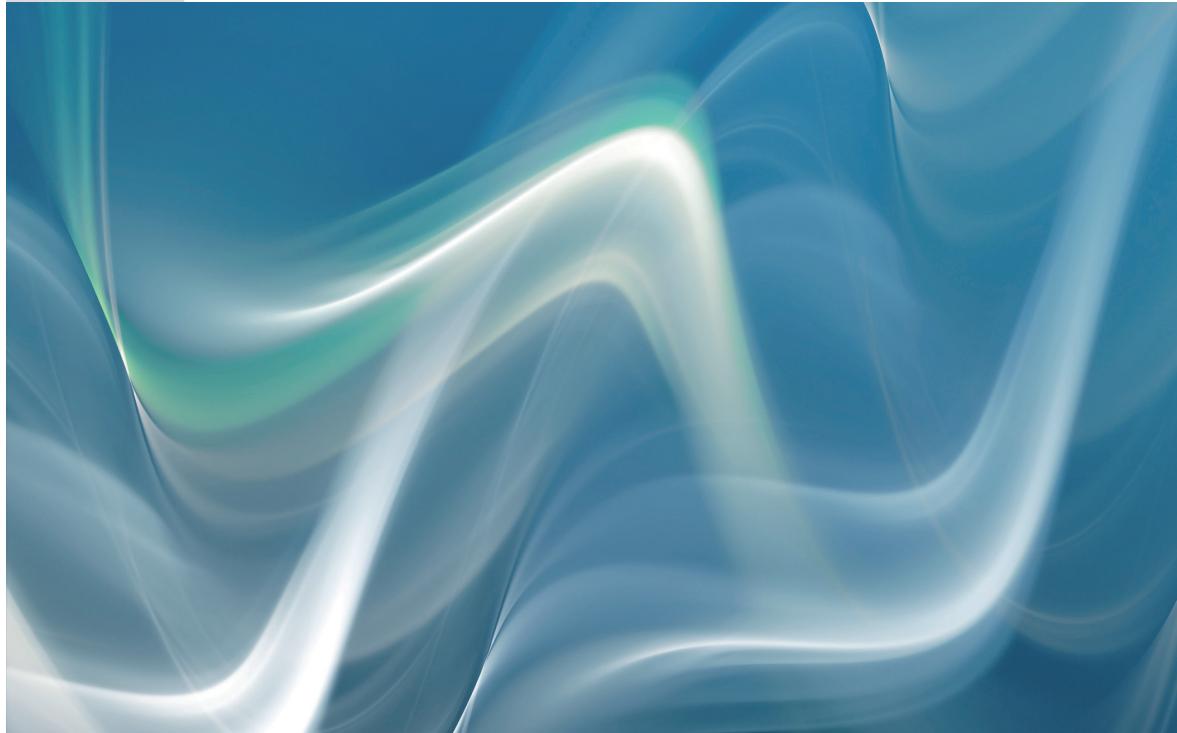
Многолетний практик и перспективный украинский ученый в области специального дошкольного образования; дипломированный учитель-логопед, дипломированный психолог, сертифицированный психотерапевт; доктор философии в области педагогики, старший научный сотрудник



978-620-2-01903-3

Нарушения речи у детей

Рибцун



Юлия Рибцун

Нарушения речи у детей Современный взгляд

Юлия Рибцун

Нарушения речи у детей

Юлия Рибцун

Нарушения речи у детей

Современный взгляд

Drugoe Reshenie

Imprint

Any brand names and product names mentioned in this book are subject to trademark, brand or patent protection and are trademarks or registered trademarks of their respective holders. The use of brand names, product names, common names, trade names, product descriptions etc. even without a particular marking in this work is in no way to be construed to mean that such names may be regarded as unrestricted in respect of trademark and brand protection legislation and could thus be used by anyone.

Cover image: www.ingimage.com

Publisher:

Drugoe Reshenie

is a trademark of

International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing

Group

17 Meldrum Street, Beau Bassin 71504, Mauritius

Printed at: see last page

ISBN: 978-620-2-01903-3

Copyright © Юлия Рибун

Copyright © 2017 International Book Market Service Ltd., member of

OmniScriptum Publishing Group

All rights reserved. Beau Bassin 2017

Оглавление

Список сокращений	2
Медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений	3
Влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности младших дошкольников с ОНР	15
Учет классификаций речевых нарушений в дифференцированной диагностике	27
К вопросу дифференциированной диагностики дислалии и минимальных проявлений дизартрии	32
Разграничение алалий и других речевых и неречевых нарушений	42
К вопросу дифференциированной диагностики заикания	52
Особенности личности и эмоционально-волевой сферы лиц разных возрастных групп с речевыми нарушениями	58
Первичный сбор информации в исследовании состояния сформированности речевой деятельности младших дошкольников с общим недоразвитием речи.....	67
Изучение моторных функций младших дошкольников с ОНР	79
Дифференциированная диагностика когнитивного развития детей четвертого года жизни с общим недоразвитием речи	92
Характеристика фонетико-фонематической составляющей речи детей пятого года жизни с ФФНР.....	131
Обследование лексической стороны импрессивной речи младших дошкольников с ОНР	165

Список сокращений

БДУ – без дополнительных уточнений;
ДОУ – дошкольное образовательное учреждение;
ДЦП – детский церебральный паралич;
ЗПР – задержка психического развития;
ЗРР – задержка речевого развития;
ММД – минимальная мозговая дисфункция;
ОНР – общее недоразвитие речи;
ОРЗ – острые респираторные заболевания;
ПМПК – психолого-медицинско-педагогическая консультация;
ПЭП – перинатальная энцефалопатия;
ФНР – фонетическое недоразвитие речи;
ФФН – фонетико-фонематическое недоразвитие речи;
ЦНС – центральная нервная система;
ЭЭГ – электроэнцефалограмма.

Медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений

Эффективный поиск способов преодоления речевых недостатков зависит в первую очередь от наличия у педагога фундаментальных знаний этиологии и патогенеза нарушений, умения проводить качественную дифференцированную диагностику.

Издавна наличие значительного количества разнообразных речевых нарушений нуждалось в своей классификации. Однако до настоящего времени вопрос классификации остается открытым, что обусловлено еще недостаточно изученными механизмами речи, разными, иногда даже диаметрально противоположными, взглядами ученых на принципы построения той или иной систематизации речевых нарушений.

Кроме психолого-педагогической и клинико-педагогической, существует еще одна, медицинская классификация, которой пользуются не учителя-логопеды, а врачи (невропатологи, психиатры). Но в карточках состояния здоровья и развития ребенка, протоколах заседаний ПМПК, поликлинических справках довольно часто можно увидеть тот или иной шифр – латинскую букву с определенной цифрой.

Педагогу очень важно знать, с каким именно нарушением пришел в группу тот или иной ребенок. Именно поэтому нами с учетом данных нормативного документа при изучении состояния здоровья населения – «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» («International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems») – составлена таблица, в которой отображен медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений (см. табл. 1).

В колонке «Рубрика» указаны медицинские диагнозы, а в колонке «Логопедическое заключение» соответствующие, уже знакомые логопедам-практикам, термины.

Таблица 1

**Медицинский аспект
межсистемного взаимодействия речевых нарушений**

<i>Блок нарушений</i>	<i>Шифр</i>	<i>Рубрика</i>	<i>Логопедическое заключение</i>
Расстройства психологического развития			
специфические расстройства речевого развития	F80.0	специфические расстройства речевой артикуляции (детская форма речи, нарушения артикуляции, нарушения фонологического развития, дислалия ¹)	дислалия, ФНР или ФФНР
	F80.1	расстройства экспрессивной речи (моторная алалия, общее недоразвитие речи I-IV ² уровня, дисфазия и афазия экспрессивного типа)	моторная алалия, ОНР (1-4 уровни речевого развития)
	F80.2	расстройства рецептивной речи (дисфазия и афазия рецептивного типа, невосприятие слов, словесная глухота, сенсорная агнозия, сенсорная афазия, афазия Вернике)	сенсорная алалия, ОНР (1-4 уровни речевого развития)
	F80.3	приобретенная афазия с эпилепсией (синдром	детская афазия

¹ Нами исключен термин «косноязычие» как устаревший и практически не употребляемый.

² Нами добавлен IV уровень ОНР (по Т. Филичевой).

		Ландау-Клефнера)	
	F80.8	другие расстройства речи (сюсюканье, лепетная речь, задержка речевого развития вследствие педагогической запущенности, физиологическая задержка развития речи)	ЗРР
	F80.9	расстройства развития речи неуточненные	неусложненный вариант ОНР (неуточненного генеза)
Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте			
расстройства социального функционирования	F94.0	элективный, избирательный мутизм	элективный мутизм
другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения	F98.5	заикание, запинки, обусловленные психогенными или органическими факторами	заикание
	F98.6	речь взахлеб, тахилалия, полтерн	тахилалия
Врожденные аномалии (нарушения развития), деформации и хромосомные нарушения			
расщепление нёба и других анатомических аномалий	Q35	фиссура (трещина) нёба, расщепление нёба, «волчья пасть»	органическая открытая ринонадия
	Q36	расщепление губы, «заячья губа» (labium leporinum)	органическая врожденная открытая

ротовых структур, принимающих участие в речевом функционировании			ринолалия
	Q37	расщепление нёба и губы, соединение «волчьей пасти» и «заячьей губы»	органическая врожденная открытая ринолалия
Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках			
симптомы и признаки, относящиеся к речи и голосу	R47.0	дисфагия и афазия БДУ	афазия
	R47.1	дизартрия, анартрия, пароксизмальная дизартрия, приступообразные нарушения речи	дизартрия
	R49.0	хриплый голос, дисфония	дисфония
	R49.1	утрата голоса, афония	афония
	R49.2	открытая и закрытая гнусавость	открытая и закрытая ринолалия
	R49.8	другие и неуточненные нарушения голоса	

В целом МКБ-10 можно определить как систему рубрик, в которые включены определенные патологические состояния в соответствии с установленными критериями. В результате десятого, последнего на сегодняшний день, пересмотра была введена алфавитно-цифровая система кодирования, которая заменила цифровую и позволяет расширить рамки классификации и проводить ее дальнейший пересмотр без разрушения целостности цифровой системы.

Шифры относительно речевых нарушений можно увидеть в нескольких классах МКБ-10. В частности, в пятом классе под названием «Психические расстройства и расстройства поведения»

(Mental and behavioural disorders) (шифры F80–F89), большой подрубрикой выделено несколько блоков, в которых упоминаются речевые нарушения. Это блок «Расстройства психологического развития» (шифры F80–F89) (Disorders of psychological development), а также «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте» (шифры F90 – F98) (Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence).

В XVII классе «Врожденные аномалии (нарушения развития), деформации и хромосомные нарушения» (шифры Q00 – Q99) и XVIII классе «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (шифры R00 – R99) также упоминаются те или иные отставания в речевом развитии.

В блоке «Расстройства психологического развития» (F80–F89) выделяют два подраздела: «Специфические расстройства развития речи и языка» (F80) (Specific developmental disorders of speech and language) и «Специфические расстройства развития способностей к обучению» (F81) (Specific developmental disorders of scholastic skills).

Расстройства психологического развития (F80 – F89)

Характерные особенности: 1) обязательно начинаются в раннем или дошкольном детстве; 2) сопровождаются повреждением или задержкой в развитии функций, тесно связанных с биологическим дозреванием ЦНС; 3) протекают постоянно, без ремиссий или рецидивов, с годами имеют тенденцию к прогрессивному уменьшению; 4) включают преимущественно речь, зрительно-пространственные навыки и / или двигательную координацию; 5) отмечаются у мальчиков в несколько раз чаще, чем у девочек.

F80 – специфические расстройства развития языка и речи

Основные характеристики: 1) ранние этапы нарушения речи; 2) отсутствуют сенсорные повреждения (утрата слуха (H90 – H91) и / или умственная отсталость (F70 – F79) (специфическая задержка находится в значительном несоответствии с общим уровнем когнитивного функционирования); 3) речевые нарушения являются стойкими, вне зависимости от изменения условий среды.

Общие диагностические критерии: а) тяжесть (тяжелая / легкая степень нарушения); б) протекание (особенно показательный для детей старшего возраста); в) тип (аномальный / вариант ранней фазы развития); г) сопутствующие проблемы (нарушения эмоционально-волевой сферы и т. п.).

F80.0. Специфические расстройства речевой артикуляции
(Specific speech articulation disorder)

Основные характеристики: 1) нарушения звукопроизношения, не обусловленные субкультуральными условиями; 2) отсутствующие неврологические, умственные и / или сенсорные нарушения; 3) полностью сохранны другие составляющие речевой деятельности.

Диагностические критерии: а) пропуски, искажения, замены звуков; б) непостоянство звукопроизносительных нарушений (в зависимости от звуко- и слогонаполняемости слов); в) невербальный интеллект в пределах нормы.

F80.1. Расстройства экспрессивной речи
(Expressive language disorder)

Основные характеристики: 1) нарушена способность использования активной речи; 2) понимание речи соответствует возрасту; 3) активное использование мимики и жестов; 4) дальнейшее развитие зависит от адекватной речевой среды.

Диагностические критерии: а) отсутствие простых фраз (2-3 слова) к трехлетнему возрасту; б) нарушения звукопроизношения, слоговой структуры, зукоаполняемости слов; в) ограниченный словарный запас, трудности в подборе нужных слов в предложении; г) аграмматизмы (пропуски предлогов, неправильное согласование слов, трудности в построении последовательных связных высказываний); д) присутствуют навыки невербального общения.

F80.2. Расстройства рецептивной речи
(Receptive language disorder)

Основные характеристики: 1) нарушенное понимание речи; 2) недостаточно сформированная экспрессивная речь; 3) отсутствующие психические расстройства (в частности, аутизм (F84.0x, F84.1x), умственные и / или сенсорные нарушения).

Диагностические критерии: а) отсутствие реагирования на слова, обозначающих названия знакомых предметов (ранний возраст);

б) непонимание простых инструкций (с двух лет); в) непонимание сложных лексико-грамматических структур (дошкольный возраст); г) социо-эмоционально-поведенческие наслоения (частые гиперактивность, социальная изоляция, чрезмерная чувствительность и стыдливость).

F80.3. Приобретенная афазия с эпилепсией

(синдром Ландау-Клеффнера)

(Acquired aphasia with epilepsy [Landau-Kleffner])

Основные характеристики: 1) распад уже существующей речи в возрасте 3-7 лет вследствие энцефалитического процесса; 2) начало нарушения сопровождается пароксизмальной патологией на ЭЭГ (практически всегда в области височных долей, преимущественно билатерально) и в большинстве случаев эпилептическими припадками; 3) сохранный интеллект.

Диагностические критерии: а) грубые нарушения понимания речи; б) онемение (тяжелая степень) или нарушения плавности артикуляции (легкая степень); в) утрата модуляций голоса; г) поведенческие и эмоциональные нарушения.

Следующим блоком V класса являются «Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте» (шифры F90 – F98) (Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence), в котором есть два подраздела, касающиеся речевых нарушений, а именно: «Расстройства социального функционирования, начало которых свойственно детскому и подростковому возрасту» (F94) и «Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте» F98) (Other behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence).

Эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте
(F90 – F98)

Основные характеристики: 1) начало – от дошкольного до подросткового возраста; 2) отсутствие психических нарушений; 3) стойкость проявлений.

F94. Расстройства социального функционирования, начало которых свойственно детскому и подростковому возрасту

Основные характеристики: 1) нарушенное социальное функционирование, касающееся только взаимоотношений ребенка с родителями или взрослыми с его непосредственного семейного окружения; 2) неблагоприятная социальная среда.

F94.0. Элективный мутизм

Основные характеристики: 1) эмоционально обусловленная избирательность в разговоре; 2) чаще всего возникает в раннем детстве; 3) отсутствующие психические нарушения (в частности, шизофрения (F20.-), а также транзиторный мутизм как составляющая болезненной разлуки у детей раннего возраста (F93.0); 4) постоянство и длительность во времени.

Диагностические критерии: а) избирательность общения (преобладают контакты только с родными и / или хорошо знакомыми людьми); б) нормальный уровень понимания речи; в) показания лиц, с которыми возможно установление контакта, про наличие речи у ребенка; г) специфические личностные особенности (социальная тревожность, некоммуникабельность, закрытость, чрезмерная чувствительность, негативизм).

F98. Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся преимущественно в детском и подростковом возрасте

Основные характеристики: 1) возникновение в детском возрасте; 2) отсутствие приступов задержки дыхания и расстройств сна; 3) сочетание с психосоциальными проблемами.

К этой группе расстройств относят и такие, которые не имеют прямого отношения к патологии речи, однако довольно часто встречаются у детей, о чем свидетельствуют записи в медицинской документации. Это, в частности, случаи неорганического энуреза (непроизвольного мочевыделения) – F98.5 и энкопреза (непроизвольного отхождения кала) – F98.1, а также нарушения активности и внимания – F90.0 и гиперкинетические расстройства поведения – F90.1.

F98.5. Заикание (Stuttering [stammering])

Основные характеристики: 1) частый или пролонгированный повтор звуков и слогов, нарушающий плавность и ритмичность речи; 2) отсутствие тиков (F95.x); 3) стойкое и длительное нарушение.

Диагностические критерии: а) запинки в речи; б) наличие сопутствующих движений (лица и / или других частей тела).

F98.6 Тахилалия (Cluttering).

Основные характеристики: 1) расстройства плавности речи без повторов; 2) быстрые, резкие всплески нарушения построения фразы.

Диагностические критерии: а) быстрый темп речи; б) дизритмия.

Следует отметить, что, в соответствии с общим приказом Министерства охраны здоровья, Министерства труда и социальной политики, Министерства финансов Украины «Об утверждении Перечня медицинских показаний, дающих право на получение государственной социальной помощи на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет» (№ 454/471/516 от 8.11.2001 г.), заболеваниями и патологическими состояниями, которые дают право на получение государственной социальной помощи, являются:

а) сроком на два года:

– F.07 – расстройства личности и поведения в результате болезни, повреждения и дисфункции головного мозга, что клинически сопровождаются стойкими речевыми нарушениями (алалией, афазией, дизартрией тяжелой степени);

– Q.36 – несращения губы, Q.36.0 – двусторонняя фиссура губы, Q.36.1 – срединная фиссура губы, Q.36.9 – односторонняя фиссура губы, клинически сопровождающаяся наличием дефекта верхней губы со стойким нарушением сосания, питания, носового дыхания, костных тканей;

б) сроком на пять лет:

– Q.38.5 – врожденные аномалии развития нёба, не классифицированные в других рубриках, Q.35.0 – двусторонняя фиссура твердого неба, Q.35.1 – односторонняя фиссура твердого неба, Q.35.2 – двусторонняя фиссура мягкого неба, Q.35.3 – односторонняя фиссура мягкого неба, Q.35.4 – двусторонняя фиссура твердого неба с расщеплением мягкого неба, Q.35.5 – односторонняя фиссура твердого неба с расщеплением мягкого неба, Q.35.6 –

срединная фиссура неба, Q.35.7 – фиссура поднебного язычка, Q.35.8 – двусторонняя фиссура неба, неуточненная, Q.35.9 – односторонняя фиссура неба, неуточненная, клинически сопровождающаяся наличием явного или скрытого дефекта тканей неба со стойкими полными или частичными нарушениями функций глотания, дыхания, речи;

– К.07.1 – аномалии челюстно-черепных соотношений, К.07.4 – аномалия прикуса, неуточненная, К.10.8 – другие уточненные заболевания челюстей, К.10.9 – заболевания челюстей, неуточненные, К.10.0 – нарушения развития челюстей, клинически сопровождающиеся врожденным или неликвидированным уменьшением челюстей трансверсально (поперек) и / или сагиттально (вдоль), гипоплазией (недоразвитие) костной ткани, формированием патологического прикуса со стойкими нарушениями функций глотания, жевания, речи, дыхания;

в) сроком до 16 лет:

– Q.37 – фиссура неба и губы, Q.37.1 – односторонняя фиссура твердого неба и губы, Q.37.2 – фиссура мягкого неба и губы, Q.37.3 – односторонняя фиссура мягкого неба и губы, Q.37.5 – односторонняя фиссура твердого и мягкого неба и губы, Q.37.9 – односторонняя неуточненная фиссура неба и губы, Q.37.0 – односторонняя фиссура твердого и мягкого неба и губы, Q.37.4 – двусторонняя фиссура твердого и мягкого неба и губы, Q.37.8 – двусторонняя фиссура неба и губы, неуточненная, клинически сопровождающаяся наличием дефекта верхней губы и неба со стойкими полными или частичными нарушениями функций сосания, глотания, питания, дыхания, речи.

В целом эта классификация является не совсем полной, неточной в единстве классификационных критериев. Например, показатель артикулирования звуков (F80.0) является необходимым, но не наиболее важным в формировании речи, а в классификации он представлен как отдельный равноправный, а не подчиненный (как должно быть) пункт. Кроме того, как считают авторы документа МКБ-10, язык и речь (speech and language, F80) не являются учебными навыками (scholastic skills, F81), ведь стоят отдельным пунктом, и чтение и письмо в соответствии с этими причинно-следственными связями к языку не относятся. Кроме того, упоминания про открытую

ринолалию находим под шифрами R49.2 и Q35–Q37, однако клинические описания и диагностические критерии их разделения отсутствуют.

До 2015 г. Всемирная организация охраны здоровья (ВООЗ) (World Health Organization) планирует издать новую, одиннадцатую редакцию МКБ-10, целью которой является доскональное изучение любых изменений, возникающих на протяжении срока действия пересмотра, с учетом существующих научных мировых тенденций. Надеемся, что авторы МКБ-11 учтут и данные современной логопедической науки.

Такой медицинский аспект позволяет учитывать межсистемные взаимодействия речевых нарушений, проанализировать каждое из них с целью определения, в какой именно помощи нуждается ребенок с нарушениями речи – только логопедической, психологической или комплексной медико-психологического-педагогической.

Литература:

1. Международный классификатор болезней. Электронная версия [Электронный ресурс] // Режим доступа к изд. : <http://www.mkb10.ru/>
2. Понятийно-терминологический словарь логопеда [текст] / под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – 400 с.
3. Рибцун Ю. В. Дифференциальная диагностика когнитивного развития детей четвертого года жизни с общим недоразвитием речи / Ю. В. Рибцун // Личность в едином образовательном пространстве: организация, содержание и технологии освоения : коллективная монография / науч. ред. К. Л. Крутый, А. И. Павленко, В. В. Пашков. – Запорожье : ООО «Липс ЛТД», 2011. – С. 404–423.
4. Рібцун Ю. В. Характеристика фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ / Ю. В. Рібцун // Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. – Вип. 2. – 2011. – С. 36–53.
5. <http://www.logoped.in.ua/>
6.
<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

У статті розглянуто структуру нормативного документа щодо вивчення стану здоров'я населення – «Міжнародної статистичної класифікації хвороб і проблем, пов'язаних зі здоров'ям» (МКХ-10) – з точки зору логопедичної науки. Автором складена таблиця, де відображені медичний аспект міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень.

Ключові слова: МКХ-10, медичний аспект міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень.

Медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений

В статье рассмотрена структура нормативного документа относительно изучения состояния здоровья населения – «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем» (МКБ-10) – с точки зрения логопедической науки. Автором составлена таблица, где отражено медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений.

Ключевые слова: МКБ-10, медицинский аспект межсистемного взаимодействия речевых нарушений.

Medical aspect of the intersystem interaction of speech disorders

The article describes the structure of normative document in study of population health – the «International statistical Classification of Diseases and problem related to health» (ICD-10) – from the point of speech therapy science. The author made a table-list, where reflected the medical aspect of intersystem interaction of speech disorders.

Keywords: ICD-10 medical aspect of intersystem interaction of speech disorders.

Источник: Рібцун Ю. В. Медичний аспект міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень / Ю. В. Рібцун // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розвитку : наук.-метод. зб. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. – Вип. 3. – Ч. 1. – К. : Педагогічна думка, 2012. – С. 139–144.

Влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности младших дошкольников с ОНР

Грамотно организованное коррекционное обучение и воспитание детей в условиях специального ДОУ требует всестороннего изучения их речевых и неречевых процессов, сенсомоторной сферы, интеллектуального развития, а также личностных качеств и социального окружения. Особенно это касается младших дошкольников с общим недоразвитием речи, ведь такие дети практически не разговаривают, и выяснить возможные причины речевого недоразвития часто бывает чрезвычайно сложно.

Отсутствие в специальной литературе адекватных методов диагностики и коррекции нарушений речевого развития указанной категории детей, соответствующего учебно-методического обеспечения усложняет работу как учителей-логопедов, так и воспитателей. Именно поэтому нами разработана и апробирована методика как диагностической, так и коррекционной работы с младшими дошкольниками с ОНР.

Первичный сбор информации – важный этап исследования состояния сформированности речевой деятельности детей четвертого года жизни с ОНР, а поэтому остановимся на нем более детально, в частности, раскрывая влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности у детей.

Сбор анамнестических данных происходил путем целенаправленных бесед с родителями в форме структурированных интервью, подтвержденных и дополненных медицинскими справками (невропатолога, психиатра, ЛОРа, офтальмолога). Именно это стало важной прогностической частью всего построения обследования и подбора диагностических методик и позволило достаточно полно охарактеризовать пренатальный, натальный и постнатальный периоды развития каждого ребенка.

Анализ индивидуальных карт детей и проведенных бесед позволил выделить наиболее типичные эндогенные и экзогенные

факторы относительно возможных причин возникновения речевого недоразвития дошкольников.

Проведенное исследование позволило разграничить влияние эндогенных факторов в пренатальный и постнатальный периоды развития, а экзогенных – в перинатальный, натальный и постнатальный периоды, что дало возможность определить наиболее типичные факторы, которые осуществляют максимально вредоносное влияние на формирование как ЦНС ребенка в целом, так и его речевого развития в частности, и провести сравнительный анализ с существующими статистическими данными предыдущих лет.

К *эндогенным факторам в перинатальный период* развития мы отнесли: многоплодную беременность, токсикоз (в первой и второй половине беременности), несовместимость резус-факторов матери и плода, групповую иммунологическую несовместимость резус-факторов матери и плода, инфекционные заболевания матери во время беременности (коревая краснуха, вирусный гепатит, эпидпаротит, токсоплазмоз и т. п.), прием матерью лекарственных препаратов (противосудорожных, жаропонижающих, гормональных, антибиотиков), витамина А и кортизона в критические периоды эмбрионального развития (7-8 недель, 3-4 месяца), стрессовые ситуации (психотравмы), нервно-психические заболевания родителей, хронические соматические заболевания родителей (сахарный диабет, заболевания сердца, почек, легких, ожирение), употребление родителями алкоголя, никотина, наркотических веществ, ионизирующее радиоактивное облучение родителей, интоксикации родителей, действие химических производственных и бытовых веществ (ядохимикатов, щелочей, кислот), врожденные дефекты, отклонения от нормы в анатомическом строении тела плода, ПЭП, гипоксии плода.

К *эндогенным факторам в постнатальный период* развития мы отнесли: генетические заболевания ребенка, заболевания нервной системы ребенка, нейроинфекции, дефекты зрения и слуха.

Процентное соотношение эндогенных и экзогенных факторов по степени влияния на перинатальное, натальное и постнатальное развитие представлено в таблицах 1 и 2.

Проанализируем влияние эндогенных факторов в перинатальный период развития, расположив их по величине процентных значений количественных показателей.

Таблица 1

Влияние эндогенных факторов на развитие ребенка (в %)

<i>Факторы в перинатальный период развития</i>	<i>%</i>	
Многоплодная беременность	4,0	
Токсикоз	в первой половине беременности – 16,0	во второй половине беременности – 32,0
Резус-фактор или групповая иммунологическая несовместимость крови	8,0	
Инфекционные заболевания матери во время беременности	12,0	
Прием матерью лекарственных препаратов	36,0	
Стрессовые ситуации	8,0	
Нервно-психические заболевания родителей	4,0	
Хронические соматические заболевания родителей	16,0	
Употребление родителями алкоголя, никотина, наркотических веществ	12,0	
Ионизирующее радиоактивное облучение родителей	4,0	
Интоксикации родителей, действие химических производственных и бытовых веществ	4,0	
Врожденные дефекты, отклонения от нормы в	8,0	

анатомическом строении тела плода	
ПЭП	68,0
Гипоксии	64,0
<i>Факторы в постнатальный период развития</i>	%
Генетические заболевания	8,0
Заболевания нервной системы ребенка, нейроинфекции	64,0
Дефекты зрения и слуха	12,0

Наивысший показатель – 68,0% – отмечался наличием у детей перинатальной энцефалопатии – значительной группы поражений головного мозга, которые фиксируются на 28-ой неделе беременности и имеют различные причины возникновения. У детей с ПЭП часто возникают внутричерепные кровоизлияния, обусловленные слабостью стенок сосудов.

Более низкий показатель – 64,0% – был зафиксирован в виде гипоксии плода, или так называемого кислородного голодания, которое проявляется снижением количества кислорода в организме и отдельных тканях или органах, что приводит к грубым метаболическим нарушениям в организме.

Третье место среди особенно многочисленных факторов принадлежит приему матерью лекарственных препаратов в критические периоды эмбрионального развития и составляет 36,0% общего количества интервьюеров. Проведенные беседы с матерями младших дошкольников с ОНР позволили составить ориентировочный перечень препаратов, которые даже при применении на протяжении короткого промежутка времени, имели негативное влияние на формирование плода, а именно: антиметаболиты (аминоптерин, β -меркаптопурин), алкирующие соединения (допан, циклосфан, тиосфамид), антираковые антибиотики (актиномицин, сарколизин), антидиабетические сульфаниламидные препараты (бутамид); гормональные препараты тестостерона и его производных (прегнин), тиреостатические препараты группы тиоурацила (метилтиоурацил), антикоагулянты непрямого действия (дикумарин, пелентан), противосудорожные препараты, антидепрессанты и транквилизаторы.

Следует отметить, что антибиотики, а особенно тетрациклин – вызывает аномалии развития эмбриона и обуславливает замедление роста плода, поражение зачатков молочных зубов, левомицетин – негативно влияет на органы кровообразования, ототоксические антибиотики, в частности стрептомицин и гентомицин, – вызывают дистрофию слухового нерва с развитием врожденной глухоты; антикоагулянты непрямого действия, в частности дикумарин и пелентан, – быстро проникая через плаценту, могут вызывать у плода кровоизлияние в мягкие мозговые оболочки и внутренние органы; противосудорожные препараты, в частности карбамазепин и фенитоин, – нарушают развитие плода и приводят к аномалиям скелета; антидепрессанты (имизирн, амитриптилин) и транквилизаторы (сибазон, мепротан) – вызывают значительную интоксикацию плода. Такие данные подтверждаются и исследованиями Л. Бадаляна, Е. Жуковой, Н. Хватцева и др.

Более низкие показатели имеет фактор наличия у будущих матерей токсикозов, которые могут возникать как в первой половине беременности и характеризоваться наличием слюнотечения, тошноты и рвоты (ранние токсикозы – 16,0%), так и во второй половине беременности и проявляться в рвоте, обезвоживании и резкой потере веса (водянка, эклампсия, нефропатия – 32,0%), причем водянка характеризуется появлением отеков ног, внешних половых органов и живота, эклампсия – судорогами мышц всего тела и возможной потерей сознания, а нефропатия – появлением отеков, повышением артериального давления и наличием белка в моче из-за нарушения обмена веществ и непосредственно функций почек.

Угроза прерывания беременности в первом триместре, а также во время всего периода эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев беременности, очень часто приводит к задержке дозревания ЦНС, нарушениям миелинизации ее структур, что вызывает затрудненное формирование межнейральных связей мозга.

Хронические соматические заболевания родителей наблюдались у 16,0%. Однаковые показатели – 12,0% – составили факторы употребления родителями алкоголя, никотина, наркотических веществ и инфекционные заболевания матери во время беременности. При

этом нарушения маточно-плацентарного кровообращения значительно замедляют темп созревания плода.

Важным фактором для полноценного формирования плода является также совместимость резус-факторов и групповая иммунологическая совместимость крови матери и плода. В целом принадлежность человека к той или иной резус-группе является индивидуальной биологической особенностью, которая не влияет на состояние его здоровья, однако несовместимость по резус-фактору во время беременности может вызвать резус-конфликт, при котором резус или групповые антитела, проникая через плаценту, вызывают распад эритроцитов плода (гемолиз), что приводит к выделению с эритроцитов токсического для ЦНС вещества – так называемого непрямого желтого пигmenta билирубина. Именно его влияние вызывает поражение подкорковых отделов мозга, что приводит к специфическим нарушениям речи и слуха. По этой причине достаточно часто дети рождаются недоношенными, с признаками желтухи. Показатели резус-фактора и групповой иммунологической несовместимости крови составили 8,0%.

Аналогичный количественный показатель – 8,0% – имели стрессовые ситуации (психотравмы), а также врожденные дефекты и отклонения от нормы в анатомическом строении тела плода. Одинаковые количественные показатели – 4,0% – имели также многоплодная беременность, нервно-психические заболевания родителей, действия химических производственных и бытовых веществ, ионизирующее радиоактивное облучение родителей.

Следует отметить, что в условиях влияния повышенного фона радиации на ранних сроках беременности в большинстве случаев наблюдаются расстройства ЦНС, нарушения органов слуха, зрения и кроветворной системы, ведь плод имеет чрезвычайно высокую чувствительность к действию ионизирующего облучения.

Проанализируем влияние экзогенных факторов в постнатальный период развития, распределив их по величине процентных соотношений количественных показателей.

Таблица 2

Влияние экзогенных факторов на развитие ребенка (в %)

<i>Факторы в перинатальный период развития</i>	<i>%</i>		
возраст	до 20 лет – 24,0	после 30 – 24,0	после 40 – 4,0
от какой беременности ребенок	1-ой – 76,0%	2-ой – 16,0	3-ей – 4,0
<i>Факторы в натальный период развития</i>	<i>%</i>		
роды	досрочные – 8,0	стремительные – 20,0	обезвоженные – 12,0
стимуляция	механическая – 16,0	химическая – 12,0	электростимуляция – 8,0
родовые травмы	16,0		
асфиксии	52,0		
<i>Факторы в постнатальный период развития</i>	<i>%</i>		
инфекционные заболевания	ОРЗ – 68,0	ветряная оспа – 20,0	коревая краснуха – 8,0
соматические заболевания	48,0		
языковая среда	одноязычная – 20,0	двухязычная – 16,0	суржик языков – 60,0
психосоциальная депривация	12,0		

Инфекционные заболевания нервной системы занимают ведущее место в клинике детской неврологии, ведь в инфекционный процесс могут вовлекаться все отделы центральной (энцефалит,

миелит), периферической (ганглионит, фуникулит) и вегетативной нервной системы (неврит, плексит), оболочки (лептоменингит) и сосуды мозга (васкулиты). В клинической картине нейроинфекционных заболеваний преобладает раннее развитие отека мозга, явления которого опережают возникновение очаговой симптоматики. Заболевания нервной системы ребенка и нейроинфекции встречались в 64,0%, что свидетельствовало о наличии у детей невропатической конституции, т. е. повышенной нервно-психической возбудимости.

Дефекты зрения и слуха составили 12,0%, генетические заболевания, как предпосылки речевой патологии, составили 8,0%. Выявленные данные дали основание сразу же исключить таких детей со списка диагностируемых.

Экзогенные факторы сравнительно с эндогенными являются более разнообразными и имеют высокие показатели.

К экзогенным факторам в перинatalный период развития мы отнесли: возраст родителей (до 20 лет, после 30 и после 40 лет), от какой беременности ребенок (первой, второй, третьей).

Как показали данные исследования, процент детей от первой беременности составил 76,0%, от второй – 16,0%, от третьей – 4,0%. Возраст родителей до 20 и после 30 лет составил 24,0%, после 40 лет – 4,0%.

К экзогенным факторам в натальный период развития мы отнесли: роды (досрочные, стремительные, обезвоженные, кесарево сечение), стимуляция (механическая, химическая, электростимуляция), родовые травмы, асфиксии.

Проанализируем влияние экзогенных факторов в натальный период развития, распределив их по величине процентных значений количественных показателей.

Наивысший процент (52,0%) составили случаи асфиксии – нарушения сердечной деятельности ребенка вследствие отсутствия или нерегулярности дыхания из-за обвития пуповиной. В результате асфиксии происходит накопление кислых продуктов обмена, развивается ишемия, нарушается мозговое кровообращение.

Стремительные роды и кесарево сечение наблюдались в 20,0%, обезвоженные роды – в 12,0%, досрочные роды – в 8,0%. В результате

затяжных родов, преждевременного отхождения вод, слабости родовой деятельности у новорожденных наблюдаются мелкие многочисленные кровоизлияния. Узкий таз роженицы, большой плод, неправильное (тазовое или поперечное) расположение плода требует дополнительной стимуляции. Случаи механической стимуляции составили 16,0%, химической – 12,0%, электростимуляции – 8,0%.

Родовые травмы – неоднородные по этиологии и разнообразные по клиническим проявлениям изменения ЦНС – составили 16,0%. К внутричерепным родовым травмам относят кровоизлияния в вещества мозга и его оболочки, а также другие расстройства мозгового кровообращения, что вызывает структурные изменения нервной системы. Кровоизлияния приводят к гибели нервных клеток, охватывая и речевые зоны коры головного мозга, что приводит к таким речевым нарушениям коркового генеза, как алалия. В раннем возрасте (особенно 14-18 мес.) любые, даже незначительные факторы, а тем более родовая травма, могут отражаться на развитии речи ребенка, т. к. именно в этот период происходит наиболее интенсивное развитие корковых речевых зон, в т. ч. зоны Брука. При локализации поражения мозга в области структур, обеспечивающих речедвигательный механизм речи, возникают преимущественно такие нарушения звукопроизносительной стороны, как дизартрия.

