

ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА ПО ОТКЛОНЕНИЯМ В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ

Вартапетова Г.М.¹, Чистоклетова А.И.²

¹Вартапетова Галина Михайловна – кандидат педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой, кафедра коррекционной педагогики и специальной психологии, Государственное автономное учреждение дополнительного профессионального образования Новосибирской области Новосибирский институт повышения квалификации и переподготовки работников образования, доцент;

²Чистоклетова Александра Игоревна – магистрант, кафедра логопедии и детской речи, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Новосибирский государственный педагогический университет, г. Новосибирск

Аннотация: в статье приводится описание выделения факторов риска конкретных речевых патологий. Дается описание детей группы риска по отклонениям в речевом развитии.

Ключевые слова: группа риска, нарушения речи, ранний возраст, речевое развитие.

В настоящее время в логопедической науке большое распространение получили традиционные воззрения о том, что логопедическую работу необходимо начинать в случаях выраженного отставания развития ребенка от возрастной нормы. Исключение составляют дети с детским церебральным параличом, с врожденными дефектами артикуляционного аппарата и дети с отклонениями в психомоторном развитии.

По данным статистики число детей с нарушением речевого развития значительно выросло. Нарушения речи связаны с многочисленными биологическими и социально-психологическими факторами. В большинстве случаев в анамнезе детей, речевое развитие которых носит дизонтогенетический характер, имеется отягощенный перинатальный период, связанный с неблагоприятным течением беременности и родов у матери. Следовательно, дети данной категории могут быть отнесены к группе риска по нарушениям речевого развития уже в раннем возрасте. Выделение детей группы риска в раннем возрасте позволит своевременно с учетом сензитивных периодов оказать им адекватную медико-психолого-педагогическую помощь [1].

К группе риска также могут быть отнесены детей с различными формами психической и социальной дезадаптации, выражающейся в поведении неадекватном формам к требованиям ближайшего окружения. Такие дети, как правило, лишены нормальных условий для развития, что и приводит к негативным последствиям психологического и социального характера.

Выявление факторов риска, проведенное в раннем возрасте ребенка, позволяет выявить риск конкретной речевой патологии, такой как алалия, афазия, дизартрия, заикание, ринолалия. При изучении анамнеза ребенка особое внимание уделяется особенностям психофизического состояния ребенка в раннем возрасте: когда ребенок стал держать голову, сидеть, стоять, ходить, характер гуления, лепета, когда он стал произносить отдельные слова, и как стала появляться фразовая речь. При исследовании неврологического статуса следует обратить внимание на тонус мышц, оценить его как нормальный, пониженный или повышенный, определить состояние артикуляционного аппарата, проанализировать особенности голоса (нет назального оттенка, снижения звучности голоса, охриплости и т.п.), провести тщательное обследование гнозиса, праксиса, речи, памяти, мышления. На основе анализа истории развития данного ребенка логопед определяет причину речевой патологии и составляет дальнейший прогноз [2].

Общим объективным признаком алалии является отсутствие у ребенка гуления, лепета, когда единственная его речевая реакция – громкий плач. Если речь и начинает самостоятельно развиваться, то весьма медленно. Ребенок испытывает специфические трудности, как при самом акте говорения, так и при оформлении высказывания. Речь ребенка, отнесенного к группе риска по алалии, непонятна даже для родителей. При этом ребенок, как правило, внимательно следит за артикуляцией говорящего.

Данный речевой дефект вызван поражением корковых речевых зон в доречевом периоде, поэтому малыш испытывает сложности перехода с одной артикуляционной позиции на другую, не может повторить двигательные позиции языка или губ по подражанию, поскольку не понимает собственно механизма переключения. Со временем проявляется речевой негативизм.

