

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ № 30 Г. КИРОВСКА**

Консультация

**«Дифференциация речевых нарушений от сходных состояний»**

Учитель-логопед: Снегирева  
Татьяна Александровна

2021 год

## План

1. Проблема дифференциации нарушений речевого развития (различных типологических вариантов) с сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной патологией.
2. Дифференциация детей с ОНР от детей с ЗРР в младшем дошкольном возрасте.
3. Дифференциация детей с ОНР от детей с интеллектуальной недостаточностью.
4. Дифференциация детей с ОНР от детей с ЗПП.
5. Дифференциация детей с ОНР от детей с нарушениями слуха.
6. Дифференциация детей с ОНР от детей с РДА.
7. Кто такой безречевой ребенок?
8. Дифференциальная диагностика безречевых детей.

1. Проблема дифференциации нарушений речевого развития (различных типологических вариантов) с сенсорной, интеллектуальной и эмоциональной патологией.

На современном этапе специалистами отмечается тенденция к усложнению дизотогенеза (нарушение индивидуального развития организма) детей с речевыми нарушениями. То обстоятельство, что собственно речевая недостаточность приобрела сегодня у большинства детей более недифференцированный, мозаичный и, вместе с тем, генерализованный вид (распространение патологического процесса по организму или органу из органического очага), сопряженность речевого дефекта с обилием сопутствующих патофеноменов (пат – чувство, страдание, болезнь) в двигательной, перцептивной (совокупность анализаторов, обеспечивающих акт восприятия), когнитивной (познавательной), вербальной (словесной) и других сферах психической деятельности ребенка затрудняет логопедическую диагностику и коррекцию детей с речевой патологией.

Например, у детей с ОНР могут наблюдаться следующие осложнения:

- Комбинированный речевой дефект, определяемый сочетанием речевых нарушений различной этиологии (этио – причина болезни). Так, ОНР может сочетаться с дизартрией или заиканием. При сочетании первичных фонематических расстройств, характерных для ОНР, и первичных нарушений речедвигательных программ в случаях дизартрии и заикания, искажается нормальное слухопроизносительное взаимодействие в процессе речевой деятельности, страдают внимание, слуховая и речедвигательная память. В этих случаях овладение звуковым и языковым анализом, а соответственно письмом и чтением оказывается значительно ниже, чем при неосложненном варианте ОНР.
- Осложненный речевой дефект, при котором ОНР отягощено минимальным снижением слуха или негрубыми нарушениями зрения. Так, незначительное нарушение зрительной функции периферического характера (амблиопия, косоглазие, миопия), возникшее в раннем, дошкольном или школьном возрасте, обуславливают недостаточность зрительного гнозиса (познавание предметов, явлений), неустойчивость зрительных представлений, что негативно сказывается на состоянии словаря, связной речи, письма и чтения детей. Минимальные нарушения слуховой функции периферического характера (внешний, удаленный от центра), возникшие в дошкольном или школьном возрасте, маскируют и отягощают первичные центральные (фонематические) слуховые расстройства при общем недоразвитии речи. В результате у ребенка закрепляются неправильные фонетические эталоны, что обуславливает специфические нарушения импрессивной (восприятие, понимание речи), экспрессивной (активное устное высказывание) и письменной речи, а также

расстройства внимания и памяти, связанные с обработкой неречевых и речевых звуков.

- Комплексный дефект определяется совокупностью различных типов нарушений в структуре речевой патологии. При этом отмечается наиболее сложная иерархия первичных и производных связей в структуре речевого нарушения, представленного единством комбинированного и осложненного дефекта (ОНР, дизартрия и минимальное снижение периферического слуха; ринолалия, нарушения зрения и минимальное снижение слуха и др.). Следует отметить, что комплексный дефект является наиболее устойчивым к традиционному логопедическому воздействию.

Кроме того, у большинства современных детей с нарушениями речи отмечаются соматическая (связанная с телом) ослабленность, функциональные расстройства, а именно нарушение соотношения процессов возбуждения и торможения в ЦНС, наличие таких патологических явлений, как: сопутствующие движения (синкинезии), изменение мышечного тонуса по типу дистонии (непостоянный, меняющийся тонус), принятие вычурных поз при составлении самостоятельной речевой продукции (патологических ригидных телесных установок (негибкость, неподатливость, оцепенелость, обусловленная напряжением мышц)). Имеет место заметное излишество, нерасчетливость двигательных и жестомимических актов, вычурные позы, гримасничанье, иногда возникают тики, неожиданные вокализационные реакции в виде вскриков, неконтролируемого смеха, нередко элементы заикания (запинки), шумного и прерывистого придыхания, а порой и логоневроза. Они неловки, долго не могут овладеть операциями, требующими тонкой моторной дифференциации, что говорит о несформированности мануального и орального праксиса (способность к выполнению целенаправленных автоматизированных двигательных актов), реципрокной координации рук. Их может отличать маловыразительность, скованность, малоподвижность, чередующиеся неожиданными взрывами гиперактивности. Иными словами, их поведение, в целом, диспластично, что отрицательно отражается на протекании психической деятельности.

2. Дифференциация детей с ОНР от детей с ЗРР в младшем дошкольном возрасте

<i>Параметры для дифференциации</i>	<i>Дети с ОНР</i>	<i>Дети с ЗРР</i>
1. Понимание речи	Почти полностью не понимают грамматических изменений слов.	Понимают обращенную речь и значение грамматических изменений слов, отсутствуют смешения в понимании значений слов, имеющих сходное звучание
2. Нарушения структуры слов, аграмматизмы	Характерны и имеют стойкий характер.	Отсутствуют.
Соответствие нормальному формированию лексико-грамматических структур в импрессивной и экспрессивной речи	Не соответствуют как по темпу становления, так и по некоторым закономерностям.	Не соответствуют по темпу (соответствует уровню речевого развития нормального ребенка, младшего по возрасту), закономерности развития речи те же, что и в онтогенезе
3. Способность к самостоятельному овладению языковыми обобщениями	Малоспособны.	Способны.
4. Нарушения ЦНС	Стойкие и требующие длительной компенсации.	Имеют обратимый нейродинамический характер, иногда не выявляются вовсе.

### 3. Дифференциация детей с ОНР от детей с интеллектуальной недостаточностью

<i>Параметры для дифференциации</i>	<i>Дети с ОНР</i>	<i>Дети с интеллектуальной недостаточностью</i>
1. Наличие органических повреждений мозга	Локальное поражение зон головного мозга или нарушение иннервации речевого анализатора	Диффузное поражение ЦНС осложненное и неосложненное локальными нарушениями, может сочетаться с нарушением баланса нервных процессов
2. Самостоятельное овладение родным языком	Не способен к самостоятельному овладению языком или такие возможности резко ограничены	При неосложненной форме олигофрении в легкой степени к 6-7 годам на основе подражания овладевают простым грамматическим стереотипом языка
3. Речевое развитие	Отставание в речи может иметь как равномерный характер, так и неравномерный и касаться большего отставания в развитии тех или иных структур языка. Экспрессивная речь обычно страдает значительно, чем импрессивная. С возрастом речевой активности и увеличением словарного запаса развивается смысловая сторона речи	Отставание в развитии речи имеет тотальный и равномерный характер и касается недоразвития как импрессивной, так и экспрессивной речи, длительное употребление слов в неточном значении, обусловленное недостаточностью познавательной деятельности. С возрастом даже в условиях возрастания речевой активности и запаса общеупотребительных слов все более отчетливо проявляется недостаточность понимания связей и отношений между предметами и явлениями, недоразвитие смысловой стороны речи
4. Нарушения познавательной деятельности	Первично интеллект сохранен, может иметь место ЗПР вторичного характера, которое достаточно легко преодолевается при восстановлении речевых функций.	Нарушение познавательной деятельности, особенно высших ее форм является ведущим в структуре дефекта.
5. Познавательная активность	Не снижена, может снижаться в отношении заданий, требующих вербализации	Резко снижена по сравнению с нормой
6. Инертность психической деятельности	Не характерна инертность психической деятельности	Характерна инертность психических процессов, нередко с элементами вязкости, назойливости
7. Способность к переносу усвоенных способов умственной деятельности	Способны	Не способны или малоспособны
8. Эмоциональное развитие	Наблюдаются дифференцированные эмоциональные реакции	Эмоциональные реакции носят по преимуществу недифференцированный характер
9. Целенаправленность деятельности и критичность	Деятельность носит целенаправленный и контролируемый характер, критично оценивают свою речевую деятельность и избегают в заданиях речевого ответа	Характерно полевое нецеленаправленное поведение, манипулирование предметами в деятельности, не способны к самоконтролю своего поведения и деятельности и малоспособны учитывать контроль и коррекцию со стороны взрослого
10. Усвоение школьно-значимых функций	Решают задачи на уровне нормы, если они носят невербализованный характер, требуется больше, чем нормально развивающимся детям времени для усвоения навыков счета, письма и чтения	Одинаково плохо решают задачи, как вербализованные, так и невербализованные. С большим отставанием усваиваются процессы счета, письма и чтения

