



# ЭКСПРЕСС- ДИАГНОСТИКА

Логопедической обследование  
психо-речевого развития детей  
младшего дошкольного возраста

6 ФЕВРАЛЯ, 2021Г, КУРСК

# УВАЖАЕМЫЕ СЛУШАТЕЛИ МАСТЕР-КЛАССА, БОЛЬШАЯ ПРОСЬБА:

- отключить звук на мобильных телефонах
- исключить посторонние разговоры в зале, за исключением специально отведенного времени
- согласовать любую фото- и видеосъемку со мной заранее
- отложить вопросы, уточнения по теме на специально отведенное время в конце каждого блока

## Формат работы:

- 11.00-12.30 - теоретические основы
- 12.30-13.00 – кофе-брейк
- 13.00-14.30 – разбор практической части



# Для чего нужна «ранняя» диагностика?

3

## 1. Теоретическая часть

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

## ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

- Симптомалогическая диагностика (наличие/отсутствие отклонения в речевом развитии по какому-либо из признаков; разграничение проявления физиологической незрелости речи и языка, соответствующие норме данного возраста, от нарушений («симптом»))
- Диагностика развития (общие характеристики дизонтогенеза; оценка интеллекта)
- Синдромологическая диагностика (совокупность симптомов, выделение ведущих механизмов нарушения)
- Диагноз (заключение)

# СТРУКТУРА ЛОГОПЕДИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ

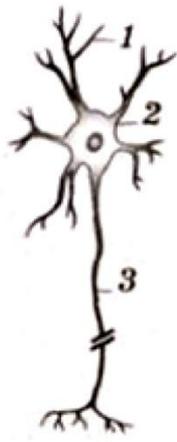
- Неврологические (топические) симптомы: каждый симптом соотносится с поражением определённых структур нервной системы
- Нейропсихологические (топические) симптомы: каждый симптом соотносится с определенным нарушением психических функций и входит в определенный синдром
- Речевые (нозологические) симптомы: каждый симптом соотносится с уровнем поражения речевого аппарата, его центрального звена (гм) или периферического отдела (органы дыхания, голосообразования, артикуляции)

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

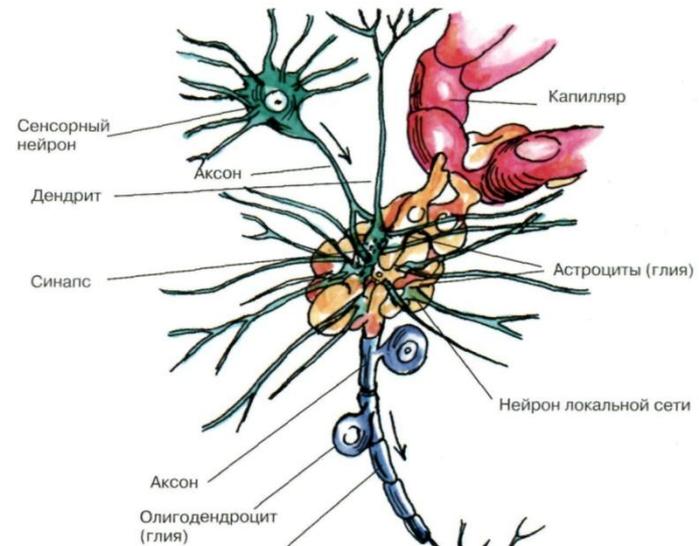
# ОСНОВЫ НЕЙРОАНАТОМИИ

## Основная структурная единица строения нервной системы.



1. Дендриты.
2. Тело нейрона.
3. Аксон.

## Нейроглия.

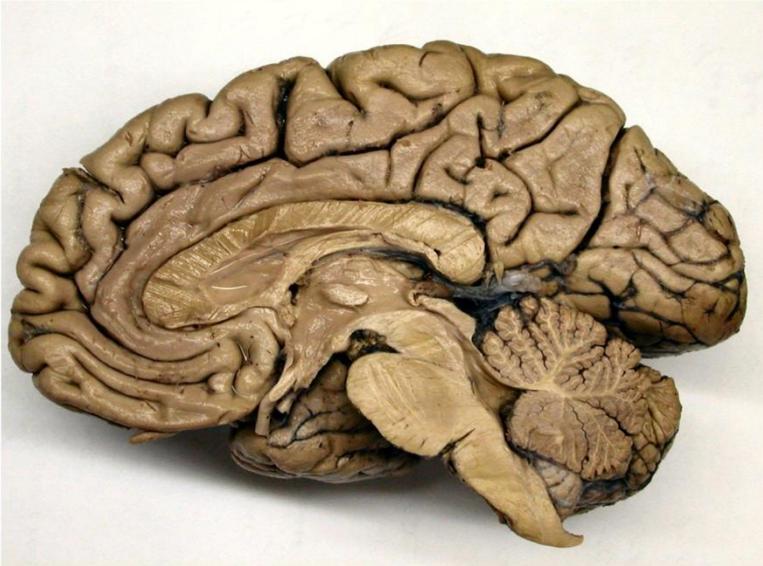


ПРОЛОГОПЕД

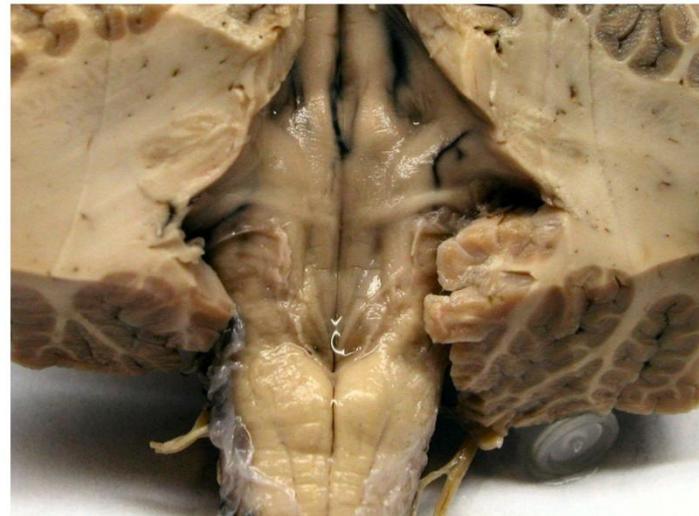
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# СТРОЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Большие полушария головного мозга.