При выделении группы риска по дизартрии внимание должно быть направлено на наличие таких клинических симптомов как нарушение мышечного тонуса в артикуляционной мускулатуре; ограничение подвижности артикуляционных мышц в результате параличей или парезов. Именно подвижность артикуляционной мускулатуры отвечает за четкость и слаженность функционирования речевого аппарата. Ограничение подвижности языка приводит к нарушению звукопроизношения. При парезе, а также пониженном или повышенном тонусе круговой мышцы рта ограничивается подвижность губ, что приводит к нарушению артикуляции и, как следствие, отрицательно влияет на четкость речи. Мягкое небо по причине нарушения иннервации небных мышц малоподвижно, из-за чего ухудшается тембр голоса. За счет нарушения иннервации мышц гортани страдает голосообразование. Голосовая подача слабая с

расстройством модуляции. Часто наблюдаются нарушения дыхания, что проявляется в виде укороченного выдоха, нарушения ритма дыхания, особенно в момент речи. Повышена саливация, что связано с ограничением движения мышц, нарушением произвольного глотания, парезом губных мышц. При легкой степени нарушений подвижности артикуляционных мышц дефект проявляется преимущественно в артикуляторно-фонетических нарушениях, при тяжелой степени (анартрии) ребенок не может осуществить звуковую реализацию речи.

При выделении группы риска по заиканию особое внимание уделяется возрасту от 2 до 5 лет, т.к. именно в этом возрасте активно развивается коммуникативная функция речи. Дети со слабой нервной системой возбудимы, пугливы, впечатлительны, склонны к страхам - как ночным, так и дневным, испытывают сложности с засыпанием. Темп их речи убыстрен, дыхание неровное, неритмичное. Любое эмоциональное потрясение может привести к потере плавного течения речи, речь ребенка вдруг прерывается непроизвольными повторениями звуков или слогов, либо, наоборот, длительной задержкой. Именно таким образом у ребенка может начаться заикание.

Дети, рожденные с анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата, автоматически попадают в группу риска по ринолалии. Первые трудности ребенок с расщелинами твердого или мягкого неба, губы или альвеолярных отростков начинает испытывать во время сосания груди. Неправильный захват соска матери ртом ребенка приводит к патологическому подъему спинки языка и слабости кончика языка. Такое отклонение от нормы кормления в дальнейшем сказывается как на качестве полноценного дыхания, так и на правильности звукопроизношения. Нарушение тембра голоса выражается в сочетании гиперназализации (характерного носового оттенка, как гласных, так и согласных звуков) и ротовой эмиссии (утечка воздуха через нос при произнесении звуков, требующих ротового давления). Точность и координированность движения мышц гортани, надставной трубки, диафрагмы и грудной клетки определяют тембр голоса. У детей с ринолалией голос глухой, слабый, хриплый, сдавленный, немодулированный, с резким назальным оттенком. Речь понимается с трудом. Нарушено звукопроизношение как гласных, так и согласных звуков. Оперативное вмешательство на первом году жизни ребенка способствует хорошему развитию речи ребенка в правильных анатомических условиях, что дает возможность предотвратить формирование стойкого патологического речевого стереотипа [2].

Вместе с тем, наличие биологических факторов риска, приводящих к первичным признакам нарушения речевого развития, часто дополняется неблагоприятными психолого-педагогическими условиями воспитания детей раннего возраста. При этом нарушения распространяются не только на речевую деятельность, но и на другие виды деятельности детей: общение, предметно-практическую деятельность, процессуальную игру. Следствием этого часто становится снижение у ребенка мотивации к речи, а значит, и к тем играм и упражнениям, которые предлагаются взрослыми в ходе психолого-педагогического воздействия. Однако, состояние указанных видов деятельности у детей раннего возраста, склонных к возникновению различных видов нарушений речи, в настоящее время изучено недостаточно.

Кроме того, при определении содержания коррекционно-логопедической работы по профилактике нарушений речи специалисты подходят недостаточно дифференцированно, учитывая в основном только возрастные параметры речевого развития, хотя имеются достаточные возможности для выделения групп риска возникновения определенных форм нарушений речи. Разработка дифференцированного подхода в качестве методической основы профилактики нарушений речи у детей раннего возраста позволит сделать помощь детям данной категории более адресной.

Список литературы

1. *Архипова Е.Ф.* Логопедическая работа с детьми раннего возраста. М.: АСТ: Астрель, 2006. 223 с.
2. *Винарская Е.Н.* Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. М.: Просвещение, 2010. 211 с.
3. *Ковригина Л.В.* Онтогенез и дизонтогенез речевого развития. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2011. 170 с.
4. *Нейропсихологические основы диагностики, коррекции и профилактики нарушений речи у детей /сост. Г.М. Вартапетова; Новосибирский ин-т повышения квалификации и переподгот. работников образования. Новосибирск: Изд-во НИПКиПРО, 2013. 143 с.*