#### 4. Дифференциация детей с ОНР от детей с ЗПР

<i>Параметры для дифференциации</i>	<i>Дети с ОНР</i>	<i>Дети с ЗПР</i>
1. Этиология речевых нарушений	Обусловлены локальным поражением речевого анализатора – его центрального отдела (Зоны Брока и (или) Вернике) или периферической части.	Обусловлены недостаточностью межанализаторного взаимодействия.
2. Звукопроизношение и фонематическое восприятие	Выраженные нарушения звукопроизношения и низкие способности к звуковому анализу.	Нарушения могут иметь разный характер – как выраженный, так и невыраженный характер.
3. Словарный запас	Резко ограничен, при этом пассивный словарь значительно превышает активный.	Беден и недифференцирован, недостаточно понимают, неточно употребляют близкие по значению слова, ограниченность словаря определяется недостаточностью представлений об окружающем и низкой познавательной активностью.
4. Грамматический строй речи	Имеет резко выраженные нарушения: трудности формирования фразы, построения распространенных предложений, сложносочиненных и сложноподчиненных предложений, множественные нарушения согласования слов.	Не имеют выраженных нарушений, характеризуются бедностью использования грамматических средств выражения.
5. Связная речь	Не формируется в условиях отсутствия коррекционной помощи.	В условиях отсутствия помощи имеет недостаточность в уровне сформированности.
6. Познавательная активность	Сохранная полностью, при тяжелых формах может снижаться по отношению к видам деятельности, требующим активной вербализации.	Часто снижен в сравнении с нормой, характеризуется неустойчивостью.
7. Целенаправленность и произвольность деятельности	Сохранны, нарушаются в условиях предъявления вербальных задач.	Нарушены, что является ядерным признаками в структуре дефекта при ЗПР.
8. Понимание инструкций и условий задач	Трудности понимания вербальных инструкций, понимание повышается в условиях использования невербальных средств	Недостаточное понимание в связи с несформированностью внимания и недостаточностью познавательной деятельности.

#### 5. Дифференциация детей с ОНР от детей с нарушениями слуха

<i>Параметры для дифференциации</i>	<i>Дети с ОНР (алалией)</i>	<i>Дети с нарушениями слуха</i>
1. Характеристика неречевого и речевого слуха	Неречевой слух первично сохранен, однако недостаточность фонематического слуха постепенно приводит к некоторому отставанию в развитии неречевого слуха	Неречевой слух первично нарушен, вследствие этого не развивается в достаточной степени фонематический слух
2. Зависимость остроты слуха от расстояния до источника звука	Острота слуха качественно не изменяется при приближении и удалении субъекта	Острота слуха увеличивается при приближении источника звука
3. Использование слухового аппарата	Не улучшает качество слухового восприятия. Возникают головные боли	Улучшает качество слухового восприятия

6. Дифференциация детей с ОНР от детей с РДА

<i>Параметры для дифференциации</i>	<i>Дети с ОНР</i>	<i>Дети с РДА</i>
1. Контактность	Не расположены только к вербальным контактам	Не расположены как к вербальным, так и к невербальным контактам
2. Использовании мимики и жестов в процессе общения	Активно используют мимику и жесты, которые в определенный мере играют компенсаторную роль в условиях дефицита речевого общения	На всех этапах наития не обращаются к языку мимики и жестов. Отсутствует указательный жест
3. Зрительное внимание	В норме	Крайне избирательно и очень кратковременно, ребенок смотрит как бы мимо людей
4. Реакции на окружающее	Адекватны	Реакции непредсказуемы и непонятны, может не замечать отсутствия близких или чрезмерно болезненно реагировать на изменения окружающего
5. Игровая деятельность	Игра развивается, предпочитает в игре роли неречевого плана	Игра носит полевой характер, использует неигровые предметы, сюжетно-ролевая игра не развивается
6. Моторное поведение	Могут наблюдаться нарушения координации движений, недоразвитие мелкой моторики	Разнообразные нарушения: вращение кистей рук перед глазами, раскачивание туловища, ходит на цыпочках или вприпрыжку, моторная неловкость
7. Речевое развитие	Нарушение всех структур речи	Резкое ограничение речевого контакта, вплоть до полного мутизма, недоразвитие лексико-грамматической стороны речи, своеобразные фонетические расстройства и нарушения голоса, длительное называние себя в 2 и 3 лице и др.
8. Эмоциональное развитие	Характерны сверхценные страхи, свойственные нормально развивающимся детям, повышена тревожность в связи с осознанием своего речевого дефекта	Характерны как повышенный уровень сверхценных страхов, свойственных для нормы, так и страхи несвойственные норме – страхи гиперсенсорной чувствительности и бредоподобные страхи

## 7. Кто такой безречевой ребенок?

В последнее время специалисты все чаще сталкиваются с безречевыми детьми, т.е. с детьми, у которых отсутствует речь. Они имеют комплексное органическое нарушение, что значительно затрудняет логопедическую работу с ними.

Кого же можно назвать неговорящим, безречевым ребенком? Мы намеренно употребляем этот термин без кавычек. Тот уровень речи, который есть у этих детей — вокализации, звукоподражания и звукокомплексы, эмоциональные восклицания, даже отдельные нечетко произносимые обиходные слова, — не может служить для полноценного общения. Та «речь», которая есть у ребенка, не выступает «регулятором поведения», поскольку выработка условных связей на слова значительно затруднена.

Группа безречевых детей неоднородна. В нее входят дети с моторной и сенсорной алалией, различными задержками психоречевого развития, в том числе недифференцированными, ранним детским аутизмом, интеллектуальной недостаточностью, детским церебральным параличом, нарушением слуха. Что же является общим для этих детей? Отсутствие мотивации к общению, неумение ориентироваться в ситуации, разлаженность поведения, негибкость в контактах, повышенная эмоциональная истощаемость — все, что мешает полноценному взаимодействию ребенка с окружающим миром. При наличии общности проявлений основные симптомы различаются по качеству протекания и степени выраженности.

Родителям порой бывает трудно решить, насколько такой ребенок нуждается в особом внимании. Действительно, иной раз сложно определить сдерживающий фактор речевого развития дошкольника — либо это неумение или же просто нежелание использовать свои речевые возможности. Участие логопеда в данном случае необходимо для выяснения причины безмолвия ребенка и определения этапов квалифицированной помощи ему. Логопед поможет его родителям наметить прогноз, от которого зависит социальная адаптация неговорящего дошкольника\*

**Прогноз дальнейшего развития наиболее важен для родителей. Одними из наиболее часто задаваемых вопросов являются такие: «Заговорит ли мой ребенок? Сколько времени для этого потребуется? Достаточно ли заниматься с логопедом 2—3 раза в неделю? Сможет ли он в дальнейшем посещать школу?». На эти и другие вопросы можно ответить, только проведя комплексное обследование дошкольника и установив правильное речевое заключение.**

В этом случае важно не упустить ранний, сенситивный для развития компенсаторных возможностей возраст ребенка, что поможет сформировать у неговорящего малыша не только азы общения, но и развить психические функции, личность в целом, способствовать его интеграции в окружающий мир.