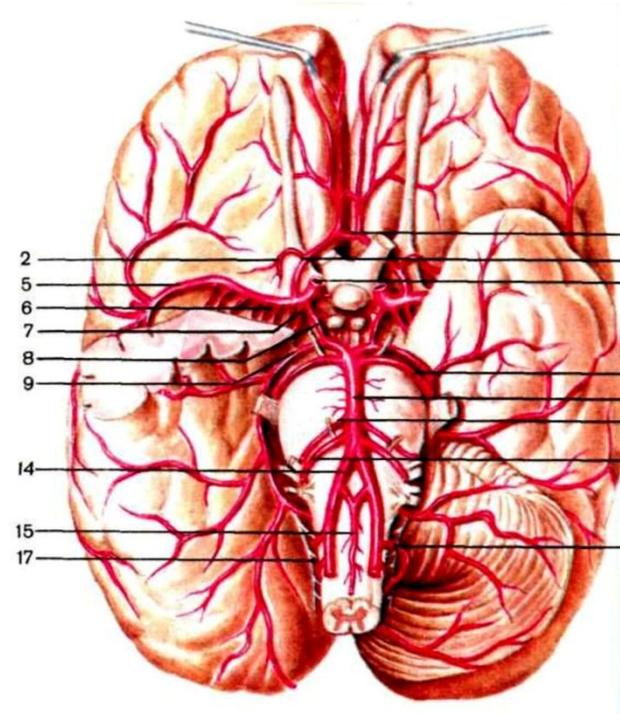
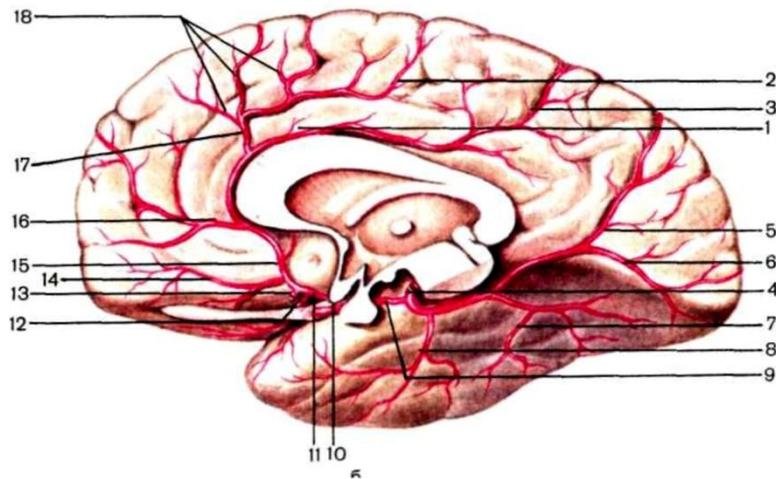
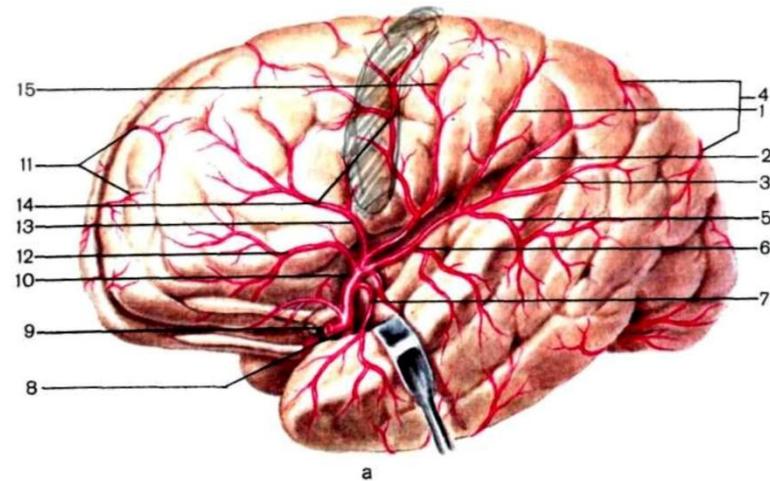


Серое и белое вещество головного мозга.



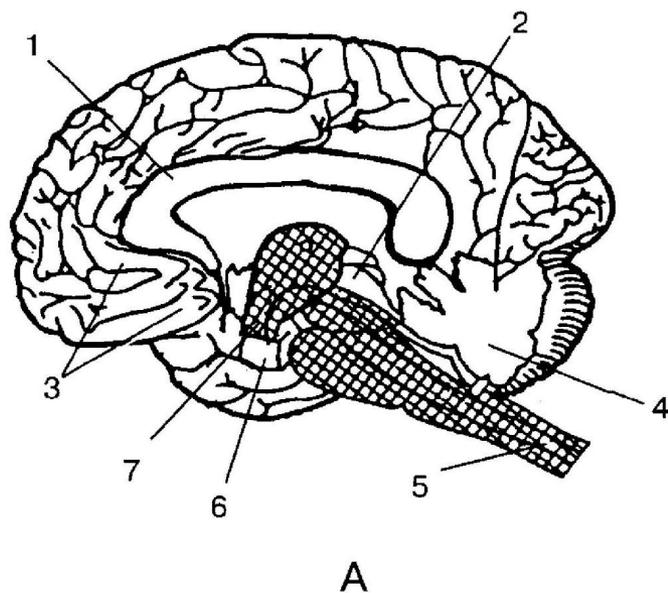
ПРОЛ  
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР

# Кровоснабжение головного мозга.



## Структурно-функциональная модель интегративной работы

### мозга, предложенная А.Р.Лурия

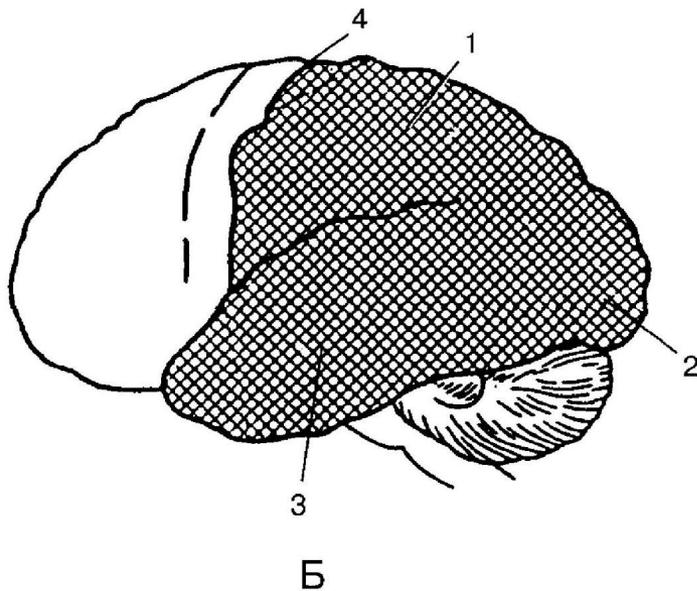


А — первый блок регуляции общей и избирательной неспецифической активации мозга, включающий ретикулярные структуры ствола, среднего мозга и диэнцефальных отделов, а также лимбическую систему и медиобазальные отделы коры лобных и височных долей мозга:

- 1 — мозолистое тело,
- 2 — средний мозг,
- 3 — медиобазальные отделы правой лобной доли мозга,
- 4 — мозжечок,
- 5 — ретикулярная формация ствола,
- 6 — медиальные отделы правой височной доли мозга.
- 7 - таламус.

