

**Администрация муниципального образования
«Таштагольского муниципального района»
муниципальное бюджетное дошкольное образовательное
учреждение детский сад № 11 «Золотая рыбка
(МБДОУ детский сад № 11 «Золотая рыбка»)**

**Консультация для учителей – логопедов,
педагогов, родителей**

**«Ранняя диагностика, профилактика и
коррекция речевых нарушений»**

Подготовила:
учитель-логопед
высшей квалификационной категории
Маметьева Наталья Сергеевна

г. Таштагол, 2023 г.

В настоящее время неуклонно растёт число детей с речевыми нарушениями. Для предупреждения тяжелых форм речевого развития важное значение имеет ранняя диагностика нарушений речевого развития у детей и своевременно оказанная им медико - педагогическая помощь.

Для предупреждения тяжёлых форм общего недоразвития речи (далее ОНР) в дошкольном возрасте важное значение имеет ранняя диагностика нарушений речевого развития у детей и своевременно оказанная им медико - педагогическая помощь. К группе риска относятся дети первых двух лет жизни, у которых имеется предрасположенность к появлению нарушений речевого развития, в связи с чем они нуждаются в специальном логопедическом, а часто и медицинском воздействии. Своевременное выявление таких детей и проведение соответствующих коррекционных мероприятий может в значительной степени ускорить ход их речевого и умственного развития.

Поскольку тяжелые формы ОНР обычно возникают на фоне органического поражения центральной нервной системы, то первой важной задачей врача является диагностика не только тяжелых, но и наиболее лёгких форм повреждений мозга. Особое внимание обращается на детей, родившихся от матерей с неблагоприятным акушерским анамнезом, перенёсших асфиксию, родовую травму, длительную желтуху, а также на недоношенных, маловесных и незрелых при рождении детей

При осмотре детей группы риска уже в первые месяцы жизни у них можно обнаружить признаки отставания психомоторного развития, общее беспокойство, нарушения сна, соматическую ослабленность. В настоящее время разработаны критерии диагностики нарушений психомоторного развития детей первого года жизни.

В целях предупреждения ОНР матери следует знать о влиянии эмоционального общения с ребёнком на становление его речи. Кроме того, логопед и психолог должны обучить мать основным приёмам работы по стимулированию психического развития ребёнка.

Ранняя диагностика отклонений довербального и вербального поведения проводится в рамках комплексного обследования ребёнка. Для диагностики необходимо хорошо представлять основные закономерности довербального и раннего вербального развития. Выделяют следующие **стадии развития ребенка от рождения до 18 месяцев.**

Первая стадия, длящаяся от рождения до 8 недель (2 месяца), характеризуется рефлекторным криком и рефлекторными звуками. Звуки сопровождают в основном соматические реакции ребенка. В крике преобладают гласноподобные звуки, имеющие носовой оттенок. Иногда звуки крика как бы очень приближённо напоминают согласные **г, к, н**, но, так как эти звуки носят рефлекторный характер, они не рассматриваются как предшественники фонем. Оценка крика ребёнка имеет важное диагностическое значение. У здорового новорождённого крик громкий, чистый, с коротким вдохом и удлиненным выдохом. У детей с органическим поражением центральной нервной системы, у которых в дальнейшем выявляются расстройства речи, крик может быть пронзительным или очень тихим, в виде отдельных всхлипываний или вскрикиваний, которые ребёнок обычно производит на вдохе, или может отсутствовать вообще.

Вторая 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: крик видоизменяется в зависимости от состояния ребёнка. 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 звуки кряхтения и т. п., появляется начальное гуление («гуканье»). Звуки гуления возникают на улыбку и разговор взрослого с ребёнком, т. е. на этой стадии осуществляется переход от рефлекторных звуков к коммуникативным. Подтверждением этому является то, что ребёнок активнее гулит в присутствии взрослых. К 6- 8 неделям появляется «социальная» улыбка, которая пока ещё недифференцирована и адресована всем лицам, общающимся с ребёнком.

В гулении преобладают гласные звуки, но к концу второй стадии появляются и редуцированные согласные. Звуки гуления произносятся на выдохе, т. е. гуление представляет собой своеобразную тренировку речевого дыхания. Гуление обычно выступает в качестве составляющего элемента комплекса оживления.