В настоящее время материал большинства пособий для работы с безречевыми детьми подобных изданий не отражает особенностей развития неговорящего ребенка. В некоторых из них недостаточно четко показана соотнесенность предлагаемых форм, методов, этапов коррекционного обучения с режимными моментами и спецификой общения с неговорящим дошкольником.

Как показывает наш опыт, многие родители неговорящих детей, неправильно ориентированы подобной литературой и слепо верят в «огромную пользу» различных новшеств и приемов. В своей работе мы постоянно сталкиваемся с тем, что введенные в заблуждение подобным образом папы и мамы заявляют нам: «Срочно нужен зондовый массаж», «Мы заставляем повторять слова, а он их не повторяет», «Он может говорить, но не хочет, предпочитает общаться с помощью жестов», «Мы постоянно делаем пальчиковую гимнастику, а речь не развивается» и т.д.

**Пальчиковая гимнастика**, безусловно, способствует развитию мелкой моторики, что важно для формирования письма и может использоваться как *вспомогательное средство*



в работе с безречевыми детьми. Однако развитие пальцев еще не стимулирует развитие языка, вербальную (устную) речь необходимо формировать в чистом виде.

Лечебная физкультура и логопедический массаж — часть комплексной коррекционно-развивающей работы, и, несомненно, нужны при определенных нарушениях речевого развития детей, но надо себе отдавать отчет: для этого необходимо иметь серьезную подготовку и знания в области анатомии и рефлексотерапии, — ведь любой массажный прием возбуждает сигналы в нервных окончаниях, которые передаются в ЦНС. **Зондовый массаж** с использованием специальных приспособлений часто проводится без учета нейрофизиологических особенностей безречевых детей и поэтому в равной степени он может принести как пользу, так и вред.

**Роль повторения** в нормальном онтогенезе незначительна, любой ребенок усваивает материал активно. Поэтому нужно создавать ситуации для развития речи, а не просто повторять заученный материал.

Очень часто не только от родителей, но и от логопедов можно услышать вопросы такого характера: с чего же начать работу по формированию речи, если с большим трудом удается организовать деятельность безречевого ребенка, если его внимание крайне неустойчиво, налицо эмоциональная лабильность\*? **Эмоциональная лабильность** — это неустойчивость настроения, его постоянные перемены (по нескольку раз в день) под влиянием самых незначительных событий.

Не только формирование собственно речи, но и правильное эмоциональное развитие безречевого ребенка, воспитание желания и потребности общаться с педагогами, родителями и сверстниками должно стать основой наших занятий.

Поэтому вначале рекомендуется понаблюдать за ребенком в игровой и бытовой деятельности. У неговорящего ребенка необходимо уточнить состояние слуха. Это нужно для отграничения детей с сенсорной алалией от детей со сниженным слухом и преимущественным нарушением восприятия. Далее следует выявить степень владения практическими навыками: самообслуживание, бытовые действия, предметно-практическая деятельность. Успех работы будет зависеть от ответа на такие вопросы: как ребенок вступает в контакт, есть ли у него негативные реакции общего и речевого характера, может ли он развернуть игру, включиться в подражание игровым действиям и продолжить их.

Очень значимо для безречевого ребенка развитие личностных качеств — доброты, терпения, внимания, усидчивости, умения подчиняться требованиям взрослых.

Уважаемые коллеги, запомните: родители не должны доделывать или дублировать нашу работу. Их основная задача: создание необходимого эмоционального фона, формирование навыков общения, закрепление полученных умений в течение всего дня. Неговорящий ребенок должен вовлекаться в общение не только на специально организованных занятиях, но и в режимных моментах, на прогулке, в игре, чтобы полученные умения не были «пассивным багажом», а обеспечивали основу, на которой можно успешно строить дальнейшее обучение.

## **8. Дифференциальная диагностика безречевых детей**

При определении содержания и направлений обследования важно учитывать данные о полиморфной группе безречевых детей и о работе с ними (Б.М. Гриншпун, Р.Е. Левина, О.Н. Усанова, Э. Хейссерман, М.Е. Хватцев, С.Н. Шаховская и др.). Для изучения неречевых психических функций, целесообразно учитывать нейропсихологические исследования взрослых и детей с тяжелыми нарушениями речи (Т.В. Ахутина, Т.Г. Визель, А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова). Анализ речевого дефекта и прогнозирование его последствий необходимо реализовывать с позиций зоны ближайшего развития (по Л.С. Выготскому).

Дифференциальная диагностика безречевых детей, особенно в дошкольном возрасте, представляет значительные трудности, что обусловлено сходством внешних проявлений и вероятной общностью других патогенетических механизмов. Даже опытные логопеды, обследуя безречевого ребенка, не всегда могут с точностью назвать речевое заключение. Действительно, иной раз бывает трудно выделить первичное нарушение и вторичные проявления. Для этого, как правило, требуется дополнительное динамическое изучение. Наибольшие трудности представляет дифференциальная диагностика сенсорной алалии и интеллектуальной недостаточности; моторной алалии, разнообразных задержек речевого развития и интеллектуальной недостаточности; анартрии и интеллектуальной недостаточности при ДЦП; сенсорной алалии, интеллектуальной недостаточности и аутизма.

Как показывает практика, в последнее время участились ситуации, когда у ребенка отмечается сочетанное расстройство, например, незначительное снижение слуха, задержка психоречевого развития и нарушение центральных слуховых процессов; ДЦП и вторичная аутизация при нем, дизартрия и моторная алалия и др.

Дифференциальную диагностику безречевых детей затрудняет наличие неврологической симптоматики — минимальной мозговой дисфункции, синдромов гипо- и гипервозбудимости, гипертензионно-гидроцефального и церебрастенического синдромов.\*

\***Гиповозбудимость** может быть выражена в различной степени и проявляться либо эпизодически, либо стойко. Эпизодическое возникновение синдрома характерно для соматической (не неврологической) патологии, например, дисфункции желудочно-кишечного тракта, сопровождающиеся гипотрофией (это хроническое расстройство питания, патология, при которой вес ребенка не соответствует росту и возрасту. Дефицит массы тела сопровождается нарушением работы всего организма, поэтому его нужно корректировать.).

\***Синдром гипервозбудимости у детей** – симптомокомплекс у детей раннего возраста, характеризующийся различными соматовегетативными расстройствами и повышенной нервно-рефлекторной возбудимостью. Синдром гипервозбудимости у детей проявляется двигательным беспокойством, тремором подбородка и конечностей, беспричинным плачем, нарушением сна, повышенным мышечным тонусом, частыми и обильными срыгиваниями и т. д. раскрытие швов черепа; активный прирост окружности головы (каждый месяц на 1 сантиметр); отек зрительных дисков.

\***Признаки гидроцефального синдрома у новорожденных:**

мама замечает, что малыш плохо берет грудь, а также часто плачет без видимых для этого причин; снижение мышечного тонуса; очень плохо и слабо выражены врожденные рефлексы (хватание и глотание); появление судорог и тремора (дрожания); время от времени малыш срыгивает фонтаном; у ребенка наблюдается косоглазие; врач во время осмотра обнаруживает у малыша синдром Грефе (Научно-медицинское название болезни – гидроцефальный синдром (ГГС). Оно связано с излишним скоплением спинномозговой жидкости в желудочке головного мозга или под его оболочками. Заболевание сопровождается высоким внутричерепным давлением, головной болью, снижением слуха и зрения.) и симптомом восходящего солнца (Синдром заходящего солнца, также называемый синдромом Грефе, получил свое название в честь немецкого офтальмолога, исследовавшего его еще в XIX веке. Грефе описал клиническую картину заболевания: у больного наблюдался паралич мышц глаз, к которому приводила дегенерация нервных клеток, зрачки были расширены, подвижность взгляда – ограничена, голова – запрокинута в неестественном положении. Сегодня известно, что такое состояние свидетельствует о гидроцефальном синдроме – скопления спинномозговой жидкости в мозгу ребенка, а также повышении внутричерепного давления.. В лечебных учреждениях младенцам чаще всего ставят не синдром, а симптом Грефе. Такой диагноз получают дети, верхнее веко которых отслаивается от радужной оболочки глаза, что хорошо заметно при движении глаз вниз. В это время между радужкой и веком отчетливо видна белая полоска склеры.)

