

В последнее время все чаще обращаются ко мне родители детей ясельного возраста. Их беспокоит отсутствие речи у ребенка, или непонятная окружающим речь.

Этот факт натолкнул меня на написание данной статьи. Обобщая многолетний опыт исследований в области логопедии, я постаралась в доступной для родителей форме изложить результаты этих исследований и помочь родителям повысить их компетентность в предупреждении речевых нарушений. Часто родители обращают внимание на дефекты в тот момент, когда время уже упущено.

Нарушения речи у детей – проблема достаточно актуальная в наше время. Стертая форма дизартрии – распространенное нарушение речи у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Сегодня можно считать доказанным, что у детей со стертой формой дизартрии помимо специфических нарушений устной речи имеются отклонения в развитии ряда высших психических функций и процессов, отвечающих за становление письменной речи .

Как свидетельствует мировой и отечественный опыт, число детей с отклонениями в развитии неуклонно возрастает. В связи с этим возникает острая необходимость в ранней диагностике и коррекции отклонений в развитии детей, в том числе и нарушений речевого развития.

Ранняя диагностика, профилактика и медицинская коррекция ОНР

К группе риска относятся дети первых двух лет жизни, у которых имеется предрасположенность к появлению нарушений речевого развития. Своевременное выявление таких детей и проведение соответствующих коррекционных, а часто и медицинских мероприятий может в значительной степени ускорить ход их речевого и умственного развития.

Особое внимание обращается на детей, родившихся от матерей с неблагоприятным акушерским анамнезом, перенесших асфиксию, родовую травму, длительную желтуху, а так же недоношенных, маловесных и незрелых при рождении детей. С развитием медицины все чаще появляются дети, рожденные от ЭКО. По данным международных исследований у детей, рождённых путем ЭКО, чаще всего регистрируются врожденные аномалии развития, среди которых преобладают пороки развития сердечно-сосудистой и костно-мышечной системы.. Многие авторы отмечают психические расстройства (аутизм, умственную отсталость, нарушения поведения), неврологические нарушения (ДЦП). При применении репродуктивных технологий высока частота многоплодной беременности (35,7%), что сказывается на развитии детей. Именно у таких женщин беременность чаще всего прерывается по медицинским показаниям досрочно (на 27-32 неделе). Рождаются близнецы с очень низкой или экстремально низкой массой тела и тяжёлой сочетанной патологией (перинатальные поражения ЦНС, задержка внутриутробного развития, внутриутробное инфицирование, пороки развития).

Специалисты должны обучить мать основным приемам работы по стимулированию психического развития ребенка.

Для диагностики необходимо хорошо представлять основные закономерности довербального и раннего вербального развития.

Выделяют следующие стадии развития ребенка от рождения до 18 месяцев.

I стадия, длящаяся от рождения до 8 недель (2 месяца), характеризуется рефлекторным криком и рефлекторными звуками. Звуки сопровождают в основном соматические реакции ребёнка. В крике преобладают гласоподобные звуки, имеющие носовой оттенок. Иногда звуки крика как бы очень приблизительно напоминают согласные *z*, *k*, *n*, но, так как эти звуки носят рефлекторный характер, они не рассматриваются как предшественники фонем.

Оценка крика имеет важное диагностическое значение. У здорового новорождённого крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлинённым выдохом. У детей с органическим поражением центральной нервной системы, у которых в дальнейшем выявляются нарушения речи, крик может быть пронзительным или очень тихим, в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребёнок обычно производит на выдохе, или может вообще отсутствовать.

II стадия характеризуется качественным изменением крика, появлением гуления и смеха. Её продолжительность от 8 до 20 недель (2-5 месяцев).

С 3 месяцев начинается развитие интонационной характеристики крика. Ребёнок по-разному сигнализирует матери о болевом ощущении, чувстве голода, дискомфорте в связи с мокрыми пеленками и т.д. У детей с органическими поражениями центральной нервной системы крик обычно остаётся однообразным, без интонационной выразительности.