К экзогенным факторам в постнатальный период развития мы отнесли: инфекционные заболевания ребенка (ОРЗ, скарлатина, ветряная оспа, эпидпаротит, коревая краснуха), соматические заболевания ребенка, языковую среду (одно-, двуязычная, суржик языков, дефицит речевого общения), психосоциальную депривацию.

Проанализируем влияние экзогенных факторов в постнатальный период развития, распределив их по величине процентных соотношений количественных показателей.

Преимущественное большинство обследуемых детей имели минимальные органические повреждения мозга – так называемую минимальную мозговую дисфункцию – особый вид психического дизонтогенеза, в основе которого лежит возрастная незрелость отдельных высших корковых функций, что проявляется в комплексе речевых, моторных и поведенческих нарушений (Л. Катаргина, О. Парамей, Д. Хватова и др.).

Соматические (48,0%) и инфекционные заболевания ребенка (ОРЗ – 68,0%, ветряная оспа – 20,0%, отит – 12,0%, скарлатина – 8,0%, коревая краснуха – 8,0%, эпидпаротит – 4,0%) привели к еще большему отставанию в формировании психических функций и речи.

Развитие речевой деятельности определяется степенью зрелости ЦНС и в значительной степени зависит от особенностей взаимодействия ребенка с внешним миром. На значимость социальной ситуации развития, т. е. связь психического развития с влиянием окружающей среды, неоднократно указывал Л. Выготский, ведь языковая среда общения, в которой находится ребенок, значительно влияет на формирование его речевой функции. Как показали результаты нашего исследования, одноязычная среда составила только 20,0%, двуязычная – 16,0%, суржик языков – 60,0%, дефицит речевого общения наблюдался в 48,0% случаев. Следует отметить, что у 12,0% наблюдалась психосоциальная депривация, которая проявлялась в отсутствии или недостаточности вербальных, эмоциональных контактов ребенка с ровесниками и взрослыми.

Большое значение для определения состояния речевого развития ребенка на момент обследования имели также такие сведения:

- когда именно появились в речи ребенка гуление, лепет, отдельные слова;
- как пополнялся словарный запас;
- в каком возрасте появилась фразовая речь;
- не прерывалось ли речевое развитие – если прерывалось, то в каком возрасте, по какой причине, как долго отсутствовала речь, достиг ли ребенок стартового уровня;
- какое внимание уделялось развитию речи со стороны взрослых – форсировалось ли или протекало стихийно;
- речевое окружение ребенка – наличие в семье двуязычия, диалектной лексики, искаженного произношения.

Как показали результаты исследования, речевое развитие преимущественного большинства детей происходило со значительным опозданием: гуление появилось только после 8 мес., лепет – после года, первые слова – после двух лет, обогащение словарного запаса осуществлялось медленно и преимущественно на уровне импрессивной речи, фразовая речь указанной категории детей

не сформирована вообще или состоит из отдельных, грамматически не связанных между собой слов. Речевое развитие прерывалось у 16,0% детей вследствие сильных психотравм (хирургические вмешательства, переезды, испуг), в результате которых только 4,0% дошкольников достигли стартового уровня. Заметное влияние языковой среды в семье: речевое развитие форсировалось у 8,0% – это привело к запинкам в речи; протекало стихийно у 44,0% – при условиях неполной или многодетной семьи, употребления родителями алкоголя; у 48,0% – сочетания украинского и русского, русского и арабского, суржика языков, полного непонимания украинского языка.

Как показали данные сравнительного анализа, если в 80-ые гг. ХХ в. самыми распространенными причинами речевых нарушений были генетические факторы и родовые травмы (Н. Жукова, Е. Мастиюкова, Т. Филичева и др.), то в последнее время прослеживается тенденция к увеличению появления токсикозов во второй половине беременности, а также гипоксий и асфиксий.

Итак, нам было чрезвычайно важно выделить и разграничить возможные причины речевого недоразвития у дошкольников, т. е. выяснить то негативное влияние одного или группы внутренних и внешних факторов, которые определяют специфику речевого нарушения, определить время, характер, локализацию поражения, а это, в свою очередь, дало возможность разграничить первичные речевые нарушения, связанные с поражением или дисфункцией речевых механизмов, от вторичных, которые наблюдаются у детей с ЗПР, умственной отсталостью, сенсорными дефектами или заболеваниями ЦНС.

Литература:

1. Жукова Н. С. Отклонения в развитии детской речи : учеб. пособие для студентов дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений и логопедов / Н. С. Жукова. – М. : Энергомаш, 1994. – 128 с.
2. Жукова Н. С. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников : кн. для логопеда / Н. С. Жукова, Е. М. Мастиюкова, Т. Б. Филичева. – Екатеринбург : АРД ЛТД, 1998. – 320 с.
3. Хватцев М. Е. Логопедическая работа с детьми дошкольного возраста : пособие для студентов пед. ин-тов, методистов и

воспитателей дет. садов / М. Е. Хватцев. – Изд. 2-е, испр. и доп. – М. : Учпедгиз, 1961. – 207 с.

4. Чайченко Г. М. Фізіологія людини і тварин : підручник / Г. М. Чайченко, В. О. Цибенко, В. Д. Сокур. – К. : Вища школа, 2003. – 463 с.

5. Чрелашвили Н. В. Психологическая природа возникновения речи в онтогенезе : автореф. дис. на соискание науч. степени канд. пед. наук (по психологии) / Н. В. Чрелашвили. – Тбилиси, 1966. – 34 с.

6.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3cbe84/>

У статті розкривається вплив ендогенних та екзогенних факторів на становлення мовленнєвої діяльності молодших дошкільників із ЗНМ.

Ключові слова: ендогенні, екзогенні фактори, мовленнєва діяльність, загальний недорозвиток мовлення.

Влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности младших дошкольников с общим недоразвитием речи

В статье рассматривается влияние эндогенных и экзогенных факторов на становление речевой деятельности младших дошкольников с общим недоразвитием речи.

Ключевые слова: эндогенные, экзогенные факторы, речевая деятельность, общее недоразвитие речи.

Источник: Рібцун Ю. В. Вплив ендогенних та екзогенних факторів на становлення мовленнєвої діяльності молодших дошкільників із ЗНМ [Електронний ресурс] / Юлія Рібцун // Народна освіта. – 2010. – Вип. № 2 (11). – Режим доступу до вид. : www.kristti.com.ua.

Учет классификаций речевых нарушений в дифференцированной диагностике

Разработка методик дифференцированной диагностики была и остается чрезвычайно важной, ведь именно педагогическая диагностика помогает наиболее полно выявить причины речевых нарушений, наметить вероятностный прогноз относительно специфики обучения детей с нарушениями речи, его оптимизации, определить условия для организации планомерного коррекционно-развивающего образовательного процесса.

В современной науке проблемы дифференцированной диагностики и коррекции речевых нарушений рассматриваются в нескольких аспектах: клиническом (или неврологическом), нейропсихологическом, психолингвистическом, лингвистическом и психолого-педагогическом.

Основными задачами диагностической работы учителя-логопеда ДОУ является:

- определение наличия пробелов в развитии устной речи дошкольников;
- определение структуры речевого дефекта;
- формулировка логопедического заключения;
- составление индивидуальных программ коррекционно-развивающей работы.

От своевременной квалифицированной диагностики зависит содержательное наполнение индивидуальной программы коррекционного влияния, а это, в свою очередь, способствует результативности логопедической работы в целом. Именно поэтому при проведении диагностического обследования следует учитывать такие *основные принципы анализа речевых нарушений*:

- принцип развития предусматривает не только последовательность формирования речевых функций и видов речи (номинативной, коммуникативной, ситуативной, контекстной, внешней и внутренней), а и последовательность формирования ее отдельных структурных уровней (фонетического, лексического, грамматического) в обычном онтогенезе;

– принцип системного подхода к анализу речевых нарушений подчеркивает, что речь представляет собой многоуровневую функциональную систему, составляющие которой взаимосвязаны между собой;

– принцип речевых нарушений во взаимосвязи с развитием ведущих форм деятельности и других сторон психического развития свидетельствует о том, что речевая деятельность тесно связана с развитием психомоторики и значительно активнее развивается с помощью предметно-практической, изобразительной, конструктивной и игровой деятельности.

Логопедическое обследование невозможно без знаний существующих классификаций речевых нарушений, и хотя их истоки достигают 70-х гг. XIX в., однако и на сегодняшний день этот вопрос остается актуальным и требует унификации своего решения.

Фундаментальным исследователем проблем детской логопедии была Роза Евгеньевна Левина – профессор, доктор педагогических наук. Именно она разработала две классификации речевых нарушений, которыми учителя-логопеды пользуются и до сих пор – психолого-педагогическую и клинико-педагогическую.

Самой распространенной является *психолого-педагогическая (педагогическая) классификация* речевых нарушений:

- 1) нарушения средств общения – ФФН и ОНР;
- 2) нарушения в использовании средств общения – заикание.

Указанная классификация разработана с учетом основных компонентов речевой системы: фонетико-фонетического, лексико-грамматического и связной речи. Общие проявления нарушения детализируются в конкретных особенностях речевой деятельности, выявление которых помогает учителю-логопеду сделать правильное заключение и наметить эффективные пути коррекционно-развивающей работы.

Известной является также *клинико-педагогическая (клиническая) классификация*:

1) нарушения устной речи: а) расстройства фонационного оформления высказывания (дисфония, брадилалия, тахилалия, заикание, дислалия, ринолалия, дизартрия); б) нарушения структурно-семантического оформления высказывания (алалия и афазия);

2) нарушения письменной речи (дислексия и дисграфия).

Благодаря клинико-педагогической классификации можно определить:

– механизм и форму речевого нарушения (описать, что именно стало причиной его возникновения – например, дефект речедвигательного аппарата при механической дислалии);

– структуру дефекта речевой деятельности (определить первичность или вторичность нарушения речи – например, моторная алалия при умственной отсталости будет выступать вторичным нарушением);

– состояние речевых и неречевых психических функций (например, палатализация, нарушение психомоторики и оптико-пространственных представлений у детей со стертым формой дизартрии).

Проблема классификации до сих пор не решена, поэтому учителя-логопеды в речевых картах представляют многоуровневое логопедическое заключение, соединяя медицинский, педагогический, психологический аспекты каждой классификации.

Так, например, логопедическое заключение может выглядеть следующим образом:

– функциональная дислалия, ФНР: полиморфное нарушение – отсутствие сонорных согласных, призубный сигматизм шипящих звуков; недоразвитие мимической и артикуляционной моторики;

– артикуляторно-фонематическая дислалия, ФФН: нарушение фонематического восприятия на перцептивном уровне, полиморфное нарушение звукопроизношения – губно-зубной сигматизм свистящих и шипящих звуков, ламбдализм, параптозизм ([р] – [й]); нарушения слухового внимания и памяти, пальчиковой и мимической моторики;

– органическая открытая врожденная ринолалия, ОНР (2 уровень речевого развития): в лексико-грамматической составляющей – многочисленные экспрессивные и импрессивные аграмматизмы, лепетная речь; в фонетико-фонематической составляющей – полиморфные нарушения – отсутствие шипящих звуков, соноров, замена заднеязычных переднеязычными, выраженная назализация, нарушения слухо-произносительной дифференциации

фонем; нарушения моторной функции, внимания и памяти в зрительной и слуховой модальностях;

– моторная афферентная (кинестетическая) алалия, ОНР (1 уровень речевого развития) – полное отсутствие фразовой речи, отдельные звукоподражания, речевой негативизм, нарушения психомоторики, оптико-пространственных ориентировок, невербального интеллекта, повышенная истощаемость в общении и игровой деятельности.

Таким образом, эффективный поиск преодоления речевых нарушений зависит, прежде всего, от наличия у педагога фундаментальных знаний этиологии и патогенеза нарушений, умения проводить качественную дифференцированную диагностику.

Література:

1. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 1968. – 367 с.

2. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії / Ю. В. Рібцун // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова : зб. наук. пр. – № 21. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – С. 226–230. – (Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія).

3. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики заїкання / Ю. В. Рібцун // Педагогіка та психологія: традиції та інновації : матер. наук.-практ. конф., 17–18 лют. 2012 р., м. Харків. – Х. : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2012. – С. 40–41.

4. Рібцун Ю. В. Розмежування алалій та інших мовленнєвих і немовленнєвих порушень [Електронний ресурс] / Юлія Рібцун // Народна освіта. – 2012. – Вип. № 3 (18). – Режим доступу до вид. : www.kristti.com.ua.

5. <http://www.logoped.in.ua/>

6.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

У статті окреслюються основні завдання діагностичної роботи вчителя-логопеда, розглядаються принципи аналізу мовленнєвих порушень, класифікації мовленнєвих вад у психолого-педагогічному,

клініко-педагогічному та медичному аспектах. Особлива увага приділяється медичному аспекту міжсистемної взаємодії мовленнєвих порушень як необхідної складової диференційної діагностики вчителя-логопеда.

Ключові слова: диференційна діагностика, класифікація мовленнєвих порушень, учитель-логопед.

Использование классификации речевых нарушений в дифференцированной диагностике

В статье определены основные задачи диагностической работы учителя-логопеда, рассмотрены принципы анализа дефектов речи, классификации речевых нарушений в психолого-педагогическом, клинико-педагогическом и медицинском аспектах. Особое внимание удалено медицинскому аспекту межсистемного взаимодействия речевых нарушений как необходимой составляющей дифференцированной диагностики учителя-логопеда.

Ключевые слова: дифференцированная диагностика, классификация речевых нарушений, учитель-логопед.

Using classification of speech disorders in differential diagnostic of speech teacher-therapist

The article identified main the keys for diagnostic work speech teacher-therapist, inspected the principles of analysis of speech disorders, speech disorders classification in the psycho-pedagogical, clinical-educational and medical aspects. Particular attention is paid to the medical aspect of the intersystem interaction of speech disorders as a necessary component of the differential diagnostic of speech teacher-therapist.

Keywords: differential diagnostic, speech disorders, speech teacher-therapist.

Істочник: Рібцун Ю. В. Урахування класифікацій мовленнєвих порушень у диференційній діагностиці / Ю. В. Рібцун // Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. – Вип. 3. – 2012. – С. 51–58

К вопросу дифференцированной диагностики дислалии и минимальных проявлений дизартрии

Формирование речевой компетентности, в частности правильного произношения, является одной из наиболее важных составляющих гармоничного развития личности ребенка. Чаще всего у дошкольников встречается недостаточная сформированность фонетической компетентности. Практика логопедической работы свидетельствует, что достаточно часто у детей встречаются такие нарушения звукопроизносительной составляющей речи, которые по своим внешним проявлениям напоминают дислалию, однако имеют более длительную и сложную динамику преодоления. Чтобы логокоррекция была наиболее эффективной, педагогу нужно уметь четко разграничивать речевые нарушения, а для этого знать определение логопедических заключений и симптоматику каждого из них, уметь выделить четкие критерии оценки.

Если у преимущественного большинства детей звукопроизношение до 4-5 лет достигает языковой нормы, то у некоторых дошкольников из-за индивидуальных, социальных и патологических особенностей развития несовершенство звукопроизношения не исчезает, а приобретает характер стойкого дефекта в форме дислалии. Дислалия (от греч. *dis* – частичное расстройство, *lalio* – речь) – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранный иннервации речевого аппарата [1, С. 134]. Дислалия характеризуется наличием выборочных нарушений в фонемном оформлении звукопроизносительной составляющей речи при нормальном функционировании всех других операций высказывания (Е. Гопиченко, М. Зеeman, М. Савченко, М. Фомичева и др.).

Часто на фоне органического поражения ЦНС в результате влияния разных неблагоприятных факторов на мозг ребенка во внутреннеутробном и / или раннем периоде развития возникают такие нарушения артикуляции и фонации, которые затрудняют формирование членораздельной связной речи, а в дальнейшем могут привести к возникновению вторичных наслоений, что еще больше усложнит структуру речевого дефекта. При таких условиях

возникают расстройства артикуляции звуков, нарушения голосообразования, смена темпа, ритма и интонации речи, что можно назвать дизартрией.

Дизартрия (от греч. *dis* – частичное расстройство, *arthroo* – разделение) – нарушение звукопроизносительной составляющей речи, которое обусловлено недостаточностью иннервации речевого аппарата [1, С. 130]. При дизартрии облигатно (от итал. *obligato* – обязательный) искажается реализация двигательной программы в результате несформированности операций внешнего оформления высказываний: голосовых, темпо-ритмических, артикуляционно-фонетических и просодических нарушений, степень которых обусловлена характером и тяжестью поражения ЦНС (Е. Архипова, Л. Мелехова, М. Палмер и др.). Наиболее легкие дизартрические проявления называют стертыми.

Впервые термин «стертая дизартрия» был предложен в 1969 г. О. Токаревой, которая рассматривала указанное речевое нарушение как легкие (т. е. стертые) проявления псевдобульбарной дизартрии в виде нечеткости артикуляции во время речи. В последнее время в современных логопедических исследованиях все чаще фигурирует понятие не «стертая дизартрия», а «минимальные проявления дизартрии», которые, кроме стойких нарушений звукопроизношения, характеризуются также темпо-ритмической дезорганизацией устной речи (Л. Белякова, Н. Волоскова, Т. Мойсеенко, О. Приходько, Л. Сербина и др.).

Проблемы дифференцированной диагностики стертых форм дизартрии освещались в исследованиях Л. Лопатиной, И. Панченко, М. Пovalяевой, Н. Серебряковой, Е. Соботович, Е. Чернопольской и др. С целью выявления минимальных проявлений дизартрии используют функциональные пробы (М. Эйдинова, Е. Мастьюкова, О. Правдина и др.), в первой из которых ребенка просят открыть рот, высунуть язык вперед и удерживать его неподвижно по средней линии, одновременно следя глазами за предметом, перемещаемым учителем-логопедом со стороны в сторону. Результаты пробы свидетельствуют о дизартрии, если в момент движения глаз наблюдается некоторое отклонение языка в сторону перемещаемого предмета.

Вторая функциональная проба предусматривает выполнение ребенком артикуляционных упражнений, во время которых руки учителя-логопеда находятся на шее ребенка. Дизартрическими проявлениями является забрасывание ребенком головы или напряжение шейной мускулатуры во время выполнения им наиболее тонких дифференцированных движений языком.

С целью облегчения разграничения дислалии от минимальных проявлений дизартрии нами в виде сравнительной таблицы (см. табл. 1) были выделены и кратко охарактеризованы основные диагностические критерии указанных речевых нарушений.

Таблица 1

Дифференциированная диагностика дислалии и минимальных проявлений дизартрии

Диагностические критерии		Логопедическое заключение	
		дислалия	стертая форма дизартрии
Анамнестические данные	беременность и роды	в норме	усложненные
	крик	звонкий, длительный	часто глухой, короткий, с ограниченным интонированием
	органическое поражение ЦНС	отсутствует	присутствует в виде очаговой микросимптоматики
	неврологическая симптоматика		присутствует в виде асимметрии лица, органов речедвигательного аппарата, в частности языка и мягкого неба, сглаженности носогубных складок; незначительные девиации языка, разное раскрытие глазных щелей; вследствие

			пареза губ рот в покое полуоткрыт
	мышечный тонус	изменения тонуса отсутствуют	изменен по паретичному типу со значительной выраженностью как в артикуляционной и мимической мускулатуре, так и в мускулатуре рук
	саливация	глотание слюны автоматизируется в процессе развития речи	во время речи слюна накапливается во рту и вытекает с его уголков; утруднена автоматизация глотания слюны
	вегетативные нарушения	частые, в виде гипергидроза (повышенного потоотделения) кожи ладоней и стоп, красного дермографизма кожи, симптома Хвостека (быстрое сокращение мимических мышц)	яркая выраженность в виде значительного гипергидроза конечностей, смена их цвета и температуры
Раннее речевое развитие	гуление, лепет	недостаточно интонированные	интонированные
	ЗРР	отсутствует	присутствует: первые слова появляются в 1,5-2 г., фразовая речь – в 2-3 г.
	общая характеристика	в норме; высокая пластичность и	несколько замедленный темп развития; точность

		координированность	движений снижена, недостаточное ощущение ритма; статическая и динамическая диспраксия
	динамический праксис	сохранный	нарушен; замедленное переключение с одного движения на другое
	общая моторика	без патологии, сухожильные рефлексы равномерные	ярко выражена неуклюжесть
	артикуляционные движения	могут быть сохранными или затрудненными вследствие органических дефектов периферического речевого аппарата	неточные; язык постоянно хаотично двигается, будто не может найти нужного положения, частая смена его конфигурации, трудности удержания артикуляционной позы, девиации языка; корень языка напряжен, кончик выражен недостаточно; при открытии рта язык неспокойный, слегка оттягивается назад, при необходимости в движении язык становится узким и длинным или вялым и неповоротливым в движении; ограничение объема наиболее тонких и дифференцированных движений; наблюдается

			патология реципрокной иннервации (например, при несколько повышенном тонусе мышц корня языка может отмечаться одностороннее снижение тонуса его боковой стороны или кончика)
	синкинезии	отсутствуют	присутствуют – движение нижней челюсти при подъеме языка вверх, движение пальцев при движениях языка
Длительность выработки и стойкость гигиенических навыков		быстрая и стойкая	медленная и недостаточная
Расстройства сна		отсутствуют	достаточно частые
Эмоциональная сфера		стабильная	нестабильная
Познавательная сфера	познавательная активность	достаточная	низкая; трудности переключения с одного вида деятельности на другой
	внимание различных модальностей	в норме	不稳定ное
	оптико-пространственный гноэзис		неточный; трудности ориентации в схеме тела

	сформированность сенсорных эталонов		недостаточная; трудности при определении и назывании цветов и оттенков, размеров и форм предметов
просодическая составляющая	голос	звонкий, многомодулированный	глухой, слабый, сдавленный, затухающий, прерывистый, нередко с назализированным оттенком; компенсаторное напряжение мышц глотки и шеи во время громкой речи
	темп речи	соответствует возрастной норме	часто ускоренный, реже – замедленный
	ритм		некоторая аритмия при связных высказываниях
	дикция	четкая	смазанность речи
	интонация	соответствует возрастной норме	несколько обеднена
	паузация		необоснована в связи с недостаточным овладением речевым дыханием; отсутствуют паузы между фразами
нарушения	гласных	не наблюдается	присутствуют
	согласных	отдельных или одной / нескольких групп	как простых, так и сложных по артикуляции; искажения какуминальных (образуемых при поднятом и / или слегка загнутом кончике языка) звуков; распад аффрикат

			на отдельные составляющие; оглушения в результате усложненного образования динамического стереотипа; значительное количество боковых и межзубных вариантов вследствие асимметрической иннервации языка
автоматизация звуков	быстрая		усложненная, длительная; исправленный автоматизированный изолированный звук остается нарушенным во время связной речи
слуховой контроль	достаточно сформирован		нарушен (не замечают ошибки в собственной речи)
слоговая структура	возможны единичные ошибки в словах сложной слоговой структуры		часто формируется с задержкой; ошибки в последовательности произношения слогов в словах
нарушения лексико-грамматической составляющей	не наблюдается		присутствуют; усложненный выбор нужного слова, введение лексической единицы в систему синтагматических связей и парадигматических отношений в результате нарушения речевых

		кинестезий; сложность формирования общей схемы высказывания, специфические трудности в выделении существенных и торможении второстепенных связей по причине нарушений мозговой деятельности; параалалическая симптоматика
Критичность к собственному дефекту	присутствует	отсутствует, безразличное отношение
Динамика исправления в ходе логокоррекционных игр-занятий	быстрая и легкая	длительная и сложная в результате резистентности (стойкости) нарушения звукопроизношения

Следует помнить: если логокоррекция дислалий происходит достаточно быстро и требует от учителя-логопеда только формирование у детей умений и навыков правильного воспроизведения звуков, то стертая дизартрия, несмотря на кажущуюся парциальность нарушения звукопроизносительной стороны речи, является достаточно сложным видом дизонтогенеза речевой деятельности. Дошкольники с минимальными проявлениями дизартрии требуют целенаправленной и длительной логокоррекционной работы по формированию фонетической и лексико-грамматической составляющих речи.

Итак, дифференцированная диагностика дислалии и минимальных проявлений дизартрии является важной составляющей комплексной логопедической работы, что позволяет выявить структуру и степень фонетико-фонематического нарушения, сопоставляя его с уровнем недостаточной сформированности артикуляционной и общей моторики, общим психическим и речевым развитием ребенка.

Література:

1. Понятийно-термінологічний словник логопеда [текст] / под ред. В. И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – 400 с.

2. Рібцун Ю. В. Характеристика фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ / Ю. В. Рібцун // Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. – Вип. 2. – 2011. – С. 36–53.

3. Соботович Е. Ф. Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики / Е. Ф. Соботович, А. Ф. Чернопольская // Хрестоматия по логопедии [извлечения и тексты] : [учебн. пособие] / под ред. Л. С. Волковой, В. И. Селиверстова. – М. : Гуманит. изд. центр «Владос», 1997. – в 2 тт. Т. I. – С. 208–213.

4. www.logoped.in.ua

5.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

У статті розкриваються питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії.

Ключові слова: диференційна діагностика, дислалія, стерта дизартрія.

В статье освещены вопросы дифференцированной диагностики дислалии и минимальных проявлений дизартрии.

Ключевые слова: дифференцированная диагностика, дислалия, стертая дизартрия.

The article highlights the issues of differential diagnostics dyslalia and effaced forms dysarthria.

Keywords: differential diagnostics, dyslalia, effaced forms dysarthria.

Источник: Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії / Ю. В. Рібцун // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова : зб. наук. пр. – № 21. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. – С. 226–230. – (Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія)

Разграничение алалий и других речевых и неречевых нарушений

Одним из наиболее сложных речевых нарушений, при котором ребенок практически не владеет языковыми средствами общения, является алалия (от греч. *a* – отсутствие, *lalio* – говорить) – отсутствие или грубое недоразвитие речи, возникающее в результате органического поражения речевых зон коры головного мозга и сопровождающееся трудностями в использовании (моторная форма) или понимании (сенсорная форма) речевых высказываний.

Преодоление алалии без длительной целенаправленной логопедической помощи невозможно. Исследователи по-разному классифицируют алалии, однако, преимущественно, опираются на специфические механизмы и патогенез речевых нарушений.

Как считают Р. Белова-Давид, Г. Гутман, Р. Коен, В. Орфинская, Н. Трауготт и др., механизмом нарушения речи при афферентной **моторной алалии** является кинестетическая апраксия (недостаточная точность отдельных произвольных движений), при эфферентной – кинетическая (недостаточная плавность автоматизированных двигательных навыков).

Е. Соботович рассматривала алалию с учетом психолингвистической структуры и механизмов речевой деятельности, а поэтому разграничила алалию на две формы: с преимущественным нарушением парадигматической (целостность) или синтагматической (последовательность языковых единиц) систем языка.

Категория детей-алаликов является разнородной как по степени выраженности дефекта, так и по уровню продуктивности проведения коррекционно-развивающей работы. Кроме того, у таких детей ярко прослеживается сходность симптомов с другими речевыми и неречевыми нарушениями, что обуславливает актуальность потребности в определении четких диагностических критериев.

Именно поэтому нами разработаны сравнительные таблицы по разграничению моторной алалии и афонии, дислалии, дизартрии, детской афазии, сенсорной алалии, задержки речевого развития, умственной отсталости, синдрома Каннера.

Отсутствие звучности голоса при сохранности шепотной речи при *афонии* делает ее несколько похожей на моторную алалию (см. табл. 1).

Таблица 1

**Дифференцированная диагностика
моторной алалии и афонии**

Диагностический критерий	Логопедическое заключение	
	моторная алалия	афония
Невербальные вокализации	присутствуют (сохранная мелодика, присутствуют отдельные звукоподражания)	отсутствуют

Достаточно часто в период от одного до двух – двух с половиной лет малыш, который уже может говорить, продолжает молчать. Отсутствие речи наблюдается как у детей с ЗРР, так и у моторных алаликов (см. табл. 2).

Таблица 2

**Дифференцированная диагностика моторной алалии и задержки
речевого развития**

Диагностический критерий	Логопедическое заключение	
	моторная алалия	ЗРР
Характер нарушения речевой деятельности	нарушения структурно- функциональной составляющей	аналог детской речи на раннем этапе ее развития
Прогноз овладения речью	необходимость длительного коррекционного обучения	даже вне специального обучения возможно полноценное овладение речью

Полная или частичная потеря речи в результате поражения коры доминантного полушария при *афазии* достаточно похожа по своим проявлениям на моторную алалию (см. табл. 3).

Таблица 3

Дифференциированная диагностика моторной алалии и детской афазии

<i>Диагностический критерий</i>	<i>Логопедическое заключение</i>	
	<i>моторная алалия</i>	<i>детская афазия</i>
Время действия патологических факторов	пренатальный и ранний постнатальный (до трех лет) период	после трех лет
Недоразвитие речи	как системы	как подсистемы (выборочные нарушения)
Прогноз речевого развития	необходимость длительной целенаправленной коррекции	возможное спонтанное развитие

Иногда из-за отсутствия речи моторные алалики кажутся глухими (см. табл. 4).

Таблица 4

Дифференциированная диагностика моторной алалии и глухоты

<i>Диагностический критерий</i>	<i>Логопедическое заключение</i>	<i>Диагноз</i>
	<i>моторная алалия</i>	<i>глухота</i>
Слуховая функция	сохранна	нарушена
Невербальные вокализации	присутствуют	отсутствуют
Элементарная звуковая речь (словакорни, псевдослова, звукоподражания)	присутствует	отсутствует
Просодика	сохранна	нарушена

Трудности звукопроизношения при моторной алалии некоторые практики объясняют анатомическими дефектами речедвигательного аппарата, наблюдающиеся, например, у детей с *артикуляторно-фонетической дислалией* (см. табл. 5).

Таблица 5

Дифференцированная диагностика моторной алалии и дислалии

Диагностический критерий	Логопедическое заключение	
	моторная алалия	дислалия
Органическое поражение ЦНС	присутствует	отсутствует
Нарушения речевой деятельности	системные	касаются только фонетической составляющей
Нарушения звукопроизношения	непостоянные, чаще всего фонематические	постоянные, фонетические

Грубые нарушения звукопроизношения, наличие множественных аграмматизмов делают моторную алалию похожей на дизартрию (см. табл. 6).

Таблица 6

Дифференцированная диагностика моторной алалии и дизартрии

Речевая деятельность	Диагностический критерий	Логопедическое заключение	
		моторная алалия	дизартрия
ЗРР	речевая активность	частая	нечастая
	характер нарушения	значительно снижена	сохранна или несколько снижена
	общая характеристика речи	системный	фонетической составляющей
	иннервация речеслухового аппарата	смазанность отсутствует	нечеткая, смазанная
	голосовая функция	сохранна	нарушена
	причина	соответствует возрасту	глухость, назальность
		нарушение выбора и комбинирования единиц	нарушение фонетических (моторных) операций

	характер	разнотипные (например, искажения, и замена одного и того же звука)	разнотипные
	ведущие нарушения	замены сложных по артикуляции звуков	искажения звуков как простых, так и сложных по артикуляции
	особенности произношения в зависимости от позиции звука в слове	в слогах сохранно, в словах часто нарушено	нарушено как слогах, так и в словах
	пропуски	непостоянные	постоянные
	повторения, перестановки	частые	нечастые
	Лексико-грамматическая составляющая	как импрессивные, так и экспрессивные аграмматизмы	экспрессивные аграмматизмы

После пяти лет у моторных алаликов полное или частичное отсутствие речи часто вызывает подозрение на наличие у детей задержки психического развития или *умственной отсталости* (см. табл. 7).

Таблица 7

***Дифференциированная диагностика
моторной алалии и умственной отсталости***

Диагностический критерий	Логопедическое заключение	Диагноз
	моторная алалия	умственная отсталость

Причина речевого нарушения	парциальное расстройство психической деятельности в виде неусвоения структурно-функциональных закономерностей языка при относительной сохранности невербальных функций и операций	патология всей познавательной деятельности
Понимание речи	сохранно, в т. ч. и при восприятии синтаксических конструкций, обозначающих сложные отношения между фактами действительности	грубо нарушено
Причинно-следственные связи	устанавливаются даже с помощью речи	отсутствуют вообще или устанавливаются только на элементарном уровне
Уровень развития экспрессивной речи	значительно ниже, чем импресивной	значительно выше в сравнении с импресивной

Низкий интерес моторных алаликов к общению, стеснительность в выявлении потребностей в создании эмоциональных и вербальных контактов с окружающими делают их похожими на детей с *ранним детским аутизмом* (РДА) (см. табл. 8).

Таблица 8

Дифференциированная диагностика моторной алалии и раннего детского аутизма

Диагностический критерий	Логопедическое заключение	Диагноз
	моторная алалия	РДА, синдром Каннера
Центральное зрение	норма	не используется

Психопатологические симптомы		
Двигательные стереотипы	отсутствуют	присутствуют
Ведущая рука	частая амбидекстрия	частая леворукость
Мимика, жесты, пантомима	сохранны	отсутствуют
Эмоции	адекватные	не совсем адекватные, безэмоциональность
Контактность	сохранна	отсутствует
Познавательная активность	достаточно высокая	низкая или отсутствующая
Реакции на обращенную речь	сохранны	отсутствуют
Экспрессивная речь	присутствует или заменена мимико-жестикуляторной	одновременно присутствуют и лепетные, и правильные сложно организованные синтаксические конструкции
Нарушения просодики	отсутствуют	чрезмерное замедление темпа, скандированная, ритмическая речь
Эхолалии	отсутствуют	присутствуют

Сенсорную алалию Ю. Флоренская рассматривала как сенсорно-акустический синдром, ведь нарушения понимания обращенной речи связано, прежде всего, с отсутствием стабильности в воспроизведении услышанных ребенком слов (так называемая замыкательная акупатия). С. Кайданова и Н. Трауготт указывают на наличие у детей с сенсорной алалией снижения слуха на тона именно высокой частоты, своеобразное нарушение тонального, т. е.

неречевого, слуха, гиперакузии (чрезмерно повышенной чувствительности к неречевым звукам). Именно поэтому сенсорную алалию часто путают с *глухотой* (см. табл. 9).

Таблица 9

Дифференцированная диагностика сенсорной алалии и глухоты

Диагностический критерий	Логопедическое заключение		Диагноз
	сенсорная алалия		
голос	нормальный		приглушенный, гнусавый
слуховая функция	неустойчиво нарушена		грубо нарушена
отличие восприятия речевых и неречевых звуков	лучше восприятие неречевых звуков, частая гиперакузия		
Понимание речи	в целом хорошо знакомых или близких людей	нестойкое даже на протяжении дня лучше, чем чужих	отсутствует

Е. Соботович классифицировала сенсорную алалию в зависимости от уровня недостаточной сформированности у детей фонематического восприятия – с преимущественным нарушением сенсорного или перцептивного его уровня. Так, если у ребенка нарушается сенсорный уровень фонематического восприятия, речь у него полностью отсутствует, а если перцептивный – присутствуют отдельные лепетные слова или даже предложения, которые усвоены на уровне имитации и часто употребляются в речи ненормированно.

Основные диагностические критерии относительно разграничения моторной и сенсорной алалии представлено в таблице 10.

Таблица 10

Дифференцированная диагностика моторной и сенсорной алалии

Диагностический критерий	Логопедическое заключение	
	моторная алалия	сенсорная алалия
Понимание речи	соответственно возрасту	низкий уровень
Слуховое внимание	достаточный уровень	
Фонематическое восприятие	сохранно	нарушено
Эхолалии	отсутствуют	присутствуют, без понимания повторяемого

Таким образом, дифференцированная диагностика алалий с другими нарушениями психофизического развития – чрезвычайно сложная, однако необходимая составляющая логокоррекционной работы. Только умев правильно определить форму алалии, зная психологические механизмы, которые лежат в ее основе, особенности психофизического, в частности речевого, развития алаликов, учитель-логопед может спланировать и в полной мере реализовать все направления коррекционно-развивающей работы.

Литература:

1. Выявление и преодоление речевых нарушений в дошкольном возрасте : метод. пособие / сост. И. Ю. Кондратенко. – М. : Айрис-пресс, 2005. – 224 с. – (Библиотека логопеда-практика).
2. Ковшиков В. А. Экспрессивная алалия и методы ее преодоления . – СПб. : КАРО, 2006. – 304 с.
3. Соботович Е. Ф. Речевое недоразвитие у детей и пусти его коррекции (Дети с нарушением интеллекта и моторной алалией) : учеб. пособие для студентов. – М. : Классикс-Стиль, 2003. – 160 с.
4. Хрестоматия по логопедии (извлечения и тексты) : учеб. пособие для студентов высш. и средн. спец. пед. учеб. заведений: в 2 тт. Т. II / под ред. Л. С. Волковой и В. И. Селиверстова. – Раздел 6. Алалии. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 656 с. : ил.
5. [5. http://www.logoped.in.ua/](http://www.logoped.in.ua/)

6.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

Разграничение алалий и других речевых и неречевых нарушений

В статье представлены критерии дифференцированной диагностики моторной и сенсорной алалии и других видов речевых и неречевых нарушений.

Ключевые слова: дифференцированная диагностика, моторная, сенсорная алалия.

Розмежування алалій та інших мовленнєвих і немовленнєвих порушень

В статті представлена критерії диференційної діагностики моторної і сенсорної алалії та інших видів мовленнєвих і немовленнєвих порушень.

Ключові слова: диференційна діагностика, моторна алалія, сенсорна алалія.