## Структурно-функциональная модель интегративной работы

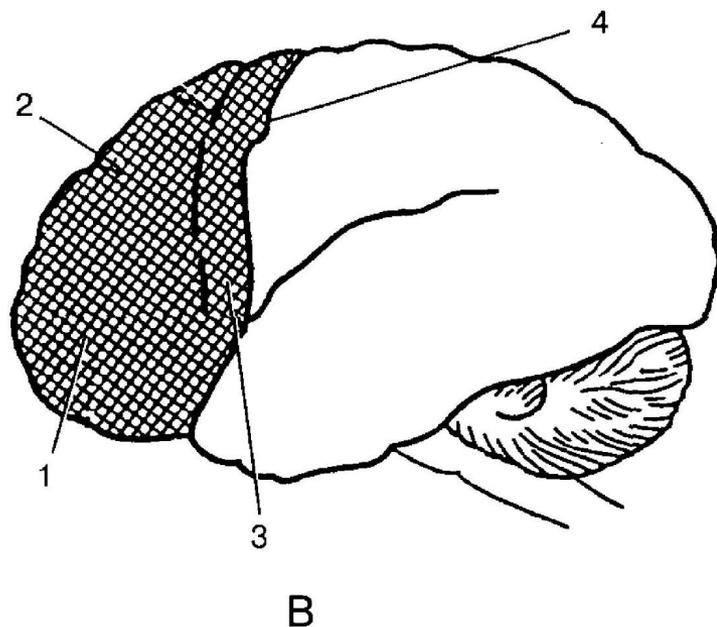
### мозга, предложенная А.Р.Лурия



Б — второй блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, включающий основные анализаторные системы (зрительную, кожно-кинестетическую, слуховую), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий:

- 1 — теменная область (обще-чувствительная кора),
- 2 — затылочная область (зрительная кора),
- 3 — височная область (слуховая кора),
- 4 — центральная борозда;

## Структурно-функциональная модель интегративной работы мозга, предложенная А.Р.Лурия



**В** — третий блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности, включающий моторные, премоторные и префронтальные отделы мозга с их двусторонними связями:

- 1 — префронтальная область,
- 2 — премоторная область,
- 3 — моторная область (прецентральная извилина),
- 4 — центральная борозда,

# Строение анализатора.

**Любая анализаторная система состоит из (по А.Р. Лурия):**

-периферического отдела

-коркового представительства.

1. Периферический отдел несет нервные импульсы до коры головного мозга или от нее и состоит из рецепторов и проводящих путей.

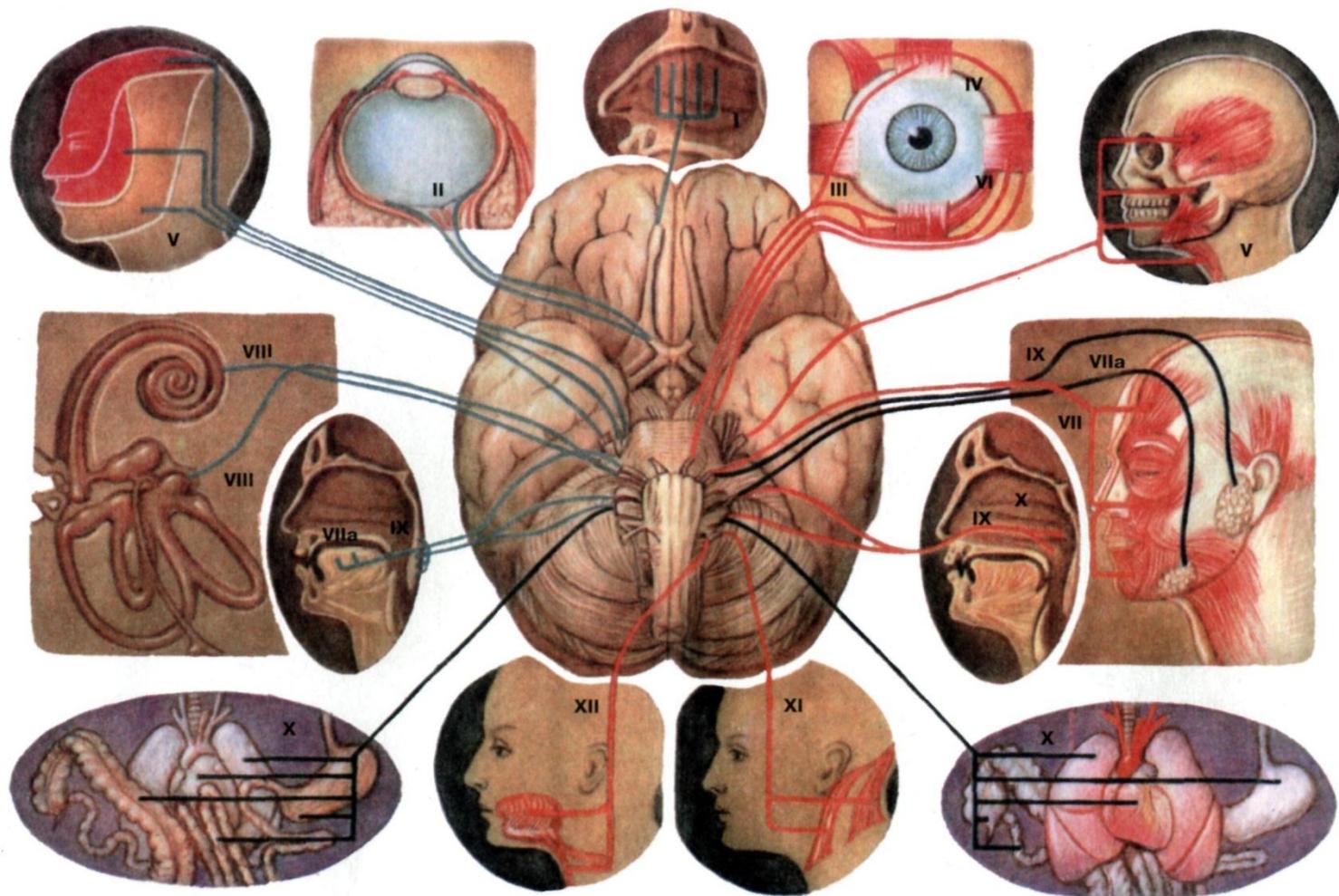
2. Коровое представительство включает в себя первичные, вторичные и третичные поля. Наличие этих полей доказано как наблюдениями, так и гистологически.

-**Первичное поле анализатора** (проекционное) как правило наиболее выражен 5 цитоархитектонический слой, то есть это поле непосредственно связано с нижележащими отделами нервной системы. Аккумулирует поступающую от периферических рецепторных отделов анализатора информацию.

-**Вторичное поле анализатора** (проекционно-ассоциативное) осуществляет связь в основном с окружающими корковыми отделами. В нем наиболее выражен 3 – 4 цитоархитектонические слои. Как правило вторичное поле проводит первичный сложный анализ поступающей информации от данного конкретного анализатора.

