В настоящее время наблюдается стремительный рост числа неговорящих детей и детей с теми или иными речевыми нарушениями. Распространенность речевых нарушений, многообразие их причин, необходимость организации адекватной помощи детям делают этот вопрос особенно актуальным.

Современные научные исследования доказывают, что определяющими для развития ребенка являются первые два-три года жизни. Ранний детский возраст относится к критическим периодам онтогенеза в становлении всех органов и систем. Сегодня до 80% новорожденных являются физиологически незрелыми, около 70% – имеют диагностированное перинатальное поражение центральной нервной системы (минимальная мозговая дисфункция, перинатальная энцефалопатия, синдромы двигательных нарушений, гипервозбудимость и др.), у которых в дальнейшем наблюдается отставание в психофизическом и речевом развитии. Патология, перенесенная ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на развитие речи и в возрасте 4-5 лет у него наблюдаются различные речевые нарушения: ОНР, ФФН, стертые дизартрии –минимальные дизартрические расстройства и другие. [1] Симптомы этих нарушений были с рождения, однако отсутствие правильного научно обоснованного подхода к оценке психического развития ребенка на доречевом уровне приводит к поздней диагностике патологий у детей раннего возраста и несвоевременности оказания не только медицинской, но и психолого-педагогической и логопедической помощи.

По мнению педагогов-психологов период раннего детства имеет некоторые психофизиологические особенности, отличающие его от последующих возрастных периодов: наиболее быстрый темп развития; неустойчивость и незавершенность формирующихся умений и навыков; большая физическая и психическая ранимость детей, лабильность их состояния; взаимозависимость и единство физического и психического развития; высокая пластичность и легкая обучаемость; высокий потенциал развития; скачкообразность и неравномерность процесса развития; зависимость реакций детей от характера их эмоционального состояния; потребность в получении сенсорных раздражений и активного движения; потребность в общении со взрослыми (родителями, педагогами), а также со сверстниками. [2]

Существуют возрастные нормы развития речи. Они неоднократно и подробно описаны в соответствующей литературе. Именно нормы речевого развития являются основополагающими в диагностике. Но поскольку каждый ребенок имеет индивидуальные особенности речевого развития, желательно получить консультацию невролога, сурдолога, логопеда, который работает с детьми раннего возраста, детского психолога.

Дети отличаются друг от друга по срокам развития как фонематического восприятия, так и формирования моторики речевого аппарата. Для своевременной и точной диагностики речевых нарушений у детей необходимо учитывать закономерности нормального речевого развития. Специфичность речевой диагностики заключается в том, что расстройства речи чаще всего не носят характера самостоятельного заболевания, а являются лишь одним из симптомов основного заболевания.

Раннее выявление и ранняя комплексная коррекция отклонений в речевом развитии с первых лет или даже месяцев жизни ребенка, позволяют предупредить появление дальнейших отклонений в его развитии. В связи с этим создаются и внедряются в практику новые диагностические технологии раннего выявления и коррекции отклонений в речевом развитии детей. Необходимо сочетание количественного и качественного подходов к анализу данных, причем качественные различия между аномальным и нормальным ребенком могут быть установлены только при сопоставлении количественных показателей.

Начало диагностики возможных нарушений предречевого этапа развития необходимо начинать на этапе родильного дома и отделений патологии новорожденных, т.е. в неонатальном периоде. Задержка в речевом развитии определяется с первых недель и месяцев жизни. У новорожденных в этом возрасте может отмечаться целый ряд разного рода патологических изменений: в двигательной сфере (нарушения зрительно-моторной координации, общего мышечного тонуса и манипулятивной деятельности); в строении и функционировании артикуляционного аппарата (неправильная форма твёрдого нёба, недоразвитие нижней челюсти, массивный язык, укороченная подъязычная связка, нарушение мышечного тонуса мимической мускулатуры и мышц языка, губ); голоса (голос монотонный, истощаемый, лишённый интонационной выразительности);дыхания (неглубокое, аритмичное); в эмоциональная сфере (затруднение в установлении эмоционального контакта, позднее появление положительных эмоций, отсутствие интереса к окружающему и потребностей в общении с взрослыми людьми). [3]

Основное звено диагностической деятельности – определение речевого статуса обследуемого ребёнка, определение наличия речевой патологии, её структуры и степени выраженности. Исходной теоретической основой разработки принципов диагностики и организации коррекционной работы стало учение о закономерностях, компенсаторных и резервных возможностях, а также о движущих силах развития ребенка.

При обследовании необходимо обратить особое внимание на закономерности развития ребенка на ранних этапах онтогенеза, используя данные анамнеза. В ходе проведения индивидуального обследования важно выяснить особенности поведения и те основные отклонения или нарушения речи, которые позволят обосновать логопедическое заключение. [4, с. 3]

В настоящее время существует много вариантов логопедического обследования детей раннего возраста (начиная с рождения) с различными нарушениями речевого развития, в том числе безречевых детей. Каждый специалист обычно вырабатывает свою методику на основании классических. В зависимости от цели и направленности обследования, а также квалификации педагога, в диагностику включается разное количество показателей речевого и общего развития ребенка. Ждать, пока ребенок сам заговорит, перестанет лениться, заговорит в результате посещения садика и т. д. не имеет смысла, потому что можно пропустить благоприятный период для развития речи. Часто за консультацией обращаются родители с «молчащими» детьми, которым уже четыре, пять и более лет. В таких случаях коррекционная работа длительная, трудная и, к сожалению, не всегда приводит к желаемому результату. Ранний возраст дает большие возможности коррекции речевых нарушений за счет пластичности детской психики, чувствительности к различного рода психолого-педагогическим воздействиям.