У детей постарше симптомы гипертензионно-гидроцефального синдрома проявляются после травмы головного мозга или перенесенной инфекции. Наиболее характерными признаками патологии считаются сильная головная боль, а также рвота и тошнота, которые за ней следуют. Боль имеет ноющий, тупой или распирающий характер и локализуется в зоне лба, висков и надбровных дуг. Пациенты при этом жалуются, что им сложно поднимать глаза и опускать голову.

У детей также часто случаются сильные головокружения. Во время приступа у пациента наблюдается бледность кожных покровов, вялость и слабость. Малышей раздражают громкие звуки и яркий свет. Из-за повышенного тонуса мышц больные нередко начинают ходить на цыпочках. У малышей также наблюдается сонливость, косоглазие, ухудшение памяти и внимательности.

При всем разнообразии неврологической симптоматики для безречевых детей характерно снижение психической активности, внимания, памяти, отмечается недостаточность целенаправленной деятельности. Кроме того, симптомы поражения нервной системы могут иметь регрессирующий характер (при котором постепенно вся симптоматика исчезает.) Так, отмечаются периодические кризы, проявляемые в приступах плача, рвотном рефлексе, беспокойном поведении, аффективно-респираторных приступах. Даже при легком и доброкачественном течении заболевания без очаговых неврологических симптомов общий потенциал ребенка снижен.

Поэтому специалистам важно не только провести дифференциальную диагностику, но и наметить прогноз, от которого зависит социальная адаптация ребенка.

При психолого-педагогическом обследовании безречевых детей необходимо следовать принципам, выявляющим возможные причины, механизм и симптоматику расстройств. Это поможет постановке правильного речевого диагноза.

Обследование безречевых детей нужно строить как совокупность взаимосвязанных приемов, заданий, использование которых позволит выявлять их индивидуальные особенности.

Диагностику безречевых детей следует проводить с учетом следующих принципов:

- ◆ комплексного подхода (дает возможность прогнозирования коммуникативного и речевого, вербального развития);
- ◆ системного структурно-динамического изучения психического развития (позволяет повысить эффективность психолого-педагогического изучения в целом);
- ◆ качественного анализа структуры дефекта (предоставляет материал для оценки деятельности);
- ◆ целостного анализа психического развития ребенка (позволяет вскрыть соотношения между первичным и вторичным дефектом и др).

Процесс диагностирования должен быть организован таким образом, чтобы каждый безречевой ребенок мог реагировать на том уровне и такими средствами, которые ему доступны. Формы общения между специалистом, проводящим обследование, и самим ребенком должны предполагать учет его минимальной реакции (улыбка, жест, знак отрицания, фиксация взгляда на предмете и т.д.).

При ознакомлении с медико-педагогической документацией и в беседах с родителями малыша специалистов должны интересовать следующие вопросы: каковы индивидуально-типологические особенности ребенка; когда у него появилась реакция на близких и чужих лиц; насколько он проявляет инициативу и стремится к общению; какие у него отмечаются особенности поведения; какие именно ситуации влияют на изменение последнего. К данным анамнеза, на наш взгляд, надо относиться в определенной мере скептически, так как большинство родителей не всегда могут адекватно ответить на вопросы о раннем моторном развитии собственных детей, дать информацию о времени появления комплекса оживления, гуления и лепета, об эмоциональных аспектах коммуникации и невербальных средствах общения. Так, мамы и папы или занижают, или (чаще) завышают возможности

самого ребенка, доказывая специалисту: «Раньше он говорил, а потом упал (испугался, тяжело переболел) и перестал говорить».

Инструкторам ЛФК и массажистам необходимо задать вопросы о моторном развитии ребенка, характере его реакций на определенные раздражители, специфике манипулятивной деятельности рук и качестве походки. Особенности физического развития и состояния здоровья устанавливаются во время бесед с врачом-педиатром; наличие патологических отклонений, состояние психического здоровья ребенка, характеристика умственного развития — во время бесед с врачом-психиатром; особенности двигательного статуса — в беседах с врачом-ортопедом. Учитываются данные о состоянии уха, горла и носа, органов артикуляции, данные аудиограммы, сведения о состоянии зрения и др. Эти материалы помогут вам сформулировать исходные предпосылки для диагностики психических функций. По результатам изучения на каждого ребенка желательно составить индивидуальные профили, отражающие состояние его:

- зрительных и двигательных функций, слухового и тактильного восприятия;
- эмоционально-волевой и социальной сфер;
- интеллектуальных операций;
- невербальных компонентов коммуникации.

При обследовании нужно обращать внимание на мимику и эмоциональные проявления, выраженность социальных эмоций (обращение за помощью, реакцию на оценку или чувствительность к оценке взрослого) и их адекватность; отмечать особенности общения с окружающими (персоналом ДОУ, сверстниками) и особенности адаптации к условиям учреждения. Необходимо учитывать, может ли ребенок самостоятельно кусать, жевать, глотать, пить из чашки. Наблюдение за реакциями на определенные раздражители дает информацию о состоянии сенсорного аппарата дошкольника.

В организованной взрослыми деятельности надо фиксировать возможность вовлечения ребенка в индивидуальную и совместную со взрослым игровую или другую деятельность (бытовую, познавательную и т.д.), наличие интереса к предложенным играм и занятиям, проявление инициативы со стороны самого ребенка, его способность к сотрудничеству, эмоциональную реакцию на оценку его достижений, наблюдения за изменениями его деятельности после сделанного ему замечания, наличие звукоподражательных реакций, модулированного лепета, сопровождающего игру. Кроме этого, нужно отметить доступный ребенку уровень игрового взаимодействия: проявление интереса к игрушкам, их выбор, адекватность использования, владение знаково-символическими функциями и обратить внимание на поведение дошкольника в игре, его эмоциональную экспрессию и эмпатию.

Предлагая задания для обследования, нужно помнить, что они должны быть эмоционально окрашены и спланированы таким образом, что реакция на них может выразиться минимально. В арсенале специалиста, проводящего обследование, должен быть не только дидактический материал, но и различные аксессуары (бусы, шляпки, браслеты, перчатки, кольца). Театральные куклы бибабо, светящиеся игрушки, фонарик, елочная мишура, брызгалки, веер — все эти предметы помогут заинтересовать ребенка и наладить с ним контакт. Вместо муляжей лучше использовать настоящие фрукты, цветы, посуду и т.д. Необходимо применять различную стимуляцию, положительное подкрепление деятельности ребенка. Именно в атмосфере эмоционального комфорта в большей степени могут выявиться потенциальные возможности безречевых детей.

Специалистам также необходимо обратить внимание на то, как ребенок вступает в контакт, есть ли у него негативные реакции общего и речевого характера. У детей, плохо вступающих в контакт, проявляющих негативизм, нужно уточнить характер игровой деятельности: может ли дошкольник развернуть игру, включиться в подражание игровым действиям и самостоятельно продолжить их. Если выявить возможности ребенка путем направленного обследования недоступно, общение с ним нужно организовать в процессе

игры на том материале, который эмоционально для него значим («Посмотри на мое колечко, часики», «Давай-ка посмотрим, что у меня в сумке» и т.д.). Наблюдение за детьми в разнообразной деятельности — игре, режимных моментах, прогулке, общении с родителями — также может предоставить обширный материал для диагностики.

Главная задача специалиста, проводящего обследование безречевого ребенка, — правильное определение первичного нарушения, т.е. избежание диагностических ошибок. От правильного диагноза зависят прогноз и перспективы речевого и коммуникативного развития дошкольника.