-**Третичное поле** (ассоциативное) оно осуществляет связи только с различными корковыми отделами как своего, так и противоположного полушария. Третичное поле отвечает за процессы квазипространственного анализа и синтеза

# Черепно-мозговые нервы.





# Симптомы поражения двигательной сферы.



## Виды расстройства элементарной чувствительности.



# Зрительный анализатор.

## *Основные отделы зрительного анализатора:*

1. Оптические среды глаза (хрусталик, стекловидное тело и т.п.).
2. Зрительный нерв.
3. Перекрест зрительных нервов (хиазма).
4. Зрительный тракт.
5. Первичный зрительный центр (боковые коленчатые тела, верхние бугры четверохолмия, таламус).
6. Зрительная лучистость (пучок Грациоли).
7. Кортикальный отдел зрительного анализатора:
  - первичное поле 17.
  - вторичные поля 18 и 19.

# Зрительный анализатор.

## *Симптоматика поражения периферического отдела зрительного анализатора в зависимости от локализации процесса.*

- Поражение оптических сред глаза дает, как правило, снижение остроты зрения, корригирующееся линзами.
- Поражение сетчатки глаза и зрительного нерва дает, как правило, снижение остроты зрения не корригирующееся линзами.
- Поражение перекреста (хиазмы) изнутри сопровождается выпадением полей зрения по типу битемпоральной гемианопсии.
- Поражение зрительного тракта сопровождается гомонимной гемианопсией на противоположной очагу стороне. Трактусовая гемианопсия, как правило, сопровождается отеком диска зрительного нерва.
- Поражение первичного зрительного центра, таламуса, внутренней капсулы так же дает гомонимную гемианопсию на противоположной стороне.
- Поражение зрительной лучистости (пучка Грациоли) дает квадрантную гемианопсию на противоположной стороне.

# Зрительный анализатор.

## ***Симптоматика поражения коркового отдела зрительного анализатора в зависимости от локализации процесса.***

1. Поражение 17-го поля в варианте выпадения характеризуется гомонимной гемианопсией на противоположной очагу стороне без признаков застоя на глазном дне. В варианте симптома раздражения – элементарные зрительные галлюцинации в виде вспышек яркого света (фотопсий).
2. Поражение 18 и 19 (вторичных) полей зрительного анализатора в варианте раздражения – яркие зрительные галлюцинации на основе предыдущего зрительного опыта (А.Р. Лурия).
3. Поражение 18 и 19 полей в варианте симптоматики выпадения характеризуется (по Е.Д. Хомской):
  - ✓ Предметная агнозия – больной правильно оценивает отдельные элементы предмета но не может оценить предмет в целом.
  - ✓ Оптико-пространственная агнозия – невозможность ориентирования в пространственных признаках изображения.
  - ✓ Буквенная агнозия – невозможность правильного прочтения букв при правильном их письменном копировании.
  - ✓ Цветовая агнозия – больной может назвать цвета, но не может определить какие предметы в какой цвет окрашены, то есть не может вспомнить цвет знакомых предметов.
  - ✓ Лицевая агнозия – различает человеческие лица или фотографии.
  - ✓ Симультанная агнозия – пациент воспринимает только отдельные фрагменты изображения, причем этот дефект наблюдается и при сохранных полях зрения.

# Слуховой анализатор.

## *Основные отделы слухового анализатора:*

1. Ушная раковина.
2. Наружный слуховой проход.
3. Барабанная перепонка.
4. Система слуховых косточек.
5. Улитка и кортиева орган.
6. Слуховая порция предверно-улиткового нерва (VIII пара).
7. Первичный слуховой центр (медиальные коленчатые тела, нижние бугры четверохолмия, таламус).
8. Кортиков отдел слухового анализатора:
  - первичное поле - извилина Гешля – поля 41 по Бродману.
  - область задних отделов верхней височной извилины (поле 42 и 22 по Бродману).

# Слуховой анализатор.

## СИМПТОМАТИКА ПОРАЖЕНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ..

1. Поражение одного из уровней периферического отдела слухового анализатора приводит как правило к **одностороннему снижению слуха (нейросенсорной тугоухости)**.
2. Одностороннее поражение области извилин Гешля, как правило, не приводит к снижению слуха за счет двухсторонней иннервации, тем не менее выявляется **расстройство восприятия коротких звуков** (по Е.Д. Хомской, Т.Г. Визель).
3. При поражении задних отделов височной извилины правой височной доли головного мозга возникает так называемая **слуховая (акустическая) агнозия**.
4. **Амузия** – расстройство восприятия музыки – возникает при поражении правой височной доли головного мозга, а также у таких больных выявляется **нарушение интонационной стороны речи**.
5. Поражение поля 22 левой височной доли головного мозга приводит к появлению **акустико-гностической афазии (сенсорной афазии или афазии Вернике)**.



**СОВРЕМЕННЫЕ НОРМЫ  
ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ**

22

**Доречевой (0-14 мес) и речевой период (1-7 лет)**

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# ДОРЕЧЕВОЙ ПЕРИОД ( от 0 до 14 МЕСЯЦЕВ)

- 0-6 недель - врожденные рефлексы, крик и плач
- 2,5 мес – 4 месяца – первые простые двигательные навыки многократно повторяемые, «комплекс оживления» (неоформленные вокализации, более явная форма общения), гуление.
- 5-8 мес – более развитые поведенческие формы, нацеленность на объект, появление промежуточных действий для достижения цели, трансформация гуления в лепет на фоне активного использования крика и плача.
- 9-12 мес. – достижение цели путем преодоления препятствий, появляются конвенциональные (условленные) формы общения. Крик и плач - только в ответ на неприятные воздействия, на эмоционально нейтральном или положительном фоне – гуление и лепет. Появление «младенческого пения» (произвольные аффективные вокализации).

# ПЕРИОД ОТ 1 ГОДА И СТАРШЕ

- 1г – 1г 6мес - говорит 7-20 слов, показывает предметы на картинке
- 1г 6мес – 2г - первые фразы («ляля бух»), показывает части тела, выполняет инструкции (пойди на кухню и принеси чашку), понимает действия (кто спит?), говорит 50 слов
- 2г – 2г 6мес - понимает короткие сказки, усложняют фразу («я хочу спать»)
- 2г 6мес – 3г - использование предложений из 3-4 слов с отдельными ошибками в окончаниях и предлогах, понимает грамматические категории
- 3г – 3г 6мес – грамматически правильно оформляет высказывания с использованием практически всех частей речи (допускается лишь нарушенное произношение звуков позднего онтогенеза: свистящие, шипящие, сонорные, аффрикаты)