В период гуления интенсивно развивается интонационная система языка, звуки, в него входящие, начинают постепенно приближаться к стандартным фонемам.

На этой же стадии появляется и первый смех- повизгивание в ответ на эмоциональное общение с окружающими взрослыми, а к 16 неделям смех становится продолжительным.

Симптомами риска речевых нарушений у детей с ранним органическим поражением центральной нервной системы на этой стадии является отсутствие или недостаточность интонационной выразительности крика и гуления; однообразные, редкие и тихие звуки гуления, сопровождаемые 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. Несмотря на трудности кормления грудью некоторых детей с органическим поражением мозга, рекомендуется не отрывать их от груди, а помогать им в захватывании соска и тем самым тренировать у них функцию сосания. В этих условиях создаются необходимые артикуляционные предпосылки для произнесения звуков. Наряду с нормализацией со взрослыми, формировать зрительную фиксацию и способность следить за движущимся предметом, слуховое внимание и умение локализовать звук в пространстве.

Особая роль отводится занятиям по активизации голосовых реакций, которое следует проводить через 20- 30 минут после пробуждения. Перед занятиями необходимо создать у ребенка эмоционально- положительный настрой. При проведении занятий большое значение имеет разговор с ребенком. Например, можно несколько раз эмоционально, с изменением громкости и высоты голоса, повторить имя ребёнка или короткие рифмованные строки.

Третья стадия характеризуется появлением лепета. Её длительность от 16- 20 до 30 недель(4- 7,5). 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. Согласные звуки начинают все больше продуцироваться в передних отделах полости рта. Ротовая полость к этому времени увеличивается в объёме, что создаёт благоприятные условия для более разнообразных движений языка. К концу этой стадии ребёнку доступны разнообразные звуковые комплексы с длительным произнесением отдельных их сегментов, в которых постепенно появляются ещё нечётко артикулируемые слоги с окончаниями на гласных звуках.

К пяти - шести месяцам здоровый ребёнок начинает произносить сочетания губных и язычных согласных с гласными (*бааа, мааа, тааа, лааа*). 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 может отмечаться начальная вокализация на стадии гуления, но характерным является постепенное угасание звуков и отсутствие лепета. У глухих детей отсутствие лепета особенно имеет большое значение в развитии речи. В период лепета происходит соединение отдельных артикуляций в линейную последовательность, что считается существенным механизмом словообразования.

Четвёртая стадия - расцвет лепета, или стадия канонической вокализации. Этот период охватывает от 20- 30 до 50 недель (5- 7,5 – 12,5 месяца). Именно в этот период звуки лепета начинают напоминать по своим акустическим характеристикам звуки родного языка, и родители нередко смешивают их с началом собственно речевого развития.

Каноническая стадия характеризуется повторением двух одинаковых слогов (*ба- ба, да- да, па- па, ма- ма*). На этой стадии усиливается контроль за произношением звуков.

Примерно с 6- 7 месяцев лепет приобретает социализированный характер: ребёнок лепечет при общении со взрослым, использует голосовые реакции для привлечения внимания окружающих, слушает речь других.

В этот период голосовые реакции выделяются из общего комплекса оживления. Они становятся активной формой общения ребенка с окружающими. Ребенок пользуется ими для выражения своих желаний и нужд, заставляя взрослого обратить на него внимание.

Характерным для здорового ребёнка этого возраста является то, что лепет выступает как вполне самостоятельная деятельность. Одновременно у здорового ребенка начинает развиваться и начальное понимание обращенной речи; он внимательнее относится к движениям и действиям взрослого, направленным на общение с ним, стараясь понять их значение.

Пятая 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. У одних детей эта стадия короткая, и они сразу переходят к произнесению сочетания слогов, имеющих определённое

значение,- «лепетные слова», у других этот период значительно затягивается, и ребенок для выражения своих состояний использует «псевдослова», не имеющие определённого значения.

Отличительной особенностью этой стадии является интенсивное развитие понимания обращенной речи, дифференцированность сенсорных и эмоциональных реакций.