Источник: Рібцун Ю. В. Розмежування алалій та інших мовленнєвих і немовленнєвих вад [Електронний ресурс] / Юлія Рібцун // Народна освіта. – 2012. – Вип. № 3 (18). – Режим доступу до вид. : www.kristti.com.ua

К вопросу о дифференцированной диагностике заикания

Заикание было и остается острой, однако, к сожалению, еще и до сих пор не решенной проблемой, которая интересует специалистов разных отраслей научных знаний: учителей-логопедов, невропатологов, психолингвистов, практических психологов и др. В последнее время значительно увеличилось количество детей, имеющих нарушения темпо-ритмической организации речи, обусловленных судорожным состоянием мышц речевого аппарата.

Быстрый темп жизни, стрессогенные факторы, ухудшение экологической ситуации, влияние многочисленных факторов в периодпренатального, натального и постнатального развития детей ослабляют центральную нервную систему дошкольников, что провоцирует возникновение заикания. Выделение двух клинических форм этого психоречевого³ нарушения – неврозоподобной (вызванной органическим поражением ЦНС) и невротической (обусловленной влиянием психотравмирующих факторов) – позволило наиболее полно оценить не только состояние речевой деятельности, а и охарактеризовать особенности личности заикающихся (К.-П. Беккер, Л. Белякова, О. Дьякова, В. Шкловский, Р. Юрова) [1, 2]. Перед учителем-логопедом поставлена достаточно сложная задача понимания целостной клинической и психолого-педагогической картины указанного речевого нарушения. С целью облегчения дифференцированной диагностики заикания нами в виде таблицы (см. табл. 1) были выделены и коротко охарактеризованы критерии оценивания для невротической и неврозоподобной форм.

Таблица 1

Дифференцированная диагностика заикания

Критерии оценки		Логопедическое заключение	
		заикание	
		невротическое	неврозоподобное
сроки		2-6 л.	3-4 г.
условия	биологические	–	без видимых внешних причин

³ Авторский термин.

Анамнестические данные	Возникновение	психологические	на фоне развитой фразовой речи в результате испуга, хронической психической травматизации	
		социальные	в результате раннего (1,5-2 г.) активного введения в общение другого языка или нескольких языков одновременно	
	характер		остро	постепенно
патология внутриутробного развития			отсутствует	присутствует
	органическое поражение ЦНС			резидуального характера; остаточные явления поражения моторных систем мозга
характер речевого развития			раннее; наличие фразовой речи до появления нарушения	задержанное; возникновение нарушения совпадает с появлением фразовой речи
	речевая патология у		нечастая	частая

	близких родственников		
	раннее психомоторное развитие	ускоренное	с задержкой
Двигательная сфера	общая характеристика	без особенностей	двигательная неловкость, зажатость, вялость мимики, однотипность движений; наиболее нарушен динамический праксис
	леворукость	как в популяции	частая
Навыки самообслуживания		без заметных отставаний	с задержкой
Эмоционально-волевая сфера	характерологические особенности	повышенная тревожность, колебания настроения; чувствительность, впечатлительность; страхи, невротический энурез	неусидчивость, невнимательность, агрессивность, непослушание
	усиленная фиксация на речи	типичная	отсутствует
	страх речи	обязателен для логофобического заикания	нет; заикание увеличивается вследствие психомоторного возбуждения
Протекание заикания		волнообразное	достаточно постоянное, с периодами

		ухудшения
Сопутствующие движения	частые, имеют непостоянный характер	очень частые, стереотипные
Симптом Фрешельса (раздувание крыльев носа)	постоянный	периодический
Речевая деятельность	общая характеристика	незрелость артикуляторных механизмов сочетается с опережением в развитии лексической и грамматической составляющих
	звукопроизношение	без особенностей
	фиксация на «трудных» звуках	ярко выражена
	локализация судорог	в дыхательном и / или голосовом аппарате
	темп речи	может быть разным
	итерации	частые
		очень частые

	выразительность речи	может быть разной	низкая, приглушенность
	эмболовфразия	частая	постоянная
	речевая активность	снижена	как правило, повышена
	мутизм	частый – продолжительностью от 1-2 мин. до суток после острой психотравмы	отсутствует
	возможность плавной речи	при условиях эмоционального комфорта, наедине, при отвлечении активного внимания от процесса говорения	при условии повышенного внимания к процессу говорения, включение личного контроля над речью
Факторы влияния	большая речевая нагрузка	резко ухудшает речь	усиливает заикание
	резкая смена ситуации, адаптация в новом коллективе	резко ухудшает речь, плохо переносится	не имеет большого значения
	физическая ослабленность		
	соматические заболевания	существенно не ухудшают речь	усиливают заикание
	эмоционально-волевая незрелость		
Динамика протекания	рецидиви-	прогредиентное	

	рующее	
Целенаправленность в преодолении речевых нарушений	преимущественно высокая	резко снижена

Следует помнить, что заикание как самостоятельное речевое нарушение, возникающее у детей в дошкольном возрасте, значительно отличается от так называемого «вторичного» заикания, которое наблюдается при различных заболеваниях головного мозга органического генеза или ряда нервно-психических расстройств. Именно поэтому вовремя и качественно проведенная дифференцированная диагностика позволяет учителю-логопеду наряду с врачами (невропатологом и психотерапевтом) разработать план комплексной и эффективной медикаментозной, психотерапевтической и логокоррекционной работы.

Литература:

1. Беляков Л. И. Заикание / Л. И. Белякова, Е. А. Дьякова. – М. : В. Секачев, 1998. – 304 с. : ил.
2. Заикание / под ред. Н. А. Власовой, К.-П. Беккера. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1983. – 256 с. : ил.
3. <http://WWW.LOGOPED.IN.UA/>

Источник: Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики зайкання / Ю. В. Рібцун // Педагогіка та психологія: традиції та інновації : матер. наук.-практ. конф., 17–18 лют. 2012 р., м. Харків. – Х. : Східноукраїнська організація «Центр педагогічних досліджень», 2012. – С. 40–41.

Особенности личности и эмоционально-волевой сфер лиц разных возрастных групп с речевыми нарушениями

Полноценное гармоничное развитие личности с речевыми нарушениями в значительной степени зависит от структуры нарушения, его механизмов, уровня выраженности, а также способа реагирования на него. Как отмечает Р. Левина, изолированного речевого нарушения не существует, ведь оно всегда подчинено личности и психике конкретного индивидуума со всеми характерными для него особенностями. Именно поэтому в логопедической науке существует значительное количество исследований, посвященных изучению особенностей личности и эмоционально-волевой сферы лиц разных возрастных групп с речевыми нарушениями (Л. Андрусишина, С. Валявко, Г. Волкова, Л. Гончарук, О. Жулина, В. Лубовский, О. Орлова, Ю. Рибун, В. Селиверстов, Е. Соботович, О. Трошин, В. Шкловский и много других).

Кратко раскроем общие особенности развития личности в соответствии с возрастной периодизацией развития психики (Л. Божович, В. Давидов, И. Кон, В. Моргун, Н. Ткачева, Д. Эльконин и др.) и их конкретные проявления при разных логопедических заключениях. У детей раннего возраста (от 1 до 3 лет) с нарушениями речи прослеживается замедленное формирование всех психических функций и познавательной сферы, что накладывает большой отпечаток на развитие личности в целом и проявляется в неуверенности и чрезмерной стыдливости.

У дошкольников (3-6 (7) лет) с нарушениями речи наблюдается снижение мотивации к порождению речевых высказываний (иногда ее полное отсутствие), фиксируется поведенческая пассивность или наоборот импульсивность, настроение по гипотимическому или эйфорическому типу, достаточно часто отсутствуют признаки ролевого поведения. Дети дошкольного возраста с речевыми нарушениями ощущают и переживают целую гамму страхов – одиночества, ненужности, страх остаться с дефектом речи на всю жизнь. Особое обострение фобических состояний наблюдается у таких дошкольников, когда: а) они лишены полноценного общения со

стороны взрослых; б) нарушаются соответствующие возрастные показатели коммуникации (сююканье или использование научной терминологии); в) в семье воспитана их психологическая зависимость от родителей; г) взрослые неправильно относятся к детским страхам (фиксируют на них внимание, стыдят, высмеивают и т. п.).

У школьников (7-18 лет), имеющих речевые нарушения, прослеживаются ощущения собственной неполноты, инфантильное ощущение зависимости к тем, кто имеет правильную речь, желание держаться в стороне и избегать конкуренции с ровесниками, избегать заданий, которые содержат как вербальные инструкции со стороны педагога, так и требующих собственных словесных ответов.

У любого ребенка, тем более того, который имеет речевые нарушения, есть острые потребности в том, чтобы ее любили такой, какой она есть. И действительно, невротический ребенок не только ощущает постоянную тревогу, а и, в первую очередь, стремиться к признанию собственных успехов; депрессивный ребенок не только демонстрирует потухшим взглядом свое нежелание жить, а и скрывает клубок эмоций, раскручивая который можно увидеть огромный скрытый творческий потенциал; демонстративный ребенок не только обращает любым способом к себе внимание, а и ощущает огромный страх одиночества.

У взрослых (от 18 лет) с речевыми нарушениями наблюдается подавленность, дистимия настроения, ощущение напрасно утраченных усилий на преодоление имеющихся нарушений, постоянные воспоминания о прошлом, неустойчивость социальных ролей. Наиболее характерными типами личности с нарушениями речи являются: а) конформный, при котором человек, даже имея собственную мысль, не пытается высказывать ее, а только покоряется авторитетам; б) тревожный, когда человек малоконтактный, при этом не ощущает уверенности и внешне постоянно ищет поддержку и опору.

В соответствии с психолого-педагогической (педагогической) классификации речевых нарушений (по Р. Левиной) выделяют нарушения средств общения (ФФН и ОНР) и их применение (заянение). Самой распространенной группой речевых нарушений является фонетико-фонематическое недоразвитие речи, куда относят

дислалию, ринолалию, дизартрию, которые характеризуются расстройствами фонационного оформления высказывания. У дислаликов, несмотря на сохранную критичность к речи и способность легко устанавливать контакт с людьми, наблюдается некоторая агрессивность, замкнутость, эмоциональная неуравновешенность, чувствительность и возбудимость, отдельные нарушения вегетативной нервной системы. У ринолаликов, вследствие существующих одно- или двусторонних расщеплений губы, твердого и мягкого неба, наблюдается обеднение долингвистического этапа, недостаточность развития мимической мускулатуры, что обуславливает уменьшение круга социальных и речевых контактов. Вышеуказанное обуславливает возникновение реактивных состояний, в частности энуреза и / или неврастении, патохарактерологических невротических реакций в виде истерических черт, негативизма и страхов. У дизартриков вследствие минимальных поражений ЦНС прослеживается эмоциональная возбудимость, быстрая истощаемость, снижение работоспособности, высокая внушаемость, наблюдаются усиленные вегетативные реакции и тревожность, частые дистимии и отсутствие критичности к собственной речи.

Второй сложной группой речевых нарушений является общее недоразвитие речи, самым распространенным логопедическим заключением среди которых является алалия, в частности ее моторная и сенсорная формы, характеризующиеся нарушением структурно-семантического оформления высказывания. Процесс развития речи детей многое в чем зависит от того, как они умеют контактировать со взрослыми. Обследуя дошкольников с моторной алалией, Ю. Гаркуша и В. Коржавина выделили три группы детей в соответствии по их отношению ко взрослым (педагогам и родителям): 1) эмоционально чувствительные дошкольники, убежденные в любви со стороны родителей и имеющие ярко выраженную положительную ориентацию на взрослого. Однако, несмотря на адекватную оценку отношения к себе взрослых, очень чувствительны к изменениям их поведения относительно себя, что приводит к эмоциональным переживаниям; 2) эмоционально нечувствительные дети с негативной установкой на педагогическое влияние взрослого в виде нарушений дисциплины,

проявлений безразличия или негативизма; 3) дошкольники с практически отсутствующим опытом внешнего выражения эмоций, пассивные и безынициативные в общении, с нейтральным отношением ко взрослым и их требований.

По степени эмоционально-волевой сферы моторных алликов условно объединяют в три группы (В. Ковшиков): 1) с сохранной эмоционально-волевой сферой и личностными качествами (малочисленная группа); 2) со значительной возбудимостью, гиперактивностью, склонностью к повышенному фону настроения, отсутствием критического отношения к речевому нарушению; 3) со сниженной активностью и повышенной заторможенностью, наличием критического отношения к нарушениям речи. У преимущественного большинства сенсорных алликов прослеживается невротический тип развития личности, что характеризуется выборочностью контактов, негативизмом, замкнутостью, обидчивостью и повышенной чувствительностью (Ю. Демьянов).

ОНР может выступать как первичным, так и вторичным речевым расстройством. В частности, ОНР как вторичное нарушение часто наблюдается у дошкольников с ДЦП. Как свидетельствуют исследования Е. Калижнюк, И. Мамайчук, Е. Мастиюковой и др., дети с ДЦП малоконтактные, безынициативные, зависимы от окружающих, недостаточно критичны в оценке собственной речи и поступков, эмоционально нестойкие, тревожные и склонные к страхам передвижения, высоты, болезни, одиночества и смерти, что сопровождается криком, плачем и тремором конечностей. Эти фобические состояния обычно сочетаются с выраженными вегетативными расстройствами и усиливаются ведущими симптомами в виде спастике, гиперкинезов или атаксии.

ОНР также вторичного характера наблюдается у дошкольников с аутизмом. В зависимости от поведенческих проявлений О. Никольская выделяет четыре группы аутиков: а) отчужденные от внешнего мира, не ощущают психологических границ (я – другие), хаотично двигаются от одного объекта к другому, будто не замечая взрослого, не слыша и не понимая обращенной к ним речи, однако используют отдельные нечленораздельные звуки, особенно в период сильной тревоги; б) отчужденные от людей и хотят ощущать себя в

безопасности, все хотят обследовать (попробовать на вкус, понюхать, постучать, пошлестеть, порвать и т. п.), издают стереотипные звуки; в) неконтактные и разговорчивые (диалог только в пределах «я – я», выдают блоки информации, которые не связаны между собой; г) пассивные, ощущают неосознаваемую тревогу и страхи, выполняют стереотипные движения, однако могут устанавливать зрительный контакт. В целом у детей с усложненным вариантом ОНР может фиксироваться гипер- или гиподинамический синдром (Е. Мастюкова). При гипердинамическом синдроме у дошкольников, несмотря на умение долго не держать зла и сразу мириться, наблюдается высокая конфликтность, чрезмерная импульсивность и расторможенность поведения. При гиподинамическом синдроме, в результате повреждения подкорковых структур головного мозга, у детей присутствует недостаточная координированность, неуклюжесть, малоподвижность и как следствие – чрезмерный вес, вялость и безынициативность.

К нарушениям использования средств общения относят заикание. Достаточно часто отсутствие конкретных причин его возникновения провоцирует острое эмоциональное реагирование личности на речевой дефект, которое сопровождается угнетенностью, апатией, повышенной тревожностью, мнительностью, фобиями, сверхчувствительностью, общим психофизическим напряжением, стремлением к одиночеству. Как указывает F. Brook, заикание прямо пропорционально силе эмоций, а И. Сикорский утверждает, что под влиянием гнева или радости оно может усиливаться или исчезать. Никакое другое речевое нарушение настолько не влияет на эмоционально-волевую и личностную сферу человека, как заикание. Как считает Т. Гепфнер, когда заикающийся впервые обращает внимание на свою неправильную речь, этот период можно считать критичным в развитии заикания, ведь именно тогда начинается страх речи, что делает человека асоциальным и заставляет его уединяться.

Многочисленные научные исследования (Л. Гончарук, С. Ляпидевский, О. Орлова, Е. Павлова, В. Селиверстов и др.) доказывают, что есть три степени фиксированности заикающихся на речевом дефекте: а) нулевой, при котором нарушения речи игнорируются, что позволяет легко устанавливать контакт как со

знакомыми, так и с незнакомыми людьми; б) умеренный, когда неприятные переживания сознательно скрываются и компенсируются с помощью уловок; в) выраженный, при котором наблюдается постоянная навязчивая фиксация на своем заикании, повышенная концентрация внимания на собственных речевых неудачах, их глубокое и длительное переживание, сопровождающееся самоуничтожением и ощущением социальной неполноценности и может привести к появлению страха речи.

В развитии логофобического синдрома выделяют три этапа (Ю. Фрейдин) – фобия проявляется при: 1) непосредственном контакте с патогенным или условно-патогенным фактором, при этом наблюдаются аффективные нарушения в виде кратковременных и стертых гипотимий, недовольства собой и собственной речью; 2) ожидании контакта с патогенной ситуацией и проявляется в виде субдепрессивной симптоматики (стойкая гипотимия, речевая неполноценность); 3) возможном столкновении с психотравмирующей ситуацией и характеризуется эмоциональной угнетенностью, отчаянием, психической истощаемостью, напряжением и раздражением. Кроме того, со стажем заикания степень фиксированности на дефекте имеет тенденцию к усложнению, а увеличение такой степени находится в прямой связи с наличием другого речевого нарушения, а также с усложнением характера моторных нарушений (увеличение от клонических до тонических речевых судорог).

По клинико-педагогической (клинической) классификации (по Р. Левиной), кроме нарушений устной речи, выделяют нарушения письменной речи – дислексию, дисграфию и дизорфографию (дополнена Ю. Рибун). Как указывают исследования М. Рудинеско, М. Трела, Ж. Обри, В. Хальгрен и др., у дислексиков наблюдаются первичные и вторичные отклонения поведения. Первичные аффективные нарушения являются тем возможным фактором, который вызывает дислексию, а вторичные (агрессивность и недисциплинированность) выступают результатом неудач при обучению чтению. Кроме того, Ж. Обри выделяет такие типы аффективных нарушений у дислексиков: а) активные негативные реакции в ответ на смену социальной среды или высокие требования;

б) аффективная незрелость, что проявляется в инфантильном поведении, изолированности и низкой контактности; в) пассивные реакции протesta в виде вялости, безынициативности, необходимости внешнего принуждения к выполнению определенной работы. М. Рудинеско и М. Трела выделяют три типа аффективных реакций, которые фиксируются у дислексиков, а именно: 1) негативные реакции, сопровождающиеся гневом, страхом или агрессией; 2) ощущение тревоги и неуверенности; 3) ощущение неполноценности. В целом по стилю поведения лиц с речевыми нарушениями можно разграничить на такие две большие группы: 1) с сильным, уравновешенным и подвижным типом нервной деятельности, при котором наблюдаются быстрое усвоение новых знаний, хорошая ориентация в новых условиях, легкое установление контактов с окружающими, жизнелюбие, однако недостаточно развитая самокритичность, возможность видеть и признавать свои нарушения и неудачи (24%); 2) со стойкими поведенческими проявлениями, выполнением несколько педантичных и медленных повторяемых действий (44%); 3) стеснительные, чувствительные, легкоранимые, неуверенные в собственных силах (11%); 4) взрывные, подвижные, импульсивные, с повышенной реактивностью, нацеленные на процесс, а не на результат (21%).

Итак, личность с речевыми нарушениями, как и любая другая, рассматривается преимущественно как конкретное выявление сущности человека, воплощение и реализация в нем социально значимых особенностей и качеств определенного общества. Речевое нарушение накладывает значительный отпечаток на всю структуру личности человека – его способности, темперамент, характер, мотивацию, волевые качества, эмоции и социальные установки. Именно знания особенностей личности и эмоционально-волевой сферы лиц разных возрастных групп с нарушениями речи дает возможность учителю-логопеду продуктивней построить работу по выявлению существующих отклонений, точнее определить структуру речевого дефекта, сформулировать логопедическое заключение и наметить индивидуальную программу коррекционно-развивающего обучения, наладить тесное сотрудничество с практическим

психологом относительно эффективного комплексного преодоления существующих нарушений психофизического развития.

Литература:

1. Леонтьев А. А. Язык, речь, речевая деятельность / А. А. Леонтьев. – М.: URSS, 2007. – 211 с.
2. ЛОГО-АРТ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.logoped.in.ua/>
3. Логопедия: методические традиции и новаторство / Под ред.: С. Н. Шаховской, Т. В. Волосовец. – М.: Изд-во Моск. психолого-соц. ин-та; Воронеж: МОДЭК, 2003. – 336 с.
4. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М.: Academia, 2006. – 379 с.
5. Рібцун Ю. В. Програми з корекційно-розвивальної роботи для спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей із тяжкими порушеннями мовлення (1–4 класи) / Ю. В. Рібцун // Логопед. – 2016. – № 2 (62). – С. 2–11.
- 6.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

В статье охарактеризованы общие особенности личностного развития детей раннего, дошкольного и школьного возраста, взрослых с речевыми нарушениями, освещены конкретные проявления личности и эмоционально-волевой сферы лиц различных возрастных групп с нарушениями устной (фонетико-фонематическим, общим недоразвитием речи, заиканием) и письменной (дислексией) речи.

Ключевые слова: речевые нарушения, диагностика, личностная и эмоционально-волевая сфера.

У статті охарактеризовані загальні особливості особистісного розвитку дітей раннього, дошкільного та шкільного віку, дорослих із мовленнєвими вадами, висвітлені конкретні прояви особистості та емоційно-вольової сфери осіб різних вікових груп із порушеннями устного (фонетико-фонематичним, загальним недорозвитком мовлення, заиканням) та писемного (дислексією) мовлення.

Ключові слова: мовленнєві порушення, діагностика, особистісна та емоційно-вольова сфера.

The article describes the general features of personality development of infants, preschool and school-age adults with speech disorders, outlining specific manifestation of personality and emotional and volitional individuals of different age groups with impaired verbal (phonetic-phonemic, the general underdevelopment of speech, stuttering), and writing (dyslexia) speech.

Key words: speech disorders, diagnosis, personal, emotional and volitional

Источник: Рібцун Ю. В. Особливості особистості та емоційно-вольової сфери осіб різних вікових груп із мовленнєвими порушеннями [Електронний ресурс] / Ю. В. Рібцун // Особистість в умовах кризових викликів сучасності: Матеріали методологічного семінару НАПН України (24 березня 2016 року) / За ред. академіка НАПН України С. Д. Максименка. – К., 2016. – С. 397-402. – Режим доступу: <http://lib.iitta.gov.ua/704987/>

Первичный сбор информации в исследовании состояния сформированности речевой деятельности младших дошкольников с ОНР

Чтобы правильно определить и эффективно воздействовать на речевой дефект, выбрать наиболее рациональные и экономичные пути его преодоления, необходимо уметь определять характер речевых нарушений, их глубину и степень, уметь анализировать, какие компоненты речевой системы являются задействованными [3, с. 31].

Первичный сбор информации чрезвычайно важен при исследовании состояния сформированности речевой деятельности детей, имеющих сложные речевые нарушения, в частности общее недоразвитие речи. Именно сбор анамнестических данных, наблюдение во время разных видов деятельности за детьми, которые практически не разговаривают, выполнение дошкольниками невербальных заданий позволяет учителю-логопеду определить основную причину нарушения, разграничить первичные и вторичные расстройства. Дети четвертого года жизни, которые впервые приходят в ДОУ, требуют более длительного и детального исследования в сравнении с дошкольниками-новичками, старшими по возрасту.

Первичный сбор информации является достаточно сложным процессом и включает такие подразделы: 1) сбор анамнестических данных; 2) индивидуальные беседы с детьми, родителями и педагогами; 3) наблюдение за дошкольниками во время различных видов деятельности, режимных моментов, выяснение состояния сформированности у детей навыков самообслуживания, изучение результатов их деятельности (рисунков, аппликаций, предметов лепки); 4) анализ полученных результатов.

Сбор анамнестических данных происходит путем целенаправленных бесед с родителями в виде структурированных интервью, которые подтверждаются и дополняются медицинскими справками (невропатолога, психиатра, отоларинголога, офтальмолога). Нами проведен анализ индивидуальных карт детей и бесед, что позволило определить наиболее типичные эндогенные и экзогенные факторы в пренатальный, натальный и постнатальный периоды развития, которые оказывают негативное влияние на формирование ЦНС в целом, так и речевого развития в частности. По данным сравнительного анализа, если в 80-ые гг. ХХ в. наиболее распространными причинами речевых нарушений были генетические факторы и родовые травмы (Н. Жукова, Е. Мастюкова, Т. Филичева и др.), то в последнее время прослеживается тенденция к

увеличению показателей появления токсикозов во второй половине беременности, а также гипоксий и асфиксий [6].

Важной для определения состояния речевого развития ребенка на время исследования имеет такая информация: а) когда именно появились в речи ребенка гуление, лепет, отдельные слова; б) как пополнялся словарный запас; в) в каком возрасте появилась фразовая речь; г) не прерывалось ли речевое развитие – если прерывалось, то в каком возрасте, при каких обстоятельствах, как долго ребенок не разговаривал, достиг ли начального уровня; д) какое внимание уделялось развитию речи со стороны взрослых; формировалось ли речевое развитие целенаправленно или протекало спонтанно; д) речевое окружение ребенка – наличие в семье двуязычия, диалектной лексики, искаженного произношения.

Качественное формирование речевой деятельности определяется степенью зрелости ЦНС и в значительной степени зависит от особенностей взаимодействия ребенка с внешним миром. На значимость социальной ситуации развития, т. е. связь психического развития с влиянием внешней среды, неоднократно указывал Л. Выготский, ведь языковая среда общения, в которой находится ребенок, значительно влияет на формирование его речевой функции. Нами были выделены группы детей в соответствии с языковой средой их ближайшего окружения:

- 1 группа (12%) – одноязычная среда;
- 2 группа (16%) – двуязычная среда;
- 3 группа (60%) – суржик языков;
- 4 группа (4%) – дефицит речевого общения;
- 5 группа (8%) – психосоциальная депривация, проявляющаяся в отсутствии или недостаточности вербальных, эмоциональных контактов ребенка с ровесниками и взрослыми.

Как показали результаты нашего исследования, речевое развитие преимущественного большинства детей происходило со значительной задержкой: гуление появлялось только после 8 мес., лепет – после года, первые слова – после двух лет, обогащение словарного запаса происходило медленно и преимущественно на уровне импрессивной речи, фразовая речь указанной категории детей не сформирована вообще или состоит из отдельных, грамматически не связанных между собой слов. Речевое развитие прерывалось у 16,0% в результате сильных психотравм (испуг, хирургические вмешательства, переезды), после которых только 4,0% достигло начального уровня.

Индивидуальные беседы с детьми, родителями и педагогами проводятся с целью получения дополнительной информации, для первичного выявления объема существующих речевых навыков у дошкольников группы. Беседы с каждым ребенком организуются с целью установления контакта с ним, определения общего уровня его развития, формирования представлений относительно объема словарного запаса, четкости, темпа и плавности речи. Так общение дает возможность приблизительно сориентироваться в том, насколько на момент обследования ребенок овладел звукопроизношением и правильной речью.

В ходе беседы определяется, какими именно ответами пользуется дошкольник (однословными или фразовыми), насколько эти ответы правильны по содержанию, как оформлены отдельные слова и предложения (грамматически и фонетически), не прислушивается ли ребенок, хорошо ли слышит вопросы, не переспрашивает по несколько раз. Вопросы подбираются с учетом возраста и индивидуальных особенностей детей: – Как тебя зовут? Ты знаешь, сколько тебе лет? Какие у тебя есть игрушки?

Уже после первой встречи с дошкольником формируются определенные представления относительно полноты, понимания, темпа, плавности речи, первичное ориентирование в том, насколько правильно ребенок овладел звукопроизношением, какие отклонения от нормы присутствуют в его речи. Важными являются сведения о возможностях коммуникации младших дошкольников с ОНР, ведь именно потребность в общении обеспечивает развитие полноценной личности (К. Бюллер, А. Запорожец, А. Коваленко, М. Лисина, Д. Эльконин и др.).

Б. Парыгин в своем исследовании [4] выделяет такие структурные компоненты общения: а) субъект общения; б) средства общения; в) потребности и мотивы общения; г) способы взаимодействия; д) результаты общения.

Проанализируем состояние сформированности каждого из структурных компонентов общения у детей четвертого года жизни с ОНР в сравнении с дошкольниками, имеющими нормальное речевое развитие.

Средства общения у детей с НРР являются вербальными – дошкольники, общаясь с ровесниками и взрослыми, активно используют расширенные формы связной диалогической речи. Как показали результаты нашего исследования, только 48,0% детей четвертого года жизни с ОНР пользуются вербальными средствами общения, преимущественное большинство общается невербально,

заменяя речь указательными или отрицающими жестами, активной мимикой. Даже дети, владеющие зачатками общеупотребительной речи и имеющие возможность говорить, довольно часто пользуются паралингвальными средствами, избегая речи. В некоторой степени это было обусловлено неправильным поведением родителей относительно детей. Так, например, Антон К., 3,5 л., показывая маме на мяч, лежащий на шкафчике, начинает капризничать – вертеть головой, топать ногами, подпрыгивать. Мать, вместо того, чтобы спросить, чего хочет ребенок, стимулируя мальчика к ответу, молча отдает ему мячик. Благоприятный момент для общения матери и ребенка оказывается утраченным.

Потребности и мотивы общения составляют основу коммуникации и определяют форму общения. У дошкольников с НРР превалирует ситуативно-деловая и внеситуативно-познавательная форма общения, ведь мотивационной основой коммуникации на четвертом году жизни становятся отношения со взрослыми как источник многовариативных способов самостоятельной и совместной деятельности, партнерства в игре. Нами было выявлено, что, в отличие от детей с НРР, у младших дошкольников с ОНР преобладает ситуативно-личностная форма общения (40,0%), когда отношения со взрослыми проявляются только как потребность в защите или помощи.

Способы взаимодействия, которыми пользуются дошкольники, в значительной степени определяются возрастными психологическими особенностями. В норме кризис трех лет проходит достаточно легко, однако у детей с ОНР, которые, кроме речевых нарушений, имеют вторичные отклонения в формировании психических процессов, этот период особенно проблемный. Обычно это влияет на способы взаимодействия с ровесниками и взрослыми, обуславливает проявления разной степени коммуникабельности (от полного негативизма и отказа от общения до легкого установления контакта).

Исследование показало, что у преимущественного большинства детей (52,0%) общение нестойкое, происходит только за счет активизации со стороны взрослого; избирательная коммуникация характерна 20,0% дошкольников; негативизм проявляется у 16,0% исследуемых; 8,0% дошкольников имеет стойкое общение, когда ребенок контактирует на протяжении всей беседы; легко устанавливать контакт и проявлять инициативу в общении могут только 4,0% детей.

Г. Крайг [2] отмечает: уже в 2,5 г. у ребенка формируется первый уровень понимания своей половой идентичности, что обуславливает формирование у него гендерных стереотипов и выбор определенных моделей поведения. Нами отмечено, что характерной особенностью 24,0% младших дошкольников с ОНР является то, что к трехлетнему возрасту у них еще не сформирована «система-Я». Так, смотря в зеркало, они называют только собственное имя; сказать про себя «Я» они не могут. Значительное количество детей с ОНР четвертого года жизни (80,0%) не в состоянии правильно препрезентовать в речи свою половую принадлежность, что автоматически влияет на ошибочное усвоение родовых окончаний прилагательных и глаголов, когда от детей можно услышать фразы типа «Папа писля» («Папа пришла»), «Оя пав» («Оля упала»), «Ова хайося» («Вова хорошая») и т. п. Особенno часто такие грамматические формы очень тяжело усваиваются именно мальчиками с неполных семей в результате дефицита общения с лицами мужского пола и тесного общения с матерью или бабушкой. Указанные психологические особенности тормозят у детей развитие умения контактировать и находят свое отражение в формировании определенных уровней общения.

Как показали наши исследования, у детей четвертого года жизни преобладают предметно-действенный (52,0%) и эмоционально-речевой (24,0%) уровни общения; тактильно-эмоциональный уровень наблюдается у 8,0% дошкольников, сочетание тактильно-эмоционального с эмоционально-речевым общением – у 16,0% детей. Эти данные подтверждаются и выводами Е. Мастюковой о том, что для дошкольников с ОНР характерны тактильно-эмоциональный уровень и сочетание тактильно-эмоционального с эмоционально-речевым общением. Причем первый характерен для категории детей с тяжелой церебральной патологией, хромосомными заболеваниями, а второй характерен для недоношенных детей с перинатальной патологией.

Следует отметить, что большинство детей четвертого года жизни с ОНР вследствие своих индивидуальных психологических и речевых особенностей неохотно вступали в контакт с незнакомыми людьми, терялись, и даже тогда, когда контакт был установлен, отсутствие речи усложняло общение с ними. Значительную роль играло и то, что знакомство с детьми происходило в первые дни сентября, когда дошкольники только начинали привыкать к новым, незнакомым для них условиям ДОУ.

Нами установлено, что большинство детей четвертого года жизни с ОНР (84,0%) воспитывалось в домашних условиях и не посещали ДОУ, они внутренне закрытые, боязливые, а поэтому неохотно заходили в кабинет. Так, Миша К., 3,1 г. после приглашения поиграть в логопедическом кабинете качает головой, топчется на месте, судорожно хватается за стульчик. Нелегко было обследовать и расторможенных, возбужденных детей. Они не умели сосредоточиться на предложенном задании. Так, Дима Д., 3,5 г., заходя в кабинет, начинал бегать, хватать игрушки, манипулировать ими.

Результаты общения обусловлены степенью достижения собеседниками поставленной цели (сам процесс общения, договоренность, общие действия и т. п.). Если дошкольники с НР в большинстве случаев достигали высоких результатов общения, проявляющихся в самом процессе коммуникации, который им очень нравился, то для детей четвертого года жизни с ОНР результаты общения преимущественно определялись уровнем понимания их взрослыми.

Наш анализ дал возможность выделить несколько групп дошкольников с ОНР за поведенческими реакциями из-за непонимания их речи взрослыми, поскольку дети часто использовали непонятные жесты и мимику.

Среди исследуемых больше всего оказалось тех, которые замыкались в себе и повторно не обращались ко взрослому с просьбой (44,0%); тех, которые начинали плакать, было 28,0%; повторно обращались за помощью 20,0% детей; вели себя агрессивно вследствие непонимания взрослыми 8,0% дошкольников. Полученные результаты подтверждают тот факт, что, кроме речевых нарушений, у младших дошкольников с ОНР наблюдаются вторичные отклонения в формировании психических процессов, присутствуют невротические реакции и эмоциональная лабильность. Такие проявления требуют проведения целенаправленной коррекционно-развивающей работы практического психолога.

Как выяснилось, результаты исследования, проведенного в первые дни пребывания ребенка в ДОУ, не всегда дают возможность получить объективное целостное представление о состоянии его речи. Например, через 2-3 недели, в течение которых ребенок адаптировался к жизни в детском коллективе, привыкал к персоналу группы, учитель-логопед выясняет, что у дошкольника есть фразовая речь, т. е. он имеет не первый, а второй уровень речевого развития, как было диагностировано раньше. Это свидетельствует о

необходимости проведения обследования младших дошкольников не в первые две недели сентября, как детей старшего возраста, а на 2-3 недели позже, с учетом адаптационного периода.

Итак, как показали результаты наших исследований, у преимущественного большинства младших дошкольников с ОНР до поступления в логопедическую группу не возникало стойкого интереса к другим детям, не была сформирована потребность в общении. Это свидетельствует о необходимости проведения длительной логопедической работы, начиная с выработки у детей предметно-действенного общения методом включения дошкольников в общую игровую и манипулятивную деятельность в диадах «ребенок – взрослый», «ребенок – ребенок». Мы убедились, что путем выполнения элементарных практических действий, стимулирования желания детей вступать в контакт со взрослым (призывающие движения руками, предложение игрушки и т. п.) удачно происходит как знакомство с детьми, так и реализация первых проб диагностической работы.

Наблюдение за дошкольниками во время разных видов деятельности, режимных моментов, выяснение состояния сформированности у детей навыков самообслуживания, изучение результатов их деятельности позволили углубить предварительно собранную информацию относительно поведенческих проявлений и использования речи детьми в учебно-воспитательном процессе.

Чрезвычайно большое значение имеет развитие у детей игровой деятельности, как ведущей для дошкольного возраста. Именно благодаря игре, по определению Д. Эльконина, происходят наиболее главные изменения в психике ребенка, развиваются психические процессы, которые, в свою очередь, стимулируют переход ребенка к новой, высшей ступени его развития. Вопросы об особенностях игровой деятельности детей четвертого года жизни с ОНР раскрыты в наших публикациях [7, 11, 13].

Если у детей с НРР объектом познания являются свойства, функции и предназначение предметов ближайшего окружения, то у дошкольников четвертого года жизни с ОНР таким объектом становится внутреннее строение предметов.

Для реализации направленности действий, увеличения познавательной активности большое значение имеет способ познания. У дошкольников с НРР – это экспериментирование, во время которого ребенок самостоятельно или с помощью взрослого расширяет спектр своих представлений о функционировании предметов, у детей с

ОНР – манипулирование и разбиение, после которых дошкольник сразу же утрачивает интерес к объекту своей деятельности.

Наблюдения позволили определить, что навыками диалога младшие дошкольники с ОНР практически не владеют, они играют только рядом, партнеры по совместной деятельности, собеседники таким детям не нужны. Мы заметили тенденцию взаимосвязи сформированности игровой и речевой деятельности. Так, например, дети, которые не проявляли интереса к игрушкам, не использовали и речь. Те дети, которые не умели играть, однако имели познавательный интерес, во время сотрудничества со взрослым проявляли способность к подражанию и пытались сопровождать игровые действия элементарной речью, что указывало на значительные перспективы коррекционной работы с ними:

– 1 группа (24%) – дети, которые играли молча. У них можно было заметить только отдельные беззвучные движения губами или языком, что свидетельствовало о желании сделать то или иное дело наиболее лучшим образом (построить башню, сложить кубики и т. п.);

– 2 группа (64%) – дошкольники, которые редко используют речь – лепетными словами и звукоподражаниями сопровождались только самые яркие моменты игры (встреча игрушек, машина выезжает из гаража и т. д.);

– 3 группа (12%) – дети, которые активно пользовались речью. Чаще всего для них было характерно использование звукоподражаний и лепетных слов, диалогической речи не наблюдалось.