**Важен именно уровень развития фразовой речи, а не богатство словарного запаса!**

# РАЗВИТИЕ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ В ОНТОГЕНЕЗЕ

- **I уровень** - выражено речевое внимание, прислушивается к голосу, адекватно реагирует на интонацию, узнает знакомые голоса. Этот уровень здоровый ребенок проходит от 3 до 6 месяцев.
- **II уровень** - понимает отдельные инструкции в знакомых словосочетаниях, подчиняется некоторым словесным командам: «Поцелуй маму»; «Где папа», «Дай ручку», «Нельзя» и т.д. Этот уровень здоровый ребенок проходит от 6 до 10 месяцев.
- **III уровень** - понимает названия отдельных предметов и игрушек:
  - а) понимает только названия предметов и игрушек (10-12 мес);
  - б) узнает их на картинках (12-14 мес);
  - в) узнает их на сюжетной картинке (15-18 мес).
- **IV уровень** - понимает названия действий в различных ситуациях: «Покажи, кто сидит», «Кто спит?» и т.д.
  - а) понимает двухступенчатую инструкцию (2 года): «Пойди в кухню, принеси чашку», «Возьми платок, вытри нос» и т. д.;
  - б) понимает значение предлогов в привычной конкретной ситуации, в привычной ситуации начинает понимать вопросы косвенных падежей: «На чем ты сидишь?», «Во что играешь?» и т.д. (2 года 6 мес);
  - в) установление первых причинно-следственных связей (2 года 6 мес).
- **V уровень** - понимает прочитанные короткие рассказы, и сказки, трехступенчатую инструкцию (2 года 6 мес. - 3 года).
- **VI уровень** - понимает значение сложноподчиненных предложений, понимает значение предлогов вне привычной конкретной ситуации (к 4 годам).

# УРОВНИ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ (ПО ЖУКОВОЙ)

- Нулевой: ребенок с сохранным слухом не воспринимает речи окружающих, иногда реагирует на свое имя, реже на интонации запрещения или поощрения.
- Ситуативный: ребенок понимает просьбы, связанные с обиходным предметным миром, знает имена близких и названия своих игрушек, может показать части тела у себя, у родителей, у куклы, но не различает по словесной просьбе изображений предметов, игрушек, хорошо знакомых ему в быту.
- Номинативный: ребенок хорошо ориентируется в названиях предметов, изображенных на отдельных картинках, но с трудом ориентируется в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках (идет, сидит, читает и т.п.). Совершенно не понимает вопросов косвенных падежей (чем? кому? с кем? и т.п.).
- Предикативный: ребенок знает много названий действий, легко ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках, различает значения нескольких первообразных предлогов (положи на коробку, в коробку, около коробки). Не различает грамматических форм слов.
- Расчлененный: ребенок различает изменения значений, вносимых отдельными частями слова (морфами) — флексиями, приставками, суффиксами (стол — столы, улетел — прилетел).



# **Причины появления речевых нарушений**

27

**Биологические и социальные причины**

**ПРОДОГОВЕД**

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

- наследственность, генетические аномалии
- внутриутробная или натальная (возникшая во время родов) гипоксия
- нефизиологичные роды: окситоциновая стимуляция на фоне слабой родовой деятельности, эпидуральная анестезия, кесарево сечение
- родовые травмы
- заболевания в первые годы жизни, в т.ч. осложнения на ревакцинацию АКДС
- неблагоприятные социально-бытовые условия жизни в семье
- общение ребенка с людьми с нарушением речи
- переживание ребенком стресса, испуга, насилия (в частности психологического и эмоционального)
- психологические особенности родителей, эмоциональное состояние матери

# ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ, ЕСЛИ РОДИТЕЛЬ:

- ❑ Постоянно критикует, кричит или обижает
- ❑ Игнорирует чувства
- ❑ Не разрешает покидать комнату
- ❑ Манипулирует
- ❑ Не хочет выходить с ребенком на люди
- ❑ Запрещает общение с родственниками и друзьями
- ❑ Унижает при посторонних
- ❑ Грозится уйти или выгнать из дома
- ❑ Любой вид насилия в семье по отношению к другому ее члену



# ПРИЗНАКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОГО РАЗВИТИЯ

30

От рождения до 7 лет

ПРОДОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# ПРИЗНАКИ РИСКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО КОРНЕВУ)

- Коммуникативное поведение:
  - дефицит или отсутствие «реакции оживления» после 3 мес.
  - пассивность/недифференцированная реакция на близких /чужих после 8 мес., паническая реакция на чужих.
  - избегание глазного контакта, позы принятия.
  - позднее появление лепета (раннего — после 5 мес, позднего — после 7-8 мес).
- Эмоциональное поведение:
  - пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач, дистимический или депрессивный фон настроения, невропатические проявления.
  - бедный репертуар эмоциональных реакций.
- Познавательная сфера:
  - не отыскивает спрятанную на его глазах игрушку (после 7 мес.).
  - неустойчивая, кратковременная фиксация зрительного внимания, нет фиксации взора на яркой игрушке, нет прослеживающих движений взора за ярким предметом.

# ПРИЗНАКИ РИСКА ВТОРОГО ГОДА ЖИНИ

- Коммуникативное поведение:
  - низкая коммуникативная активность
  - отсутствие или слабая выраженность реципрокности в диалоге («взаимности» коммуникации)
  - избегание диалога или формальность в диалоге
- Эмоциональное поведение:
  - пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач
  - депрессивный (пониженный) фон настроения
  - невропатические проявления
  - тревожная привязанность к родителям
  - однообразные, стереотипные эмоциональные реакции
- Познавательная сфера:
  - преобладание элементарных форм исследовательского поведения (ротовое исследование)
  - хаотический характер проб и ошибок
  - нефункциональность предметных действий
  - отсутствие ориентации на цвет и форму в практической деятельности

# ПРИЗНАКИ РИСКА ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ

- Коммуникативное поведение:
  - Боязнь и избегание сверстников.
  - Отсутствие партнерских отношений.
  - Чрезмерная автономность поведения по отношению к родителям.
  - Низкая коммуникативная активность.
- Эмоциональное поведение:
  - Пассивность, нерадостное настроение.
  - Невропатические проявления.
  - Однообразные, стереотипные эмоциональные реакции.
  - Эмоциональная отгороженность или неадекватность эмоциональных реакций.
  - Симбиотическая привязанность по отношению к родителям: ребенок требует постоянной физической близости родителей.
- Познавательная сфера:
  - Преобладание элементарных форм исследовательского поведения (ротовое исследование).
  - Хаотический характер проб и ошибок.
  - Нефункциональность предметных действий.
  - Отсутствие каракульного рисунка.
- Игровая деятельность: Преобладание манипулятивной игры. Отсутствие символической игры. Низкая игровая активность. Стереотипность игровых действий в предметно-практической игре

# НЕВРОПАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ)

- Повышенная возбудимость, состояние беспокойства, крики, плач, прерывистый сон.
- Прикладывание к груди успокаивает ребенка ненадолго, нередко отказы от кормления.
- После приема пищи возникают обильные срыгивания, колики, возможны нарушения стула.
- Замедлено формирование циркадных ритмов: сохраняется частый и непродолжительный сон днем, бодрствование ночью.
- Характерна повышенная восприимчивость к шумам и изменению освещенности, вздрагивания во сне. Пробуждения сопровождаются плачем.
- Дети тяжело переносят одиночество, предпочитают находиться на руках у взрослого.

# НЕВРОПАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (РАННЕЕ ДЕТСТВО)

- Дети раскачиваются в стороны, сосут пальцы, обкусывают ногти.
- Высокая подвижность и недостаточная координация приводят к падениям, ушибам, что усиливает плач и беспокойство ребенка.
- Дисфункция желудочно-кишечного тракта, обусловленная незрелостью вегетативной координации (вздутие живота, тошнота, рвота, диарея, запор).
- Возможны нарушения акта глотания, жевания, избирательность в еде вплоть до отказа от всех продуктов кроме одного-двух.
- При изменениях погоды, атмосферного давления самочувствие детей ухудшается – усиливаются вегетативные нарушения, появляется слабость, головные боли, плаксивость, капризность.
- Тяжело переносятся сезонные простудные заболевания, инфекции. При повышении температуры тела возникают судорожные приступы и иные нарушения неврологического спектра.
- Большое количество незнакомых раздражителей – крики детей, шум, тактильные контакты – быстро утомляют, повышают возбудимость, провоцируют истерику
- Сильно привязаны к матери, предпочитают проводить время с ней, находиться в одиночестве не любят.

# ОСНОВНЫЕ ТРЕВОЖНЫЕ СИМПТОМЫ ПОСЛЕ 1 ГОДА

- ❑ Отсутствие реакции на речь окружающих, даже при наличии лепета или слов (слух?)
- ❑ К 1,5 годам не произносит никаких слов
- ❑ Отсутствие фразы после 2 лет, даже при наличии отдельных слов
- ❑ Нормально развивающийся ребенок вдруг отказывается от речевого общения, замыкается, перестает реагировать на обращения
- ❑ У ребенка голос с носовым оттенком, вялая мимика, трудности жевания, глотания, или, наоборот, напряженное выражение лица, запаздывание в формировании двигательных навыков
- ❑ Ребенок помимо отставания в речевом развитии плохо ориентируется в повседневной ситуации



## **ПОЧЕМУ БОЛЬШИНСТВО ЛОГОПЕДИЧЕСКИХ МЕТОДИК «НЕ РАБОТАЕТ?»»**

37

Может ли логопед провести комплексное обследование безречевого ребенка и проанализировать результаты, вычленив ведущие симптомы?

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# Мультидисциплинарный подход к "неговоряшке": миф или реальность?

- Консультация невролога
- Консультация психолога
- Консультация сурдолога
- Консультация нейропсихолога
- Консультация психиатра
- Консультация генетика
- Консультация ЛОРа, окулиста, стоматолога
- Консультация гастроэнтеролога (Нутрициолога)
- Консультация остеопата
- Консультация сенсорного терапевта

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

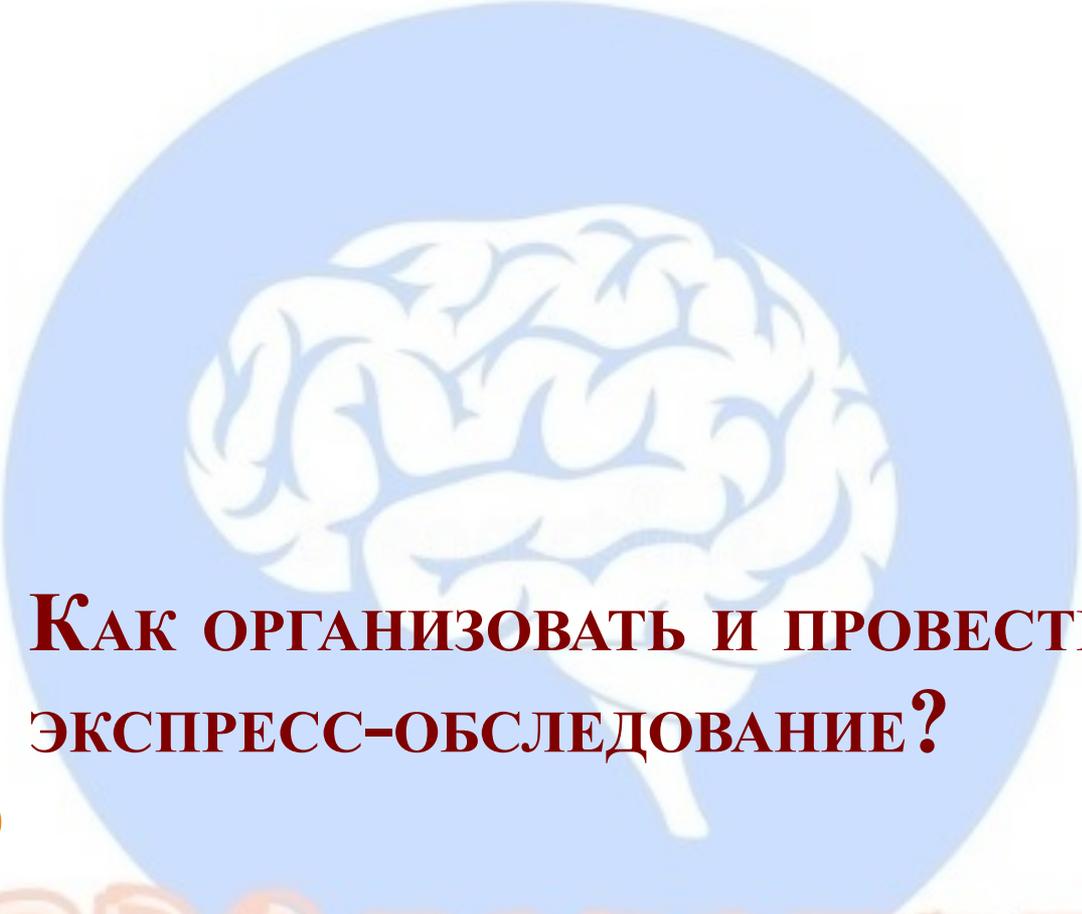
- ЭЭГ, видео-ЭЭГ-мониторинг
- НСГ, КТ / МРТ
- УЗДГ сосудов ГМ и шеи
- Рентген шейного отдела
- Аудиометрия (аудиограмма)
- Акустические субкортикальные вызванные потенциалы (АСВП)
- Анализы (общий, с-реактивный белок, биохимия, витамины, аминокислоты, гормоны и т.д.)
- Генетические обследования

# Что значит "ЭКСПРЕСС" ОБСЛЕДОВАНИЕ И ПОЧЕМУ ЭТО ЕДИНСТВЕННЫЙ ВАРИАНТ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ?

- Большая часть неговорящих детей импульсивны, истощаемы, имеют трудности с удержанием произвольного внимания, поэтому у исследователя есть всего 20-40 минут на максимально глубокое обследование всех сфер ребёнка, на понимание структуры дефекта лишь одним способом - в ИГРЕ!
- Только лишь экспресс-обследование является единственным инструментом в диагностике детей раннего и младшего дошкольного возраста для практикующих специалистов.