К началу этой стадии - к 8- 9 месяцам- происходят качественные изменения в психическом развитии ребенка: интенсивно формируется память- узнавание знакомой ребёнку ситуации, в связи с чем он живо реагирует на новую обстановку. При виде незнакомого человека ребёнок жмется к матери, отворачивается, время от времени с любопытством поглядывая на новое лицо. На этом этапе он крайне болезненно реагирует на разлуку с матерью. При этом стойкие реакции страха, протеста на незнакомую обстановку и новых людей особенно выражены у детей с поражениями центральной нервной системы, повышенной нервной возбудимостью, при врожденной детской нервноности (невропатии), минимальной мозговой дисфункции. Стойкость подобных реакций может способствовать отставанию в развитии речи.

На этом этапе возникает общение ребенка со взрослым с помощью предметно - действенных средств. Ребенок устанавливает и поддерживает контакт со взрослым посредством ярких предметов и игрушек, которыми активно манипулирует. Отмечается избирательное отношение к предметам, предлагаемым взрослыми, но реакция на новый предмет всегда ярко выражена.

Недостаточность предметно - действенного общения со взрослым, изоляция ребёнка от семьи могут значительно задержать развитие его речи.

Считается, что на этой стадии ребенок наиболее чувствителен к интуитивному усвоению родного языка. Данная стадия рассматривается как сензитивный период для развития речи. Именно в этот период отмечается наиболее интенсивная дифференциация нервных клеток в зоне в зоне Брока - корковом центре моторной речи. Начиная с с 15- 20 месяцев трудности в овладении родной речью на основе речевого подражания с каждым месяцем возрастают.

Симптомами риска речевых нарушений на третьей, четвертой стадиях является отсутствие лепета, избирательного предметно- действенного

общения со взрослым, невыполнение простых словесных команд, отсутствие подражательных игровых действий.

Основными задачами коррекционной работы являются следующие: развитие подражательной деятельности, формирование предметно-действенного общения ребенка со взрослым и начального ситуативного понимания обращенной речи.

Для развития подражания движениям проводятся игры: «Ладушки», «До свидания», «Дай ручку» и др. При этом взрослый, произнося слова, вначале сам производит необходимые действия, затем сопровождает свои слова действиями ребенка, а потом побуждает ребенка к самостоятельному выполнению движений по словесной команде.

Развитие лепета проводится путём игр-переключек. Эти игры организуются тогда, когда ребенок лепечет: сначала взрослый повторяет звуки ребенка, а затем произносит новые.

Необходимо подчеркнуть, что все мероприятия по предупреждению отставания речевого развития носят комплексный характер и обязательно включают в себя общую стимуляцию психомоторного развития, а при необходимости- и специальное лечение.

Ранняя диагностика речевого развития- основа эффективности лечебно- педагогических профилактических мероприятий. При оценке доречевого развития с выявлением симптомов риска на каждом этапе важное значение имеет определение степени отставания в овладении речью.

Дети с ОНР нуждаются в комплексе лечебно- оздоровительных мероприятий: соблюдении режима дня, закаливании организма, водных процедурах, физиотерапии, физическом воспитании. Многие из них нуждаются в массаже, лечебной гимнастике.

Важное значение имеет развитие двигательных функций и коррекция даже нерезко выраженных двигательных нарушений. В младшем дошкольном возрасте у детей развивают общие двигательные умения, координацию движений; в среднем и старшем - ручную умелость, формируют навыки пространственно-временной организации движений, подготавливают руку к письму

Таким образом, **преодоление ОНР является комплексной медико - педагогической проблемой.** Успешность её разработки тесно связана с вопросом дифференциального заключения данной формы речевой патологии.

Задача же учителя - логопеда на данном возрастном этапе - педагогическая диагностика уровня речевого развития и разработка содержания и методов поэтапного логопедического воздействия.

Используемая литература

1. Алексеева М.М., Яшина В.И. Методика развития речи и обучения родному языку дошкольников. М.,2008
2. Брунер Дж. Онтогенез речевых актов// Психолингвистика.-М., 1984
3. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи.-М.,1961
4. Лопатина Л.В., Серебрякова Н.В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников.Спб.,2009