Выявленные в процессе исследования психологические особенности детей отражались и на качестве учебно-воспитательного процесса. Мы изучали результаты разных видов деятельности дошкольников с ОНР и выяснили, что выполнять задание по показу педагога и при его незначительной помощи могут 68,0% детей; среди исследуемых 20,0% детей нуждаются в индивидуальной помощи; 12,0% выполняли задания совместно с педагогом. Итак, наблюдения показали, что во время выполнения любых видов деятельности дети с ОНР нуждаются в посторонней помощи разного уровня со стороны взрослых.

Наблюдение за детьми во время одевания на прогулку (просьба застегнуть пуговицы, завязать шнурки и т. п.) помогли выявить наличие побудительных форм речи, контактность ребенка, способы обращения к взрослым за помощью, навыки самообслуживания и взаимопомощи. Так, Дима Д., 3,5 г. протягивает воспитателю шапку со словами: «Де мя!» («Одень меня!»). После вопроса: «Куда наденем шапку?», показывает на голову: «День!» («Одень!»).

Проведенные исследования показали, что понимать речь воспитателя и правильно выполнять простые инструкции умеют 72,0% исследуемых. 16,0% детей вынимали из шкафчиков одновременно все вещи, другие (12,0%) не касались своей одежды и ждали, когда к ним подойдут и оденут. Обратиться с просьбой о помощи могут лишь 48,0% младших дошкольников. Так, Миша К., 3,1 г. садится на скамейку, на просьбу воспитателя начать одеваться подходит к шкафчику, то открывает, то закрывает его, во время одевания никакой инициативы не проявляет.

По состоянию сформированности навыков самообслуживания у младших дошкольников с ОНР мы выделили три группы детей:

– 1 группа (12%) – дети, которые стремились самостоятельно одеться. Они спокойные, уравновешенные, пытаются самостоятельно одеться, при необходимости обращаются за помощью;

– 2 группа (80%) – дошкольники, которые не спешат одеваться, требуют значительной помощи при одевании;

– 3 группа (8%) – дети с неустойчивой психикой, которые капризничают или замыкаются, самостоятельно одеваться не умеют.

Во время анализа наблюдений особое внимание мы обращали на то, умеют ли дети формулировать вопросы, сообщать что-то родителям; насколько родители понимают речь своих детей; как сам ребенок реагирует на то, когда его не понимают; оценивали речь в вербальной и невербальной формах; проводили качественный и количественный анализ имеющихся у ребенка слов и предложений.

Таким образом, проведенные нами наблюдения за детьми четвертого года жизни во время разных видов деятельности помогли выделить определенные особенности младших дошкольников с НРР и ОНР, которые представлены в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительный анализ общей характеристики младших дошкольников с НРР и ОНР

Младшие дошкольники	
с НРР	с ОНР
Объект познания	
свойства, функции и предназначение предметов ближайшего окружения	внутреннее строение предметов ближайшего окружения
Способ познания	
экспериментирование	манипулирование и разбиение
Репрезентация половой самоидентичности в речи	
сформирована	происходит с трудом

«Система-Я»	
сформирована	не сформирована
Кризис трех лет	
протекает как один из этапов личностного становления ребенка	части заостренные формы упрямства и негативизма
Средства общения	
вербальные	преимущественно невербальные
Формы общения	
ситуационно-деловая, внеситуативно-познавательная	ситуативно-личностная
Уровни общения	
межличностный, реже – эмоционально-речевой	предметно-действенный, эмоционально-речевой
Степень коммуникабельности	
преимущественное стойкое общение	нестойкое, выборочное общение, негативизм
Результаты общения	
сам процесс общения, общие действия	уровень понимания детей взрослыми
Умение играть	
сформировано	не сформировано
Этапы развития игры (по Д. Эльконину)	
первичные формы сюжетно-ролевой игры, групповые игры	преимущественно предметно-манипулятивная деятельность, игры рядом
Использование речи во время игровой деятельности	
развернутая связная диалогическая и монологическая речь	преимущественное отсутствие речи, изредка – использование звукоподражаний и лепетных слов
Навыки самообслуживания	
сформированы	дети нуждаются в активной помощи со стороны взрослых

Итак, ведущим методом первичного сбора информации было наблюдение; оно проводилось не в лабораторных условиях кабинета, а в обычных для ребенка жизненных ситуациях, и, что очень важно, незаметно для ребенка. Начальные наблюдения дали возможность получить ценный материал относительно речи ребенка, а также о его поведении, характере, волевых качествах, т. е. помогли провести исследование комплексно и многоаспектно. Раскрытие содержания

подготовительного этапа исследования представлено в одной из наших публикаций [10].

Таким образом, благодаря анамнестическим данным, собранным в результате проведения предыдущих бесед, наблюдений, определения степени коммуникабельности, у нас сформировалось первое впечатление относительно уровня речевого развития дошкольника, что способствовало выбору правильных направлений и оптимальных путей коррекционно-развивающей работы, представленных в программно-методическом комплексе «Формирование устной речи младших дошкольников с ОНР». Эта специальная программа является первой утвержденной Министерством образования Украины и получившей одобрительные отзывы практиков [8, 9, 12]. Все вышеизложенное свидетельствует о важности комплексного педагогико-психологического влияния на личность младшего дошкольника с ОНР, необходимость предоставления квалифицированной как логопедической, так и психологической помощи.

Литература:

1. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників : Вип. 80. Соціальні послуги. – К., 2006.
2. Крайг Г. Психология развития / Г. Крайг, Д. Бокум ; науч. ред. пер. Т. В. Прохоренко. – 9-е изд. – М. [и др.] : Питер, 2008. – 939 с. – (Мастера психологии).
3. Основы теории и практики логопедии / под ред. Р. Е. Левиной. – М. : Просвещение, 1968. – 367 с.
4. Парыгин Б. Д. Основы социально-психологической теории / Б. Д. Парыгин. – М. : Мысль, 1971. – 351 с.
5. Про дошкільну освіту : Закон України : за станом на 25 листоп. 2005 р. / Верхов. Рада України. – Офіц. вид. – К. : Парламентське вид-во, 2005. – 32 с. – (Серія «Закони України»).
6. Рібцуна Ю. В. Вплив ендогенних та екзогенних факторів на становлення мовленнєвої діяльності молодших дошкільників із ЗНМ [Електронний ресурс] / Юлія Рібцуна // Народна освіта. – 2010. – Вип. № 2 (11). – Режим доступу до вид. : www.kristti.com.ua.
7. Рібцуна Ю. В. Гра як засіб мовленнєвого розвитку молодших дошкільників із ЗНМ / Ю. В. Рібцуна // Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. – К., 2004. – Вип. 1. – С. 150–165.
8. Рібцуна Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс / Ю. В. Рібцуна. – К. : Освіта України, 2011. – 302 с.

9. Рібцун Ю. В. Мовленнєва картка обстеження дітей четвертого року життя із ЗНМ / Юлія Рібцун. – К. : Освіта України, 2010. – 12 с.
 10. Рібцун Ю. В. Обстеження молодших дошкільників із ЗНМ (пропедевтичний етап) / Ю. В. Рібцун // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2005. – С. 410–412.
 11. Рібцун Ю. В. Педагогічні умови проведення ігор у логопедичній роботі з молодшими дошкільниками із ЗНМ / Ю. В. Рібцун // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі : наук.-метод. зб. – К., 2004. – Вип. 5. – С. 284–286.
 12. Рібцун Ю. В. Предметно-розвивальне середовище у молодшій логопедичній групі для дітей із ЗНМ : навч.-метод. посіб. / Юлія Рібцун. – К. : Освіта України, 2010. – 50 с.
13. <http://www.logoped.in.ua/>
- 14.
- <http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

Істочник: Рібцун Ю. В. Первинний збір інформації в дослідженні стану сформованості мовленнєвої діяльності молодших дошкільників із ЗНМ / Ю. В. Рібцун // Логопед. – 2011. – № 2 (2). – С. 9–14.

Изучение моторной функции младших дошкольников с ОНР

Одной из наиболее важных задач специальной педагогики и психологии является использование комплексного дифференцированного подхода в выявлении и преодолении отклонений в развитии детей. Многоуровневое логопедическое обследование предусматривает изучение характера отклонений в функционировании процессов и операций, которые обуславливают возникновение и развитие нарушений речевой деятельности, а также совокупности речевых и неречевых симптомов, ведь речь ребенка развивается только параллельно с физическим и умственным развитием.

Взаимосвязь речевого и общего физического развития неоднократно подтверждалась исследованиями многих ученых (Р. Бабенкова, Н. Кузьмина, Н. Жукова, Е. Мастикова, Т. Филичева и др.). Особенно такая тесная связь наблюдается в младшем дошкольном возрасте, ведь именно тогда «весь окружающий мир ребенка преломляется через призму движений» [1, с. 43].

Для каждого возрастного этапа разработаны нормативные критерии и показатели развития моторной функции детей. Так, по данным авторов [2, 3, 6, 8, 9] ребенок:

- с 1,2 г. пытается рисовать каракули;
- в 1,5 г. ставит кубик на кубик, пытается собрать пирамидку;
- в 1,7 г. находит предмет, завернутый в бумагу, разворачивает ее;
- в 1,8 г. ставит 3 кубика один на один, умеет проводить прямые линии;
- в 2 г. может открыть бутылку, открутив крышечку, поймать катящийся мяч.

В младшем дошкольном возрасте ребенок умеет:

- пройти по доске шириной 15 см;
- переступить через палку или веревку, поднятую над полом на высоту 30-35 см;
- подниматься по лестнице высотой 1,5 м и спускаться с нее приставным шагом;

- метать мяч (мешочек) попеременно обеими руками в горизонтальную цель на расстоянии 100-125 см;
- согласовывать свои движения с движениями других детей (умеет ходить парами в общем круге);
- одновременно двигать рукой и ногой (притопывать ногой, одновременно хлопая в ладоши);
- менять темп, направление, характер движений в зависимости от словесного или музыкального сигнала (переходить с быстрого бега на ходьбу под музыку), переключаться с одного движения на другое;
- сдерживать свои движения, дождаться сигнала к действию;
- одеться, застегнуть (расстегнуть) пуговицу;
- держать карандаш; переливать воду с одной емкости в другую, открывать ящик и брать нужную вещь; выполнять целенаправленные действия с глиной и песком; нанизывать большие бусины; резать бумагу ножницами, раскачивать пластилин;
- листать страницы книги, обводить несложные изображения по контуру; выполнять первые сюжетные рисунки.

В специальной литературе вопрос относительно критериев оценки состояния моторных функций младших дошкольников с ОНР освещен недостаточно. Именно поэтому нами была разработана методика диагностики указанной категории детей.

Обследование моторных функций младших дошкольников происходило в процессе наблюдений за занятиями по разделам «Растем сильными», «Музыкальный сундучок», «Волшебные краски и талантливые пальчики», «Строим, мастерим, творим», режимными моментами, прогулками, самостоятельной игровой деятельностью детей, проведением подвижных игр, выполнением упражнений и включало изучение состояния: а) общей; б) мимической; в) ручной; г) пальчиковой и д) артикуляционной моторики.

Задания предлагались в игровой форме и оценивались по следующим показателям: правильность, точность, устойчивость, упругость, гибкость, сила, темп (нормальный, замедленный, ускоренный), дифференцированность, симметричность, ритмичность, координированность (правильная, замедленная, отсутствующая), равновесие (присутствующее, отсутствующее), переключение (своевременное, замедленное, отсутствующее), наличие синкинезий и

насильственных движений, самостоятельность выполнения (полная, с помощью логопеда), объем (полный, неполный), утомляемость.

Общая моторика

Дошкольникам предлагались статические и динамические игровые упражнения с учетом сложности выполнения:

1. *Стояние*: на одной ноге с открытыми, закрытыми глазами в течение 15 с («Цапля»).

2. *Ходьба*: на носках («Лисичка»); с высоким подниманием колен («Журавль»); на внешней стороне стопы («Мишка»); на пятках («Барабанчики»); приставным шагом вперед («Веревочка») и в стороны («Заборчик»); в колонне по одному («По ровненькой дорожке»), по кругу, не держась за руки («Сплетем веночек»); парами друг за другом и в разных направлениях («Дружные ребята»); по веревке (10 м), положенной прямо, приставляя пятку одной ноги к носку другой («Бусинки»).

3. *Бег*: в колонне по одному, меняя направление движения («Поезд»); между двумя начертанными линиями, расстояние между которыми 20 см, не наступая на них («Мостик»).

4. *Повороты, наклоны*: вправо-влево, вперед-назад («Невалышка»).

5. *Приседания* («Ванька-встанька»).

6. *Прыжки*: на месте («Мячики»); вверх, пытаясь достать предмет, расположенный на 10-15 см выше поднятых рук ребенка («Достань орешек»); на двух ногах с продвижением вперед («Веселые лягушата»); через несколько параллельных линий, расстояние между которыми 25-30 см («Воробышки»); из обруча в обруч («Зайчата»); через невысокие (5-8 см) предметы («Ступеньки»); на одной ноге, попеременно то на одной, то на другой ноге («Попрыгунчик»).

7. *Качение, метание, бросание, ловля*: катить мяч, шарик (диаметром 20-25 см) друг другу («Колобок»), в ворота с расстояния 1,5 м («Шарики»); бросать и ловить мяч (расстояние 1,5 м) («Поймай мяч»); метать мешочки в горизонтальную цель на расстоянии 1,5 м («Попади в обруч»).

8. *Ползание, лазанье*: подлезать под веревку («Цыплята»); дугу высотой 1,5 м («Мышата»).

Во время выполнения упражнений обращали внимание на правильность осанки (сутулость) детей и наличие у них плоскостопия. Упражнения выполнялись без сигналов и с использованием верbalных и неверbalных сигналов, под музыкальное сопровождение.

Двигательная память проверялась путем последовательного выполнения трех простых движений. Исходное положение – основная стойка, задание – развести руки в стороны, поставить на пояс, опустить.

В процессе проведения упражнений отметили, что преимущественное большинство детей не может выслушать предложенную инструкцию, дошкольники отвлекаются, быстро устают и истощаются.

Обследование показало, что статическая координация движений не сформирована у 6,6% детей. Общая неуклюжесть при ходьбе наблюдается у 39,6% дошкольников. Значительно больше страдает динамическая организация движений – в целом отставание от нормы наблюдается у 52,8% исследуемых. Свободно удерживает позы 79,2% дошкольников. У 19,8% удержание позы происходит с трудом. Так, Миша К., 3,1 г. ходит вразвалочку, голова втянута в плечи. На носках ходить не может, возможно только статическое удержание положения. После просьбы попрыгать как зайчик и показа экспериментатора пытается повторить движение, однако только приседает на месте, стоять на одной ноге может, только держась за руку взрослого.

Нами выявлено, что согласовывать собственные движения с движениями других однолеток, ритмично двигаться под музыку могут 33,0% детей. Произвольное торможение движений у большинства младших дошкольников с ОНР оказывается несформированным. Так, Диана К., 3,5 г. продолжает маршировать, несмотря на неоднократно поданный сигнал. Задание на смену движений по сигналу (слово, хлопок в ладоши, удар в бубен) оказалось значительно сложнее и с ним справилось только 13,2% исследуемых.

У 66% выявлено неравномерный темп движений. Так, Оля С., 3,2 г. то идет быстро, практически бежит, то замедляет шаг. 26,4% детей из-за гиперактивности не доводили задание до конца, быстро

переключались с одного задания на другое, у них наблюдались синкинезии. Так, Миша У., 3,7 г. расторможенный, без конца бегает, прыгает, размахивая руками.

Нарушение плавности и координированности, неодновременное, неточное выполнение движений, общая неуклюжесть и двигательное беспокойство наблюдались у большинства детей экспериментальной группы. Так, Герман М., 3,2 г. при выполнении статических упражнений сильно пошатывается, балансирует руками, головой, сходит с места; при выполнении динамических упражнений приседает с напряжением; пошатываясь, балансируя туловищем и руками, часто отказывается выполнить пробу.

При выполнении упражнений на качение, метание, бросание и ловлю дети часто не могут удержать мяч в руках, добротить его даже до самой близкой цели, мяч выпадает у них из рук. Упражнения на ползание и лазанье дошкольники выполняют только со значительной помощью взрослого.

Выполнение статических и простых динамических упражнений в сочетании с речевым сопровождением было доступно 39,6% детей, 59,4% молча выполняли упражнения, хотя умели произносить предложенные слоги и слова. Упражнения на координацию слова с движением оказались для младших дошкольников с ОНР трудно выполняемыми. Так, Дима Д., 3,5 г. старательно выполняет предлагаемые упражнения, однако все делает молча. Оля С., 3,2 г. с удовольствием пропевает слоги, но одновременно с этим движений не выполняет.

Таким образом, исследование показало, что общая моторика у большинства младших дошкольников с ОНР оказывается нарушенной.

Мимическая моторика

С целью выявления состояния мышечной активности мимической мускулатуры дошкольникам предлагались следующие задания с использованием игровых упражнений:

1. *Губы*: сомкнуть («Замочек»), вытянуть трубочкой («Слоненок»); растянуть в улыбку («Лягушка»), попеременно

выполнять движения (улыбка – трубочка) («Клоун»), оскалить зубы («Тигренок»).

2. *Щеки*: одновременное надувание («Пузырь»), поочередное надувание, удерживание в таком положении на протяжении 3 с («Хомячок»), имитация жевательных движений («Обжора»).

3. *Нос*: наморщить, расслабить («Поросенок»).

4. *Глаза*: закрывание, открывание, моргание, поочередное подмигивание («Мигалки»).

5. *Лоб*: поднять брови вверх, опустить их («Ох! Ах!»); нахмурить брови, расслабить («Дождевая тучка»).

Во время выполнения упражнений использовалась зрительная опора в виде показа, индивидуального зеркала и карточек с изображением разных эмоций. Определение состояния мимической моторики происходило в виде следующих характеристик: вялая, быстрая, напряженная, спокойная, амимия, гримасничанье, дифференцированная и недифференцированная мимика.

Обследование показало, что носогубные складки сложены у 19,8%, амимичность выявлена у 6,6%, недостаточная подвижность отдельных мимических мышц – у 33,0%, врожденный односторонний птоз век – у 6,6 %, наличие сопутствующих движений – у 19,8% дошкольников (например, надувая щеки, Саша Т., 3,5 г. щурит глаза, при сдувании щек они начинают дрожать).

Исследование показало, что младшим дошкольникам с ОНР трудно удерживать определенную позу на протяжении даже незначительного промежутка времени, а также переключаться с одного упражнения на другое, у них наблюдаются застrevания на первом предложенном упражнении. Не было отмечено ярко выраженной зависимости сформированности мимической моторики от уровня общей моторики. Так, Миша К., 3,1 г. в целом заторможен, однако мимические движения у него выразительные и живые.

Таким образом, состояние мимической моторики у младших дошкольников с ОНР является удовлетворительным.

Ручная моторика

Дошкольникам предлагались следующие движения в виде игровых заданий:

– хлопки в ладоши («Ладушки-ладки»);

- повороты кистями обеих рук то вверх ладонями, то тыльной стороной («Чистые ручки»);
- сжимание рук в кулаки и разжимание их («Йо-йо»);
- сжимание правой руки в кулечок, постукивание им по открытой ладони левой руки и наоборот («Кую, кую сапожок»);
- поднимание через стороны рук вверх и опускание их вниз («Яросту»);
- согнутыми в локтях на уровне груди руками совершать круговые обороты свободными кистями от себя (к себе) («Заведем моторчик»);
- перекладывание воображаемого (реального) предмета с одной руки в другую перед собой («Пеку, пеку пирожок»);
- хлопки в ладоши над головой («Поймай комарика»).

После проведения упражнений отметили, что простые движения выполняются дошкольниками с ОНР безошибочно, а выполнение движений, требующих более высокой организованности и координированности, вызывает значительные сложности. Так, Миша У., 3,7 г. не делает круговых оборотов, а только размахивает руками перед собой, Диана К., 3,5 г. вместо того, чтобы стучать кулачком по ладони, просто хлопает в ладоши.

Таким образом, подражание и воспроизведение даже многократно показанных движений является достаточно сложным для детей с речевым недоразвитием.

Пальчиковая моторика

Многочисленные исследования О. Бот, Е. Исениной, Е. Мастьковой, М. Ипполитовой, Л. Фоминой и др. показали, что совершенствование речевых реакций прямо зависит от степени тренировки движений пальцев, ведь именно развитие мелкой моторики позитивно влияет на функционирование речевых зон коры головного мозга.

Учитывая вышеуказанное, нами особое внимание было уделено обследованию пальчиковой моторики. С этой целью использовались наблюдения за игровой, изобразительной деятельностью детей, предлагались действия с предметами и специально подобранные игровые упражнения, во время выполнения которых обращали

внимание на особенности межполушарной латеральности (право-, левосторонняя латеральность, билатеральность, скрытая леворукость).

При определении ведущей руки праворукими среди детей оказались 33,0%, леворукими – 19,8%, амбидекстрами – 46,2%. Было отмечено, что дети играют двумя руками, ведущая рука у них часто меняется. Так, Диана К., 3,5 г., складывая кубики, в равной мере ловко владеет как правой, так и левой рукой; Герман М., 3,2 г. кушает, держа ложку в правой руке, а когда отвлекается, берет ее в левую руку.

Детям предлагалось, используя карандаши и гуашевые краски, изобразить прямые линии («Дорожка»), мазки и точки («Следы»), спиралевидные линии («Клубочки»); слепить шарик, палочку («Пластилиновые фантазии»).

Исследование проводилось и во время действий с предметами:

- выложить узор из мозаики («Волшебные узоры»);
- самостоятельно застегнуть пуговицы (большую, среднюю, потом маленького размера) («Шапочка клоуна»);
- нанизывать на нитку бусины («Бусы»);
- складывать в коробку мелкие игрушки правой и левой рукой («Собери игрушки»).

Дополнительно использовались следующие игровые упражнения:

- положить обе ладони на стол и раздвинуть пальцы, соединить их («Утиные лапки»);
- поочередно коснуться каждым пальцем левой руки большого пальца; аналогично выполнить упражнение правой рукой; двумя руками одновременно («Пальчики здороваются»);
- пальцы стиснуть в кулечок; выставить вверх указательный и средний пальцы; пошевелить ими («Зайчик»);
- внутреннюю сторону ладони опустить вниз; указательный и мизинец выставить вперед; средний и безымянный пальцы прижать к ладони и охватить большим («Коза»);
- большие пальцы правой и левой руки вместе с указательным образуют «кольца»; поднести «очки» к глазам, заглянуть в них («Очки»).

Наблюдения за выполнением игровых заданий показало, что пальцы младших дошкольников с ОНР являются малоподвижными, их движения неточными, темп самых простых упражнений – замедленным. Дети со значительными трудностями удерживают карандаш, причем держат его всей ладонью в верхней части. Нажим является слабым и неравномерным. Значительно легче им пользоваться кисточкой и рисовать красками.

Динамическая организация двигательного акта кистей и пальцев рук в большинстве случаев характеризуется трудностями или неумением быстрого и плавного воспроизведения предложенных движений, наличием дополнительных движений, перестановок и нарушений оптико-пространственной организации.

Исследование выявило нарушение мелкой моторики у всех детей экспериментальной группы и подтвердило тот факт, что если развитие тонких движений пальцев рук отстает, то задерживается и речевое развитие, хотя общая моторика при этом может быть в пределах нормы.

Артикуляционная моторика

В процессе обследования обращалось внимание на анатомическое строение артикуляционного аппарата. Нами отмечались дефекты строения зубочелюстной системы, патологические изменения языка, неправильное строение неба и аномалии губ.

Отклонения определялись визуально и в процессе выполнения детьми серии игровых упражнений с учетом следующих характеристик:

– *губы* – нормальные, толстые, тонкие, укороченная верхняя губа, с расщеплением, неполное смыкание губ, подвижные, малоподвижные;

– *зубы* – мелкие, большие, редкие, диастемы, вне челюстной дуги, находят один на другой, лишние;

– *челюсти, прикус* – прогения, прогнатия; нормальный, открытый передний или боковой;

– *язык* – нормальный, макроглоссия, микроглоссия, длинный, короткий, широкий, мясистый, не помещается во рту, узкий, тонкий, подвижный, малоподвижный, вялый, напряженный, девиации языка;

– *подъязычная уздечка* – нормальная, длинная, укороченная, натянутая, раздвоенная, отсутствующая, подвижная, малоподвижная, с послеоперационным узлом;

– *твердое небо* – нормальное, низкое, плоское, «готическое», широкое, прооперированное, с расщеплением (частичным, полным), обтураптором;

– *мягкое небо* – нормальное, укороченное, раздвоенное, отсутствующее, подвижное, вялое, напряженное, провисает, паретичное (полный, односторонний парез), отклоненное в сторону.

Во время изучения состояния орального праксиса нами обращалось внимание на то, как ребенок выполняет отдельные упражнения (кинетическая основа речи) и их серии (кинестетическая основа) перед зеркалом и без зрительной опоры, совместно с логопедом, по подражанию и самостоятельно с использованием вербальных инструкций; отмечалось, принимают ли участие органы артикуляционного аппарата в выполнении движений рук. Предлагались как статические, так и динамические упражнения.

Статические упражнения:

- положить широкий язык на нижнюю губу («Блинчик»);
- высунуть узкий язык вперед («Иголочка»);
- поднять широкий язык за верхние зубы («Грибок»);
- кончиком языка упереться за нижние зубы, выгнуть спинку («Горка»);
- широкий язык поднять вверх, выгнув спинку вниз («Чашечка»).

Динамические упражнения:

- широким языком облизать верхнюю губу («Вкусное варенье»);
- узким кончиком языка попеременно тянуться к левому и правому уголкам рта («Часики»);
- попеременно показывать широкий и узкий язык («Змея»);
- цокать языком со звуками [o], [a] («Лошадка»);
- узким языком облизывать губы по кругу («Карусели»);
- широким языком водить по твердому небу от верхних альвеол до задней стенки глотки и назад («Маяр»).

Для исследования состояния мышц мягкого неба предлагалось произносить гласные звуки на твердой и мягкой атаке («Длинный и короткий»).

Равномерность работы артикуляционных мышц наблюдалась у 39,6% детей, неполный объем движений, искаженная серия движений или пропуск отдельных движений у 26,4% исследуемых. Точность выполнения нарушена у 52,8% дошкольников. Так, во время выполнения упражнений у Саши Т., 3,5 г. наблюдаются поиски артикуляций, ребенок будто припоминает необходимое артикуляционное движение. Нарушения тонуса оказались у 13,2% детей. Так, Мишай К., 3,1 г. движения выполняются вяло, без достаточного напряжения артикуляционных мышц. Способность к переключению и удержанию позы наблюдается у 33,0% детей. У 72,6% дошкольников наблюдается замедление темпов движений при повторном проведении, слюнотечения не наблюдалось. Чрезмерное напряжение движений оказалось у 6,6% исследуемых. Так, язык Димы Д., 3,5 г. двигается неуклюже, всей массой, точное движение не удается.

Таким образом, проведенное исследование моторной функции младших дошкольников с ОНР позволило выделить 3 группы детей:

1 группа – дети с нормальной моторикой (19,8%) – выявлена сформированная статистическая координация движений, умеют по заданию и произвольно удерживать некоторое время нужную позу; сформирована динамическая координация движений – движения четкие, уверенные, целенаправленные, взаимосвязанные в разных видах моторной активности (бег, ходьба, прыжки); достаточно сформированы мелкие движения кисти и пальцев рук, выразительная и эмоциональная лицевая мимика;

2 группа – дети с незначительными нарушениями моторики (52,8%) – сформирована статистическая координация движений, фиксируют необходимую позу в течение нескольких секунд; страдает переключение; наблюдаются застrevания на одной позе; неуклюжие движения пальцев рук, достаточно эмоциональная лицевая мимика;

3 группа – дети со значительными моторными нарушениями (26,4%) – наблюдается расторможенность, моторное напряжение или скованность, наличие некоординированных движений с широкой

амплитудой колебаний, грубые нарушения ручной и пальчиковой моторики; выраженная зависимость моторики от эмоциональных колебаний.

Итак, если при нормальном развитии ребенок овладевает звуковой стороной речи параллельно с развитием общей моторики и дифференцированных движений рук, то у детей младшего дошкольного возраста с ОНР происходит значительное отставание в развитии как моторной, так и речевой функций. Моторная недостаточность снижает сопротивляемость организма к простудным и инфекционным заболеваниям, негативно влияет на развитие всех систем организма (сердечнососудистой, дыхательной, желудочно-кишечной) и нервно-психической деятельности, а значит, требует своевременной многосторонней коррекционной, в т. ч. логопедической, работы.

Литература:

1. Аркин Е. А. Ребенок в дошкольные годы / Под ред. А. В. Запорожца и В. В. Давыдова. – М. : Просвещение, 1967. – С. 43.
2. Власенко И. Т. Проблемы логопедии и принципы анализа речевых и неречевых процессов у детей с недоразвитием речи // Дефектология. – 1988. – № 4. – С. 3–11.
3. Волкова Г. А. Психолого-логопедическое обследование детей с нарушениями речи. – СПб. : Сайма, 1993. – 135 с.
4. Диагностика и коррекция речевых нарушений: Метод. матер. н.-практ. конф. „Центральные механизмы речи”, посвящ. памяти проф. Н. Н. Трауготт. – СПб: Изд-во СПб ун-та, 2001. – 123 с.
5. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: Сб. метод. рек. В. П. Балабанова. РГПУ им. А. И. Герцена. – СПб.: Детство–Пресс, 2001. – 240 с.
6. Жукова Н. С., Мастиюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда. – Екатеринбург: Изд-во АРД ЛТД, 1998. – 320 с.
7. Жукова О. С. Первые уроки. Для детей 3-х лет. – СПб.: Издательский Дом «Нева», 2004. – 32 с.

8. Кольцова М. М., Рузина М. С. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. – СПб.: Изд. дом „МиМ”. – 191 с.
9. Краузе Е. Н. Логопедия. – СПб: КОРОНА прнт, 2003. – 207 с.
10. Мастикова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – С. 140–170.
11. Филичева Т. Б., Чиркана Г. В. Изучение детей с общим недоразвитием речи в специальном детском саду // Дефектология. – 1985. – № 6. – С. 55–62.
12. Чистякова М. И. Психогимнастика / Под ред. М. И. Буянова. – М.: Просвещение, 1990. – 128 с.
13.
<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>
- Источник:** Рібцуn Ю. В. Вивчення моторної функції молодших дошкільників із ЗНМ / Ю. В. Рібцуn // Дефектологія. – № 1. – 2006. – С. 44–48.

Дифференциальная диагностика когнитивного развития детей четвертого года жизни с общим недоразвитием речи

Психическое развитие – сложный, целостный, системный, динамичный процесс, особенно активный в период дошкольного детства. Особенностью дошкольного возраста является незрелость нервных структур, отдельных компонентов психики, подвижность, неравномерность и пластичность всех психических процессов, значительная способность к их компенсации. Именно это дает возможность у детей с нарушениями речевого развития скорректировать как отдельные психологические наслаждения, так и преодолеть собственно речевое недоразвитие в целом.

Нарушения познавательной деятельности часто сочетаются с ОНР, в связи с чем выявление ведущего дефекта, особенно в младшем дошкольном возрасте, вызывает значительные трудности. Актуальные вопросы определения характера взаимодействия речевой и познавательной деятельности, выявления психологических механизмов речевого недоразвития обуславливает необходимость разработки дифференциальной диагностики когнитивного развития детей четвертого года жизни с ОНР. В связи с этим нами была разработана и апробирована методика изучения невербального интеллекта у младших дошкольников с общим недоразвитием речи (Ю. Рибцун) [10]. Методики авторов Г. Волковой, В. Калягина, Р. Кирьяновой, Т. Овчинниковой, Р. Немова, Л. Шпицевой и др. [2, 4, 6] были модифицированы нами в соответствии с особенностями развития детей с речевой патологией в младшем дошкольном возрасте.

Разрабатывая и проводя исследование, мы учитывали, что дети с речевой патологией проходят в своем развитии те же этапы, что и их сверстники с нормально развитой речью, поэтому созданная нами методика построена с учетом возрастных и речевых особенностей детей.

В процессе обследования мы:

- определяли запас знаний младших дошкольников с ОНР об окружающем мире;

– выявляли их интерес к выполнению заданий, умение переключаться на другой вид деятельности, самокритичность в оценке полученных результатов;

– учитывали особенности обучаемости каждого дошкольника, а именно: сведения о том, как ребенок усваивает программный материал, овладевает соответствующими умениями и навыками (быстро, медленно, с трудностями, механически, прочно и т. п.);

– обращали внимание на то, как ребенок решает поставленную перед ним задачу (действует целенаправленно, обращается за помощью или пытается преодолеть возникающие трудности самостоятельно);

– определяли, какие уровни помощи (объяснение, указание, повторение инструкции, наводящие вопросы, образец действий и т. п.) и ее виды (организационная, разъяснительная, наглядно-действенная, конкретная) необходимы дошкольнику в процессе выполнения заданий;

– оценивали поведение – усидчивость, стойкость интереса, умение сосредоточиться, скорость ответов, реакция на возникающие трудности (стыдливость, негативизм, безразличие, эйфория, первозданность, быстрая утомляемость, истощаемость).

Во время проведения диагностики когнитивного развития детей с I уровнем речевого недоразвития большинство проб проводилось в несколько серий и предъявлялось в неверbalной форме с использованием выразительной мимики и жестов. Пробы требовали выполнения заданий на наглядно-действенном уровне, по аналогии, по образцу, в виде непосредственного сопоставления и т. д. Все предложенные задания проводились в игровой форме с учетом постепенного увеличения сложности. Экспериментатором использовались как вербальные, так и невербальные способы стимуляции (похвала, поглаживание по руке, голове, кивок головой, улыбка, контакт «глаза в глаза»).

Оценка действий ребенка происходила с учетом таких критериев: а) принятие задания; б) способы выполнения; в) обучаемость; г) желание играть со взрослым; д) отношение к игре; е) результат.

Учитывая повышенную утомляемость, неустойчивость внимания младших дошкольников с общим недоразвитием речи, на протяжении занятий мы меняли виды деятельности, использовали красочно оформленные дидактические пособия, которые могли бы заинтересовать детей и создать эмоциональную и эстетическую базу экспериментальной работы. Использовались также яркие и озвученные игрушки естественных цветов, изготовленные из различных материалов, с незначительным количеством деталей, ведь именно в этом возрасте у детей продолжается формирование сенсомоторной сферы. Подбирая для проведения проб конфликтные изображения или предметы, мы стремились, чтобы они были как можно ближе по своим признакам к исследуемым объектам.

Следует заметить, что именно удачно продуманные нами игровые формы диагностической работы, их детализация дали возможность качественно провести комплексное обследование.

Проанализируем полученные результаты основных направлений экспериментального исследования.

Исследование восприятия разных модальностей у детей четвертого года жизни с ОНР

Восприятие (англ. perception) – сложный психофизиологический процесс формирования перцептивного образа. Восприятие формируется на основе ощущений разных модальностей, и в зависимости от того, какой из анализаторов является ведущим, различают зрительное, слуховое, осязательное, вкусовое и обонятельное восприятие (Б. Ананьев, Г. Гельмгольц, А. Леонтьев, С. Рубинштейн).

Для формирования речевой функции наиболее значимыми являются зрительное и слуховое восприятие, поэтому остановимся на результатах исследования именно этих видов.

Результаты изучения зрительного восприятия у детей четвертого года жизни с ОНР

В дошкольный период происходит интенсивное сенсорное развитие ребенка, ведущее место в котором среди других перцептивных процессов принадлежит зрительному восприятию. Чтобы определить состояние зрительного восприятия, мы обследовали: а) предметный гнонис; б) восприятие цвета;

в) восприятие формы; г) восприятие величины предметов; д) оптико-пространственный гноэзис.

Несмотря на то, что с диагностической группы нами были исключены дети с нарушениями зрения (по данным медицинских карт), диагностические задания дали возможность в полной мере получить представление о состоянии зрительной функции, т. е. определить уровень сохранности у дошкольников зрительного компонента, необходимого для усвоения денотативного значения слова. Для выявления специфической неречевой симптоматики при алалии были использованы задания на узнавание предметов, изображенных пунктиром, неполных изображений, зашумленных и таких, которые накладывались одно на другое.

Следует отметить, что, подбирая диагностический материал к пробам, мы учитывали определенные требования, а именно:

а) диагностическим материалом были только хорошо знакомые детям предметы, игрушки и изображения;

б) для одной пробы подбирались игрушки, изготовленные из одного материала, приблизительно одинакового размера;

в) предметные картинки были одного формата, а изображения на них – основного спектра цветов, чтобы младшие дошкольники с ОНР лучше воспринимали изображения;

г) конфликтные изображения подбирались в соответствии с определенным признаком (общее внешнее сходство, цвет, форма, размер, видо-родовая принадлежность и др.).

Задание пробы [1] на обследование предметного гноэзиса путем узнавания реальных предметов не вызвало никаких трудностей. Безошибочно его выполнило 92,0% детей четвертого года жизни с ОНР, что свидетельствует о достаточной мозговой организации первичных зон затылочной коры и элементарных функций зрения.