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ



# **КАК ОРГАНИЗОВАТЬ И ПРОВЕСТИ ЭКСПРЕСС-ОБСЛЕДОВАНИЕ?**

41

## **2. Практическая часть**

**ПРОЛОГОПЕД**

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

## ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ

- Предваряющий (звонок, встреча, беседа)
- Этап сбора анамнестических данных (опросник, беседа)
- Наблюдение
- Эксперимент
- Беседа с законными представителями
- Анализ полученных данных
- Определение структуры дефекта, ведущих симптомов
- Рекомендации, план работы
- Дополнительные консультации, исследования

## ПОДГОТОВКА К ДИАГНОСТИКЕ

- Место проведения (территориально, характеристики помещения)
- Время проведения (пожелания родителей и комфорт для специалиста)
- Продолжительность диагностики (1, 2 и 3 части)
- Присутствие семьи (законные представители, доверенность)
- Выбор стимульного материала (количество, качество)
- Внешний вид и речь специалиста (одежда, макияж, эмоциональность)
- Дополнительные анкеты и опросники
- Что писать в заключении
- Как формируется стоимость



## **МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ**

44

**Выбираем самые необходимые дидактические игры и пособия для обследования ребенка 1,5 – 4 лет**

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# АНАЛИЗИРУЕМ АНАМНЕЗ: ПУСТАЯ ТРАТА ВРЕМЕНИ ИЛИ ВАЖНЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ?

- Семейный анамнез (анамнез прародительских семей)
- Родительская семья (Возраст при вступлении в брак, условия, при которых он заключен, наличие предыдущих браков, причины разводов. Наличие в семье других членов (кто, в каких отношениях, возраст и т. д.). Возраст, состояние здоровья и вид занятий родителей к моменту беременности)
- Акушерский анамнез матери (Давность и характер предыдущих беременностей. Предшествующие беременности, их желательность, исход. Наличие аборт, их мотивы, влияние на супружеские отношения родителей. Здоровье родителей к моменту беременности пациентом, ее желательность, ожидания по полу ребенка, совпадения или разочарования кого-либо из родителей в поле ребенка, его внешности, характере. Физическое и психологическое состояние матери в течение беременности, осложнения во время беременности. Отношения между родителями между беременностями; с другими родственниками и членами семьи)
- Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства. Масса тела ребенка при рождении, крик, характеристика периода новорожденности, его особенности.

# ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

- ❑ 1-й год жизни. Кто ухаживал за ребенком, особенности ухода (брали на руки, строго ли соблюдали режим, были ли противоречия между ухаживающими). Характер вскармливания, отношение к кормлению ребенка и матери. Психомоторное развитие ребенка и реакция матери на достижения ребенка. Сон на 1-м году жизни; реагирование на одиночество; заболевания, психические травмы, отрывы от матери и т. д.
- ❑ 2-й год жизни. Возраст начала ходьбы, развитие речи, навыков опрятности и самообслуживания. Реагирование родителей на достижения ребенка. Характер поощрений и наказаний. Характер игры; способность оставаться в одиночестве, его переносимость. Характер сна. Описание личностных особенностей ребенка. Заболевания и психические травмы 2-го года.
- ❑ 3—4 года. Взаимоотношения с матерью и отцом, характер игры; способность к сюжетной игре. Развитие познавательной сферы, интересов, степень и качество самообслуживания. Особенности поведения с матерью, отцом, другими членами семьи. Переносимость критики. Умение играть в одиночестве, с родителями, другими детьми. Наказания и поощрения, их переносимость. Характеристика сна. Заболевания и психические травмы, их переносимость.

# ОСНОВНЫЕ ТЕСТЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОСЫЛОК ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ

1. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ:
  - УМЕНИЕ УСТАНОВЛИВАТЬ КОНТАКТ И СОТРУДНИЧАТЬ С НЕЗНАКОМЫМ ВЗРОСЛЫМ
  - ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ РЕБЁНКА СО СВЕРСТНИКАМИ И ВЗРОСЛЫМИ
  - ПОДРАЖАНИЕ
2. СЕНСОМОТОРНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ:
  - ОБЩАЯ МОТОРИКА
  - РУЧНАЯ МОТОРИКА
  - АРТИКУЛЯЦИОННАЯ МОТОРИКА
  - ЗРИТЕЛЬНОЕ И СЛУХОВОЕ ВОСПРИЯТИЕ
  - СЛУХО-ОПТИКО-МОТОРНАЯ КООРДИНАЦИЯ (МЕЖСЕНСОРНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ)
3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ:
  - МЫШЛЕНИЕ
  - СЛУХОРЕЧЕВАЯ И ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ
  - ВНИМАНИЕ
  - САМОРЕГУЛЯЦИЯ
  - МОТИВАЦИЯ

## ИССЛЕДОВАНИЕ РЕЧИ

1. ПОНИМАНИЕ РЕЧИ –
  - понимание просьб
  - понимание наименований предметов, действий, признаков
  - понимание вопросов
  - понимание предложно-падежных конструкций
  - фонематическое восприятие
2. ЭКСПРЕССИВНАЯ РЕЧЬ
  - активный словарь
  - грамматический строй
  - звукопроизношение
  - слоговая структура
  - сформированность фразы

# ПЕРВАЯ ВСТРЕЧА

- Только законные представители или по доверенности
- Двое взрослых с ребенком
- Сначала – знакомство с ребенком
- На обследовании присутствуют родители / мать, но не участвуют в процессе, если их не приглашают
- Беседа с родителями после обследования ребенка
- Изучение документов и жалоб после обследования ребенка
- Беседа вне присутствия ребенка
- Ребенку не предлагаются ситуации выбора, с которыми лучше не иметь дело
- Исключить физическое воздействие, физическое благополучие
- Атмосфера принятия (не заставлять), эмоциональное благополучие. «Я слышу. Я понимаю. Мне не все равно»

# УСТАНАВЛИВАЕМ КОНТАКТ С САМЫМИ "КАПРИЗНЫМИ" МАЛЫШАМИ

- ▣ Ребенок убегает, сторонится, сопротивляется (Это проявление защиты. Родители давят на него. Используем минимум слов, только наблюдение. Сказать сколько будет длиться занятие и что он может взять игрушки)
- ▣ Если ребенок молчит, застыл (Не молчать, начать оречевлять действия или заинтересованность ребенка в чем-то. Тогда ребенок включится в вербальное или невербальное общение. Показать заинтересованность в ребенке)
- ▣ Если пытается вызвать отрицательные эмоции (Не реагировать, сказать о своих чувствах и разъяснить задачи и границы. Не бояться, предлагать альтернативы. Не злиться, не поддаваться эмоциям)
- ▣ Ребенку все безразлично (нервно-психическое расстройство?)
- ▣ Ребенок не отпускает мать (нарушение привязанности?)
- ▣ Полное отсутствие контакта (рассказ матери о ребенке)