При *диагностике моторной алалии* могут возникнуть трудности разграничения с интеллектуальной недостаточностью. У детей с моторной алалией отмечается поиск правильной артикуляции, неумение выполнить комплекс последовательных движений. Парезы артикуляционной мускулатуры отсутствуют. Тональный слух удовлетворительный. Импрессивный словарь и понимание ситуации достаточные, но отмечаются трудности в понимании грамматических форм и развернутого текста. Характерным признаком является несформированность ритмической структуры. При пониженной моторной активности, недостаточной ритмичности, нарушении динамического и статического равновесия широко используются паралингвистические средства: жест, мимика, пантомима. У многих детей отмечается левшество или амбидекстрия. Как реакция на речевую недостаточность у таких дошкольников, как правило, отмечаются негативизм, повышенная раздражительность, обидчивость. Наиболее информативными в данных случаях будут трудности плавного переключения от одной артикуляции к другой и невозможность воспроизведения предложенного ритмического рисунка отхлопыванием - при хорошем понимании обращенной речи. При совместном обследовании с врачом-психоневрологом речевое нарушение в данных случаях диагностируется как *моторная алалия*. Наглядно это проиллюстрирует выписка из истории болезни Егора Б., 4 года 3 мес.

*Мальчик на обследование пошел спокойно, интерес к предлагаемому материалу носит формальный характер. Отмечается неврологическая симптоматика — сходящееся косоглазие, асимметрия лицевой мускулатуры. Характерны общая моторная неловкость, неуклюжесть. Чаще пользуется левой рукой. Строение артикуляционного аппарата без патологии. Испытывает трудности при выполнении заданий на удержание артикуляционной позы, выполнении последовательных действий с переключением.*

*Объем памяти и внимания недостаточный. Понимание обращенной речи удовлетворительное. Отмечаются затруднения в оперировании языковыми единицами, имеющимися в пассивном запасе. Спонтанная речь — отдельные слова-междометия, эмоциональные возгласы, аморфные образования, понятные в конкретной ситуации. Одним и тем же лепетным словом или звукосочетанием обозначает несколько понятий (на вопрос: «Как говорит кошка, собака, курица, корова?» отвечает: «Аф»). При отраженном проговаривании воспроизводит приблизительный контур слова — «ка» — собака, «ти» — санки, «ейя» — домик. Нарушения звукослоговой структуры отмечаются даже на уровне звукоподражаний (мячик «оп-оп» — «по», дождик «кап-кап» — «пак-пак»). Преобладают разнотипные нарушения произношения. Понимает и использует эмоциональные, изобразительные и символические жесты и мимику.*

*Заключение: моторная алалия.*

Если у ребенка нарушено понимание обращенной к нему речи, нередко возникает вопрос о **дифференциации сенсорной алалии с интеллектуальной недостаточностью, аутизмом или тугоухостью**. При сенсорной алалии дети слышат, но не понимают обращенную к ним речь, отмечается несформированность акустико-гностических процессов, снижение способности к восприятию речевых звуков, нарушение произвольного слухового внимания. У детей избирательно затруднено образование условных связей на звуковые раздражители достаточной громкости. Непостоянство слуховой функции зависит от

повышенной возбудимости или заторможенности, соматического состояния и обстановки, в которой проводится обследование. Дети проявляют беспокойство, повышенную чувствительность к звукам, безразличным для окружающих: шум сминаемой бумаги, скрип, шуршание. Импрессивный словарь неустойчив, узнавание предметов — избирательно, при изменении форм и порядка слов затруднено понимание грамматических конструкций. Отмечаются трудности включения и переключения внимания. Для общения часто используются мимика и жесты, игровые действия могут сопровождаться модулированным лепетом. Критичность таких детей снижена, поведение — хаотичное, действия — импульсивные. Наиболее информативно то, что такой ребенок слышит, но не понимает обращенной к нему речи, отмечается эхолалия. Речевое нарушение в данных случаях диагностируется как *сенсорная алалия*. Типичным примером может служить выписка из истории болезни Оли Ц., 4 года 5 мес.

*Девочка суетлива, неусидчива, расторможена, контакт носит формальный характер. Внимание неустойчивое. К целенаправленной деятельности привлекается с трудом на непродолжительное время. Характерны импульсивность, хаотичность в деятельности. Простые инструкции выполняет после неоднократного повторения. Отмечается неврологическая симптоматика — череп со скошенным затылком, на висках выражена венозная сеточка, сходящееся косоглазие, конвергенция ослаблена, левая носогубная складка сглажена, твердое нёбо высокое. Артикуляционные уклады не повторяет, дыхание короткое, поверхностное, целенаправленная воздушная струя оформлена недостаточно. Голос нормальный. Отмечается нарушение произвольного слухового внимания — быстро истощается. Испытывает трудности в определении направленности звукового сигнала. Обостренно воспринимает посторонние шумы, шуршание, скрип. Импрессивный словарь неустойчив, узнавание предметов избирательно, в определенных условиях. Лучше понимает мать. К музыке относится избирательно, адекватно реагирует на изменение интонации, не понимая при этом смысла. Наблюдается эхолалия. Эхолалически произнесенное не осмысливается и не закрепляется. Отраженное проговаривание характеризуется приблизительностью: самолет — «алетялясам», молоток — «мяте», лампа — «ляп», кукла — «тюк». Понимание фраз ситуационно. Пользуется жестами и мимикой.*

*Заключение: сенсорная алалия.*

При *диагностике анартрии* на фоне ДЦП могут возникнуть трудности разграничения с интеллектуальной недостаточностью и моторной алалией. У детей с анартрией произвольная речь отсутствует, отмечаются выраженные координационные расстройства. Повышение мышечного тонуса ограничивает движения артикуляционного аппарата. Дети не могут по подражанию воспроизвести артикуляционные уклады, отмечается гиперсаливация. Выявляются рефлексы орального автоматизма в виде сосательного, хоботкового, поискового рефлексов. Детям трудно жевать, кусать твердую пищу, глотать, пить из чашки, некоторые поперхиваются при еде. У всех детей отмечается паралич (парез) верхних и нижних конечностей и речедвигательных мышц. Наряду с нарушениями общей и мелкой моторики, рассогласованностью работы мышц отмечаются нарушения дыхания: судорожные вдохи, укороченный активный выдох, слабая воздушная струя. Понимание обращенной к ним речи в рамках бытовой ситуации. Стереогноз недостаточный. В процессе целенаправленной деятельности дети быстро утомляются, становятся вялыми. Несмотря на то что дошкольники реагируют на тон и интонацию, выполнение целенаправленных действий невозможно. Для таких детей характерны оптико-пространственные нарушения. При утомлении двигательное беспокойство усиливается. Наиболее информативны для диагностики параличи мышц языка, нарушения их мышечного тонуса, неподвижность мягкого нёба (нёбно-глоточных и нёбно-язычных мышц). Речевое нарушение в данных случаях диагностируется как *анартрия*. Типичным примером может служить выписка из истории болезни Ирины А., 4 года 7 мес.

*Девочка лишена возможности передвижения — ДЦП, двойная гемиплегия. Контактна, адекватно реагирует на ситуацию. Резко повышен мышечный тонус в общей и речевой мускулатуре. При попытках активных движений тонус нарастает. Самостоятельно не может кусать, давится твердой пищей. При попытке любой целенаправленной деятельности усиливается саливация. Двигательные нарушения ограничивают предметно-практическую деятельность, манипуляцию с предметами, их восприятие на ощупь. Неврологически: множественные стигмы (высокое твердое нёбо, деформированные ушные раковины, асимметрия лицевой мускулатуры). Носогубные складки сглажены. Строение артикуляционного аппарата: паралич языка, мягкого нёба, гортани. Рот полуоткрыт. Имеются отдельные голосовые реакции, представленные гласными звуками [а], [э], [о]. Вдох судорожный, поверхностный, активный выдох укорочен, отмечается рассогласованность в работе мышц, что приводит к усилению носовой эмиссии воздуха.*

*Заключение: анартрия.*

В случаях несформированности рефлексов на звуковые стимулы представляет трудности дифференциальная диагностика тугоухости, сенсорной алалии, аутизма и выраженной интеллектуальной недостаточности. В подобных случаях неоценимую помощь оказывают аудиометрические данные. Ребенок с аутизмом часто реагирует на тихий голос, успокаивается при звучании знакомой музыки, избегает зрительного контакта, не смотрит на мимику и губы говорящего. Дошкольник с интеллектуальной недостаточностью нечетко различает речь окружающих из-за ограниченности дифференцировочных условных связей речеслухового анализатора. У детей с сенсорной алалией отмечается гиперacusия (болезненная чувствительность к звукам, безразличным для окружающих. Шорохи, шум воды, тиканье часов могут вызывать у ребёнка дискомфортные ощущения.). В отличие от них у ребят с тугоухостью увеличение громкости обращенной к ним речи улучшает ее понимание. У дошкольников с тугоухостью отмечаются особенности поведения в виде повышенной психической истощаемости, эмоциональной возбудимости, двигательной расторможенности. Функция активного внимания снижена, импрессивный словарь недостаточный. Отмечается активное использование невербальных средств коммуникации. Мимика и пластика при реакции на впечатление меняются, отмечается реакция на выраженные аффективные состояния. Хорошая реакция отмечается на знаковые стимулы. Наиболее информативно то, что такие дети пытаются всматриваться в лицо говорящего. Объективное исследование затруднено, но отмечено, что развитие психики протекает с отклонениями от нормы, а все компоненты языковой системы нарушены. Дошкольники с подобными симптомами обязательно должны быть обследованы отоларингологом и сурдологом. Речевое нарушение в данных случаях диагностируется как *отсутствие речи при нарушении слуха*. В качестве иллюстрации приведем выписку из истории болезни Игоря М., 4 года 3 мес.