В пробе на исследование предметного гноэзиса путем узнавания предметов, изображенных на картинке, для доступности детям предлагались не реалистичные, а анимационные изображения, которые более близки опыту младших дошкольников. С предложенным заданием справилось 88,0% детей четвертого года жизни с ОНР. Непонимание пробы проявлялось в том, что карточки выкладывались не под изображениями, а вразброс или как

продолжение ряда, что свидетельствует о недостаточном уровне внимания младших дошкольников с ОНР. Однако после частичного показа все дети смогли выполнить задание.

С целью диагностики предметного гноиса путем узнавания предметов по силуэтным изображениям мы использовали разделенные на две части карточки. На одной из них было силуэтное изображение предмета, а другая часть была чистой. Предложенное задание не вызвало трудностей у 68,0% исследуемых. У остальных детей (32,0%) распределение произошло таким образом: частичный показ помог в выполнении пробы 64,0% дошкольников, после полного показа справилось с заданием 12,0% детей, не выполнило задание даже после многоразового показа 24,0% обследуемых. Отдельные ошибки обусловлены индивидуальными особенностями детей четвертого года жизни с ОНР.

Так, например, Антон П., 3 г. 4 мес., пытался скомпоновать картинки способом ассоциаций – к елке положил гриб, а к самолету – птицу. Это свидетельствует о срабатывании зрительного прогнозирования, а значит, об актуализации ситуативных (ассоциативных) связей, что возможно только при участии интеллектуальной деятельности, памяти и мышления.

Мы заметили, что предложенная детям помочь в виде сюжетной картинки с аналогичными силуэтными изображениями значительно упростила выполнение пробы, а после показа аналогичной картинки с предметными изображениями все дети смогли справиться с заданием. Это свидетельствует о том, что ситуативные связи, которые уже в основном сформированы у младших дошкольников, способствуют лучшему узнаванию ими отдельных предметов.

Материалом для обследования предметного гноиса путем узнавания предметов по контуру младшим дошкольникам предлагались вышитые толстой ниткой салфетки, что дало возможность использовать как уровень помощи тактильное восприятие детей. Предметные картинки подбирались с наличием ярко выраженной формы предметов для легкости восприятия. Не все предметные картинки были хорошо знакомы детям (особенно

конфликтные), но использовались нами, ведь не требовали знания их названий.

С предложенным заданием справилось 60,0% детей четвертого года жизни с ОНР. Из 40,0% дошкольников 80,0% пытались объединить изображения по цвету (желтые – груша и яблоко, красные – вишни и смородина), 20,0% – по форме (овальные – сливы и абрикосы, круглые – яблоки и вишни). Существенной помощью во время выполнения пробы стало обведение ребенком пальчиком вышивки по контуру. Если дошкольник не понимал невербальной инструкции экспериментатора обвести контур, тогда мы брали руку ребенка в свою и обводили вышивку, прижимая его пальчик для лучшего тактильного контакта, а значит, ощущения направления движения. После обведения вышивки помогали обвести по контуру предметную картинку, показывая схожесть форм, но разный размер и количество. Результаты исследования показали высокий уровень обучаемости детей четвертого года жизни с ОНР.

Обязательным компонентом зрительного восприятия является правильная организация движений глазных яблок. Не имея самостоятельного опыта исследования контурного объекта, по нашему мнению, именно обведение вышивки пальчиком актуализировало моторные лобные зоны детей четвертого года жизни с ОНР, а значит, движения глаз, как важного компонента (П. Анохин, А. Владимиров, А. Лурия и др.).

Проба исследования состояния сформированности предметного гноиса путем узнавания предметов по *пунктирным изображениям* не вызвала трудностей у 56,0% исследуемых. Младшие дошкольники с ОНР недоумевали, не зная, куда положить ту или иную картинку. Мальчиков особенно заинтересовало предметное изображение кораблика, и они начинали играть им, забыв о задании, что свидетельствует о неустойчивом внимании и чрезмерной произвольности психических процессов детей четвертого года жизни с ОНР. Как показало исследование, контурное изображение значительно сложнее для восприятия младшими дошкольниками с ОНР, ведь лишено многих смыслоразличительных признаков: цвета, формы составляющих элементов.

Как уровень помощи использовался показ картинок с пунктирным изображением контура предметов и их составляющих, с контурным изображением предметов, на которых выделялись наиболее значимые элементы (шляпка гриба, прожилки на листочке и др.), с пунктирным изображением, где цвет пунктира соответствовал цвету предмета (например, листочек – зеленый, груша – желтая), что после проведения предыдущих проб с участием экспериментатора значительно облегчало выполнение задания. Все вышеизложенное давало возможность сделать правильный вывод об увиденном предмете с помощью включения мышления, памяти и срабатывания прогнозирования.

Результаты выполнения пробы с целью обследования предметного гноиса путем узнавания неполных изображений имели разноречивые показатели в зависимости от предложенного материала. Узнать брюки с визуально отрезанной частью штанин могли 72,0% детей, мяч узнали 52,0% младших дошкольников с ОНР. Самыми сложными для узнавания оказались пирамидка – 48,0% и чашка – 20,0%, хотя эти предметы были хорошо знакомы дошкольникам. Следует отметить, что предложенные реальные предметы (брюки с подвернутой штаниной, полусобранную пирамидку) могли узнать все исследуемые, что свидетельствует о большей легкости восприятия младшими дошкольниками с ОНР реальных предметов, чем изображенных на картинке.

Преобладающее большинство дошкольников эмоционально реагировало на увиденные «неправильные» картинки. Так, например, Саша К., 3 г. 5 мес., энергично размахивал руками и, глядя на экспериментатора, показывал на отрезанные части картинок и говорил: «Не. Нету». Даже дети с практически отсутствующей речью не оставались безразличными. Так, например, Олег В., 3 г. 3 мес., неоднократно показывал на отрезанную часть брюк и с очень выразительной мимикой, наклонившись, водил рукой по своим брюкам в том месте, где была «отрезана» часть изображения. Некоторые дети, увидев «испорченные» картинки, начинали плакать. Так, например, Ира С., 3 г. 4 мес., не могла успокоиться, пока экспериментатор не дала девочке части, которых не хватало. Это свидетельствует об эмоциональной чувствительности младших

дошкольников с ОНР, указывает на первичное недоразвитие речи и сохранность у них интеллектуальной сферы.

В следующей пробе на изучение предметного гноиса детям предлагались изображения в *условиях разного типа зашумления* – перечеркивания, кляксы, разная степень плотности заполнения изображений точками. Самым легким оказалось узнавание изображений предметов, перечеркнутых прямыми горизонтальными линиями – 64,0% правильного узнавания. Некоторые дети при этом водили пальчиком слева направо, будто «читая» картинки. Узнавание предметов, перечеркнутых волнистыми горизонтальными линиями, не вызвало особых трудностей у 48,0% младших дошкольников с ОНР. Показатели по узнаванию изображений предметов, перечеркнутых прямыми и волнистыми линиями, составили соответственно 52,0% и 36,0%. Картички с зашумлением кляксами были выполнены нами в виде аппликаций, и дети сосредоточенно пытались «отмыть» картинки, сдирая кляксы пальчиком. Безошибочное узнавание предметов в условиях такого зашумления составило 60,0%.

Самыми сложными для восприятия оказались точки – только 8,0% правильного узнавания, причем плотность их нанесения не имела значения и вызывала даже негативные эмоциональные реакции. Так, например, Денис Т., 3 г. 4 мес., увидев картинки, завертел головой и начал делать перед собой размашистые круговые движения, как бы зарисовывая изображения. В результате поражения вторичных зон затылочных отделов происходит сужение зрительного поля, и дети четвертого года жизни с ОНР «не видят» зашумленных изображений, а только отдельные, разрозненные детали предметов.

Проба на узнавание изображений, *наложенных одно на другое*, дала нам возможность еще более детально обследовать предметный гноис младших дошкольников с речевым недоразвитием. Изображения, наложенные одно на другое, выполнялись нами в разном цвете, но с соблюдением реальных пропорций. С предложенным заданием справилось только 16,0% детей. Дети могли воспринимать лишь фрагменты изображения, пытались угадать предметы. Эти особенности восприятия свидетельствуют о поражении у младших дошкольников с ОНР вторичных отделов зрительной коры, что приводит к нарушению операций по созданию зрительных

синтезов, но оставляет сохранный структуру активной перцептивной деятельности [5].

Проба оказалась чрезвычайно сложной для младших дошкольников с ОНР, хотя именно такое задание не вызывало трудностей у детей с нормальным речевым развитием. Поэтому мы использовали учебные игры-занятия, которые значительно помогли детям при выполнении задания. Особенно показательным для детей четвертого года жизни с ОНР стал показ накладывания контурных изображений, изготовленных на полиэтилене, одного на другое, когда на глазах у ребенка изображения «путались». Заинтересованность у дошкольников вызвало манипулирование с плоскостными предметами и накладывание их на контурные изображения. Но, несмотря на разноуровневые виды помощи, преобладающее большинство детей так и не смогло справиться с заданием.

Таким образом, у 28,0% детей во время выполнения заданий такого типа происходит сужение зрительного поля, и они видят лишь один предмет, независимо от его размера, и не могут одновременно воспринимать несколько объектов, что свидетельствует о поражении передних отделов затылочной области на ее границе с нижнетеменным участком. Можно говорить также о наличии у таких детей двух- или правостороннего поражения затылочно-теменных отделов мозга, т. е. так называемой симультанной агнозии. Мы увидели, что ориентировка на смыслоразличительные элементы (цвет, форма, составляющие) улучшает восприятие детей четвертого года жизни с ОНР. Таким образом, вышеуказанные особенности можно использовать в требованиях к наглядности для дошкольников младшей логопедической группы, учитывать во время работы по развитию зрительного восприятия по схеме: ознакомление детей с реальными изображениями, цветными контурными изображениями предметов, черными контурными изображениями предметов, а также аналогичной работы по усвоению сенсорных эталонов и фигур.

Итак, исследование показало, что базисные формы предметного гноэзиса у младших дошкольников с ОНР в основном сформированы, что свидетельствует об отсутствии нарушений в зрительной коре, но имеет определенные особенности, которые проявляются в лучшем восприятии реальных предметов, чем их изображений, трудностями в

восприятии зашумленных и наложенных одно на другое изображений. Для детей характерны значительная отвлекаемость и истощаемость во время выполнения заданий на фоне достаточно высокой степени обучаемости.

Результаты изучения цвета у детей четвертого года жизни с ОНР

В соответствии с программой массового детского дошкольного учебного заведения (ДОУ) [1], уже на третьем году жизни дети умеют различать основные цвета и поэтому мы подбирали пробы для изучения восприятия цвета младшими дошкольниками с ОНР путем соотнесения:

- а) реальных предметов двух контрастных цветов;
- б) силуэтных изображений предметов трех цветов.

Создание в форме игры хорошо знакомой детям бытовой ситуации стало благоприятной мотивационной основой для выполнения задания на *соотнесение реальных предметов двух контрастных цветов*. Оно не вызвало трудностей у значительного большинства младших дошкольников с ОНР – 92,0% из них успешно выполнили задание.

Пробу на соотнесение силуэтных изображений предметов трех цветов правильно выполнили 80,0% детей четвертого года жизни с ОНР, остальные дошкольники отвлекались от диагностической ситуации и начинали играть бабочками. Действенным оказался показ птицы, которая якобы хотела поймать бабочек, – дошкольники, включившись в игру, прятали их. Ошибочное выполнение было обусловлено тем, что у детей не возникали ассоциации между предметом и цветом, а это, в свою очередь, усложняло диагностическое задание.

Таким образом, восприятие цвета предметов у детей четвертого года жизни с ОНР в основном сформировано, а ошибочное выполнение диагностических заданий обусловлено неустойчивостью внимания дошкольников и их переключаемостью с диагностической ситуации на игровую.

Результаты изучения восприятия формы у детей четвертого года жизни с ОНР

В соответствии с программой массового ДОУ [1], уже на третьем году жизни дети умеют различать основные геометрические

фигуры, поэтому нами выявлялось умение дошкольниками с ОНР сопоставлять плоскостные геометрические фигуры с их контурными и предметными изображениями.

Задания заинтересовали детей. Спеша закрыть окошки, пряча мышек от кошки, дошкольники делали значительное количество ошибок, поэтому кошку приходилось периодически прятать. Сопоставление круга и квадрата с их контурным изображением не вызывало трудностей (96,0% правильно выполнили задание), а вот сопоставление треугольника порождало значительное количество ошибок (80,0%). Дети пытались вставить в квадратное отверстие треугольник, что свидетельствовало о недостаточном усвоении младшими дошкольниками с ОНР сенсорных эталонов фигур.

Материалом для следующего диагностического задания стали картинки с изображением предметов разной формы. Учитывая то, что объем знаний об окружающем мире у детей четвертого года жизни с ОНР недостаточен, с целью сохранения доступности предлагаемого материала мы использовали в пробе картинки как с плоскостным, так и с рельефным изображением.

Правильно выполнить задание смогли только 48,0%, причем значительный процент правильного выполнения приходился на подбор предметов круглой и квадратной формы. Значительной помощью во время выполнения заданий было обведение пальчиком ребенка выпуклых фигур. Дополнительный вид помощи – обведение пальчиком ребенка рельефных изображений, а также последовательное обведение рельефных фигур и изображений. Такие упражнения имели положительный результат, т. к. актуализировали моторные зоны движениями глаз, фиксировали зрительное внимание и давали возможность переносить приобретенные умения на то, чтобы выделять в окружающем не только уже знакомые, а и другие предметы такой же формы. Так, например, Оксана Л., 3 г. 6 мес., неоднократно обведя пальчиком выпуклые фигуры, бежала в игровой уголок, брала игрушку и обводила ее пальчиком, приговаривая: «О-о! О-отакое! Там!».

В процессе обследования мы убедились, что восприятие и практические действия младших дошкольников с ОНР взаимно дополняют друг друга, и именно во время практической деятельности,

с применением не только зрительного, а и тактильного восприятия, происходит лучшее усвоение сенсорных эталонов.

Итак, восприятие формы предметов младшими дошкольниками характеризуется недостаточным уровнем усвоения сенсорных эталонов. Выполнение заданий значительно улучшается при условии обведения фигур по контуру, что дает возможность подключить движения глаз и создать целостность образа фигуры.

Результаты изучения восприятия размеров предметов у детей четвертого года жизни с ОНР

С целью изучения восприятия размеров предметов младшим дошкольникам предлагалось найти каждому из четырех зайчиков домик соответствующего размера. Нахождение контрастных домиков – самого большого и маленького – было выполнено безошибочно, однако подбор нужного домика для зайчиков среднего размера оказался сложным – 60,0% детей со всего количества обследуемых допустило разнoplановые ошибки, из которых обусловленные переключением с диагностического задания на игровую ситуацию – 32,0%, неустойчивостью внимания – 60,0%, непониманием задания – 8,0%.

Таким образом, восприятие и сравнение резко контрастных по величине плоскостных изображений не вызывает трудностей, а двух изображений со слабо выраженной разницей в размерах имеет характер угадывания.

Нами на верbalном уровне была также проведена обобщающая проба с целью исследования зрительного восприятия путем соотнесения размера, цвета и формы предметов. Среди ряда знакомых детям предметов разного цвета, формы и размера предлагали отобрать, например, все красные (большие, круглые и др.). Таким образом мы проверяли способность понимания дошкольниками вербальных инструкций экспериментатора и состояние сформированности у детей представлений о сенсорных эталонах. Для тех дошкольников, которые не могли выполнить задание на вербальном уровне, предлагалось выполнить его на основе сопоставления и по образцу.

Вербальный уровень предъявления задания предоставил возможность не только провести обследование, а и стимулировал

запоминание дошкольниками слов, которые обозначают основные признаки предметов, ведь слово-название фиксирует сенсорный эталон, закрепляет его в памяти ребенка, делает его использование более осознанным и точным.

Результаты выполнения указанной пробы дали возможность уточнить характер нарушения: если показатели выполнения по двум критериям (например, восприятие цвета и величины) были высокими, а один (например, форма) – низким, это свидетельствовало о мозаичности нарушения, а, значит, о специфических особенностях восприятия; но если показатели выполнения задания по всем трем критериям были низкими, это означало, что существуют системные нарушения, и, как результат, – интеллектуальная недостаточность.

Обследование способствовало выявлению мозаичного типа нарушения у 40,0%, а системного неусвоения сенсорных эталонов – у 12,0% младших дошкольников с ОНР, что позволило говорить о наличии у них задержки психического развития.

*Результаты изучения оптико-пространственного гноиса
у детей четвертого года жизни с ОНР*

Для обследования оптико-пространственного гноиса младших дошкольников с ОНР нами предлагались игровые задания на сформированность ориентации:

- 1) в схеме собственного тела;
- 2) в пространстве.

Проба на *ориентацию в схеме собственного тела* не вызвала никаких затруднений – с ней успешно справились 96,0% детей четвертого года жизни с ОНР. В пробе на изучение оптико-пространственного гноиса путем *ориентации в пространстве*, в зависимости от состояния мелкой моторики пальцев и кистей рук мы использовали наборы больших мягких кубиков, которыми можно манипулировать двумя руками, и маленьких деревянных, которые требуют включения движений мелких мышц рук.

Как показало обследование, дети не сразу смогли понять предложенное им задание. Они манипулировали кубиками (12,0%), просто рассматривали их (8,0%), строили башню (24,0%). Правильно выполнили задание 56,0%. Помощь в виде накладывания кубика на изображение не дала результатов, т. к. дошкольники заглядывали на

боковые стороны, не достаточно четко осознавая, какой именно предмет должен получиться. Действие по подражанию утомляло детей, и они отказывались от последующего выполнения задания. Действенным оказался способ добавления кубика сначала с помощью экспериментатора, а потом без нее. Интересен тот факт, что даже те дети, которые не смогли доставить ни одного кубика, брали руку экспериментатора и подвигали к кубикам, требуя сложить изображение. Так, Игорь П., 3 г. 5 мес., толкая экспериментатора, указательным пальцем показывал на кубики и говорил: «Идя! Идя тап!» («Сложи! Сложи картинку!»), а увидев сложенное изображение, смеялся и хлопал в ладоши.

В следующей пробе дети должны были сориентироваться на сюжетной картинке и выложить свою, аналогичную, соответственно разложив плоскостные изображения. Как показали результаты исследования, правильно выполнили задание 16,0% детей. У других 84,0% дошкольников наблюдались ошибки разного характера, а именно: 4,0% – зеркальное выкладывание предметов, 20,0% – несоответствующее выкладывание отдельных элементов, 16,0% – раскладывание плоскостных изображений на свой вкус, 12,0% – отказ от выполнения пробы. Правильно начинали, но не смогли довести выполнение задания до конца 48,0% детей. Мы определили, что зеркальное выкладывание характерно в основном леворуким детям, которые начинали выкладывать изображение справа налево. Дети выкладывали плоскостные изображения на листе визуально, что свидетельствовало о непонимании содержания задания. Преобладающее большинство ошибок было обусловлено неустойчивостью внимания младших дошкольников с ОНР и их быстрой истощаемостью.

Случаи зеркальности были обусловлены также нарушением симультанного анализа и синтеза. Можно предположить, что такие дошкольники могут иметь отставания в формировании право- и левосторонней ориентации, а также склонность к оптическим дисграфиям.

Как показали результаты исследования, если уровень развития оптико-пространственного гноиса в форме ориентации детей в схеме собственного тела остается сохранным, то ориентация в пространстве

оказывается недостаточно сформированной и требует проведения соответствующей коррекционно-развивающей работы.

Таким образом, проведенное исследование зрительного восприятия младших дошкольников с ОНР дало нам возможность обобщить результаты и провести сравнительный анализ с возрастной нормой (табл. 1).

Таблица 1

*Сравнительный анализ состояния сформированности
зрительного восприятия младших дошкольников с НРР и ОНР*

Младшие дошкольники	
с НРР	с ОНР
<i>Предметный гноэис</i>	
<i>Узнавание реальных предметов</i>	
не вызывало затруднений	не вызывало затруднений
<i>Узнавание предметов, изображенных на картинке</i>	
правильное выполнение задания	выкладывание карточек не под изображениями, а как продолжение ряда
<i>Узнавание предметов по силуэтному изображению</i>	
безошибочное выполнение задания	подбор картинок по сенсорно-привлекательным признакам (объединение по форме, цвету) и способом простых ассоциаций
<i>Узнавание предметов по контуру</i>	
правильное выполнение задания	подбор картинок по сенсорно-привлекательным признакам (объединение по форме, цвету)
<i>Узнавание картинок по пунктирному изображению</i>	
безошибочное выполнение задания	в некоторой мере сложное задание и переход от диагностической к игровой ситуации
<i>Узнавание предметов по неполным изображениям</i>	
единичные ошибки во время выполнения задания	неоднородные показатели в зависимости от предлагаемого материала по степени близости

		опыту детей
<i>Узнавание предметов в условиях зашумления</i>		
единичные ошибки, обусловленные неустойчивостью внимания	адекватное изображений зашумления вертикальными горизонтальными особенно сложное узнавание предметов в условиях зашумления точками	восприятие в условиях прямыми и линиями; узнавание
<i>Узнавание изображений, наложенных одно на другое (проба Поппельрейтера)</i>		
единичные ошибки, обусловленные неустойчивостью внимания	практически полное непонимание задания	
<i>Восприятие цвета</i>		
безошибочное выполнение задания	контрастные цвета воспринимаются адекватно; задания вызывают истощение и переключение с диагностической ситуации на игровую	
<i>Восприятие формы</i>		
полная сформированность сенсорных эталонов, основных геометрических фигур	умение сопоставлять плоскостные геометрические фигуры с их контурными и с предметными изображениями указывает на полную сформированность сенсорных эталонов круга и квадрата; попытка вставить в квадратное отверстие треугольник	
<i>Восприятие величины предметов</i>		
безошибочное выполнение задания	неустойчивость внимания, переключение с диагностической ситуации на игровую	
<i>Оптико-пространственный гнозис</i>		

<i>Ориентация в схеме собственного тела</i>	
безошибочное выполнение задания	не вызвало затруднений
<i>Ориентация в пространстве</i>	
безошибочное выполнение задания	быстрая истощаемость и непонимание задания

Обобщая вышесказанное, можно определить основные факторы, которые негативно влияют на полноценное развитие зрительного восприятия детей четвертого года жизни с ОНР, а именно: ограниченный запас знаний об окружающем мире, неустойчивое внимание и непроизвольность других психических процессов, значительная степень отвлекаемости и утомляемости дошкольников, их быстрое переключение с диагностической ситуации на игровую.

Детям четвертого года жизни с ОНР присущее несоответствие соотнесения разных видов изображений (контурных, силуэтных, пунктирных, зашумленных) с реальными предметами в связи с учетом сенсорных (цвет, форма) или их случайных (привлекательность предмета) признаков. Мы определили, что материал, который близок опыту каждого отдельно взятого ребенка, воспринимался им значительно лучше при любых обстоятельствах, а поэтому, по необходимости, подбирался нами индивидуально.

Для младших дошкольников с ОНР характерны:

- а) значительная легкость восприятия реальных предметов по сравнению с изображенными на картинке;
- б) недостаточное усвоение сенсорных эталонов фигур на фоне довольно высокой степени обучаемости, что проявлялось, например, в умении переносить приобретенные умения находить в окружающей действительности не только уже знакомые, но и незнакомые предметы аналогичной формы.

Предоставление младшим дошкольникам с ОНР дозированной помощи, которая в большинстве случаев имела организационный характер, способствовала достижению довольно высоких результатов.

Можно отметить тот факт, что восприятие и практические действия младших дошкольников с ОНР находятся в тесном взаимодействии и обуславливают уровень взаимного развития. Так, демонстрация практических действий, использование реальных

предметов, сюжетных картинок, которые объединяли предлагаемые изображения, вовлечение тактильного восприятия создавали позитивный эмоциональный фон и способствовали правильному выполнению заданий.

Несмотря на сохранность гностических зон зрительного участка мозга, сложные виды восприятия, которые требуют интегрированной деятельности моторных систем и мыслительных компонентов, нарушены.

Таким образом, полная сформированность зрительного восприятия наблюдается у 20,0% детей четвертого года жизни с ОНР, базисные формы предметного гноэза сохраны у 68,0% дошкольников, локальные нарушения зрительного восприятия в результате поражения любых отделов мозга отмечаются у 12,0% (дети с моторной азалией), поражения вторичных отделов зрительной коры наблюдается у 8,0%, общие темпы снижения психического развития было обнаружено у 12,0%, недостаточная сформированность моторной программы движений глаз при обследовании объекта зафиксировано у 32,0% исследуемых.

Итак, состояние зрительной функции детей четвертого года жизни имеет свои специфические особенности, но уровень сохранности у дошкольников зрительного компонента, необходимого для усвоения денотативного значения слова, достаточен для полноценного формирования речи.

Результаты изучения слухового восприятия у детей четвертого года жизни с ОНР

Изучение слухового восприятия младших дошкольников с ОНР происходило путем выполнения задания на дифференциацию звучания музыкальных игрушек. Сначала проводилось целенаправленное обучение без использования ширмы, и только потом – проба. Задание заинтересовало детей и безошибочно его выполнить смогли 68,0% исследуемых. Часть дошкольников (20,0%) прислушивались к звучанию музыкального инструмента ухом со стороны ведущей руки. Интересен тот факт, что некоторые дети улавливали ритм звучания той или иной игрушки и пытались голосом воссоздать его, а потом, отыскав нужную игрушку, воспроизвели звучание вместе с ней, и это вызывало у дошкольников огромное

удовольствие. Мы заметили, что мальчики по сравнению с девочками четвертого года жизни с ОНР чувствительней к слуховым раздражителям. Аналогичное наблюдалось и у детей в норме.

*Результаты исследования слухо-пространственного восприятия
у детей четвертого года жизни с ОНР*

Данные нашего эксперимента выявили наличие у младших дошкольников с ОНР определенных трудностей в развитии зрительно-пространственного восприятия, что вызвало необходимость и исследовательский интерес в диагностике слухо-пространственного восприятия указанной категории детей. С этой целью использовалось задание на определение направления звучания музыкальных игрушек. Трудности пробы заключались в невербальном предъявлении задания. Тогда в проведении обследования был задействован учитель-логопед группы, что значительно упростило работу и дало возможность в полной мере выявить уровень сформированности слухо-пространственного восприятия дошкольников.

Учитель-логопед звонил в колокольчик, а экспериментатор наблюдал за ребенком. Безошибочно выполнили задания 48,0% дошкольников. Так, например, Лена В., 3 г. 4 мес., хватая за руку экспериментатора, показывала указательным пальчиком правильное направление звучания и приговаривала: «Дзи-дзя там!» («Колокольчик там!»). Часть детей (24,0%) растерянно смотрели на экспериментатора, с любопытством заглядывали в руки, разыскивая колокольчик. Другие дошкольники или не понимали задания вообще (20,0%), или отказывались от его выполнения (8,0%). Различные показатели выполнения пробы указывали на индивидуальные особенности детей, их утомляемость.

Итак, проведенное нами исследование подтвердило тот факт, что развитие восприятия у детей происходит в форме разнообразной познавательно-предметной деятельности при активном участии взрослых. Мы отметили, что много детей четвертого года жизни с ОНР – кинестетики, т. е. такие, для которых очень важны касания, поглаживания, объятия, а поэтому опора на тактильные ощущения, когда дошкольники имеют возможность манипулировать картинками или предметами, стала необходимой и действенной при выполнении проб.

Предлагаемые задания были не только диагностическими, но и обучающе-коррекционными, ведь ребенок имел возможность сопоставлять объекты, которые им воспринимаются, с перцептивными эталонами (например, во время восприятия формы – с геометрическими фигурами, цвета – с основной спектральной гаммой и т. п.). Результаты исследования показали, что когда ребенком усвоены только определенные эталоны, то он очень четко и точно воспринимает признаки предметов, совпадающие с этими эталонами. Однако другие признаки, для которых эталоны еще не были усвоены или были усвоены неточно, воспринимаются дошкольником часто ошибочно, в результате чего малоизвестные характеристики как бы приравниваются к существующим эталонам и происходит своеобразная генерализация признаков предметов.

Сравнительный анализ состояния сформированности разных видов восприятия младших дошкольников с НРР и ОНР представлено в табл. 2.

Таблица 2

Сравнительный анализ состояния сформированности разных видов восприятия младших дошкольников с НРР и ОНР

Младшие дошкольники	
<i>с НРР</i>	<i>с ОНР</i>
<i>Зрительное восприятие</i>	
возможность достаточно длительной фиксации на объекте (до 10 с), зрительный анализ и синтез частей предмета; использование тактильных ощущений отвлекает от восприятия	поверхностность, фрагментарность, выделение второстепенных признаков предмета; использование тактильных ощущений улучшает восприятие
<i>Слуховое восприятие</i>	
высокая концентрация на задании, но возможны незначительные отвлечения; отсутствует необходимость прислушиваться одним ухом со стороны ведущей руки	избирательность, зависимость от внешних раздражителей до полного «выключения» с задания; потребность прислушиваться одним ухом со стороны ведущей

	руки
<i>Восприятие пространства</i>	
четкая ориентация в схеме собственного тела, дифференциация понятий «вверху – внизу», определение местонахождения звукового сигнала	сформирована ориентация в схеме собственного тела, нечеткие представления о пространственном расположении предметов, трудности в определении направления звучания музыкальных игрушек

Таким образом, нарушение сформированности разных видов восприятия у детей четвертого года жизни с ОНР было обусловлено:

а) локальными поражениями незрительных зон коры головного мозга (лобная доля, зона перекрытия анализаторов и др.) (по данным энцефалограмм) (24,0%);

б) когнитивной недостаточностью, которая проявляется в снижении основных познавательных процессов (внимания, памяти, мышления) и замедлении общих темпов психического развития, недостаточности интеллектуального действия прогнозирования (12,0%);

в) отсутствием опыта целенаправленной работы с наглядным учебным материалом, недостаточной сформированностью выполнения познавательных, ориентировочных, игровых действий, ограниченностью предусмотренных Базовой программой развития ребенка дошкольного возраста «Я в Мире» [1] представлений об окружающем (72,0%).

Учитывая вышесказанное, можно сделать вывод о достаточной сохранности у детей четвертого года жизни с ОНР зрительного восприятия, трудностях формирования у них слухового восприятия, значительных отставаниях в развитии пространственного восприятия, что говорит о необходимости целенаправленной работы практического психолога.

Диагностика внимания разных модальностей у младших дошкольников с ОНР

Внимание (англ. attention) – процесс и состояние настройки субъекта на восприятие приоритетной информации и выполнение поставленных задач (Б. Мещеряков).

Изучение основных видов внимания является важным направлением диагностической работы. Как известно, существуют разные классификации внимания – с учетом особенностей объектов, формы организации, характера целевой направленности и уровня волевых усилий, а также по ведущему анализатору (Н. Вергилес, Р. Вудвортс, В. Зинченко, И. Мещерякова, Е. Хомская). Для выполнения поставленных задач нашего исследования важным было определить состояние сформированности внимания младших дошкольников с нормальным и нарушенным речевым развитием с учетом характера целевой направленности и уровня волевых усилий, а также по ведущему анализатору.

В дошкольном возрасте наиболее интенсивно происходит развитие зрительного и слухового внимания, поэтому во время проведения обследования детей четвертого года жизни с ОНР мы остановились именно на них.

*Результаты изучения зрительного внимания у детей
четвертого года жизни с ОНР*

Материалом для первой пробы служил модифицированный бланк Р. Немова. Как показали результаты выполнения задания, низкие показатели продуктивности и стойкости внимания оказались у большинства детей экспериментальной группы (76,0%), что было обусловлено не только рассеянным вниманием, но и неумением удерживать карандаш (дошкольники захватывали его всей ладошкой), из-за чего одновременно перечеркивались несколько изображений. Результаты проведения пробы указывают на чрезмерную сложность общепринятых диагностических методик для детей четвертого года жизни с ОНР, а это свидетельствует о необходимости подбора и разработки таких заданий, которые бы учитывали психофизические особенности дошкольников-логопатов.

Следующая пробы выявила лишь поверхностную сосредоточенность преобладающего большинства детей четвертого года жизни с ОНР на задании (60,0%). Во время проведения пробы мы заметили, что девочки чаще смотрят в глаза экспериментатора в поиске подтверждения правильности выполнения задания, а мальчики часто оглядываются по сторонам, не прося помощи. Так, например,

Ира Н., 3 г. 3 мес., поглядывая на экспериментатора, кивала головой и спрашивала: «Па? Тяк па?» («Правильно? Так правильно?»).

В результате проведения пробы мы отметили, что произвольное внимание младших дошкольников с ОНР поверхностное и неустойчивое, а поэтому требует коррекции и дальнейшего развития как основы для ориентации в ситуации и базы для формирования психической регуляции познавательной деятельности.

Результаты изучения слухового внимания у детей четвертого жизниса с ОНР

Слуховое внимание имеет большое значение для формирования речевой деятельности, а поэтому его обследование является обязательным для проведения диагностики когнитивного развития младших дошкольников с ОНР. Именно разнообразные эмоциональные оттенки заданий во время проведения проб, элементы игры, продуктивные виды деятельности, частая смена ее форм способствовала возможности поддерживать внимание детей на достаточно высоком уровне.

Следует отметить: если преобладающее большинство предыдущих проб выполнялось индивидуально, то задание на исследование слухового внимания мы проводили подгруппой, что дало возможность сделать определенные выводы. Несмотря на то, что в процессе самостоятельных игр дети пытаются быть на определенном расстоянии друг от друга, во время специально организованной игры дошкольники объединяются в небольшие группы и видно, что им нравится быть вместе и действовать сообща. Дети с гордостью демонстрировали друг другу наголовники, использованные в игре, хотя те были практически одинаковыми.

Из-за непонимания невербальной инструкции пробы многократно приходилось проводить учебные занятия, т. к. дети снимали наголовники с головы, пытались бить в бубен вместе с экспериментатором, просто бегали по группе. Использование вербальной инструкции сделало возможным провести пробу, результаты выполнения которой показали неустойчивость внимания, легкую отвлекаемость младших дошкольников с ОНР (88,0%).

Сравнительный анализ состояния сформированности различных видов внимания младших дошкольников с НРР и ОНР представлен в табл. 3.

Таблица 3

Сравнительный анализ состояния сформированности различных видов внимания младших дошкольников с НРР и ОНР

<i>Младшие дошкольники</i>	
<i>с НРР</i>	<i>с ОНР</i>
<i>Вид внимания с учетом характера целевой направленности и уровня волевых усилий</i>	
непроизвольное, с элементами произвольного; не только сами вещи, предметы и явления привлекают внимание своими признаками, а и соответствующие словесные указания взрослых	непроизвольное; преимущественно только сами вещи, предметы и явления привлекают внимание своими признаками
<i>Зрительное внимание</i>	
быстрая переключаемость, длительное удержание внимания на объектах, которые можно воспринимать разносторонне; временное снижение внимания как проявление утомляемости	поверхностность, фрагментарность, неустойчивость, истощаемость, отвлекаемость, быстрая переключаемость, удержание внимания в основном не зависит от характеристик объекта, только от смены его динамики
<i>Слуховое внимание</i>	
быстрое переключение; более длительное, чем зрительное	быстрое переключение, сужение, отвлекаемость, рассеянность; усиливается только на контрастные раздражители; менее длительное, чем зрительное

По данным энцефалограмм были выявлены причины недостаточной сформированности внимания разных модальностей, а именно:

- а) неравномерность взаимодействия основных нервных процессов (возбуждения и торможения), которые происходят в коре головного мозга (32,0%);
- б) слабость нервных процессов (даже при наличии стимулов разной модальности) (96,0%).

Итак, как показали результаты нашего исследования, произвольное внимание детей четвертого года жизни с ОНР очень неустойчивое и поверхностное. Нами отмечено, что нарушения внимания у дошкольников четвертого года жизни с ОНР проявляются одновременно во многих видах психической деятельности и во время восприятия раздражителей разных модальностей (зрительных, слуховых). Это доказывает необходимость целенаправленной работы по его развитию, ведь внимание является тем базовым психическим механизмом, который обеспечивает полноценный контакт дошкольников с окружающей средой.

Обследование памяти разных модальностей у детей четвертого года жизни с ОНР

Память (англ. memory) – это запоминание, сохранение и последующее воспроизведение индивидом его опыта. Физиологической основой памяти является образование, сохранение, а также актуализация временных связей в мозге (Л. Выготский, П. Зинченко, А. Лурия, А. Мелтон, Л. Постман и др.).

Изучение основных видов памяти является одним из ведущих направлений диагностической работы. Нами исследовалась зрительная и слуховая память младших дошкольников с ОНР.

Результаты изучения зрительной памяти у детей четвертого года жизни с ОНР

С целью изучения уровня сформированности зрительной памяти младшим дошкольникам с ОНР предлагалось два игровых задания. В первом из них правильно указали «лишнюю» игрушку 40,0% детей четвертого года с ОНР, ошибочно указывали на другие предметы – 40,0%. Мы заметили, что некоторые дети «спрашивали глазами», правильно ли они показывают игрушку. Так, например, Марина З., 3 г. 3 мес., неуверенно протягивая руку к одной из игрушек, вопросительно смотрит на экспериментатора и утвердительно кивает головой. Некоторые дети (8,0%) стали манипулировать игрушками.

Выделяли игрушку не по диагностическому признаку, а по степени ее привлекательности для конкретного ребенка – 12,0% исследуемых. Так, например, Вадим Р., 3 г. 4 мес., не обращая внимания на появление новой игрушки, взял в руки петушка, который ему понравился, и не выпускал того с рук. Причинами неправильного выполнения задания было неустойчивое внимание дошкольников, переключение с диагностической ситуации на игровую и неуверенность детей в правильности выполнения задания.