Важно выявить не только задержку формирования речевых функций, но и дифференциацию – является ли эта задержка доброкачественной (темповой) или патологической, требующей неотложной логопедической и медикаментозной коррекции. Существуют различные варианты классификаций данной патологии, получившие широкое распространение, но ни один из них не отвечает требованиям экспертной практики по нескольким причинам: либо не учитывается такой важный параметр, как степень тяжести нарушений, либо не соблюдается принцип нозологической однородности классифицируемых групп. [5]

В процессе проведения обследования детей с патологией речи необходимо уметь дифференцировать алалии и другие нарушения речевого развития (недоразвитие речи при олигофрении; нарушения речи при раннем детском аутизме, глухоте или тугоухости; афазии; дизартрии; временные темповые задержки речевого развития функционального характера) для того, чтобы правильно оценить значимость (стойкость и выраженность) нарушений языковых и речевых функций и определить комплекс необходимых реабилитационных мероприятий.

Благодаря успехам нейропсихологии установлено, что речь имеет динамическую мозговую локализацию, учеными определены конкретные зоны, осуществляющие ее разные стороны. Интегративная работа всех речевых зон обеспечивает реализацию речевой функции в целом, но в обеспечении отдельных ее видов приоритетны разные отделы мозга. [6] При недостаточном активирующем влиянии лобных долей формируются задержки психоречевого развития: при незначительных нарушениях – темповые (которые в последующем, как правило, преодолеваются), при выраженных – вплоть до интеллектуального дефекта. Темповая задержка речевого развития (ЗРР) по своим проявлениям бывает сходной с замедленным психическим развитием. У детей только с темповой ЗРР, как правило, в отличие от детей с замедленным психическим развитием, все неречевые функции развиты в соответствии с возрастными нормами и недостаточность непосредственно проявляется только в экспрессивной речи. Понимание при темповой задержке речевого развития, как правило, сохранно.

Главным моментом является понимание того, что похожие состояния речи у разных детей-ровесников вызвано разными причинами. В итоге один из детей заговорит сам, потому что у него была темповая задержка речевого развития; другому помогут занятия со специальным психологом и учителем-логопедом; третий не заговорит никогда, потому что его вовремя не покажут специалисту и не проведут необходимое лечение; четвертый перестал говорить в результате острого стрессового расстройства. Один ребенок не говорит, потому что имеет сильное органическое поражение головного мозга и нуждается в специально организованных комплексных занятиях для стимуляции речевого развития, у другого не было необходимости говорить, вследствие педагогической запущенности ребенка, тогда необходима работа с родителями прежде всего.

Таким образом, причинами речевых нарушений могут быть общее отставание в психическом развитии ребенка, патология течения беременности и родов, последствия перинатальной энцефалопатии, дисфункции сенсорной интеграции, наличие повреждений артикуляционного аппарата, поражение органа слуха, влияние наследственности и неблагоприятных социальных факторов (недостаточное общение неправильные условия воспитания), различные соматические и психоневрологические заболевания ребенка, различного рода психологические травмы, перестимуляция зрительной информацией из-за обилия телепередач, мультфильмов и развивающих программ для детей [7] Трудности в освоении речи встречаются у детей с отставанием в физическом развитии, перенесших в раннем возрасте тяжелые заболевания, получающих неполноценное питание. Также задержка развития речи может быть связана с наличием у ребенка аутизма .

Логопедическую работу по профилактике речевых нарушений у детей раннего возраста группы риска следует строить с учетом основных положений специальной педагогики в области раннего вмешательства: раннее целенаправленное и дифференцированное «пошаговое» обучение; использование специфических методик, приемов, средств обучения; индивидуализация обучения; обязательное включение родителей в развивающий процесс. Речевое развитие детей раннего возраста очень пластично, поэтому необходимо правильно разработать и подобрать программу коррекционно-развивающего обучения для повышения уровня общего речевого развития детей и предотвращения возможных нарушений речевого развития в дальнейшем.

Литература

Чиркина Г. В. Актуальные проблемы развития логопедической науки // Дефектология. — 2012. — № 1. — С. 3–9.

Руководство для практических психологов и других специалистов, работающих с детьми раннего возраста / М. Г. Борисенко, О. Е. Камышникова, Т. Ф. Кирьянова, Н. Н. Рачковская. – СПб.: Паритет, 2008. – 64 с.

Дифференциальная диагностика речевых расстройств у детей дошкольного и школьного возраста: Метод. рекомендации / сост.Л. В. Венедиктова и др. СПб.: Детство – Пресс, 2010

Волкова Г.А. Методика обследования нарушений речи у детей. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 1993. – 45 с.

Владимирова И.А., Колядо В.Б., Лобанов Ю.Ф., Гончаренко А.Г., Самарин Б.А., Акимов Е.И. и др. Медико-социальная экспертиза при патологии речи у детей. Методическое пособие. Барнаул – 2007

Визель Т.Г. Основы нейропсихологии. М. – 2005.

Ефимов О. И., Ефимова В.Л. 15 мифов о детской речи. Диалоги невролога и логопеда о детской речи. — «Издательство «Диля», 2013. — 224 с