*Мальчик на обследование пошел с желанием, проявил интерес к обстановке кабинета, игрушкам (конструктору, мозаике, доске Сегена (рамки-вкладыши)). Контакт кратковременный, формальный. Двигательно беспокоен, суетлив, истощаем. Внимание неустойчивое. Необходима организация слухового восприятия. Понимает простые расчлененные инструкции, произносимые громким голосом. От совместной деятельности отказывается, ломает образцы взрослого, конструирует самостоятельно. «Считывая» с лица инструкцию при выборе предметных картинок, путает слова, близкие по артикуляции. Отмечаются трудности различения неречевых звуков (погремушка и дудочка, игрушка-пищалка и бубен). Строение артикуляционного аппарата без грубой патологии. Лицо амимично, прикус нормальный. Отмечается неврологическая симптоматика: на висках расширена венозная сеть, имеются дизгенетические признаки (высокое твердое нёбо, косолапость). Отказывается от выполнения артикуляционных упражнений в игровой форме, осуществляет произвольные движения языка. В экспрессивном запасе имеются аморфные звукокомплексы.*

*Воспроизводит приблизительный контур слова при назывании знакомых предметов, иногда пользуется звукоподражаниями. При отраженном проговаривании гласные звуки искажены. Активно использует мимику, указательные и эмоциональные жесты.*

*Заключение: отсутствие речи при нарушении слуха.*

При недостаточно точном и четком восприятии обращенной к нему речи, недифференцированной общей и речевой моторике, неточном зрительном и кинестетическом контроле важно определить первопричину недуга: речь отсутствует, так как у ребенка снижен интеллект, или же интеллект снижен из-за наличия у него больших речевых проблем, т.е. возникает необходимость **дифференцировать алалии и интеллектуальную недостаточность**. Мотивация и потребность в коммуникативном общении у детей с интеллектуальной недостаточностью снижены, в деловое сотрудничество со взрослым они практически не вступают. Характерные поведенческие реакции: повышенная отвлекаемость, неспособность к психическому напряжению, быстрая истощаемость. Эмоциональное реагирование у большинства детей снижено, этическая дистанция «ребенок — взрослый» отсутствует. Ошибочный диагноз таких дошкольников «ранний детский аутизм» часто обусловлен их неадекватным взаимодействием с окружающими. Но нарушения контактов со средой при интеллектуальной недостаточности будут выражены в меньшей степени, чем при аутизме, страхи таких детей более адекватны. Характерны дезинтегрированные психические проявления с преобладанием простейших аффективных моторно-двигательных реакций. Некоторые дети реагируют на жест и интонацию, их действия в ряде случаев носят подражательный характер. Отмечается недостаточность слухового восприятия. Наиболее информативны для диагностики медленная выработка новых связей во всех анализаторах, наличие стигм дизэмбриогенеза. (Стигмы – очень небольшие пороки развития, которые появляются в результате неблагоприятного воздействия вредных факторов на плод.). Отсутствие речи может компенсироваться нечленораздельными звуками. Речевое нарушение в данных случаях диагностируется как **отсутствие речи при интеллектуальной недостаточности**. Примером может служить выписка из истории болезни Оли В., 4 года 8 мес.

*Девочка на обследование пошла с желанием, интерес к предлагаемому материалу носит формальный характер. Внимание неустойчивое и нецеленаправленное, отвлекается на любые раздражители и побочные ассоциации, работоспособность снижена. Мышление конкретное, тугоподвижное. Некритична. Понимание речи в рамках бытовой ситуации. На предметную соотнесенность слова оказывают влияние ситуация и мимика говорящего. Отмечается низкий уровень стереотипности реакций на слова-стимулы. Затрудняется в актуализации (в импрессивной речи) даже частотных слов. Сенсомоторные эталоны не сформированы. Действия с дидактическим материалом (доска Сегена, пирамидка) — силовые пробы с элементами практического примеривания. Оперирует штампами, основанными на подражании. Отмечается неврологическая симптоматика: низко расположенные ушные раковины, череп гидроцефальной формы, дисплазии телосложения (нарушение строения тканей организма, с упрощением их структуры, деформацией клеток и их составных частей), сходящееся косоглазие, гипергидроз. Строение артикуляционного аппарата: передние зубы крупные, остальные — мелкие, кариозные, открытый боковой прикус. Лицо с множественными стигмами, гипомимично, моторика малодифференцирована. Есть отдельные звуки и слоги — [а], «па», «ма», «би-би». Мимику и жесты практически не использует.*

*Заключение: отсутствие речи при интеллектуальной недостаточности.*

У детей с аутизмом ошибочный диагноз «интеллектуальная недостаточность» обусловлен, как правило, нарушениями адекватного взаимодействия с окружающими. Такие дети проявляют полную отрешенность от происходящего, в моторных действиях отсутствует целенаправленность. Они не пользуются центральным зрением, ничего не рассматривают специально, а у ребенка с интеллектуальной недостаточностью имеется визуальный



контакт, а также достаточно выражены витальные (жизненные) потребности. Отсутствие игры и навыков самообслуживания может имитировать выраженную интеллектуальную недостаточность. В отличие от детей с моторной алалией дети с аутизмом не используют мимику, жесты, изобразительные движения. Понимание обращенной речи ситуативно, отсутствуют фиксированные формы даже примитивных моторных стереотипий. Мимика напряжена, лицо часто искажено гримасой страха. В непроизвольной деятельности отмечается пластичность движений. Отмечена тенденция к замещению реального мира аутостимуляторными образованиями, часто отсутствует даже примитивная игра. Для диагностики характерен пассивный дрейф от одного объекта к другому без фиксации взгляда на чем-либо. Могут отмечаться моменты самоагрессии в любых контактах, неприемлемых для таких детей. Наиболее информативны в данных случаях аффективное выделение сигнальных впечатлений и ответ на них стереотипной поведенческой реакцией защиты или удовлетворения потребности. Нарушение в данных случаях диагностируется как *аутизм*. Типичным примером может служить выписка из истории болезни Коля Т., 4 года 1 мес.