Вторая проба оказалась значительно сложнее для выполнения детьми четвертого года жизни с ОНР – с ней справилось только 24,0% дошкольников. Действенной помощью стало уменьшение количества игрушек, после чего с заданием справилось 48,0% детей, что свидетельствует о малом объеме зрительной памяти и недостаточном уровне внимания. Неоднократное проведение проб показало, что дети «застревают» на предыдущем задании и быстро утомляются.

Итак, состояние зрительной памяти младших дошкольников с ОНР характеризуется недостаточным объемом, быстрой угасания образованных временных связей, незначительной продуктивностью, что в значительной мере обусловлено неустойчивостью внимания.

*Результаты изучения слуховой памяти у детей
четвертого года жизни с ОНР*

Игровое задание пробы оказалось чрезмерно сложным для младших дошкольников с ОНР – только 16,0% детей правильно выполнили его. Остальные (84,0%) дошкольников или начали манипулировать музыкальными инструментами (24,0%), или отказывались выполнять пробу из-за полного непонимания задания (8,0%). Было выявлено: дети забывают отдельные элементы и последовательность заданий, что проявлялось в правильном показе лишь одного из музыкальных инструментов (68,0%).

Итак, состояние слуховой памяти младших дошкольников с ОНР находится на низком уровне и характеризуется незначительным объемом, неспособностью одновременно удерживать в памяти и отображать простую серию звуковых сигналов, что в значительной степени обусловлено недостаточным уровнем сформированности слухового внимания.

Сравнительный анализ состояния сформированности разных видов памяти младших дошкольников с НРР и ОНР представлен в табл. 4.

Таблица 4

Сравнительный анализ состояния сформированности разных видов памяти младших дошкольников с НРР и ОНР

Младшие дошкольники	
с НРР	с ОНР
<i>Вид памяти с учетом характера целей деятельности</i>	
непроизвольная	непроизвольная
<i>Зрительная память</i>	
незначительная продуктивность, отсутствие «застrevания» на предыдущем задании	малый объем, быстрое угасание образованных временных связей, истощаемость, незначительная продуктивность, «застrevание» на предыдущем задании
<i>Слуховая память</i>	
способность одновременно удерживать в памяти и отображать простую серию звуковых сигналов	чрезвычайно малый объем, невозможность одновременно удерживать в памяти и отображать простую серию звуковых сигналов

Таким образом, состояние сформированности памяти у детей четвертого года жизни с ОНР указывает на недостаточное запоминание и отображение стимулов различной модальности (особенно слуховых), незначительный объем памяти, ее выборочность, быстроту угасания образованных временных связей, что во многом обусловлено нарушением разных видов внимания.

Исследование основных мыслительных операций у младших дошкольников с ОНР

Мышление (англ. thinking) – психический процесс отражения действительности, высшая форма творческой активности человека (Л. Выготский, К. Левин, Ф. Михайлов, Э. Торндайк, Дж. Уотсон и др.).

Изучение основных мыслительных операций является очень важным направлением диагностической работы, ведь известна тесная связь между речью и мышлением. Во время обследования мышления

младших дошкольников с ОНР нами изучались следующие операции:
а) сравнение; б) классификация; в) анализ; г) синтез; д) обобщение.

*Результаты исследования мыслительной операции сравнения
у детей четвертого года жизни с ОНР*

С целью обследования уровня сформированности операции сравнения младшим дошкольникам предлагалось выполнить три пробы. Материал к первой из них изготавливался так, чтобы он не был перенасыщен деталями, которые бы отвлекали и без того неустойчивое внимание детей. Но, несмотря на это, 28,0% выполнили задание неправильно по причине чрезмерной отвлекаемости. Справились с заданием 64,0% обследуемых, а 8,0% детей поочередно показывали все домики, что свидетельствовало лишь о частичном выполнении задания.

Во второй пробе использовалась пирамидка из пяти колец, а в третьей – диагностическим материалом служила трехсоставная матрешка. В отличие от работы с карточками, во время которой дети могут только с помощью зрительного анализатора сравнивать между собой изображенные предметы, работа с пирамидкой и матрешками дает возможность манипулировать составляющими и сравнивать их по размеру методом наложения или приложения. Такой, казалось бы, упрощенный способ с использованием практической деятельности, должен был бы показать довольно высокие результаты. Однако правильно сложить пирамидку смогли только 36,0% детей, матрешку – 72,0% младших дошкольников с ОНР.

Следует отметить, что большинство детей не были знакомы ни с пирамидкой, ни с матрешкой, а поэтому нуждались в специальном обучении. Когда дошкольники нагромождали на стержень кольца хаотично, мы предлагали им пирамидку со стержнем конусообразной формы. После складывания пирамидки пальчиком ребенка проводили по ней сверху внизу, чтобы ребенок почувствовал правильность или ошибочность подбора колец. Дополнительным уровнем помощи были квадраты разного размера, расположенные в форме пирамиды. Квадраты по размеру соответствовали диаметру колец пирамидки, и ребенок имел возможность выложить в каждый квадрат кольцо необходимого размера, что своей наглядностью значительно помогало выполнить задание. Тем детям, которым было тяжело удерживать в

руках детали (кольца пирамидки или части матрешки), мы помогали при складывании, направляя их руку.

Как показали результаты обследования, мыслительная операция сравнения младших дошкольников с ОНР сформирована недостаточно. Детям значительно легче находить контрастные признаки между предметами, чем сравнивать между собой составляющие одного предмета. Дети четвертого года жизни с ОНР плохо запоминают и с трудом используют предложенные экспериментатором способы наложения и приложения.

*Результаты изучения мыслительной операции классификации
у детей четвертого года жизни с ОНР*

Материалом для пробы на выявление уровня сформированности операции классификации младших дошкольников с ОНР служили изображения тех предметов, которые были близки опыту детей, поэтому с предложенным заданием справилось 80,0% дошкольников. Можно отметить, что даже более сложные по уровню умственных действий задания с использованием знакомого материала выполнялись детьми четвертого года жизни с ОНР значительно лучше, чем более простые, но с использованием такого материала, который был им недостаточно знаком.

*Результаты изучения мыслительной операции анализа
у детей четвертого года жизни с ОНР*

Детям очень понравилось задание пробы на проверку состояния сформированности операции анализа, поэтому правильно выполнили его 80,0% исследуемых. Отдельные дети показывали соответствующую часть тела (ушки, носик, глаза, рот) не только на картинке, а и на себе. Так, например, Оксана Д., 3 г. 7 мес., показала ушки у кошки, а потом, смеясь, схватила обеими руками себя за уши, приговаривая: «Ух-х! Ух-х!» («Ухо! Ухо!»). По нашему мнению, высокие показатели выполнения задания подтверждают особенности «аналитичности» этой возрастной группы, способом познания которых является процесс разбиания.

*Результаты изучения мыслительной операции синтеза
у детей четвертого года жизни с ОНР*

В пробе предлагались как двусоставные, так и трехсоставные изображения. Безошибочно выполнили задание 68,0% дошкольников.

Часть детей (24,0%) выполнили задание с ошибками, но когда их внимание обращалось на образец, могли самостоятельно исправить ошибки. Отдельные дети составляли изображения зеркально (8,0%), что свидетельствовало о недостаточной сформированности у них оптико-пространственного восприятия.

Мы заметили, что мыслительная операция анализа сформирована у детей четвертого года жизни с ОНР лучше, чем синтеза, ведь она ближе их опыту. На выполнение большинства предлагаемых проб значительно влияет внимание, которое у младших дошкольников неустойчивое, а также то, что задание на синтез для детей оказывается сравнительно новым.

Результаты изучения мыслительной операции обобщения у детей четвертого года жизни с ОНР

Вследствие того, что речевое развитие младших дошкольников с ОНР не давало возможности проверить обобщение в классической форме путем называния обобщающих понятий, мы проверяли указанную мыслительную операцию с помощью комплементарной к действию обобщения операции конкретизации через понимание ребенком обобщающих понятий.

Зная, что первые обобщения связаны с действием, для выявления уровня данной мыслительной операции младшим дошкольникам с ОНР предлагалась пробы, в которой дети манипулировали муляжами (овощи, фрукты) и игрушками. Правильно выполнили обобщение 68,0% детей. Были такие, которые хотели откусить кусочек от муляжа (8,0%), другие (24,0% исследуемых) отбирали предметы по форме (круглые – мячик, яблоко, помидор) или цвету (зеленые – огурец, груша, кубик), т. е. детьми четвертого года жизни с ОНР производилось обобщение предметов не по заданным, а по сенсорно-привлекательным признакам. Нами отмечено, что умение обобщать у младших дошкольников с ОНР имеет размытые границы и недостаточно сформировано.

Сравнительный анализ состояния сформированности мыслительных операций младших дошкольников с НРР и ОНР представлен в табл. 5.

Таблица 5

Сравнительный анализ состояния сформированности мыслительных операций младших дошкольников с НРР и ОНР

Младшие дошкольники	
<i>c НРР</i>	<i>c ОНР</i>
<i>Сравнение</i>	
дети с легкостью находят контрастные отличия признаков между предметами и сравнивают составляющие одного предмета между собой	детям намного легче находить контрастные отличительные признаки между предметами, чем сравнивать составляющие одного предмета между собой
<i>Классификация</i>	
детям важен сам принцип классификации, а не предложенный материал	находится в прямой зависимости от близости предложенного материала опыта детей
<i>Анализ</i>	
не прослеживается ярко выраженной разницы между сформированностью анализа или синтеза	сформирован лучше, чем синтез
<i>Синтез</i>	
самостоятельное выполнения задания	зеркальное или обратное составление изображений; привлечение внимания к выполнению заданий значительно улучшает результат
<i>Обобщение</i>	
происходит по заданным признакам	имеет размытые границы; происходит по сенсорно-привлекательным признакам

Итак, исследование когнитивного развития предусматривало выявление не только знаний каждого ребенка, а и сформированности отдельных познавательных процессов. Нам было важно выявить первичный дефект нарушения и определить, что именно лежит в его основе: тяжелое речевое нарушение, которое тормозит общее развитие ребенка, умственная отсталость или ЗПР, которые

задерживают и искажают речевое развитие. Дифференциальная диагностика дала возможность разграничить алалию с временной задержкой речевого развития, дизартрическими нарушениями, с нарушениями слуха и умственной отсталостью.

Описывая психофизические особенности младших дошкольников с ОНР, следует указать на особенности поведенческих и эмоциональных проявлений указанной категории детей. Эмоциональные проявления и поведение детей четвертого года жизни с общим недоразвитием речи чаще всего характеризовались повышенной инфантильностью и соответствовали поведению детей более раннего возраста. Мы отметили, что мимика и выразительная жестикуляция характерны большинству исследуемых, которые используют их особенно в эмоционально насыщенных ситуациях общения.

По своим характерологическим особенностям мы выделили три основные группы исследуемых. Первая группа (56,0%) – это дети, которые по своим эмоциональным и поведенческим проявлениям соответствуют возрастной норме. Они вели себя адекватно ситуации. Им, как и детям с нормальным речевым развитием, была присуща повышенная эмоциональность и чувствительность. Такие дошкольники с интересом выполняли то или иное задание, стремились довести его до конца, проявить инициативу, при этом используя речь.

Вторую группу (36,0%) составили дошкольники с повышенной возбудимостью нервной системы. Им была присуща эйфория, быстрая смена настроения, легкий переход от положительных к отрицательным эмоциям, постоянное двигательное возбуждение и чрезмерная отвлекаемость. Положительный эмоциональный фон настроения большинства таких дошкольников создавал первое впечатление, что они с удовольствием и правильно выполняют диагностические задания, но прогнозы чаще всего оказывались неоправданными. Любознательность таких детей не была глубокой, их взгляд перепрыгивал с предмета на предмет, долго не задерживаясь на одном месте.

Третью группу (8,0%) составили дети со склонностью к реакциям тормозного типа. Им были присущи «застревания» на

отдельных элементах действий, болезненные реакции на неудачные попытки выполнения заданий.

Проведенное исследование дало возможность определить степень проявления дефекта на элементарном или более высоком уровне организации психической деятельности. Мы убедились, что общее недоразвитие речи тормозит у детей полноценное развитие познавательной деятельности. На протяжении эксперимента нами отмечено, что у детей четвертого года жизни наблюдались: повышенная отвлекаемость, потребность в активизирующей и стимулирующей помощи со стороны экспериментатора и ненормативном количестве дополнительных попыток выполнения заданий, в т. ч. обучающих игр-занятий.

Низкая торpidность психических процессов младших дошкольников с общим недоразвитием речи, повышенная утомляемость, которая появляется у детей после минимальной интеллектуальной нагрузки, вызывала двигательное беспокойство или включение реакций тормозного типа, что приводило к низкой продуктивности выполнения диагностических заданий. Вследствие быстро нарастающей утомляемости, резкой истощаемости дети не воспринимали содержания задания, в результате чего не могли его завершить.

У детей четвертого года жизни с ОНР отмечалась недостаточная сформированность речемыслительной деятельности, что проявлялось в: бедности, поверхностности, фрагментарности различных видов восприятия, недостаточной сформированности сенсорных эталонов (особенно геометрических фигур), повышенной отвлекаемости, сужения, нестойкости, истощаемости, быстром переключении внимания, потребности в активизирующей и стимулирующей помощи, малом объеме памяти, быстром угасании образованных временных связей, «застревании» на отдельных элементах задания, трудностях переключения с одного способа выполнения пробы на другой, совершения мыслительных операций классификации и обобщения не по заданным, а по сенсорно-привлекательным признакам.

Понимание мимики, жестов, невербальных инструкций, принятие помощи во время выполнения проб говорит об отсутствии

умственной отсталости и вторичной задержки умственного развития у большинства младших дошкольников с ОНР. Однако среди исследуемых выделилась группа детей (20,0%), у которых отмечались низкие показатели во время выполнения значительного количества проб, что свидетельствует о возможном наличии у них ЗПР.

Следует подчеркнуть, что у детей четвертого года жизни наблюдается адекватное восприятие дозированной помощи взрослого, что дает возможность выявить зону ближайшего развития каждого ребенка, увидеть их потенциальные возможности, а также способность к переносу усвоенных способов умственной деятельности на аналогичное задание, а это, в свою очередь, свидетельствует, что компенсаторные возможности мозга ребенка велики и патологический стереотип еще не успел сформироваться.

Таким образом, при обследовании невербального интеллекта нами условно было выделено три группы младших дошкольников с ОНР.

Первую группу (24,0%) составили дети, у которых развитие невербального интеллекта соответствует норме. Они имели сформированные сенсорные эталоны; выполняя задания, допускали только единичные ошибки, которые обусловлены неустойчивостью внимания; усваивали новые способы действий и использовали их во время выполнения аналогичных заданий; «застrevаний» на предыдущем задании практически не наблюдалось.

Вторая группа (56,0%) – это дошкольники, у которых развитие невербального интеллекта соответствует нижней границе нормы, но характеризуется нестабильностью: в определенные моменты дошкольники могут показать уровень интеллекта ниже возрастной нормы. Сенсорные эталоны усвоены ими еще недостаточно, наблюдается неустойчивость, истощаемость внимания, недостаточный объем памяти, частое незавершение задания вследствие утомляемости, которая быстро нарастает.

Третью группу (20,0%) составили дети, у которых развитие невербального интеллекта ниже возрастной нормы. Кроме того, это своеобразие не было связано с речевыми трудностями и никак не зависело от них. У таких детей наблюдалась бедность и фрагментарность восприятия, быстрая переключаемость и сужение

внимания, чрезмерное угасание образованных временных связей, постоянная потребность в активизирующей и стимулирующей помощи со стороны взрослого, выполнение заданий на классификацию и обобщение происходило по сенсорно-привлекательным признакам.

Сравнительный анализ состояния сформированности невербального интеллекта младших дошкольников с НРР и ОНР представлено в таблице 6.

Таблица 6

Сравнительный анализ состояния сформированности невербального интеллекта младших дошкольников с НРР и ОНР

Младшие дошкольники	
с НРР	с ОНР
<i>Восприятие</i>	
единичные ошибки, обусловленные неустойчивостью внимания, полная сформированность сенсорных эталонов; высокая концентрация внимания на задании, но возможны незначительные отвлечения	бедность, поверхностность, фрагментарность, недостаточная сформированность сенсорных эталонов (особенно фигур), потребность в дополнительной помощи
<i>Внимание</i>	
непроизвольное, с элементами произвольного, зрительное внимание длительнее, чем слуховое	повышенная отвлекаемость, фрагментарность, истощаемость, быстрая переключаемость, сужение, потребность в активизирующей и стимулирующей помощи
<i>Память</i>	
незначительная продуктивность, отсутствие «застревания» на предыдущем задании	малый объем, быстрое угасание образованных временных связей, «застрение» на отдельных элементах

<i>Мышление</i>		
усвоение новых способов действий и их использование во время выполнения аналогичных заданий; детям важен принцип классификации и обобщения, а не предлагаемый материал; не прослеживается ярко выраженной разницы между сформированностью анализа или синтеза		адекватное усвоение новых способов действий, частое незавершение заданий из-за быстро нарастающей утомляемости, истощаемости, трудностей переключения с одного способа выполнения задания на другой; лучшая сформированность анализа, чем синтеза; классификация и обобщение происходит по сенсорно-привлекательным признакам

Проведенное исследование позволило увидеть целостную картину психофизического состояния младших дошкольников с общим недоразвитием речи и наметить основные направления коррекционной работы с указанной категорией детей.

В процессе исследования было доказано, что ОНР – это своеобразное патологическое состояние, которое не соотносится по своей клинической, психолого-педагогической картине ни с одним из этапов нормального онтогенеза. ОНР является сложным речевым нарушением, которое задерживает, замедляет и искажает спонтанное речевое развитие, в результате чего разные звенья языковой системы длительное время оказываются несформированными.

Анализ результатов проведенного экспериментального исследования по нашей методике дал возможность определить характер дефекта и психологические механизмы нарушений речевой деятельности младших дошкольников с общим недоразвитием речи, что легло в основу разработанной нами программы коррекционно-развивающего и пропедевтического обучения [8].

Учитывая вышесказанное, изучение психологических особенностей младших дошкольников с ОНР оказалось важным и актуальным как для более глубокого понимания особенностей когнитивного развития детей этой категории, так и для усовершенствования способов и методов дифференциальной

диагностики. Созданная методика, по нашему мнению, способствовала целостному анализу невербального интеллекта младших дошкольников с ОНР. Полученные результаты предоставили ценный эмпирический материал для определения характера взаимодействия речевой и познавательной деятельности, а также поиска психологических механизмов речевого недоразвития у данной категории детей.

Таким образом, как показали результаты исследования, у младших дошкольников с ОНР состояние невербального интеллекта имеет свои специфические особенности, обусловленные недоразвитием речевой системы в целом, но приближается по своим показателям к нижней границе возрастной нормы.

Проведенный нами сравнительный количественный и качественный анализ с использованием статистических методов дал возможность выделить среди обследуемых детей четвертого года жизни три группы и определить дифференцированные механизмы нарушений.

Самую многочисленную группу составили дети с общим недоразвитием речи (72,0%), в основе которого лежат глубинные нарушения специфичного речевого механизма речевой деятельности: лексического и грамматического компонентов и избирательные – общефункционального механизма: внимания, памяти и контроля разных модальностей.

Ко второй группе мы отнесли детей с задержкой речевого развития (16,0%), обусловленной нарушением речевоспроизводящего звена и действием социальных факторов, в т. ч. дефицитом речевого общения.

Третью группу составили дети со значительным снижением количественных показателей выполнения диагностических проб, направленных на изучение невербального интеллекта (12,0%), основа которого – нарушение общефункционального механизма речевой деятельности; основных мыслительных операций (анализа и сравнения), всех видов внимания, памяти и контроля. Вторичные отклонения в специфическом речевом механизме указывают на нарушения семантического компонента речевой деятельности, что, соответственно, приводит к ОНР.

Выделение указанных групп дошкольников дало возможность дифференцировать первичные речевые нарушения от вторичных, и на основе полученных данных построить соответствующую коррекционно-развивающую работу.

Литература:

1. Базова програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» / М-во освіти і науки України, Акад. пед. наук України ; наук. ред. та упоряд. О. Л. Кононко. – К. : Світч, 2008. – 430 с.
2. Волкова Г. А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики : учеб.-метод. пособие / Г. А. Волкова. – СПб. : Детство-Пресс, 2004. – 144 с.
3. Выготский Л. С. Мысление и речь : психол. исслед. / Л. С. Выготский. – М. : Лабиринт, 1996. – 416 с.
4. Калягин В. А. Психолого-педагогическая диагностика детей и подростков с речевыми нарушениями : учеб. пособие для студентов высш. пед. учеб. заведений / В. А. Калягин, Т. С. Овчинникова. – СПб. : Каро, 2005. – 280 [1] с. – (Коррекционная педагогика).
5. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. – М. : Academia, 2006. – 379 с.
6. Немов Р. С. Психология : учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений : в 3 кн. / Р. С. Немов. – 3-е изд. – М. : ВЛАДОС, 1998. – Кн. 3 : Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. – 631 с.
7. Рибцун Ю. В. Изучение предметного гносиса младших дошкольников с ОНР / Ю. В. Рибцун // Проблемы диагностики в современной системе психологического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья / Под ред. Е. С. Романовой, С. М. Валявко : Материалы науч.-практ.конф., 7–8 декабря 2010 г. – М. : Спутник-плюс, 2010. – С. 134–144.
8. Рібцун Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс / Юлія Валентинівна Рібцун. – К. : Освіта України, 2011. – 292 с.

9. Рібцуn Ю. В. Методика вивчення невербалного інтелекту у молодших дошкільників із ЗНМ / Ю. В. Рібцуn // Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. – К., 2005. – Вип. 2. – С. 82–94.
10. Рібцуn Ю. В. Формування усного мовлення у дітей молодшого дошкільного віку із загальним мовленнєвим недорозвитком: дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 : у 2 т. / Рібцуn Юлія Валентинівна. – К., 2010. – Т. 1. – 214 с. – Т. 2. – 207 с.
11. Хомская Е. Д. Нейропсихология : [учеб. для вузов по специальности «Психология】] / Е. Д. Хомская. – М. : Изд-во МГУ, 1987. – 288 с.
12. Черкасова Е. Л. Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции : (диагностика и коррекция) / Е. Л. Черкасова. – М. : АРКТИ, 2003. – 192 с.
13. Шпицына Л. М. Психолого-педагогическая консультация / Л. М. Шпицына. – СПб., 1999. – С. 47–54.
- 14.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3cbe84/>

Источник: Рибцуn Ю. В. Дифференциальная диагностика когнитивного развития детей четвертого года жизни с общим недоразвитием речи / Ю. В. Рибцуn // Личность в едином образовательном пространстве: организация, содержание и технологии освоения : коллективная монография / науч. ред. К. Л. Крутый, А. И. Павленко, В. В. Пашков. – Запорожье : ООО «Липс ЛТД», 2011. – С. 404–423.

Характеристика фонетико-фонематической составляющей речи детей пятого года жизни с ФФНР

Развитие речевой компетентности является первоочередной задачей специального ДОУ компенсирующего типа для детей с нарушениями речи. Коррекционно-развивающая работа предусматривает формирование у дошкольников умений ловко, координировано владеть артикуляционным, дыхательным и голосовым аппаратом, четко произносить и различать звуки, воспроизводить слоговую структуру слова, соответственно подбирать слова и грамматически правильно строить предложения и связные высказывания.

В соответствии с психолого-педагогической классификацией речевых нарушений к нарушениям средств общения, кроме общего недоразвития речи, относят также фонетико-фонематическое недоразвитие речи – нарушение процессов формирование звукопроизносительной системы родного языка у детей с разными речевыми расстройствами в результате дефектов восприятия и произнесения фонем.

ФФНР имеет несколько степеней выраженности: а) *легкая*, при которой наблюдается недостаточное различение фонем, трудности в звуковом и слоговом анализе, особенно в выделении отдельных звуков, которые нарушены в произношении; б) *средняя*, характеризующаяся недостаточной дифференциацией значительного количества звуков из нескольких фонетических групп, даже при их правильном произношении; в) *тяжелая*, когда навыки звукового и слогового анализа формируются со значительными трудностями и плохо дифференцируются отношение между звуковыми элементами (Г. Каше, В. Коноваленко, С. Коноваленко, Т. Филичева, Г. Чиркина и др.).

Обычно в норме до четырех лет ребенок овладевает умением различать на слух все фонемы родного языка и произносит большинство звуков, кроме [л], [р'] и [р] (Н. Гвоздев, Е. Мастюкова, Т. Филичева, М. Фомичева, М. Хватцев, Н. Чевелева, Г. Чиркина и др.). Однако у детей пятого года жизни с ФФНР формирование как фонетической, так и фонематической составляющих речи имеет свои

специфические особенности. Целесообразно рассмотреть их по следующим направлениям: 1) анатомо-физиологические предпосылки речевой функции; 2) просодические компоненты речи; 3) фонетическая составляющая речи; 4) фонематическая составляющая речи.

Исследование показало, что контингент средней логопедической группы для детей с ФФНР является разнородным⁴. В его состав входят: а) дети с дислалией⁵; б) дошкольники с дизартрией; в) дошкольники с нарушениями тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата (дети с ринолалией); г) дети с недостаточно сформированной звукопроизносительной составляющей и с патологически ускоренным темпом речи (дошкольники с тахилалией на фоне простой дислалии); д) дошкольники с нарушениями голоса (дети с дисфонией) на фоне простой дислалии. Наличие в одной группе такого количества детей с различными логопедическими заключениями требует дифференцированного подхода как к диагностике, так и к преодолению выявленных речевых нарушений.

Состояние сформированности анатомо-физиологических предпосылок речевой функции у детей пятого года жизни с ФФНР

С целью выяснения состояния сформированности анатомо-физиологических предпосылок речевой функции дошкольников среднего возраста с ФФНР целесообразно охарактеризовать: а) артикуляционную моторику; б) фонацию; в) дыхание⁶. Об особенностях артикуляционной моторики у данной категории детей мы рассказывали в одной из наших публикаций [5], поэтому здесь не будем освещать данный аспект.

Состояние сформированности фонации

⁴ В статье не указаны количественные показатели, что обусловлено недостаточным количеством детей четырехлетнего возраста для проведения статистической обработки.

⁵ Сегодня в Украине нет отдельных логопедических групп с фонетическим недоразвитием речи (ФНР, или ФН), поэтому в группы для детей с ФФНР направляются также дошкольники, не имеющие грубых фонематических нарушений.

⁶ Данные обследования заносятся в речевую карту, авторский вариант которой представлено в приложении 1.

Голос – это совокупность различных по высоте, силе и тембру звуков, возникающих в результате колебания эластичных голосовых связок.

Состояние голоса детей среднего дошкольного возраста изучалось по следующим характеристикам: а) *по силе* – нормальный, громкий, тихий, очень тихий, затухающий до конца фразы, истощаемый; возможность менять голос от тихого к громкому и наоборот; б) *по высоте* – нормальный (грудной), высокий, фальцет, низкий, немодулированный, монотонный; в) *по тембру* – звонкий, с носовым оттенком, хриплый, грубый, глухой, гортанно-резкий, «металлический», писклявый.

Детям предлагалось пропевать гласные: [а], [о], [у], [э], [и] (упражнение «Песенная азбука»). Именно такая последовательность обеспечивает увеличение плотности смыкания голосовых связок (А. Лаврова). Так, например, при произношении [а] охриплости может не быть, а при произношении [и] возможно ее появление.

Для диагностирования наличия в голосе эмоциональных интонаций дошкольникам пятого года жизни предлагались сюжетные картинки с изображением живых существ, выполняющих определенные действия: «Мяу-мяу!» – жалобно мяукает голодный котенок; «Пи-пи-пи ...» – тихо пищит мышонок, сидя в норке; «У-у-у!» – громко трубит слон, подняв вверх хобот; «Ци-ци-ци!» – радуясь солнышку, весело цинькает синичка; «Ох ...» – устало вздыхает бабушка, ставя на пол корзину с овощами; «Ой-ой!» – с болью вскрикивает мальчик, упавший с велосипеда; «Ого-го!» – удивляется Лена, увидев какая огромная тыква выросла у бабушки на огороде; «Эх ...» – грустно вздыхает мальчик, увидев дырку на штанах; «Ах!» – испуганно говорит девочка, разбив чашку.

Рассмотрим состояние голосовой функции у детей в зависимости от логопедического заключения.

Подавляющее большинство дошкольников с дислалией имеет нормальный по силе и высоте голос, только у детей с функциональной дислалией при вялой артикуляции отмечается несколько назальный его оттенок. Среди детей, особенно в начальный период обучения, встречаются такие, которые имеют слабый и тихий голос, что объясняется типом темперамента, индивидуальными

психологическими особенностями, в частности застенчивостью и неуверенностью в собственных силах.

Дошкольники пятого года жизни с ринолалией

У дошкольников с *функциональной открытой ринолалией* вследствие недостаточной разграниченности носовой и ротовой полостей во время фонации и произношения ротовых фонем, когда нос вместе со ртом превращается в парный резонатор, возникает носовой оттенок голоса – его тембр становится назальным. Нарушение резонанса, опущение мягкого неба также делают голос детей назальным.

Дети с *функциональной закрытой ринолалией* также имеют назальный оттенок голоса. Астенизированные болезнью (аденоидные разращения, частые простудные заболевания и ОРВИ) дошкольники гнусавят, привыкают к постоянному носовому резонансу и даже после полного восстановления функции небно-глоточного смыкания продолжают говорить так же.

У детей с *врожденной открытой ринолалией* даже после хейло- и уранопластики в некоторой степени все же сохраняются нарушения тембра голоса. Кроме чрезмерной открытой назализации, голос у дошкольников слабый, глухой и монотонный. Чешский исследователь М. Зеeman [1] отмечает, что голос таких детей на первом году жизни не отличается от голоса младенцев без анатомических дефектов в строении артикуляционного аппарата, а изменение его тембра (именно открытый носовой оттенок) появляется при лепете, когда ребенок начинает произносить первые согласные. Следует отметить, что нарушения голоса у детей обуславливаются еще и тем, что гортань при произнесении звуков берет на себя дополнительную функцию речедвигательного органа, а это, в свою очередь, не может не сказаться на состоянии голосовых связок.

Дошкольники пятого года жизни с дизартрией

У детей с дизартрией, особенно *псевдобульбарной спастической формы*, отмечается тихий, плохо модулированный, иногда с носовым оттенком голос. Спастическое сокращение мышц голосового аппарата, наблюдающееся при этой форме, нарушает возможность вибрации голосовых связок, что делает голос дошкольников в процессе речи слабым, несколько глухим, хриплым и истощаемым.

Дошкольники с таксилалией имеют монотонный и слабый голос, нередко форсированный, с носовым оттенком. Частые симптомы перенапряжения голоса вызывают отсутствие его звонкости, а запинки делают речь смазанной.

Дошкольники с дисфонией составляют небольшой процент среди всего контингента логопедической группы. Они имеют нарушения высоты, силы, тембра голоса различной степени выраженности. Это преимущественно мальчики с проявлениями гиперактивности, часто слишком эмоциональные и шумные. Тембр голоса таких детей зависит от их физического и эмоционального состояния, а также от функций голосовых связок и координации дыхательного аппарата с ротоносоглоточным резонатором. Крик сопровождается твердой атакой, в результате чего происходит перенапряжение голосовых связок, и как результат – образование на их свободных краях небольших уплотнений – «узелков крикунов». Органической причиной их возникновения является снижение тонуса голосовых связок, простудные и инфекционные заболевания верхних дыхательных путей у детей, склонных к невротическим и / или истероидно-невротическим реакциям. Это, в свою очередь, требует проведения целенаправленной коррекционной работы, включая упражнения на изменение образа голосоведения, укрепления голосовой и дыхательной мускулатуры.

Состояние сформированности дыхательной функции

Речевое дыхание регулируется дыхательным центром продолговатого мозга и является основой голосообразования, формирования мелодики и речевых звуков, а это подтверждает важность его обследования. Изучение типа и объема дыхания детей среднего дошкольного возраста с ФФНР осуществлялось по следующим характеристикам: брюшное, грудное, диафрагмальное, диафрагмально-грудное, верхнеключичное; поверхностное, глубокое, ритмичное, неритмичное, шумное. Определялся характер речевого дыхания (носовое, ротовое, глубокое, поверхностное) и выдоха (сильный, слабый, плавный, толчкообразный, дифференцированный, недифференцированный). Отмечалась также продолжительность вдоха (выдоха), причем особое внимание обращалось на короткий

вдох и непродолжительный выдох, ведь именно они негативно влияют на качество речи.

Дошкольники с дислалией имеют слабый выдыхаемый воздушный поток, что затрудняет произношение свистящих, шипящих звуков и сонорных согласных. Отмечено, что неправильное положение языка меняет направление выдыхаемого воздушной струи и приводит к искаженному произношению звуков. Это свидетельствует о тесной взаимосвязи всех отделов периферического речевого аппарата.

Дошкольники пятого года жизни с ринолалией

У детей с функциональной открытой ринолалией вследствие неполного перекрытия носовой полости во рту не образуется необходимое воздушное давление и осуществляется утечка воздуха через носовые ходы. К тому же воздушное давление в ротовой полости настолько слабо, что делает невозможным произнесение звука [р].

Хотя у дошкольников с задней закрытой ринолалией затрудненное носовое дыхание, а у детей с функциональной закрытой ринолалией оно сохраняется, речевое дыхание нарушается в обоих случаях и значительно затрудняет формирование правильного звукопроизношения. Стоит отметить, что готическая форма неба встречается преимущественно у тех детей, которые имеют длительное нарушение носового дыхания.

У детей с врожденной открытой ринолалией при несращении или укорочении неба наблюдается короткий неэкономный выдох через рот и носовые ходы. Кроме отсутствующей дифференциации ротового и носового выдоха, у детей преобладает поверхностный ключичной тип дыхания, которое, кроме того, является неравномерным и ускоренным. Нами замечено, что дети часто вместо выработки плавной целенаправленной воздушной струи используют при открытом рте резкий выдох с глотки, то есть в речи дошкольников проявляются атипичные компенсаторные артикуляции (их фарингальные и глоточные реализации). Вследствие выхода воздушной струи в носовую полость происходит сокращение фонационного выдоха, а в результате по своей продолжительности

выдох равен вдоху, а иногда даже короче его, что значительно затрудняет произношение звуков.

Дошкольники пятого года жизни с дизартрией

У детей с дизартрией, особенно псевдобульбарной, ее спастической форме, фиксируются искажения речевого дыхания вследствие нарушения иннервации дыхательной мускулатуры. Спастическое состояние мышц речевого аппарата и шеи значительно нарушает резонаторные свойства глотки. С изменением величины глоточно-ротового и глоточно-носового отверстий в результате чрезмерного напряжения глоточной мускулатуры и мышц, поднимающих мягкое небо, возникает носовой оттенок голоса.

Рассогласованность в работе мышц, осуществляющих вдох и выдох, приводит к тенденции говорить на вдохе, а это, в свою очередь, еще больше нарушает произвольный контроль над дыхательными движениями, координацией между дыханием, фонацией и артикуляцией у детей. Таким образом, во время речи дыхание у детей обычно учащенное, его ритм не регулируется смысловым содержанием фразы; после произношения отдельных слов или слов они часто делают судорожные вдохи. Нарушение дыхательной функции у детей осложняется также частыми заболеваниями дыхательных путей и слабым тонусом мышц губ, в частности круговой мышцы рта.

Дошкольники с таксилалией во время речи вследствие ускоренного ее темпа будто втягивают воздух в себя, что делает высказывания детей еще более непонятными.

Дошкольники пятого года жизни с дисфонией компенсируют слабую струю выдыхаемого воздуха путем повышенного напряжения мышц голосовых связок. Очень часто развитию дисфонии способствуют аденоидные разращения в носу, которые затрудняют дыхание и приучают ребенка дышать ртом. Холодный неочищенный воздух приводит к появлению хронических воспалительных процессов в слизистой оболочке гортани, вследствие чего голос становится слабым и хриплым.

Нарушение дыхательной функции обусловливается как общей физической ослабленностью, наличием у детей различных

сердечнососудистых заболеваний, так и недостаточным вниманием взрослых к речи детей.

Для подавляющего большинства дошкольников с ФФНР характерны такие нарушения дыхательной функции: а) чрезмерно глубокий вдох, дополнительные вдохи; б) короткий и / или слабый выдох, недостаточная его плавность; в) несвоевременное наполнение легких воздухом и нерациональное его использование; г) ускоренный темп дыхания; г) вдох, который совпадает с началом речи; д) привычное ротовое дыхание или смешанный тип дыхания.

Наибольшие трудности в формировании зубочелюстной системы ребенка и его речи в целом вызывает именно ротовое дыхание. Вследствие частых ОРВИ или воспалительных процессов в полости носа (чаще аденоидных разращений) наблюдается затрудненное прохождение воздушной струи через носовые ходы, что постепенно превращается во вредную привычку. У таких дошкольников рот постоянно полуоткрыт, во время дыхания ярко выраженное напряжение крыльев носа. Дети постоянно облизывают губы, что приводит к возникновению хейлита (от греч. cheilos – губа) – шелушение красной каймы губ. Под влиянием ротового дыхания постепенно видоизменяется верхняя челюсть – она сужается, искажается форма носовых ходов, искривляется перегородка, возникают затруднения в смыкании губ, слюна становится более клейкой, ухудшается гигиена полости рта, что приводит к развитию острого кариеса и воспаления пародонта, а это, в свою очередь, еще больше ухудшает звукопроизношение.