Начиная с 12 недель у большинства здоровых детей частота крика снижается, исчезают примитивные кричтения, появляется начальное гуление («гуканье»). Появляется «социальная» улыбка, адресованная всем лицам, общающимся с ребёнком. Причём в 6 недель это скорее будет ротовое внимание, в 8 недель – закономерная улыбка. [Журба] В гулении преобладают гласные звуки, но к концу II стадии появляются редуцированные согласные. Звуки гуления произносятся на выдохе, т.е. гуление представляет собой своеобразную тренировку речевого дыхания. На этой же стадии появляется первый смех – повизгивание в ответ на эмоциональное общение с окружающими взрослыми.

Симптомами риска речевых нарушений у детей с ранним органическим поражением центральной нервной системы на этой стадии будет отсутствие или недостаточность интонационной выразительности крика и гуления; однообразные, редкие и тихие звуки гуления, сопровождающиеся хаотическими движениями в конечностях; отсутствие смеха; преобладание назализованных звуков крика.

Основным приёмом коррекционной работы, направленной на предупреждение нарушений речевого развития на первых двух стадиях, является нормализация процесса кормления. Так как дети с поражением центральной нервной системы часто вяло и по долгу сосут грудь (любящие родители говорят о таких детках

«он ленится» или «у меня плохо идет молоко»), взрослые торопятся перейти на кормление из соски. Тем самым они лишают ребёнка тренировки мышц артикуляционного аппарата. Несмотря на трудности кормления рекомендуется не отрывать ребёнка от груди, а помогать им в захватывании соска и тем самым тренировать у них функцию сосания. В этих условиях создаются необходимые предпосылки для произнесения звуков. Наряду с нормализацией кормления следует развивать у ребёнка потребность в общении со взрослыми, формировать зрительную фиксацию и способность следить за движущимися предметами, слуховое внимание и умение локализовать звук в пространстве.

Особая роль отводится занятиям по активизации голосовых реакций. Занятия проводятся через 20-30 минут после кормления. Перед занятием необходимо создать эмоционально-положительный настрой. При проведении занятий большое значение имеет разговор с ребёнком. Например, можно несколько раз эмоционально, с изменением громкости и высоты голоса повторить имя ребёнка или короткие рифмованные строки.

III стадия характеризуется появлением лепета. Её длительность от 16-20 до 30 недель (4-7,5 месяца). На этой стадии отмечается постепенное исчезновение цепочек гласных звуков и возвращение к произношению однослоговых сегментов, в которых постепенно удлиняются звуки, похожие на гласные или согласные. К 5-6 месяцам здоровый ребёнок начинает произносить сочетания губных и язычных согласных с гласными (*бааа, мааа, тааа*). К этому возрасту появляется первый слог *ба* или *ма*, это начало лепета, представляющего собой повторное произнесение слогов под контролем слуха. Поэтому при врождённой глухоте у ребёнка отмечается начальная вокализация на стадии гуления, но характерным является угасание звуков и отсутствие лепета.

IV стадия (5-7,5 до 12,5 месяцев) – расцвет лепета, или каноническая вокализация. Именно в этот период звуки лепета начинают напоминать по своим акустическим характеристикам звуки родного языка.

В канонической вокализации наиболее частыми являются губные (*п, п', б, б', м, м'*) язычно-средненёбные (*г', к'*) и язычно-задненёбные (*к, г*) звуки. Среди гласных раньше всего появляются *э, а*. Примерно в 6-7 месяцев лепет приобретает социализированный характер: ребёнок лепечет при общении со взрослым, использует голосовые реакции для привлечения внимания окружающих, слушает речь других.

Ребёнок пользуется голосовыми реакциями для выражения своих желаний и нужд, заставляя взрослого обратить на него внимание.

Характерным для здорового ребёнка этого возраста является то, что лепет выступает как самостоятельная деятельность. Одновременно начинает развиваться понимание обращённой речи.

V стадия охватывает период от 9 до 18 месяцев. На этой стадии лепетные звуки отличаются большим разнообразием: ребёнок может произносить слоги разных типов: согласный-гласный и даже согласный-гласный-согласный.

Отличительной особенностью этой стадии является интенсивное развитие понимания обращённой речи, дифференцированность сенсорных и эмоциональных реакций. У ребёнка интенсивно формируется

память – узнавание знакомой ситуации, в связи с чем он живо реагирует на новую обстановку. При виде незнакомого человека жмётся к матери и т.д. При этом стойкие реакции страха, протеста на незнакомую обстановку и новых людей особенно выражены у детей с поражением центральной нервной системы, повышенной нервной возбудимостью, при врождённой детской нервности (невропатии), минимальной мозговой дисфункции. Стойкость подобных реакций может способствовать отставанию в развитии.