*Мальчик избирателен в контактах. Характерно пассивное уклонение, тотальная защита от предлагаемого общения. Активные формы аутостимуляции не развиты, нет фиксированных форм даже примитивных моторных стереотипии. Может длительное время сидеть на одном месте, чаще у окна, и смотреть на улицу. Организовать деятельность — поймать взгляд, получить отклик на зов — практически невозможно. При попытке добиться внимания возникает самоагрессия. При нарушении внутреннего порядка, расписания возникает «букет» эмоций. Центральным зрением почти не пользуется, целенаправленно ничего не рассматривает. На обращение не реагирует, речью не пользуется. Жесты, мимику, изобразительные движения не использует. В редких эхолалиях отмечается удовлетворительное копирование интонации: «Приз или деньги? Приз!», повышение голоса. Неврологически: без очаговой симптоматики. Строение артикуляционного аппарата без патологии. Лицо амимично, с выражением глубокого покоя.*

*Заключение: ранний детский аутизм (РДА).*

Наибольшие сложности для диагностики представляют случаи *сочетанных, комбинированных дефектов*. Мотивация общения в этих случаях часто не сформирована, активные компоненты деятельности нарушены. Состояние слуха может быть различным, отмечаются особенности гнозиса (способность познавать, узнавать предметы, явления, их смысл и символическое значение по чувственным восприятиям), праксиса (способность к выполнению целенаправленных сложных действий); латерализация (функциональное преобладание одной стороны тела над другой) и артикуляционная моторика оформлены недостаточно. Способность использовать помощь снижена, приспособляемость в обыденно-практической ситуации часто недостаточная. Для отграничения этих детей от детей с аутизмом необходимо обращать внимание на наличие невербальных компонентов коммуникации: жестовую речь, адекватную мимику, взгляд в лицо взрослого. Многие может сказать и общий облик ребенка: наличие дисплазии головы и туловища, стигм дизэмбриогенеза, витальных потребностей (присущие человеку как представителю биологического вида. Это потребность в пище, воде, сне, продолжении рода, в защите от внешних опасностей и т.п. Сюда же относится и важнейшая потребность в экономии сил, побуждающая затрачивать на достижение цели минимум усилий) и привязанности к матери. Диагностика в случаях, сходных с сенсорной алалией, проводится с использованием звуков, адекватных порогам слуха дошкольника. Информативны в данных случаях патологии речевых кинестезий (восприятие движений органов речи как при внешней речевой активности, так и при скрытом проговаривании слов. Заключается в афферентных импульсах от периферических органов речи (губ, языка и гортани) в кору головного мозга и в повышении тонуса речевой мускулатуры), повышенная саливация, нарушенное глотание и жевание, низкая скорость выработки условно-рефлекторной

реакции на неречевые и речевые звуки. Эти признаки позволяют квалифицировать сочетанные формы речевой патологии как *анартрию у ребенка с интеллектуальной недостаточностью, анартрию у слабослышащего ребенка, снижение слуха у ребенка с интеллектуальной недостаточностью, моторную алалию у ребенка с дизартрией* и др. Точно определить этиологию речевого нарушения без динамического наблюдения за обучаемостью дошкольника, особенностями его поведения в игровой и бытовой деятельности не всегда представляется возможным. Совместный анализ данного состояния с врачом и дальнейшие наблюдения помогают уточнить речевой диагноз и тактику медико-психолого-педагогической коррекции с учетом вторичных и третичных отклонений.

Приведем наиболее типичные примеры из историй болезни.

Лера Н., 4 года 3 мес.

*В контакт не вступает. Внимание не привлекается ни на речевое обращение, ни к игрушкам. Интерес к окружающему не проявляет. Выраженная незрелость всех психических функций, повышенная нервно-рефлекторная возбудимость. Взгляд фиксируется на непродолжительное время. На собственное имя не реагирует. Жевания нет, глотание затруднено. Отвлеченно улыбается. Деятельность по существу отсутствует. Неврологически: отмечаются множественные стигмы дизэмбриогенеза (готическое твердое нёбо, деформированный череп). Самостоятельно не сидит, не переворачивается, не ползает. Язык в полости рта спастичный, кончик раздвоен, движения крайне ограничены. Открытый боковой прикус.*

*Заключение: анартрия у ребенка с интеллектуальной недостаточностью.*

Миша Р., 4 года 3 мес.

*На обследование пошел с желанием. Эмоционален, устанавливает зрительный и тактильный контакты, положительно на них реагирует. Отмечаются двигательные стереотипии, затруднения в имитации движений взрослого. Сенсорно-перцептивная деятельность недостаточная. Сильный захват рук, амбидекстрия. Понимание обращенной речи в рамках бытовой ситуации. Есть отдельные звукоподражания — «аф», «му», «би», «ту». Имеется возможность отраженного повторения изолированных звуков. Проговаривает аморфные звуковые образования, которые понятны только в конкретной ситуации. Одним и тем же лепетным словом обозначает несколько понятий. Строение артикуляционного аппарата без грубой патологии. Язык тонкий, распластаный в полости рта. Губы вялые, рот полуоткрыт, гиперсаливация, усиливающаяся при выполнении заданий, требующих моторных усилий. Оральный праксис нарушен. Отмечается поиск позы, проявляющийся в беспорядочных движениях языка и губ. Дыхание поверхностное, воздушная струя оформлена недостаточно. Голос назализованный, хриплый. Использует мимико-жестикую форму общения.*

*Заключение: моторная алалия, псевдобульбарная дизартрия.*

Интерпретация диагностических данных осуществляется путем количественно-качественной оценки. Адекватность трактовки зависит от верной фиксации исходных данных и раскрытия системы взаимосвязей. В этом специалисту помогут профили-графики. Окончательное заключение о состоянии речи дошкольника ставится только после тщательного изучения и сопоставления совокупности результатов обследования.

Судьбу ребенка решает не дефект, а социальные его последствия. Поэтому работа специалиста, проводящего диагностику, должна быть ориентирована на выявление не столько слабых сторон нарушенной функции, сколько сохранных возможностей.

Логопедическое обследование безречевых детей должно носить комплексный характер. Условно его можно разделить на три части.

**1 часть — изучается понимание речи, обследуются состояние импрессивной речи, слуховое внимание и фонематическое восприятие.**

*Цели:*

- выявить особенности фонематического восприятия речи и понимания смыслового содержания звукового потока — семантический и эмоциональный смысл;
- уточнить наличие готовности ребенка к общению, тенденции к совершенствованию языковой системы.

**Задания**

♦ Выявление объема и точности словаря.

*Задание 1.* Предложите ребенку показать игрушки, например: «Покажи куклу (матрешку, пирамидку, мишку)». Затем видоизмените задание: «Возьми куклу (матрешку...)». Предложите подать поочередно игрушки: «Дай мне куклу (матрешку...)». Если ребенок справляется с заданием, предложите ему узнать знакомые предметы на картинке (шкаф, мяч, чашка).

*Задание 2.* Предложите показать обиходные предметы: стол, стул, кровать, чашку, ложку, тарелку, рубашку, платье, носки.

*Задание 3.* Выяснение знаний слов обобщающего характера. В комнате сгруппируйте предметы по темам: одежда, обувь, посуда, фрукты, овощи, игрушки. Предложите ребенку найти те или иные предметы: «Найди посуду (игрушки, одежду и др.).»

*Задание 4.* Знание частей тела (рука, нога, голова) и частей туловища игрушечных животных (лапа, голова, хвост). Предложите ребенку: «Покажи свою руку», «Где лапка у зайчика?»

*Задание 5.* Соотнесение предметов с их назначением. Положите перед ребенком знакомые предметы: яблоко, мяч, зубную щетку. Задайте вопросы: «Чем ты играешь? Чем чистишь зубы? Что ты ешь?» Затем замените предметы на предметные картинки и повторите вопросы.

*Задание 6.* Выяснение объема глагольной лексики.

Разложите перед ребенком сюжетные картинки, на которых одно и то же лицо (девочка или мальчик) совершают различные действия. Предоставьте ребенку возможность рассмотреть картинки, а затем показать нужную в ответ на вопрос: «Покажи, где девочка идет (стоит, бежит, ест, спит, играет, умывается)».

Задайте вопросы к названиям изображенных на картинке действий, выраженных возвратными глаголами: «Покажи, кто умывается (стоит, бежит)».

Положите перед ребенком две картинки с изображенными действиями в сходной ситуации. Предложите ему показать нужную в ответ на вопросы: «Покажи, кто умывается? Кто вытирается?» (ест/пьет, бежит/идет и др.)

*Задание 7.* Понимание названий признаков предметов.

Предложите ребенку сравнить предметы в комнате и показать их, ответив на вопросы: «Где большой стол? Где маленький? (толстая/тонкая палка, длинная/короткая лента, высокий/низкий дом)»; «Какой кубик больше? Какой меньше? (карандаш длиннее/короче, пирамидка выше/ниже)»; «Где красный (желтый, синий) мячик?».