Следует отметить, что у детей с различными логопедическими заключениями встречаются такие, которые напрягаются при вдохе, – они вытягивают голову, поднимают брови и плечи. Причины такого напряжения разнообразны: а) чрезмерное усердие детей, желание как можно лучше выполнить поставленную задачу; б) внутренняя скованность, застенчивость; в) нарушение иннервации мышц дыхательного, голосового и / или артикуляционного аппаратов.

Дошкольники с ослабленным вдохом и выдохом из-за нерационального расхода воздуха имеют тихий голос. Они испытывают трудности в воспроизведении сложноподчиненных предложений: не договариваются слов в конце предложений или

говорят их шепотом, воспроизводят в ускоренном темпе без соблюдения логических пауз, т. к. на середине предложения вынуждены пополнять легкие воздухом.

Итак, у детей пятого года жизни с ФФНМ анатомо-физиологические предпосылки речевой функции оказываются нарушенными, что и является одной из весомых причин отставания в развитии фонетико-фонематической составляющей речи.

Состояние сформированности просодических компонентов речи у детей пятого года жизни с ФФНР

Исследование просодических компонентов речи детей среднего дошкольного возраста с ФФНР осуществлялось с учетом следующих показателей: а) дикция – четкая, смазанная, нечеткая; б) темп – нормальный, ускоренный, замедленный; в) ритм – нормальный, аритмия, брадиритмия, тахиритмия; г) интонация – наличие или отсутствие основных видов интонации (повествовательной, вопросительной, восклицательной); г) пауза – наличие или отсутствие расстановки пауз в речевом потоке; д) ударение – наличие или отсутствие интенсивности звучания в речи отдельных слогов.

Дадим общую характеристику сформированности этих компонентов у детей.

Как показало обследование, *дикция* подавляющего большинства детей с ФФНР смазана и непонятна из-за отсутствия или искажения значительного количества звуков. Исключение составили лишь дошкольники с функциональной дислалией и дисфонией, которые имеют нарушения или нескольких звуков, или определенной группы звуков.

Темп, как индивидуальная характеристика, чаще всего обусловлен ситуацией общения. У детей с корковой дизартрией, вследствие трудностей переключения с одной артикуляционного уклада на другой, темп речи замедленный, с тахилалией и дисфонией – ускоренный. У других детей темп речи преимущественно нормальный.

Нарушение *ритма* характерно для детей с дизартрией. Во время музыкальных занятий фиксируются единичные случаи аритмии, когда дошкольники застrelают на предыдущем движении или, из-за

неустойчивости внимания, продолжают движение в заданном ранее темпе.

Лингвисты отмечают связь между *интонацией* и смыслом предложения и рассматривают ее как один из важнейших факторов коммуникации. Была установлена зависимость между состоянием сформированности мимической моторики и интонационной выразительности речи. Даже детям с функциональной дислалией и тахилалией, которые не имеют выраженных нарушений артикуляционной моторики, трудно передать интонацией такие эмоции как удивление или радость. Дошкольники же с ринолалией и дизартрией имеют стабильно нарушенную мимическую моторику и чаще всего их речь монотонная и эмоционально скучная.

Акустически *паузы* выражается в падении интенсивности голоса к нулю, а физиологически – перерывом в работе артикуляционных органов. В целом дети с ФФНР паузы между словами и отдельными предложениями делают правильно. Исключение составляют только дети с тахилалией и спастической формой псевдобульбарной дизартрии, у которых расстановка пауз нарушена.

Ударение выражается в интенсивности звучания отдельных слов. От ударения часто зависит значение слова (замок (на берегу реки) – замок (на дверях), а также его грамматическая форма (совы – форма именительного падежа множественного числа) и совы (форма родительного падежа единственного числа). Дети с ФФНР часто ставят неправильное ударение в словах, особенно в случаях наличия подвижного ударения при словоизменении слов (слон – слону (вместо слону, слона).

Итак, анатомо-физиологические дефекты, нарушения иннервации речевого аппарата, наряду с недостаточной сформированностью мимической моторики, приводят к затруднениям в выражении интонационно-просодических компонентов речи, что делает ее монотонной и бесцветной.

Состояние сформированности фонетической системы речи детей с ФФНР

Несмотря на то, что фонематическое процессы в онтогенезе формируются раньше, чем фонетические, обследование стоит

начинать именно с фонетической составляющей речи, ведь материалом для изучения фонематической составляющей речи послужили данные о состоянии сформированности у детей звукопроизношения и слоговой структуры.

Исследование фонетической составляющей речи детей среднего дошкольного возраста с ФФНР предусматривало изучение: а) звукопроизношения; б) слоговой структуры слов.

Состояние сформированности звукопроизношения детей с ФФНР

Изучение звукопроизношения детей пятого года жизни осуществлялось с учетом появления звуков в нормальном онтогенезе (А. Гвоздев, Е. Мастюкова, С. Цейтлин и др.) и происходило в самостоятельной («Умная указочка»), отраженной («Попугайчик Кеша») и сопряженной («Вместе с Леликом» [2]) речи, включало изолированное произношение – по подражанию, произношение звуков в слогах (прямых, обратных, открытых, закрытых, слогах со стечением согласных, с твердыми и мягкими согласными), словах и фразах. Звук, который обследовался, находился в разных позициях (стоял в начале, в середине, в конце слова) и в различных сочетаниях с другими фонемами. Дидактическим материалом служили как сюжетные картинки, так и предметные с изображениями, насыщенными именно тем звуком, который обследуется.

Дошкольники пятого года жизни с дислалией

Дети с функциональной дислалией имеют дефекты лишь нескольких звуков из одной группы, то есть у них наблюдается первый уровень нарушенного звукопроизношения (по О. Правдиной). Отсутствие звуков (особенно шипящих и сонорных согласных) обусловлено недостаточным состоянием сформированности речеслухового и речедвигательного аппарата и выражается в элизии (лат. elision от elido – удаляю, выталкиваю) звука в начале, в середине или в конце слова. Некоторые дети правильно произносят все изолированные звуки, но в речи не употребляют или заменяют их.

Дошкольникам с акустико-фонематической дислалией (классификация Б. Гриншпуна) характерны регressive и прогressive ассимиляции (от лат. assimilatio – уподобление) по месту образования согласных (преимущественно переднеязычные: тотик – котик) и по способу их артикуляции (преимущественно

смычные и щелевые: момозино – мороженое, вавона – ворона). Характерно, что ассимиляции касаются всей группы согласных (например, оглушение), имеются также затруднения в различении сонорных согласных [л] – [р]. Незначительное количество составили озвончения (бень – пень) – недостатки произношения глухих согласных, выражавшиеся в замене глухих на парные звонкие звуки⁷.

Нарушение такого типа часто встречаются у детей с тугоухостью, а поэтому при подозрении на нарушение слуха родителям стоит проконсультироваться с врачом-отоларингологом и сделать ребенку аудиограмму. У дошкольников отмечались также оглушения звуков независимо от их позиции в слове (пуйка – булка), а также элизии (ок – сок).

У детей с *артикуляторно-фонематической дислалией* не образуются отдельные характеристики звуков (артикуляционные или акустические) и оказывается усвоенным только какая-то одна из них (твердость – мягкость, глухость – звонкость и т. п.), то есть в зависимости от варианта этой формы дислалии наблюдаются различные нарушения звукопроизношения.

При первом варианте при выборе фонем дети вместо отсутствующих в речи звуков используют близкие по артикуляционным признакам. Таким образом, у детей отмечается явление субSTITУции звуков, когда фонемы не различаются по звучанию. Чаще всего в роли заменителя выступает звук, проще по артикуляции.

У детей фиксируются замены звуков одинаковых по: способу образования и различных по месту артикуляции (например, замена [к], [г] смычными переднеязычными [т], [д]: тася – каша, дусь – гусь); месту артикуляции и таких, которые различаются способом образования (например, замена переднеязычного фрикативного [с] смычным [т]: танки – санки); способу образования и отличающихся участием органов артикуляции (например, замена [с] губно-зубным [ф]: фумка – сумка); месту и способу образования и таких, которые различаются участием голоса (например, замена звонких – глухими:

⁷ Акустическимиарами украинского языка являются: [б] – [п], [д] – [т], [л'] – [т'], [з] – [с], [з'] – [с'], [ж] – [ш], [дж] – [ч], [ձ] – [ц], [ձ'] – [ц'], [ѓ] – [х], [ѓ'] – [к].

папуска – бабушка); способу образования и по активнодействующим органам артикуляции и таких, которые различаются по признакам твердости – мягкости (пиля – пила).

Нами отмечались также: а) одновариативные замены, основную часть которых составляют диссимиляции (от лат. *dissimilis* – непохожий), когда происходит замена одного из звуков другим, артикуляционно близким (шапок – сапог); б) вариативные, или диффузные замены (утыка, кутя, уся – утка); в) универсальные замены, когда в речи существует универсальный звук-заменитель, тот который заменяет несколько различных звуков. Незначительное количество случаев составил теттанизм (термин М. Хватцева), когда звук [т] заменяет несколько согласных звуков (типа тук – жук, тяпка – шапка, табака – собака).

Кроме того, был осуществлен анализ замен с точки зрения их постоянства. Обследование показало: стойкие замены, когда звуковые субституты (от лат. *substituo* – заменяю) оказываются стабильными (не более двух звуков-заменителей), значительно превышали неустойчивые, что, в свою очередь, позволяло прогнозировать их эффективное преодоление в процессе логопедической работы.

При втором варианте нарушенного звукопроизношения все артикуляционные позиции усвоены, но при отборе звуков допускаются ошибки, в результате чего звуковой образ слова является неустойчивым (произносится то правильно, то нет). Замены при этой форме осуществляются на основе артикуляционной близости звуков (например, свистящие заменяются шипящими: жямок – замок, смычные переднеязычные [т], [д] – заднеязычными [к], [г]: гиван – диван, йопака – лопата, твердые – мягкими: сий – сыр, мило – мыло, наблюдаются замены аффрикат – [ц] на [ч]: яйчо – яйцо, соноров: луки – руки). Дефектное произношение при этой форме определяется не собственно моторными дефектами, а нарушениями операций отбора фонем по их артикуляторным признакам.

Дошкольники пятого года жизни с артикуляторно-фонетической дислалией произносят звуки, не соответствующие фонетической системе родного языка. Фонемы реализуются в ненормированных вариантах – аллофонах, когда неправильный звук по своему акустическому эффекту близок к правильному и,

прислушавшись, можно легко соотнести этот вариант произношения с определенной фонемой. Элизии при этой форме практически не наблюдаются и произношение губных, переднеязычных смычных и губно-зубных звуков находится в пределах нормы.

Зафиксированы фонетические, или так называемые антропофонические, нарушения (по определению Ф. Pay) в виде ненормативного воспроизведения звуков из-за неверно сформированных отдельных артикуляторных позиций вызывают в произношении детей искажения. Это четко проявляется, когда сохраняется некоторое сходство звучания с нормативным звуком. Искажения наблюдаются преимущественно в группах звуков, близких по артикуляционным признакам.

У детей пятого года жизни отмечаются следующие виды искажений: 1) ротацизм; 2) ламбдаизм; 3) сигматизм; 4) йотацизм; 5) каппацизм; 6) гаммацизм; 7) хитизм.

Кроме фонетических, у детей наблюдаются фонематические (по определению Р. Левиной), или фонологические (по Ф. Pay) дефекты в виде смешений звуков.

Отсутствие звука или замена его близким по артикуляции создает условия для смешения (взаимозаменяемости) соответствующих фонем, когда все артикуляторные позиции сформированы, однако процесс фонемообразования еще не завершился.

У детей среднего дошкольного возраста с ФФНР отмечаются смешения таких звуков:

1. гласных: [а] – [о] (отóбус – автобус), [о] – [у] (нугá – нога), [и] – [е] (едюк – индюк), [и] – [ы] (кыт – кит);

2. согласных:

А. Смычных: [м] – [м'] (мишька – мышка), [б] – [б'] (бичок – бычок), [п] – [п'] (пялька – палка), [п'] – [б'] (бигвин – пингвин), [п] – [б] (патик – бантик), [м] – [н] (нуха – муха), [н] – [н'] (кóунь – клоун), [д] – [б] (бово́га – дорога), [д] – [д'] (диня – дыня), [д] – [т] (тéево – дерево), [т] – [т'] (кить – кот), [т'] – [д'] (диопáн – тюльпан), [к] – [г] (гýи – куры), [к] – [т] (тан – кран).

Б. Щелевых: [в] – [в'] (савя – сова), [ф'] – [в'] (вíкус – фикус), [ф] – [в] (ватапаят – фотоаппарат), [с'] – [с'] (Сина – Зина), [ф] – [ф']

(фязан – фазан), [л'] – [й] (йийия – лилия), [с] – [с'] (сяло – сало), [с] – [х] (хуп – суп), [с] – [ф] (фаобка – сорока), [з'] – [з] (козик – козлик), [з'] – [с'] (апезин – апельсин), [г] – [х] (вахон – вагон), [ш] – [с] (сόты – шорты), [ж] – [с] (зиаф – жирафа), [ш] – [ж] (жина – шина), [л] – [л'] (лижи – лыжи), [л] – [в] (бевочка – белочка), [л] – [й] (ямпа – лампа).

В. Смычно-щелевых: [ц] – [ч] (чийк – цирк), [ц] – [ц'] (яцьо – яйцо), [дз'] – [ц'] (цьоб – дзьоб), [дж] – [ч] (чмель – шмель), [дз] – [дж] (кукуюджа – кукурудза), [р] – [р'] (риба – рыба).

Г. Звуков разных групп: [л'] – [н'] (нёт – лед), [г] – [г'] (гиб – гриб), [г] – [к] (кусь – гусь), [ч] – [т] (ташка – чашка), [ч] – [с] (чапок – сапог), [ч] – [ш] (шотыи – четыре), [ц] – [с] (саль – царь), [с'] – [ч'] (цем – семь), [р'] – [й] (ечка – речка), [л'] – [р'] (рифт – лифт), [л] – [р] (стор – стол).

3. Звуков и звукосочетаний: [ф] – звукосочетания (хв) (хвёрма – форма), звукосочетания (шч) – [с] (дос – дощ), звукосочетания (шч) – [ч] (чавέль – щавель), звукосочетания (шч) – [ш] (шипси – щипцы).

Значительная часть указанных ошибок обуславливается недостаточной сформированностью слухового внимания. Было замечено, что дошкольники сосредотачивают его преимущественно на произношении слова, а безударные слоги произносят смазано. Среди причин взаимозаменяемости можно назвать также недоразвитие сукцессивного (от англ. successive – следующий) синтеза (В. Тарасун), что обеспечивает способность сочетать элементы в строго определенной последовательности, так и нарушение произвольной организации деятельности психических процессов и функций, в частности на гностико-практическом уровне (М. Семаго, Н. Семаго).

Исследования А. Лурии, Е. Хомской, Л. Цветковой и др. указывают, что замены и взаимозаменяемости артикуляционно и акустически близких звуков наблюдаются при поражении височной доли левого полушария, а артикуляционно далеких, но акустически близких звуков – теменной доли обоих полушарий. Данные электроэнцефалографических исследований свидетельствуют о наличии у дошкольников с ФФНР (по сравнению с возрастной нормой) нейрофизиологических изменений в деятельности лобной, височной и теменной областей коры головного мозга обоих

полушарий, что указывает на необходимость проведения специальной коррекционной работы по активизации межполушарной взаимодействия.

У детей с *таксилалией и функциональной дислалией* нарушения звукопроизношения в определенной степени обусловлено социально-психологическими факторами, а именно: подражанием нечеткой речи взрослых и ускоренным темпом речи, в результате чего как гласные, так и согласные в речи смешиваются, хотя в нормальном темпе и изолированно звуки произносятся правильно, – то есть фиксируется второй уровень нарушенного звукопроизношения (по О. Правдиной).

Дошкольники пятого года жизни с ринолалией

С целью дифференцированной диагностики дефектов звукопроизношения детям пятого года жизни с подозрением на ринолалию давалась проба Gutsmann («Носики-курносики»). Ребенок попеременно повторял гласные [а] и [и], при этом учитель-логопед то закрывал, то отпускал ему носик. При *открытой форме ринолалии* наблюдается значительная разница в звучании этих гласных: с закрытым носом звуки (особенно [и]) оглушаются и пальцы учителя-логопеда испытывают при этом сильную вибрацию на крыльях носа.

У детей с *функциональной открытой ринолалией* наблюдается наиболее заметное изменение тембра гласных [и] и [у], при артикуляции которых ротовая полость больше сужена, а наименьший назальный оттенок ощущается при произношении гласного [а], когда ротовая полость ширококрыта. При этой форме ринолалии грубо нарушено произношение гласных звуков, а при произношении согласных небно-глоточное смыкание сохранено.

У дошкольников с *органической открытой ринолалией* есть специфические особенности звукопроизношения, а именно: а) при произношении шипящих и фрикативных согласных слышится хриплый звук, возникающий в носовой полости; б) смычные [п], [б], [д], [т], [к], [г] звучат неясно вследствие того, что в ротовой полости не образуется необходимое воздушное давление из-за неполного перекрытия носовой полости, или заменяются фрикативными; в) ринофонично звучат сонорные согласные [р] и [л], причем произносятся при чрезмерном выдохе; г) меняется характерный тон согласных звуков за счет подключения глоточного резонатора

(добавляется свист, шипение, придыхание, хрип, гортанность т. д.). Так, например, возникает свистящий призвук при произношении шипящих или наоборот (пес^шик – песик). Как компенсаторное средство, за счет напряжения стенок глотки, возникает явление дополнительной артикуляции, или так называемая фарингализация (от греч. φάρυγξ – глотка), что придает речи призвук щелчка; г) отмечаются элизии начального согласного в словах (ам – там). Следует отметить, что разборчивость звуков значительно снижается в конечной позиции.

Для звукопроизношения детей пятого года жизни с *закрытой ринолалией* характерно, что при произношении носовых звуков носовой резонанс отсутствует, и они звучат как ротовые [б] и [д]. Таким образом, в речи дошкольников не противопоставляются звуки по признаку назальности, что, в свою очередь, значительно влияет на разборчивость речи. Из-за оглушения отдельных тонов в носоглоточной и носовой полостях меняется также звучание гласных, в результате чего они приобретают неестественный оттенок.

Дошкольники пятого года жизни с дизартрией

У детей с дизартрией отмечаются нарушения как гласных (особенно лабиализованных [о], [у]), так и согласных звуков, причем наблюдаются преимущественно фонологические дефекты, то есть отсутствие, замена, недифференцированное произношение звуков и их смешение.

У дошкольников со *спастической формой псевдобульбарной дизартрии* отмечается напряжение спинки языка, поднятой к твердому небу, что является причиной смягчения большинства согласных (мисина – машина, тяпка – шапка). У детей из-за затруднения движений мышц губ фиксируются нарушения речи губно-губных согласных [п] и [б], произношения переднеязычных [т], [т'], [д], [д'], а также межзубный и боковой сигматизм. Следует отметить, что в целом ограниченность подвижности губ порождает нарушения звукопроизношения у детей, ведь именно эти движения меняют размер и форму преддверия рта. Это, тем самым, оказывает влияние на резонирование всей ротовой полости. Характерными также являются добавления или элизии звуков при стечении согласных (матинда – машина, исо – колесо) и неустойчивость

нарушений звукопроизношения. Речь детей в целом лишена звонкости, а согласные заменяются нейтральным щелевым звуком.

У детей с *корковой дизартрией* отмечается прежде всего нарушение так называемых какуминальных (от лат. *сасимеп* – верхушка) согласных, образующихся при поднятом и слегка загнутом вверх кончике языка ([ш], [ж], [р]). Трудными для произношения являются апикальные (от лат. *арех* – верхний) согласные, которые артикулируются путем сближения или смыкания кончика языка с верхними зубами или альвеолами ([л]). Вследствие трудностей переключения с одного артикуляционного уклада на другой у детей наблюдается замедленное произношение переднеязычных согласных и слогов с этими звуками.

У дошкольников со *стертой дизартрией* в основном сохраняется правильное звукопроизношение заднеязычных согласных и [й] и частое нарушение свистящих. Детям присущи искажения (в частности, межзубное и боковое произношение) и отсутствие звуков. В отличие от других форм дизартрии, у детей этой группы значительно меньше распространены нарушения сонорных [л] и [р]. Как отмечает В. Бельюков, свистящие согласные, в отличие от других групп звуков, акустически близки между собой. Это подтверждает и М. Швачкин, отмечая, что шипящие согласные более акустически противопоставлены, чем свистящие. Ученый также отмечает, что сонорные согласные начинают различаться одними из первых, даже если они еще не усвоены в произношении.

Стоит отметить, что межзубное произношение свистящих вызвано недостаточно сильным тонусом мышц кончика языка. Это, по мнению, Н. Крыловой, указывает на отсутствие у таких детей периода грудного вскармливания. Обследование показало, что сигматизм шипящих наиболее присущ дошкольникам с низкой самооценкой, тревожным и неуверенным в себе, особенно таким, которым не хватает эмоционального контакта с родителями. Именно это указывает на необходимость психологической работы с такими детьми.

У дошкольников пятого года жизни с *таксилалией* не отмечается грубых нарушений фонетики. Речь в целом характеризуется запинками, повторениями и необоснованными паузами вроде

полтерна – патологически ускоренной, с наличием прерывистости темпа речи несудорожного характера. У детей фиксируется полтерн первой группы (по D. Weiss), во время которого наблюдаются моторные расстройства и отклонения в артикулирования преимущественно согласных звуков, а также их пропуски и перестановки.

Итак, у обследуемых детей отмечаются как фонетические, так и фонематические нарушения звукопроизносительной составляющей речи, что требует значительной комплексной логопедической работы в этом направлении.

Состояние сформированности слоговой структуры детей с ФФНР

Звукопроизносительная структура рассматривается как характеристика слова с точки зрения количества, последовательности и видов звуков и слогов, которые входят в его состав (Н. Лепская, А. Маркова, А. Салахова и др.).

Обследование слоговой структуры и звуконаполняемости слов дошкольников среднего возраста с ФФНР происходило с опорой на практические действия (хлопанье в ладоши) и вербальные стимулы в виде как отдельных слогов, слов, так и словосочетаний и предложений в спонтанном, отраженном, сопряженном, замедленном и многократном произношении («Назови, что увидел (-а)»). Отмечалась зависимость нарушения слоговой структуры от места слога в слове и его позиции по отношению к ударению.

Предлагались слова разной степени сложности, а именно:

1) односложные слова: а) без стечения согласных (мяч) б) со стечением согласных (стол); 2) двусложные слова: а) с двумя открытыми слогами (ва-за); б) с открытым и закрытым слогами (ку-бик); в) с двумя закрытыми слогами (зай-чик); г) со стечением согласных в начале слова (пли-та); д) со стечением согласных внутри слова (кук-ла); 3) трехсложные слова: а) с открытыми слогами (со-ба-ка); б) с чередованием открытых и закрытых слогов (са-ра-фан).

Если у дошкольников с дислалией и дисфонией встречаются лишь единичные нарушения слоговой структуры слов (чаще всего в виде перестановок слогов в многосложных словах), то у детей с ринолалией, тахилалией и дизартрией имеют место системные нарушения слоговой структуры.

Дошкольники пятого года жизни с ринолалией

У детей с ринолалией (особенно с органической открытой ее формой) фиксируются два самых распространенных типа ошибок, каждый из которых значительно снижает разборчивость речи: а) ошибки звуконаполнимости в виде сокращения групп согласных (в частности, при стечении) (звей – зве-ри), добавление согласного или гласного в состав (мо-то-ци-кал – мо-то-цикль), перестановка звуков в пределах состава (мал-пalam-па), уподобление состава (ва-во-на – во-ро-на); б) ошибки слого-ритмической структуры слов – сокращения (фа-и-лат – фо-то-ап-па-рат), перестановки (ка-шу-пон – ка-пю-шон) или добавления (ку-ку-ли-ки-ва-ет – ку-ка-ре-ка-ет).

Были подтверждены данные Г. Чиркиной о взаимообусловленности влияния нарушения «аэродинамики речеобразования», степени дефекта звукопроизношения, недостатков фонематического слуха, дефектов моторного управления с нарушениями слоговой структуры слов.

Дошкольники пятого года жизни с дизартрией

Исследователи В. Бельтюков, Е. Винарская, Г. Каше, А. Маркова, Р. Левина, А. Усанова причинами нарушений звуко-слоговой структуры слов у детей с дизартрией называют слабость акустико-гностических процессов, которые снижают способность к восприятию речевых звуков при сохраненном слухе; недоразвитие речедвигательного аппарата, что затрудняет артикулирование звуков речи.

В работах И. Садовниковой, Е. Соботович, А. Усановой, Т. Филичевой, М. Хватцева и др. описывается взаимосвязь процессов слогового оформления слова с усвоением его звукового состава, грамматических категорий и формированием фонематического анализа. В свою очередь учёные Г. Бабина, В. Ковшиков, С. Шаховская отмечают, что деформация слоговой структуры слов у детей с нарушениями речи коррелирует с особенностями развития таких неречевых процессов: оптико-пространственная ориентация, ритмическая организация движений, способность к серийно-последовательной обработке информации.

Нарушение слухомоторных координаций проявляется в неправильном воспроизведении количества хлопков (увеличении или

уменьшении), несоблюдении пауз, неритмичном воспроизведении, недостаточном умении услышать и воспроизвести акцент (типа //).

У детей с *дизартрией* фиксируются такие нарушения слоговой структуры: а) добавления (ми-нясь – мяч); б) элизии (ко-бок – ко-ло-бок); в) упрощения (ам-па – лам-па); г) персеверации (от лат. perseverantia – упрямство) (го-го-ши-на – го-ро-ши-на); д) перестановки звуков внутри слова (ко-рев – ко-вер); е) перестановки звуков внутри слова (по-дук-шя – по-душ-ка); ж) общие реверсы (от лат. reversus – обратный) (перевороты слов) (ток – кот).

У дошкольников с *тахилалией* в речи частые повторы, элизии, перестановки слов. Речь таких детей очень быстрая, с выпадающими отдельными слогами, где целые слова заменяются другими, похожими по звучанию.

Следует отметить, что у детей с ФФНР нарушения слоговой структуры слов не устойчивы и касаются чаще всего незнакомых или редко употребляемых слов (со стечениями согласных, многосложных), что указывает на недостаточную сформированность слухового внимания и памяти дошкольников с фонетико-фонематическими нарушениями.

Во всех категорий детей наблюдаются ошибки в слоговом анализе. Подавляющее большинство обследуемых допускают такие ошибки: а) односложное слово дошкольники разбивают на два слога (ду-б – дуб) или удлиняют срединный гласный (в основном [ы] – ды-м – дым); б) в словах со стечением согласных в начале или в конце слова начальный или конечный согласный определяют как слог (вол-к – волк, б-рат – брат). Существование таких ошибок подтверждается и исследованиями Г. Каше, Г. Лалаевой, Л. Спировой и др. Указанные трудности связаны с неумением дошкольников определять структурные элементы слова и слога.

Таким образом, исследование выявило у детей значительные нарушения слоговой структуры слов, которые были обусловлены недостаточностью двигательных и / или слуховых возможностей детей пятого года жизни с ФФНР.

Состояние сформированности фонематической системы речи детей с ФФНР

Исследование фонематической системы речи включало изучение: 1) фонематического восприятия на перцептивном уровне; 2) фонематического внимания и памяти; 3) навыков слухового контроля; 4) фонематических представлений; 5) операций вероятного прогнозирования на фонологическом уровне.

Состояние сформированности фонематического восприятия на перцептивном уровне детей пятого года жизни с ФФНР

Перед тем, как приступить к изучению уровня фонематического восприятия, мы ознакомились с заключениями врача-отоларинголога относительно всех дошкольников группы, ведь имеющиеся у ребенка нарушения слуха делали дальнейшее обследование нецелесообразным.

Дошкольники пятого года жизни с дислалией

У детей с акустико-фонематической дислалией были нарушены операции узнавания и сравнения звуков по их акустическим признакам⁸. У дошкольников отмечалась недостаточная сформированность фонематического слуха, вследствие чего система фонем оказывалась редуцированной по своему составу. Дети часто не могли выделить постоянный инвариантный признак, по которому один звук противопоставлялся другому. В результате у детей происходит уподобление звуков на основе общности признаков и избирательно не формируется функция слухового различения некоторых фонем.

У дошкольников с артикуляторно-фонематической дислалией фонематическое восприятие сохранено полностью. Такие дети безошибочно различали фонемы и узнавали слова-паронимы.

У детей с артикуляторно-фонетической дислалией звук-заменитель, близкий к нужному звуку по своему акустическому эффекту, приобретал смыслоразличительные (фонематические) функции и фиксировался фонематическим слухом как нормированный. У дошкольников с сочетанием дефектов

⁸ Содержание диагностических заданий по изучению фонематической составляющей речи и их детальные результаты представлены в одной из наших публикаций [6].

звукопроизношения и восприятия фонем отмечалась незавершенность процессов формирования артикулирования и восприятия звуков, отличающихся по акусто-артикуляционным признакам. Такая незавершенность обусловлена нарушениями нейродинамики отдельных отделов коры головного мозга и кинестетического (от греч. *kineo* – движение) праксиса.

Дошкольники пятого года жизни с дизартрией

Наиболее выраженные нарушения фонематического восприятия наблюдались у детей со спастической формой псевдобульбарной дизартрии. Из-за неустойчивого уровня слухового внимания поиск паронимических пар вызвал значительные затруднения у детей. Исследования Г. Боскис, Р. Левиной, А. Лурии, Л. Чистович, М. Швачкина свидетельствуют, что при нарушении артикуляции услышанного звука может в разной степени ухудшаться и его восприятие. Следует отметить, что для этой формы дизартрии характерна палатализация, что также усиливает фонематический недоразвитие у детей.

Дошкольники с ринолалией

У детей с ринолалией (особенно органической открытой ее формой) фиксировались незначительное снижение слуха (преимущественно на одно ухо), обусловленные частыми отитами с хроническим течением. Однако такие нарушения не мешали детям правильно воспринимать обращенную к ним речь. Нарушение речевых кинестезий вследствие анатомических дефектов речевых органов порождало недостаточность слухопроизносительного взаимодействия, и вызывало возникновение вторичного уровня нарушения фонематического восприятия.

У детей с *таксилалией* из-за недостаточного уровня сформированности слухового внимания фиксировались единичные нарушения фонематического восприятия.

Итак, у детей среднего дошкольного возраста с ФФНР было отслежено определенную зависимость между уровнем фонематического восприятия и количеством дефектных звуков: чем больше звуков у детей оказывалось сформировавшимися, тем ниже был у них уровень фонематического восприятия.

Состояние сформированности фонематических представлений детей с ФФНР

В результате проведения диагностических заданий нами было выделено 4 группы детей: 1) с отсутствующим слуховым контролем и несформированными фонематическими представлениями; 2) с сохранным слуховым контролем, но нарушенным фонематическим вниманием (хороший прогноз по формированию фонематических представлений); 3) с сохранным слуховым контролем и несформированными фонематическими представлениями; 4) со сформированными фонематическими представлениями, но с имеющимися смешиваниями звуков в речи (нарушено артикуляционное звено).

В целом фонематические представления детей среднего дошкольного возраста с ФФНР соответствуют собственному неправильному произношению, что связано с недостаточностью слухового внимания и слухового контроля за собственной речью.

Таким образом, у детей пятого года жизни с ФФНР можно выделить три уровня состояния сформированности фонетико-фонематической составляющей речи: а) высокий – 16,0%; б) средний – 32,0%; в) низкий – 52,0%.

Все вышеуказанное легло в основу создания авторской специальной программы «Дошкольник: коррекционно-развивающая и учебно-воспитательная работа с детьми с ФФНР (первый год обучения)» [4, 7], главной целью которой является всестороннее гармоничное развитие дошкольников, преодоление имеющегося у них фонетико-фонематического недоразвития речи.

Приложение 1

Речевая карта обследования детей с ФНР и ФФНР

Анкетные данные

Фамилия, имя ребенка: _____
Дата рождения: _____ 20 г. р.
Дата обследования: _____ 20 г.
Возраст ребенка: _____ г. _____ мес.
Домашний адрес, телефон _____ ул. _____ просп., _____ бульв.,
пер.) _____
тел. _____

Откуда направлен ребенок: поликлиника №_____, ДОУ №_____
района

Дата поступления ребенка в группу: _____._____.20____ г.,

протокол ПМПК №____ от _____._____.20____ г.

Диагноз районной (городской) ПМПК _____

Сведения о родителях:

Мать: ФИО _____

контактные телефоны: _____

Отец: ФИО _____

контактные телефоны: _____

Жалобы родителей _____

Анамnestические данные

Наличие нервно-психических, хронических соматических заболеваний у родителей, генетические факторы (заболевания матери, отца, близайших родственников) _____

От какой беременности ребенок (abortы, выкидыши) _____

Протекание беременности, состояние здоровья матери (токсикоз в первой, второй половине беременности, хронические, гинекологические, венерические, инфекционные заболевания, их обострения) _____

Роды (досрочные, быстрые, стремительные, обезвоженные; рождение в составе двойни-тройни) _____

Стимуляция (механическая, химическая, электростимуляция) _____

Асфиксия (белая, синяя) _____

Резус-фактор (отрицательный, совместимость) _____

Врожденные пороки, отклонения от нормы в анатомическом строении тела _____

Вес новорожденного (норма, недоношенность), рост _____

Когда закричал _____

Кормление (на какой день, активность смоктания, наличие срыгиваний, поперхиваний) _____

Раннее физическое развитие ребенка:

Держит голову (в норме с 1,5 мес.) _____

Переворачивается (в норме с 4 мес.) _____

Сидит (в норме с 6 мес.) _____

Стоит (в норме с 10–11 мес.) _____

Ходит (в норме с 11–12 мес.) _____

Первые зубы (в норме с 6–8 мес.) _____

Перенесенные заболевания (инфекции, травмы головы, соматические, заболевания нервной системы, аллергические заболевания, реакции):
до года _____

после года _____

Раннее речевое развитие ребенка:

Гуление (в норме с 2 мес.): время появления _____, характер _____

Лепет (в норме с 4–6 мес.): время появления _____, характер _____

Первые слова (характеристика, звукоподражания, количество) (в норме – около года) _____

Фразовая речь (в норме с 1,5–2 г.) _____

Языковая среда (одно-, двуязычная, дефицит речевого общения) _____

Прерывалось ли речевое развитие, по какой причине _____

Занимались ли с учителем-логопедом (продолжительность занятий, результат) _____

Заключения специалистов

Неврологический статус _____

Состояние зрения _____

Состояние слуха:

громкая речь (с 6–8 м) _____, шепотная речь (с 3 м) _____

Состояние интеллекта _____

Заключение ортодонта (хирурга-стоматолога) _____

Обследование моторной функции

Артикуляционная моторика:

Губы:

нормальные, толстые, узкие, диспропорциональные, укороченная верхняя губа, нарушена слизистая, укорочена уздечка верхней / нижней губы, неполное смыкание, с расщеплением, парез _____
тонус (без особенностей, повышен, снижен) _____

выполнение упражнений (правильно, быстро / медленно, с трудностями, с помощью, не выполняет) _____

подвижность (нормальная / затрудненная) _____

переключение (нормальное, замедленное, персеверации, замена движений) _____

Щеки:

тонус (без особенностей, повышен, снижен) _____
выполнение упражнений (правильно, быстро / медленно, с
трудностями, с помощью, не выполняет) _____
подвижность (нормальная / затрудненная) _____
объем движений (нормальный, ограниченный) _____
переключение (нормальное, замедленное, персеверации, замена
движений) _____

Зубочелюстная система:

зубы (нормальные, большие, мелкие, редкие, лишние, чрезмерно
большие передние, вне челюстной дуги, диастемы) _____
прикус (нормальный, глубокий / мелкий, открытый передний /
боковой (одно-, двусторонний), прогенция / прогнатия) _____
подвижность нижней челюсти (нормальная / затруднена) _____
выполнение упражнений нижней челюстью (правильно, с трудом, не
выполняет) _____

Язык:

нормальный, макро- / микроглоссия, длинный / короткий, узкий /
широкий, мясистый, гипертрофия корня языка, кончик не выражен,
широкий, раздвоенный, оттянут назад, во время фонации лежит, не
поднимаясь, занимает межзубное положение _____
тонус (норма, спастичность, гипотония, дистония) _____
выполнение упражнений (правильно, быстро / медленно, с
трудностями, с помощью, не выполняет) _____
подвижность (нормальная / затрудненная (девиация вправо / влево)) _____
тремор (отсутствует, синкинезии, саливация) _____
объем движений (нормальный, ограниченный) _____
точность (сохранна / нарушена) _____
переключение (нормальное, замедленное, персеверации, замена
движений) _____

Подъязычная уздечка:

нормальная, короткая / длинная, натянутая, отсутствующая, спайка с
тканями подъязычной области, оперированная, подвижность
(нормальная / затрудненная) _____

Твердое небо:

нормальное, «готическое», низкое / куполообразное, плоское, широкое / узкое, прооперированное, расщепление (полное, частичное, субмукозное), шрамы, обтулятор _____

Мягкое небо:

нормальное, укороченное, раздвоенное, отсутствует, вялое / напряженное, парез (полный, односторонний), провисает (с правой / левой стороны) _____

подвижность (нормальная / затрудненная) _____

Мимическая моторика _____

Голос

Сила (нормальный, громкий, тихий, истощаемый, очень тихий, угасающий к концу фразы) _____

Высота (нормальный (грудной), высокий, низкий, фальцет, немодулированный, монотонный) _____

Тембр (хриплый, грубый, глухой, гортанно-резкий, «металлический», писклявый, сдавленный, дрожащий, напряженный, прерывистый, гипо- / гиперназализованный) _____

Дискоординация процессов дыхания и голосообразования (отсутствует / присутствует) _____

Характер голосообразования и атаки голоса (твердая, мягкая, придыхательная) _____

Дыхание

Тип (грудное, диафрагмальное, диафрагмально-грудное, верхнеключичное) _____

Объем, продолжительность (короткий вдох, непродолжительный выдох) _____

Носовое (свободное, утрудненное, отсутствующее) _____

Ротовой выдох (достаточный, укороченный, речь на выдохе) _____

Дифференциация ротового и носового выдоха (присутствует / отсутствует) _____

Темпо-ритмическая составляющая речи

Дикция (четкая, смазанная, непонятная) _____

Темп (нормальный, ускоренный, замедленный) _____

Ритм (нормальный, скандированный, аритмия, брадиритмия, тахиритмия) _____

Просодическая составляющая речи

Интонация (наличие или отсутствие основных видов интонации (восклицательной, вопросительной, повествовательной) _____

Паузация (наличие или отсутствие расстановки пауз в речевом потоке) _____

Общая характеристика коммуникации

Степень коммуникабельности (активное, стойкое, нестойкое, избирательное общение, негативизм) _____

Эхолалия (отсутствие / наличие) _____

Особенности фонетико-фонематической составляющей речи

Фонематическое восприятие:

дифференциация изолированных звуков _____

на уровне словов _____

на уровне слова _____

Состояние звукопроизношения (отсутствия, искажения, смешения, оглушения, перестановки, добавления, пропуски):

Зву- ки	Произношение													
	изо- лиро- ван- ное		в слогах		в словах						во фра- зах		в стихах	
					начало		середи- на		конец					
	H ⁹	. c.	H.	c.	H.	c.	H.	c.	H.	c.	H.	c.	H.	c.
[А]														
[О]														
[У]														
[М]														
[Н]														
[Б]														
[І]														
[Е]														
[И]														
[К]														
[Г]														

⁹ Здесь *н.* обозначает, что фонетический материал ребенку предлагается воспроизводить по подражанию, *с.* – самостоятельно.