Считается, что на этой стадии ребёнок наиболее чувствителен к интуитивному усвоению родного языка. Начиная с 15-20 месяцев трудности в овладении родной речью на основе речевого подражания с каждым месяцем возрастают.

Симптомами риска речевых нарушений на III-V стадиях является отсутствие или рудиментарность лепета, избирательного предметно-действенного общения со взрослым, невыполнение простых словесных команд, отсутствие подражательных игровых действий.

Основными задачами коррекционной работы являются следующие: развитие подражательной деятельности (в частности, речевого подражания), формирование предметно-действенного общения ребёнка со взрослым и начального ситуативного понимания обращённой речи.

В связи с тем, что родители в первый год жизни считают главными обеспечение физиологических процессов и недостаточно оценивают важность психо-моторного развития, довербального и вербального общения.

Чтобы правильно понять и оценить уровень речевого развития дошкольника, предлагается опираться на данные А.Н.Гвоздева, в качестве условного эталона закономерностей овладения детьми родным (русским языком). Это поможет оценить степень сформированности в детской речи различных компонентов языка.

- 1) Если ребёнок пользуется только отдельными аморфными словами и в его речевой практике отсутствуют какие-либо соединения этих слов между собой (аморфные предложения), то такое состояние речи надо отнести к первому этапу первого периода «Однословное предложение»
- 2) Если дети пользуются фразами из 2, 3, и даже 4 аморфных слов, но без изменения их грамматической формы, в их речи полностью отсутствуют конструкции типа субъект + действие, выраженное глаголом изъявительного наклонения настоящего времени 3 лица то такое состояние речевой деятельности следует соотнести со вторым этапом первого периода «Предложения из аморфных слов-корней»
- 3) Случаи, когда в речи ребёнка появляются грамматически правильно оформленные

Итак, речь человека представляет необычайно сложный и изменчивый динамический комплекс, основными компонентами которого являются:

1. Звукопроизношение, обычно связанное с мимикой и жестом, как внешнее оформление речи — мышления.

2. Содержание речи — продукт мышления и эмоциональных переживаний.

3. Социальность речи, как организованная и постоянная связь с социальной жизнью человеческого коллектива, вне которого нет речи.

Для функции звуковой речи необходимы определенные рабочие механизмы, которыми в речевой области являются преимущественно слуховой, зрительный и кожно-мышечный периферические анализаторные приборы и весь так называемый звукопроизводительный аппарат (легкие, гортань, глотка, мягкое нёбо с язычком, ротовая полость, язык, зубы, губы), как двигательный исполнитель речевой работы, регулируемый в свою очередь центральной нервной системой, являющейся главным штабом в отношении периферических механизмов речи.

Следует отметить одно основное, очень важное положение физиологии: правильное функционирование и развитие того или иного периферического нервно-мышечного аппарата в конечном результате создает более богатые нейронные связи, а, следовательно, и лучшую нервно-мозговую работу в соответствующих анализаторных участках коры мозга. В итоге улучшается исполнительная работа костно-мышечного аппарата. Поэтому при наличии у ребенка врожденных анатомических дефектов периферического звукопроизводительного аппарата (в области чувствительной или двигательной) и центральная нервная система его, в известной части не получая нужных импульсов-раздражителей, задерживается в своем развитии, чем еще более усиливается инвалидность речи.

Таким образом, для здоровой речи необходимы: 1) здоровая работа центральной и периферической нервной системы; 2) здоровая работа костно - и хрящево-мышечного аппаратов; 3) здоровое развитие речи в детские годы; 4) здоровая речь окружающих людей; 5) здоровые взаимоотношения с окружающей средой; 6) нормальный слух и 7) нормальные интеллект и психика.

Нарушение нормальных отправлений одной из этих областей неминуемо влечет за собою определенные речевые расстройства.

Насколько сложна, тонка, многогранна и в высшей степени изменчива наша речь, настолько разнообразны, сложны и расстройства ее. Она легко нарушается и извращается под влиянием самых разнообразных воздействий, исходящих как от самого организма и личности говорящего, так и от окружающей его среды.