♦ Выявление дифференциации элементарных грамматических форм.

*Задание 1.* Понимание форм единственного и множественного числа имени существительного: «Где кукла? Где куклы? (пирамидка/пирамидки, машина/машины, книга/книги)».

*Задание 2.* Понимание предлогов, отражающих пространственные взаимоотношения: «Положи игрушку в коробку (за коробку, под коробку, перед коробкой)».

*Задание 3.* Понимание уменьшительно-ласкательных суффиксов: «Покажи, где стол? Где столик? (книга / книжечка, кукла/куколка, коробка/коробочка)».

◆ Понимание предложений.

*Задание 1.* Выполнение инструкции: «Закрой глаза (подними ножку, погладь кошечку, принеси кубик)».

*Задание 2.* Установление возможности запомнить и выполнить два действия, сформулированные в одной просьбе: «Возьми мишку и посади его на стул (подойди к столу и возьми карандаш, возьми кубики со стола и сложи их в коробку)».

◆ Исследование слуховых функций и фонематического восприятия.

*Задание 1.* Выяснение ориентировочно-поисковой позы на звучание предметов: найти звучащую игрушку-пищалку в комнате и проследить взглядом за ее перемещением.

*Задание 2.* Выяснение направленности слухового внимания: с закрытыми глазами указать, откуда доносится звук, и повернуться лицом в этом направлении.

*Задание 3.* Узнавание и различение гласных звуков из ряда. Произнесите ряд гласных звуков (не более трех). Предложите ребенку поднять руку (хлопнуть в ладоши), услышав определенный звук (заранее условленный).

## **2 часть — изучаются неречевые функции.**

*Цели:*

— определить особенности сенсомоторного и тактильного восприятия, способность к целенаправленной деятельности, степень концентрации внимания на объекте;

— в составе этих функций выделить специфические компоненты.

*Задания*

*Задание 1.* Ориентировка в окружающем пространстве.

Попросите ребенка показать «верх/низ», а также направления: «Покажи, где группа? (спальня, кабинет лечебной физкультуры, окно, дверь)».

Дайте ребенку лист бумаги, свернутый в трубку («подзорная труба») и предложите, смотря в нее, разглядеть предметы на окне (шкафу, столе, полке).

*Задание 2.* Ориентировка на плоскости. На глазах ребенка постройте домик из заготовленных частей (домик — квадрат, крыша — треугольник, труба — прямоугольник) и предложите: «Покажи, где крыша? Где труба?»

*Задание 3.* Наличие праксиса позы при имитации движений (в плане общей моторики). Предложите ребенку повторить за вами отдельные движения (присесть, встать, топнуть, хлопнуть, покачать головой, наклониться, прыгнуть).

*Задание 4.* Наличие праксиса позы при выполнении проб на мелкую моторику, возможность дифференцированности движений пальцев и способности к переключению. Повторить последовательно позы «кулачок», «крыша», «лодочка», «коза», «кружок», «очки».

Чередуйте по две позы: «кулак/ладонь», «кулак/коза», «ладони/лодочка», «очки/кулак». Предложите ребенку поочередно коснуться каждым пальцем, начиная со второго, большого пальца той же руки.

*Задание 5.* Оральный праксис. Предложите ребенку по подражанию выполнить несколько действий: широко открыть рот; улыбнуться; надуть щеки; вытянуть губы в трубочку; сделать губы как при звуке [o]; высунуть язык лопаткой; поднять кончик языка вверх; опустить кончик языка вниз; поместить кончик языка в правый, затем — в левый угол рта.

*Задание 6.* Способность к переключению движений. Предложите ребенку повторить вслед за собой по два движения.

*Задание 7.* Конструктивный праксис: воспроизвести из двух, затем трех палочек фигуру по образцу, создать конструкцию по памяти.

*Задание 8.* Сформированность операций зрительно-пространственного анализа и синтеза и последовательной реализации конструктивной деятельности: сложить разрезные картинки из 2—3 частей с прямым краем; облегченный вариант кубиков Кооса; выполнить вкладки в доску Сегена.

### **3 часть — изучаются невербальные компоненты коммуникации.**

*Цели:*

- выявить произвольные реакции и жесты, используемые в невербальном общении;
- изучить актуальные и потенциальные возможности развития общения ребенка, степень спонтанности в приобретении навыков общения.

*Задания*

*Задание 1.* Предложите ребенку поздороваться с вами за руку.

*Задание 2.* Реакция на незнакомого человека. В кабинет входит незнакомец, ребенок человек и заводит с вами разговор.

*Задание 3.* Реакция на впечатление. Ребенок входит в кабинет с хорошо знакомой обстановкой. На столе находится новая яркая игрушка.

*Задание 4.* Способность к подражанию: предложите ребенку копировать ваши жесты и мимику.

*Задание 5.* Попросите ребенка показать жестом хорошо знакомые действия: пить, есть, спать, мыть (руки), чистить (зубы), причесываться, гладить (кошку).

*Задание 6.* Моделирование ситуаций, способствующих вызову коммуникативно значимых жестов (да, нет, хочу, дай).

*Задание 7.* Без словесной инструкции предложите ребенку понять ваши жесты и выразительные движения (указательный жест, кивок головой, покачивание головой, приглашающий жест, жест отрицания).

*Задание 8.* Способность изображать и играть роль: «Полетай как птичка», «Попрыгай как зайчик», «Потопай как мишка», «Идет слон», «Бежит собачка», «Крадется лиса».

Все предлагаемые задания должны быть эмоционально окрашены и спланированы таким образом, что реакция на них может быть минимальной. Используются различные средства стимуляции, положительное подкрепление деятельности ребенка.

Заключение.

Успешное формирование общения и речи невозможно без разработки средств и способов, обеспечивающих реализацию системы обратных связей.

Наиболее существенный момент при формировании общения и речи у безречевых детей — совмещение развивающего и эмоционального начал, использование при этом положительных результатов, закрепляющих, в свою очередь, желательное поведение, развитие эмпатии, сотрудничества, потребности в общении. Нельзя приступать к работе по формированию речи без предварительной работы по эмоциональной активизации ребенка, повышающей его психический тонус.

На начальном этапе обучения нужно опираться на невербальные компоненты коммуникации как наиболее доступное средство общения, не ставя целью дальнейшее развитие этой формы речи.

Организованное поэтапное активное обучение общению с развитием структуры психологических механизмов положительно влияет на формирование общения и речи у безречевых детей.

Список использованной и рекомендуемой литературы

*Ванюхина Г.А.* Экстернат речевой культуры для дошкольников. М., 2009.

*Дедюхина Г.В., Кириллова Е.В.* Учимся говорить. 55 способов общения с неговорящим ребенком. М., 1997.

*Кириллова Е.В.* Начальные этапы коррекционной работы с безречевыми детьми // Логопедия. 2005. № 3 (9).

*Кириллова Е.В.* К вопросу о дифференциальной диагностике безречевых детей // Детская и подростковая реабилитация. 2007. № 1 (8).

*Кириллова Е.В., Мамаева А.В.* Формирование основ коммуникации у безречевых детей 7—9 лет со сложной структурой дефекта // Детская и подростковая реабилитация. 2007. №2(9).

*Кириллова Е.В., Мамаева А.В.* Учусь познавать, говорить, жить. Советы логопеда // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2009. № 4.

*Кириллова Е.В.* Учусь слушать и воспринимать. Советы логопеда // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2010. № 1.

*Кириллова Е.В.* Учусь видеть и ощущать. Советы логопеда // Жизнь с ДЦП. Проблемы и решения. 2010. № 2.

*Кириллова Е.В.* Развитие фонематического восприятия у детей раннего возраста. М., 2010.

*Степанова О. А.* Программы для ДОУ компенсирующего и комбинированного видов. Справочное пособие. М., 2008.

*Танцюра С.Ю.* Особенности общения детей с неговорящими детьми раннего возраста // Логопед. 2008. № 5.

*Худенко Е.Д., Дедюхина Г.В., Кириллова Е.В.* Как организовать общение с неговорящим ребенком: Метод, пособие. Сб. № 1. М., 2007.

Источник: <https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/children/hyperexcitability-syndrome>