Словарная структура слов (добавления, элизии, итерации, антиципации, контаминации, персеверации):

Произношение	Материал			
	слоги	слова	словосочетания	предложения
Отраженное				
Сопряженное				
Замедленное				
Многоразовое				

Особенности воспроизведения ударения в словах _____

Слуховой контроль _____

Фонематические представления _____

Прогнозирование на фонологическом уровне _____

Уровень состояния сформированности фонетико-фонематической составляющей речи (высокий, средний, низкий) _____

Состояние лексической составляющей речи

Сформированность употребления разных видов лексических обобщений _____

контекстуально обусловленных _____

Понимание видо-родовых понятий _____

Понимание лексико-семантических языковых явлений (многозначность, антонимия, синонимия) _____

Усвоение системы морфологического словаобразования:

суффиксального словаобразования _____

префиксального словаобразования _____

Прогнозирование на морфологическом уровне _____

Морфологический уровень контроля _____

Грамматическая сторона речи

Сформированность употребления грамматических категорий:

Число

Существительные _____

Глаголы _____

Прилагательные _____

Род

Существительные _____

Глаголы _____

Прилагательные _____

Время

Настоящее _____

Прошлое _____

Будущее _____

Падеж

Именительный _____

Непрямые падежи _____

Особенности связной речи

Составление предложений:

по сюжетным картинкам _____

из 2–3 заданных слов _____

Составление рассказов:

по эпизодичным картинкам _____

по серии из 2–3 сюжетных картинок _____

Прогнозирование на синтаксическом уровне _____

Синтаксический уровень контроля _____

ВЫВОДЫ

ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПЛАН КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Учитель-логопед _____
(фамилия, инициалы)

Литература:

1. Зеeman M. Расстройства речи в детском возрасте : [текст] / пер. с чешск. Е. О. Соколовой; под ред. и с предисл. В. К. Трутнева и С. С. Ляпидевского. – М. : Медгиз, 1962. – 300 с.

2. Пат. 44366 Україна, МПК: А 61 Н 1/00 А 61 М 21/00. Спосіб відновлення вимовної функції у дошкільнят з порушеннями фонетико-фонематичної сторони мовлення / Рібцун Ю. В. – № u200908240; заявл. 04.08.2009; опубл. 25.09.2009, Бюл. № 18.

3. Програма виховання і навчання дітей з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення (у тому числі з нерізко вираженим загальним недорозвитком мовлення) : [текст] / укл. С. М. Петренко, О. П. Мілевська, Ю. І. Лебедєва. – К. : НМЦ середньої освіти МОН України, 1999. – 97 с.

4. Рибцун Ю. В. Коррекционно-развивающая программа обучения детей пятого года жизни с ФФНР: современный взгляд : материалы VII Междунар. науч. конф. [«Специальное образование»], (Санкт-Петербург, 21–22 апр. 2011 г.) / под общ. ред. проф.

В. Н. Скворцова. – СПб. : ЛГУ им. А. С. Пушкина, 2011. – Т. 1. – С. 248–252.

5. Рібцуn Ю. В. Особливості артикуляційної моторики у дітей п'ятого року життя із ФФНМ : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Педагогіка здоров'я»], (Харків, 7 квітня 2011 р.) / за заг. ред. проф. О. М. Микитюка. – Х. : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2011. – С. 326–331.

6. Рібцуn Ю. В. Особливості фонематичної складової мовлення дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ / Ю. В. Рібцуn // Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія : зб. наук. пр. – К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – № 18. – С. 208–212.

7. Рібцуn Ю. В. Розробка науково-методичного забезпечення організації та змісту спеціальної освіти дітей середнього дошкільного віку із ФФНМ: реалії та перспективи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [«Педагогічне проектування як засіб становлення і розвитку ключових компетентностей суб'єктів освітнього простору»], (Запоріжжя, 14–15 жовтня 2010 р.) / за заг. ред. проф. К. Л. Крутій, Є. М. Павлютенкова. – Запоріжжя : ТОВ «ЛПС» ЛТД, 2010. – С. 199–206.

8. Филичева Т. Б. Дети с фонетико-фонематическим недоразвитием : воспитание и обучение : уч.-метод. пособие [для логопедов и воспитателей] / Т. Б. Филичева. – М. : «ГНОМ и Д», 2000. – 80 с. – (Практическая логопедия)

9. <http://www.logoped.in.ua/>

10.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3c6e84/>

У статті охарактеризовано стан сформованості фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ за такими напрямами: а) анатомо-фізіологічні передумови мовленнєвої функції; б) просодичні компоненти мовлення; в) фонетична складова; г) фонематична складова мовлення.

Ключові слова: фонетико-фонематичний недорозвиток мовлення, дошкільники п'ятого року життя, фонетико-фонематична складова мовлення.

В статье охарактеризовано состояние сформированности фонетико-фонематической составляющей речи детей пятого года жизни с ФФНР по таким направлениям: а) анатомо-физиологические предпосылки речевой функции; б) просодические компоненты речи; в) фонетическая составляющая; г) фонематическая составляющая речи.

Ключевые слова: фонетико-фонематическое недоразвитие речи, дошкольники пятого года жизни, фонетико-фонематическая составляющая речи.

The article described the state of the formed phonetic and phonemic component of the speech of children in the fifth year with FFNM at the following directions: a) anatomical and physiological conditions of speech functions, b) the prosodic components of speech, c) the phonetic component of speech, d) element phonemic speech.

Keywords: phonetic and phonemic speech underdevelopment, preschoolers of the fifth's year, phonetic and phonemic speech component.

Источник: Рібцун Ю. В. Характеристика фонетико-фонематичної складової мовлення дітей п'ятого року життя із ФФНМ / Ю. В. Рібцун // Український логопедичний вісник : зб. наук. пр. – Вип. 2. – 2011. – С. 36–53.

Обследование лексической стороны импресивной речи младших дошкольников с ОНР

Процесс формирования речевой деятельности проходит длительный и сложный путь. Чтобы найти эффективные приемы для диагностики и коррекции речевых нарушений, необходимо четко представлять всю последовательность речевого развития детей в норме, знать закономерности этого процесса и те условия, от которых зависит его успешное протекание.

Понимание речи окружающих является важным показателем полноценного речевого развития. Как указывают Ю. Аркин, А. Гвоздев, А. Леонтьев, А. Шахнарович и др., уже на третьем месяце жизни ребенок начинает различать интонации речи. *Вторая половина первого года* характеризуется пониманием элементарных слов на ритмико-интонационном уровне. В 7 мес. на вопрос «Где?» малыш сосредотачивает зрительное внимание только на тех предметах, которые имеют постоянное место расположения. На 8 мес. ребенок реагирует на ритм, интонацию, звуковой рисунок слова, т. е. только на ритмико-интонационную составляющую речи. Малыш различает имена взрослых, поворачивает к ним голову, ищет взглядом источник речи, фиксируя свое внимание на уже знакомых предметах или лицах. В разных ситуациях: одевания («дай ручку» – протягивает руку для одевания варежки), кормления («открой ротик» – открывает), игры («на зайчика» – берет игрушку) с речевого потока взрослого ребенок способен выделить ситуативно только хорошо знакомое ему слово (покажи, помаши ручкой, возьми и т. п.), инструкций вне ситуативного контекста ребенок еще не понимает (на просьбу взрослого дать ручку не в ситуации одевания руки не дает).

В девятимесячном возрасте малыш усваивает значения 8-10 легких для восприятия слов, которыми во время общения с ребенком чаще всего пользуется взрослый. Уже в этом возрасте ребенок адекватно реагирует на слово «положи», умеет выполнять поэтапно двух- и трехступенчатые инструкции («Возьми кубик. Положи кубик в коробку») на материале элементарных, наиболее часто употребляемых фраз. Ребенок 10 мес. реагирует на свое имя и на просьбу «дай мне» («Оля, дай мне мячик»). В 11 мес. малыш начинает

понимать запрет, в знак несогласия отрицательно машет головой. В этот же период ребенок может проследить взглядом в направлении указательного жеста взрослого и выбрать по его просьбе хорошо знакомый предмет с ряда других («дай куклу», «дай зайчика»). Малыш начинает понимать содержание элементарных, наиболее часто употребляемых фраз и адекватно реагирует; например, на вопрос «Где папа?» показывает пальчиком в соответствующем направлении. Иногда ребенок реагирует на инструкцию, обращенную к другому лицу, и выполняет ее. В 12 мес. малыш делает первые шаги, начинает в действиях выполнять инструкции взрослого («иди ко мне»), на просьбу «Принеси мне...» (мишку, куклу и т. п.) ребенок самостоятельно находит хорошо известный предмет и приносит его взрослому. В этот же период у малыша появляются самые элементарные формы обобщений только знакомых предметов [1, 2, 6]. Так, на просьбу взрослого принести котика, ребенок может принести двух котят, изготовленных из разных материалов.

Ребенок в возрасте 1 г. 1 мес. различает игрушки, похожие по форме (курочка, петушок) и приносит их по просьбе взрослого, т. е. ребенок овладевает элементарной предметной соотнесенностью слова, слова-наименования [2]. В 1 г. 2 мес. у ребенка развивается понимание отдельных слов-названий и слов-действий: малыш с интересом рассматривает картинки и узнает изображения отдельных предметов и действий («Где машинка?», «Где мальчик сидит?»). Ребенок по словесной инструкции с группы предметов выбирает нужный, приносит его, берет у одного человека и передает другому. В 1 г. 3 мес. ребенок уже способен выполнять несложные инструкции, начинает понимать названия некоторых качеств предметов («большой – маленький»); малыш уже может ответить на вопрос даже при отсутствии предмета («Хочешь сока?» – «Да, ням-ням»). В возрасте 1 г. 4 мес. ребенок начинает понимать содержание простых предложений, которые часто употребляются во время общения с ним («Сейчас будем одеваться», «Пойдем гулять»).

С 1 г. 6 мес. до 1 г. 8 мес. импрессивная речь начинает развиваться значительно быстрее, что характеризуется появлением понимания несложного сюжета картинки и возникновением элементарного обобщенного понимания хорошо знакомых ребенку

слов [6, 8, 9]. Так, например, на просьбу принести машинку малыш принесет не обязательно ту, которой больше всего любит играть. В этот период усвоение значения слов и расширение пассивного словаря происходит намного интенсивней, чем обогащение активного. Так, в 1 г. 8 мес. – 1 г. 10 мес. ребенок понимает набор хорошо знакомых, усвоенных фраз, тогда как накопление активного словаря значительно отстает от пассивного. У малыша постепенно формируется категориальное значение слова. В возрасте 1 г. 11 мес. малыш начинает понимать информацию о событиях, которые уже происходили в его жизни.

В *два года* ребенок усваивает, что каждому предмету соответствует определенный комплекс для его обозначения и общения с окружающими. Речь в этот период вступает в мыслительную, интеллектуальную fazu развития [1]. В *два года* у ребенка начинают формироваться стойкие значения слов, а сами слова начинают использоваться для обозначения однородных предметов. До 2 г. 10 мес. ребенок уже понимает рассказ о тех событиях, которые не происходили в его собственной жизни («Не бери нож, им можно порезать пальчик»). При достижении ребенком трехлетнего возраста он начинает замечать и понимать явления языковой омонимии («Возьми чашку за ручку», «Леночка, возьми куклу за ручку»), у него постепенно формируются умение дифференцировать слова-омонимы с использованием хорошо знакомых и часто употребляемых предметов.

Таким образом, формирование импрессивной речи проходит достаточно длительный и сложный путь в своем развитии. Однако когда ребенок имеет сложное речевое нарушение, страдает как экспрессивная, так и импрессивная стороны речи, что приводит к смешению очерченных онтогенезом сроков [3, 4, 6, 9, 11 и др.].

В младшую логопедическую группу зачисляются дети с 1-2 уровнем речевого развития – те, которые практически не разговаривают. Из-за недостаточного количества в специальной литературе научных разработок относительно изучения лексической стороны импрессивной речи детей четвертого года жизни с ОНР нами была разработана соответствующая методика.

За основу нами были взяты такие механизмы усвоения лексики:

1. Стабилизация слухового восприятия, что проявляется в развитии фонематического различия звуков.

2. Сформированность разных уровней лексических обобщений:
а) категориальных; б) контекстуально обусловленных; в) видо-родовых понятий; г) определение семантических связей, что лежат в основе понятийной соотнесенности слова; д) лексико-семантических языковых явлений (многозначности).

3. Понимание деривационного значения слов обозначающих:
а) уменьшительно-ласкательные формы; б) детенышей животных.

4. Прогнозирование на лексико-фонологическом уровне.

5. Смыловый контроль.

Язык предъявления инструкций соответствовал языку, которым владеет ребенок. Нами фиксировался лучший результат. Оценивание происходило по таким показателям: понимает, не понимает. Отдельно нами изучались те факторы, которые влияют на понимание ребенком услышанной информации.

Как указывают Е. Соботович, И. Соботович, результатом совершения обобщения разнообразных вариантов звучания одной и той же фонемы является формирование константности слухового восприятия, т. е. сформированность его перцептивного уровня. На этой основе ребенок с помощью взрослого устанавливает связи между константными звуковыми образами слов и соответствующими явлениями действительности, в результате чего формируется и развивается импресивная речь.

Раскроем содержание исследования фонематического восприятия на перцептивном уровне у младших дошкольников с ОНР.

Стабилизация слухового восприятия

В пробах 1.1. и 1.2. нами предлагались слова-паронимы, поданные как парами, так и вразброс. В случаях, когда звучание для русского и украинского языков не совпадало, предлагались другие пары картинок.

Проба 1.1. Исследование фонематического восприятия на перцептивном уровне путем выявления понимания дошкольниками дифференциации слов-паронимов, поданных парами («Хитрые слова»).

Оборудование: альбом с изображением пар предметов, обозначающих слова-паронимы (каша – Маша, сапка – шапка, Марина – малина, коза – коса).

Речевой материал: слова-паронимы, в которых противопоставляются:

- акустически и артикуляционно далекие звуки (к – м);
- артикуляционно разные, но акустически близкие звуки (с – ш);
- артикуляционно близкие, но акустически разные звуки (р – л);
- артикуляционно и акустически близкие звуки (з – с).

Подготовительная работа. Логопед знакомит ребенка с названиями предложенных изображений.

Описание игрового задания. Логопед предлагает ребенку рассмотреть картинки, поданные парами. Ребенок должен показать ту из них, которую назовет логопед.

Инструкция. Покажи ту картинку, которую я назову.

Уровни помощи: повторное называние, акцентированное произнесение контрастного звука.

В пробе 1.2. изображения, обозначающие слова-паронимы, предлагались вразброс, причем количество предметов на листе не превышало шести. Это задание требовало более высокого уровня сформированности слухового внимания, а поэтому его невыполнение свидетельствовало об отставании последнего.

Проба 1.2. Исследование фонематического восприятия на перцептивном уровне путем выявления понимания дошкольниками дифференциации слов-паронимов, поданных вразброс («Прятки»).

Оборудование: карточки с визуальным расположением предметов, обозначающих слова-паронимы.

Описание игрового задания. Логопед предлагает ребенку рассмотреть картинки, поданные вразброс. Ребенок должен показать ту из них, которую назовет логопед.

Инструкция. Покажи ту картинку, которую я назову.

Уровни помощи: повторное называние, акцентированное произнесение контрастного звука.

Как указывается в исследованиях Е. Соботович, И. Соботович, в процессе формирования словаря ребенок практическим способом овладевает смыслоразличительной функцией фонем и

противопоставлением фонем по полезным (смыслоразличительным) признакам, что находит свое отражение в умении фиксировать нарушения семантического и морфологического тождества при изменении константных признаков фонем. Поэтому в пробе 1.3. нами изучалось состояние у младших дошкольников навыков слухового контроля. За основу мы брали далекие звуки по акустико-артикуляционным признакам.

Проба 1.3. Исследование навыка слухового контроля на фонологическом уровне («Так или не так»).

Оборудование: игрушки (мишка, зайчик, рыбка, лисичка).

Описание игрового задания. Логопед показывает ребенку игрушку, сообщает, что будет называть ее то правильно, то нет. Ребенок должен внимательно слушать и на правильное называние утвердительно кивать головой, а на ошибочное – отрицательно.

Инструкция. Вот мышка. Я буду повторять слово «мышка». Если я буду говорить правильно – сделай вот так (утвердительный кивок логопеда), а если ошибусь – так (отрицательный).

Уровни помощи: повторное называние в замедленном темпе, акцентированное произнесение конфликтного звука.

Понимание разных уровней лексических обобщений

Следующий этап посвящен изучению понимания младшими дошкольниками с речевым недоразвитием разных уровней лексических обобщений. Как указывают Л. Выготский, Б. Ермолаев, А. Леонтьев, Е. Соботович, А. Шахнарович и др., овладение ребенком обобщенной функцией речи происходит путем усвоения номинативного, контекстуально обусловленного, обобщенного значения слова, его понятийной соотнесенности и абстрактно-обобщенного лексического значения. Именно поэтому нами и изучалось понимание дошкольниками категориальных, контекстуально обусловленных, видо-родовых понятий и определение семантических связей, лежащих в основе понятийной соотнесенности слова.

Исследование состояния сформированности категориального уровня лексических обобщений

Изучение понимания детьми категориального значения слова, т. е., по словам Р. Брауна и Д. Брунера, соотнесения звукового образа

слова не с отдельными предметами, а с целым классом однородных предметов, происходило в процессе проведения проб 2.1.–2.4. Нами были подобраны задания на материале разных частей речи (существительных, прилагательных и глаголов) с постепенным усложнением и выполнялись с опорой на те сенсорные эталоны, которые должны были быть усвоены на период обследования.

Проба 2.1. проводилась нами на материале существительных и была представлена в нескольких вариантах по степени усложнения. Изображения были подобраны таким образом, чтобы предметы: 1) были совсем разными, резко контрастными; 2) имели разный размер; 3) имели разный размер и цвет; 4) имели отличительный цвет и форму; 5) имели еще и структурные отличия, что усложняло задание.

Проба 2.1. Исследование понимания детьми категориального значения существительных («Собери букет»).

Оборудование: лист с изображением стилизованных цветов одного размера, разного размера, разного размера и цвета, разного цвета и формы, лист с изображением натуральных цветов (ромашка, роза, колокольчики) и конфликтными изображениями (мяч, мишка, брюки; пирожное, малина, корзина; бабочка, солнце, звездочка; куст, ваза, пуговица; дерево, бантик, печенье).

Описание игрового задания. Логопед рассказывает, что Катя хочет нарвать цветов, чтобы подарить их маме. Педагог предлагает ребенку найти и показать на листе все цветы.

Инструкция. Покажи все цветы.

Пробы 2.2. и 2.3 проводились нами на материале прилагательных.

В пробе 2.2. нами предлагались изображения предметов разного размера, поданных парами, в 2.3. – поданных вразброс, что требовало более высокого уровня сформированности зрительного внимания.

Проба 2.2. Исследование понимания детьми категориального значения антонимических признаков предметов, поданных парами («Кто чем играет?»).

Оборудование: лист с изображением игрушек разного размера (большие и маленькие), поданные парами (мяч, пирамидка, самолет).

Речевой материал: большой – маленький, хороший – плохой, веселый – грустный.

Описание игрового задания. Логопед рассказывает, что как-то подружились слоненок Топ и мышонок Мик. Они часто играли вместе. Ребенок должен найти и показать все маленькие (большие) игрушки.

Инструкция. Все игрушки Мика маленькие. Покажи их.

Уровни помощи: частичный, полный показ.

Проба 2.3. Исследование понимания детьми категориального значения антонимических признаков предметов, поданных вразброс («Два медведя»).

Оборудование: лист с изображением предметов посуды разного размера (большие и маленькие), расположенных вразброс (тарелка, чашка, ложка); лист, где изображенные предметы размещены парами.

Описание игрового задания. Логопед рассказывает, что мама-медведица позвала маленького Мишу обедать, и предлагает ребенку показать все маленькие (большие) предметы посуды.

Инструкция. Подумай, что мама поставит Мише на стол. Покажи все маленькие предметы.

Уровни помощи: показ картинок, где изображены предметы, расположенные парами.

Проба 4. проводилась нами на материале глаголов.

Проба 2.4. Исследование понимания детьми категориального значения глаголов («Кто что делает»).

Оборудование: картинки с изображением четырех предметов, выполняющих одно действие (девочка, собака, курица, мальчик – идет; младенец в коляске, поросенок, мяч, ложка возле тарелки – лежит; дятел, молоток, мальчик в двери, лошадка копытами – стучит; мальчик, котик, девочка, зайчик – ест; котик, бабушка, курочка, девочка – спит), и двумя конфликтными картинками (зайчик сидит, мальчик стоит; цветок стоит в вазе, котик бежит; девочка рисует, папа читает; котик пьет молочко, девочка нюхает цветок; собачка лежит, девочка сидит).

Описание игрового задания. Логопед предлагает ребенку внимательно рассмотреть картинки и показать те из них, на которых изображено определенное действие.

Инструкция. Покажи, кто (что) идет.

Уровни помощи: наводящие вопросы логопеда, введение глагола в контекст.

Сформированность контекстуально обусловленных лексических обобщений

Как указывает Е. Соботович, ребенку 2–3 лет совершенно необязательно показывать каждый предмет или действие, чтобы он усвоил определенное слово. Выделяя незнакомое слово из контекста, малыш самостоятельно постепенно начинает усваивать его и переносить с одной ситуации в другую, аналогичную. Именно это способствует значительному увеличению словарного запаса ребенка.

В пробе 3.1. нами изучалось состояние сформированности обобщений на материале разных частей речи (существительных, прилагательных и глаголов). Значительно влияли на качество выполнения задания состояние сформированности слухового внимания, способность удерживать в памяти незнакомое слово в условиях контекста, совершать зрительный контроль.

Проба 3.1. Исследование понимания детьми контекстуально обусловленных лексических обобщений («Найди и покажи»).

Оборудование: предметные картинки (мухомор, боровик, зонтик, домик; дерево, гнездо, дом, куст); сюжетные картинки (лесная поляна; дерево возле дома; мальчики копают; мальчики сгребают листву; девочка веником подметает пол; курица гребется).

Речевой материал:

а) существительные. В лесу вырос *мухомор*. Он очень красивый. На белой ножке красная шапочка. На шапочке мухомора – белые точки;

б) прилагательные. Возле дома выросло *высокое* дерево. Высоко на ветке свила гнездышко птица. На высоком дереве кот не достанет гнезда;

в) глаголы. Миша и Игорь взяли лопаты. Они начали *копать* яму. В выкопанную яму посадили дерево. Весной на дереве появятся листочки.

Описание игрового задания. Логопед читает текст, предлагает ребенку внимательно рассмотреть сюжетную картинку и показать тот предмет, о котором шла речь.

Инструкция. Найди и покажи мухомор (что высокое; где копают).

Уровни помощи: повторное чтение текста, показ сюжетной картинки.

Сформированность видо-родовых понятий

В пробах 4.1.–4.3. нами изучалось понимание обозначения родовых понятий на материале только хорошо знакомых детям предметов.

Проба 4.1. Исследование понимания младшими дошкольниками обозначения родового понятия «игрушки» («Найди игрушки»).

Оборудование: коробка с предметами (матрёшка, мячик, пирамидка, очки, краски, мыло).

Описание игрового задания. Логопед рассказывает, что к Саше в гости пришла Настя. Мальчик вынул коробку с разными предметами и предложил девочке взять то, чем можно поиграть. Логопед предлагает выбрать и показать среди предметов только игрушки.

Инструкция. Помоги Насте выбрать с коробки игрушки.

Уровни помощи: наводящие вопросы.

Если игрушки близки опыту каждого ребенка, то продукты питания (блюда) не вызывают у дошкольников особого интереса (кроме своих вкусовых качеств), а поэтому меньше запоминаются и в дальнейшем узнаются.

Проба 4.2. Исследование понимания младшими дошкольниками обозначения родового понятия «еда» («Приятного аппетита!»).

Оборудование: лист с изображением предметных картинок (яблоко, помидор, сосиска, конфета) и конфликтными изображениями (мячик, кубик).

Описание игрового задания. Логопед предлагает ребенку показать среди изображений только те, которыми можно угостить друзей.

Инструкция. Покажи еду.

Уровни помощи: наводящие вопросы.

Для преимущественного большинства младших дошкольников с ОНР слово «одежда» ассоциируется со словом «вещи», что вызывало определенные затруднения при выполнении задания.

Проба 4.3. Исследование понимания младшими дошкольниками обозначения родового понятия «одежда» («Поможем Кате»).

Оборудование: лист с изображением предметных картинок (платье, кофта, куртка) и конфликтными изображениями (полотенце, салфетка, кастрюля).

Описание игрового задания. Логопед рассказывает, что кукла Катя не любила складывать свои вещи, разбрасывала их. Ребенок должен найти и показать предметы одежды.

Инструкция. Помоги Кате – покажи одежду.

Уровни помощи: наводящие вопросы.

Определение семантических связей, лежащих в основе понятийной соотнесенности слова

Развитие лексической системности происходит в процессе систематизации знаний и представлений ребенка об окружающем мире. На этой основе формируется логичная понятийная соотнесенность, усвоение абстрактного обобщенного значения слов, что требует постоянного сравнения предметов, выделения в них отличительных или общих характерных признаков [9, 10].

С целью определения понимания семантических связей, лежащих в основе понятийной соотнесенности слова, младшим дошкольникам с ОНР предлагалась проба 5.1. на материале понятий «зима» и «лето».

Проба 5.1. Определение семантических связей, лежащих в основе понятийной соотнесенности слова («Зима – лето»).

Оборудование: сюжетные картинки «Зима», «Лето», соответствующие предметные картинки к ним (зима – снежинка, снеговик, санки, варежки; лето – вишни, бабочка, цветок, клубника).

Описание игрового задания. Логопед выкладывает перед ребенком сюжетные картинки, рядом стопкой кладет предметные. Ребенок, поочередно беря предметные картинки, определяет, какому именно времени года она соответствует, и кладет под той или иной сюжетной картинкой.

Инструкция. Покажи, где зима. Покажи, где лето. Разложи картинки.

Уровни помощи: логопед указывает ребенку на существующие аналогичные изображения на сюжетной и предметных картинках.

Сформированность лексико-семантических языковых явлений

Как известно, большинство слов языка имеет несколько лексических значений. Многозначность слова является результатом развития лексического значения слова, и поэтому является показателем уровня лексического развития ребенка [9, 11].

С помощью пробы 6.1. нами проверялось состояние сформированности понимания дошкольниками многозначных слов, обозначающих разные части речи (существительные и глаголы).

Проба 6.1. Исследование состояния сформированности понимания дошкольниками многозначности как лексико-семантического языкового явления («Слова-близнецы»).

Оборудование: картинки с изображением предметов, имеющих ручку (мальчик, дерево, кастрюля, корзина, зонтик), ножку (стол, стул, гриб, кукла), хвостик (рыба, редиска, девочка, мышка, яблоко, птица), сюжетные картинки (дождь, мальчик, собачка – идет, девочка прыгает, зайчик бежит; утка, лодка, рыбка – плывет, мальчик купается, кошка умывается; птица, самолет, шарик, бабочка – летит, мальчик делает гимнастику, кораблик плывет).

Описание игрового задания. Логопед раскладывает перед ребенком предметные картинки одной группы, называет их и предлагает показать на всех изображениях ручку (ножку, хвостик).

Инструкция. Это мальчик. Где у мальчика ручка?

Уровни помощи: наводящие вопросы.

Изучение понимания деривационного значения слов

Деривационное значение слова является неотъемлемой составляющей лексического значения. Лексическое значение слова состоит из его предметного значения, отраженного в корне слова, и деривационного значения, выраженного словообразующими суффиксами [2, 7, 9 и др.].

Определение понимания деривационного значения осуществлялось на материале слов обозначающих: а) уменьшительно-ласкательные формы; б) детенышей животных.

С этой целью детям предлагались пробы 7.1. и 7.2., в которых изображения были расположены как парами, так и вразброс. Задания с парами изображений являются более понятными, ведь ощутить

разницу в значении предлагаемых существительных для младших дошкольников с ОНР значительно легче.

Проба 7.1. Исследование состояния сформированности понимания дошкольниками деривационного значения слов, обозначающих уменьшительно-ласкательные формы («Две сестрички»).

Оборудование: предметные картинки (платье – платьице, книга – книжечка, сарафан – сарафанчик).

Описание игрового задания. Логопед рассказывает о двух сестричках. Сообщает, что старшая ходит в школу, меньшая – в детский сад. У старшей сестры – большие вещи, у младшей – маленькие. Ребенок по просьбе логопеда должен показать тот или иной предмет.

Инструкция. Покажи тот предмет, который я назову.

Уровни помощи: логопед обращает внимание на размер предмета.

Для облегчения задания детям сначала называлась уменьшительная форма существительного, а потом – обычная номинативная.

В пробе 7.2. материалом служили игрушечные дикие животные и их детеныши. Нами использовались игрушки как знакомых детям животных, так и незнакомых с целью выяснения, на какое значение ребенок ориентируется больше – лексическое или грамматическое.

При условии, даже если ребенок не знает, например, кто такой жираф, однако по просьбе логопеда может показать жирафенка, это свидетельствует об ориентировке именно на грамматическое значение слова.

Проба 7.2. Определение понимания деривационного значения слов, обозначающих детенышей животных («Мамы и малыши»).

Оборудование: игрушечный набор «Дикие животные и их детеныши» (волк, лисица, заяц, волчонок, лисенок, зайчонок), предметные картинки с изображением взрослых зверей и их детенышней.

Описание игрового задания. Логопед выставляет и поочередно называет игрушечных животных и их детенышей. Ребенок должен показать названное взрослое животное или детеныша.

Инструкция. Покажи, где лисенок. Покажи, где лиса.

Уровни помощи: логопед показывает изображения животных на предметных картинках, выставляет животных парами (взрослого и детеныша).

Прогнозирование на лексико-фонологическом уровне

В связи с тем, что прогнозирование входит в структуру действий понимания [10], мы диагностировали состояние сформированности у младших дошкольников с ОНР прогнозирование на лексико-фонологическом уровне. Исследование происходило на материале словосочетаний, предложений и текстов.

Проба 8.1. Исследование состояния сформированности прогнозирования на лексико-фонологическом уровне («Я начну, а ты продолжи»).

Оборудование: предметные картинки (морковка, огурец, яблоко, конфета; пакетик сока, чашка чая, стакан молока, тарелка каши; книжка, альбом для рисования, кисточка, картина; сюжетные картинки (зайчик грызет морковку, мальчик пьет томатный сок, девочка читает книжку).

Речевой материал:

Зайчик грызет... (морковку.)

Саша пьет томатный... (сок.)

Девочка Оля читает интересную... (книжку.)

Описание игрового задания. Логопед предлагает ребенку дополнить названные им предложения, подобрав соответствующую предметную картинку.

Инструкция. Я начну, а ты – продолжи.

Уровни помощи: показ логопедом сюжетной картинки.

Определение уровня сформированности смыслового контроля

Операция смыслового контроля выполняет функцию нахождения и исправления ошибок как в процессе порождения, так и понимания высказываний [10].

В пробе 9.1. ребенок должен был оценить правильность рассказа сказки логопедом, в которой тем специально были допущены ошибки.

Проба 9.1. Выявление наличия смыслового контроля («Так или не так?»).

Оборудование: иллюстрации к сказке «Курочка Ряба».

Речевой материал. Жили-были дед и баба. (Так или не так?) Была у них курочка Ряба (Так или не так?) Снесла Ряба Колобка. (Так или не так?) Дед бил-бил – не разбил. (Так или не так?) Баба била-била – не разбила. (Так или не так?) Мышка бежала, хвостиком махнула, Колобок упал и покатился по дорожке в лес. (Так или не так?) Дед плачет. (Так или не так?) Баба плачет. (Так или не так?) А курочка кудахчет: «Не плачь, дед! Не плачь, баба! Я снесу вам Колобка не простого, а золотого!» (Так или не так?)

Описание игрового задания. Логопед рассказывает сказку «Курочка Ряба», на каждом предложении спрашивая у ребенка: «Так или не так?». В процессе рассказа педагог специально делает ошибки, используя эпизоды со сказки «Колобок». Ребенок на вопросы логопеда утвердительно или отрицательно качает головой.

Инструкция. Послушай сказку, только слушай ее очень внимательно, ведь я могу ошибиться.

Уровни помощи: демонстрация иллюстраций к сказке.

Вышеуказанная методика позволила нам всесторонне изучить лексическую сторону импрессивной речи младших дошкольников с ОНР и показать ее разноплановость. Анализ результатов указанной методики диагностики позволил по-новому подойти с созданию коррекционно-развивающей работы в лексическом звене и нашел свое логическое отражение в соответствующем разделе программно-методического комплекса.

Литература:

1. Аркин Е. А. Ребенок от года до четырех лет. – М. – Л.: Учпедгиз, 1931. – 197 с.
2. Гвоздев А. Н. Вопросы изучения детской речи. – М.: АПН РСФСР, 1961. – 471 с.
3. Жукова Н. С. Процессы системного усвоения родного (русского) языка при нарушенном и нормальном развитии детской речи: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. – Л., 1976. – 25 с.
4. Жуков Н. С., Мастиюкова Е. М., Филичева Т. Б. Логопедия. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. – Екатеринбург: Изд-во АРД ЛТД, 1998. – 320 с.
5. Дитина. Програма виховання і навчання дітей від 3 до 7 років. – К.: «Богдана», 2003. – С. 77 – 138.

6. Леонтьев А. А. Психолингвистический анализ семантики и грамматики: На материале онтогенеза речи / отв. ред. А. А. Леонтьев. – М.: Наука, 1990. – 165 с.

7. Малятко: Програма виховання дітей дошкільного віку / Наук. керівник авт. колективу З. П. Плохій. – К., 1999. – 287 с.

8. Патрина К. Т. О понимании значения слов дошкольниками // Вопросы психологии. – 1959. – №4. – С. 59 – 65.

9. Соботович Є. Ф. Зміст та особливості роботи щодо формування семантичної структури слова у дітей з вадами розвитку // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб. / За ред. Бондаря В. І., Луцько К. В. – К.: Інститут дефектології АПН України, 2000. – С. 155 – 158.

10. Тищенко В. В. Формування інтелектуального компонента мовленнєвої діяльності у розумово відсталих дошкільників: Дис. ... канд пед. наук. – К., 1999. – 225 с.

11. Трофименко Л. І. Формування лексико-граматичної сторони мовлення у дітей п'ятого року життя із загальним недорозвитком мовлення: Дис. ... канд пед. наук. – К., 2004. – 190 с.

12.

<http://lib.iitta.gov.ua/cgi/stats/report/authors/f94c9e0512530180c11a2180ae3cbe84/>

Источник: Рібцуn Ю. В. Обстеження лексичної сторони імпресивного мовлення молодших дошкільників із ЗНМ / Ю. В. Рібцуn // Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. – К., 2007. – Вип. 4. – С. 95–103.



yes I want morebooks!

Покупайте Ваши книги быстро и без посредников он-лайн - в одном из самых быстрорастущих книжных он-лайн магазинов!

Мы используем экологически безопасную технологию "Печать-на-Заказ".

Покупайте Ваши книги на
www.morebooks.de

Buy your books fast and straightforward online - at one of the world's fastest growing online book stores! Environmentally sound due to Print-on-Demand technologies.

Buy your books online at
www.morebooks.de

OmniScriptum Marketing DEU GmbH
Bahnhofstr. 28
D - 66111 Saarbrücken
Telefax: +49 681 93 81 567-9

info@omniscriptum.com
www.omniscriptum.com

OMNIscriptum The logo for OMNIscriptum consists of the brand name in a stylized, rounded font next to a small circular icon containing a pen nib.