## БЕСЕДА С РОДИТЕЛЯМИ (ЖАЛОБЫ)

- Субъективные проявления, которые беспокоят родителя в момент беседы со специалистом.
- Проявления, которые на момент беседы отсутствуют, но более или менее регулярно, периодически, возникают в течение дня, недели или месяца.
- Симптомы, возникающие только в ответ на специфические внешние факторы (появление навязчивостей после критики матери).
- Запрос к специалисту
- Помощь, полученная у других специалистов (ее длительность, характер, результативность)
- Ожидания от ребенка в будущем



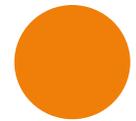
## **ДИАГНОЗ (ЗАКЛЮЧЕНИЕ)**

**Определяем основные механизмы нарушения**

**ПРОЛОГОПЕД**

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

51



## АЭЛИТА КАПИТОНОВНА МАРКОВА ВЫДЕЛИЛА 6 ТИПОВ НАРУШЕНИЙ СЛОГОВОЙ СТРУКТУРЫ СЛОВА.

- **Элизии** – усечение слогового контура слова
- **Персеверация** (*упорствую*)- инертное застревание на произнесении какого-либо слога в слове.
- **Антиципация** – уподобление одного слога другому.
- **Итерация** – добавление лишней слогообразующей гласной, где имеется стечение согласных.
- **Перестановка слогов в слове** – нарушение линейной слоговой программы.
- **Контаминация** (*Конта* – от слова контакт – соединение; *минация* – номинация- наименование.) – Соединение частей двух слов.

## Клинико-педагогическая классификация нарушений речи



## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ

- ФФН, или фонетико-фонематическое недоразвитие
- ЗРР, или задержка речевого развития
- ОНР, или общее недоразвитие речи

### НАРУШЕНИЕ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ

Заикание

### НАРУШЕНИЕ В ПРИМЕНЕНИИ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ

# ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (по Корневу):

## 1. Парциальные формы НР

- ▣ Функциональная дислалия (нарушение звукопроизношения при отсутствии анатомических аномалий и нарушений иннервации)
- ▣ Артикуляционная диспраксия (чаще как синдром), часто сопровождается дизартрическими проявлениями
  - Дисфонетическая артикуляционная диспраксия (устойчивые искажения, чаще звуков позднего онтогенеза)
  - Дисфонологическая артикуляционная диспраксия (стойкие замены, упрощения, пропуски, слоговая сформирована)
  - Динамическая артикуляционная диспраксия (пропуски слогов, пропусками согласных, перестановками слогов, изолированно чисто)
- ▣ Дизартрия развития (сочетанная с ДЦП)
- ▣ Ринолалия (ринофония)
- ▣ Дисграмматизм (лексико-грамматические нарушения средней и легкой степени)

## 2. Тотальные формы НР

- ▣ Алалия (моторная, сенсорная)
- ▣ Параалалическая форма ПНР

# НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НР (Т.Г. ВИЗЕЛЬ)

## Нецеребральные:

- ❑ Периферические (механическая дислалия, ринолалия, периферические дисфонии)
- ❑ Социальные (ЗРР по причине социальной депривации)

## Церебральные:

- ❑ Мышечный (дизартрии)
- ❑ Координационный (темпо-ритмические нарушения: тахи/брадилалия, дизритмия, атаксия, гипо/гиперкинезия)
- ❑ Гностико-праксический, фонетический (агностическая алалия, апраксическая алалия, дислексия, дисграфия)
- ❑ Языковой, фонологический (алалия сенсорная, алалия моторная, афазии)
- ❑ Неврогенный, психогенный (заикание, функциональные дисфонии/афонии, мутизм, нарушения речи при РАС, ДРЛ)

# МКБ - 10

- Диагноз f 80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции
- Диагноз f 80.1 Расстройство экспрессивной речи
- Диагноз f 80.2 Расстройство рецептивной речи
- Диагноз f 80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией [ландау-клефнера]
- Диагноз f 80.8 Другие расстройства развития речи и языка
- Диагноз f 80.9 Расстройства развития речи и языка неуточненные

# Ч.НЬОКИТЬЕН. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ.

## Том 2

Таблица 3-1. Классификация расстройств развития речи и приобретенных нарушений речи у детей

### РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ РЕЧИ (РРР)

#### А. Варианты дисфазии развития

(или фонологические расстройства)

- 1) Истинная (экспрессивная) дисфазия, с незначительной коморбидностью или без нее
- 2) Тяжелый экспрессивный синдром, смешанный с подтипом 10, 11 или 12
- 3) Смешанные экспрессивно-импрессивные расстройства; часто имеет место значительное расхождение между уровнем развития экспрессивной и импрессивной речи, а невербальный IQ выше по сравнению с уровнем понимания речи

#### В. Преимущественно импрессивные расстройства

(атипичные для дисфазии развития)

- 4) Слуховая вербальная агнозия, или врожденная «словесная глухота» (при легких формах может проявляться так называемым нарушением фонематического слуха)
- 5) Редкая форма представлена так называемой корковой глухотой – тотальной слуховой агнозией (врожденное отсутствие слухового восприятия)
- 6) Общая задержка речи, отставание в развитии; низкий уровень развития экспрессивного и рецептивного компонентов речи; часто сопровождается невербальными нарушениями (при снижении интеллекта). Имеет место при тяжелых формах так называемой асимволической умственной отсталости или «аутистическом мутизме» (понимание речи и собственная речь полностью отсутствуют)
- 7) Аутистическая эхолалия (см. 9)
- 8) Глубокая тугоухость

#### С. Семантико-прагматические расстройства использования речи

- 9) Иногда начинаются в виде эхолалической аутистической речи

#### Д. Расстройства развития речевой артикуляции

- 10) Дефицит фонологического программирования, или речевая диспраксия
- 11) Нарушения звукопроизношения, являющиеся вторичными по отношению к нарушениям слухового восприятия или потере слуха; так называемые дисфонемии
- 12) Речевая диспраксия как часть общей орально-моторной диспраксии
- 13) Бульбарная, псевдобульбарная или мозжечковая дизартрия
- 14) Речевые нарушения, обусловленные механическими причинами (расщелина нёба и т.д.)

#### Е. Другие нарушения беглости речи: заикание и запинки

#### Ф. Селективный мутизм

#### Г. Обеднение речи из-за тяжелой депривации

#### ПРИОБРЕТЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА РЕЧИ

- 16) Детская афазия (при поражении мозга)
- 17) Синдром Ландау–Клеффнера (напоминает подтип 5)
- 18) Менее изученные формы регресса устной речи неясного генеза; встречаются у многих детей, у которых в возрасте старше 2 лет возникли аутистические проявления



## **ИНТЕРПРЕТИРУЕМ РЕЗУЛЬТАТЫ:**

**разбор реальных заключений безречевых детей,  
написание рекомендаций и плана работы.**

58

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

## РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИАГНОСТИКИ

- Консультации смежных специалистов (дифдиагноз)
- Дополнительные объективные методы исследования
- Занятия с детским психологом с целью коррекции поведения, развития ВПФ.
- Занятия с логопедом (дефектологом) индивидуально.
- Посещение коммуникативной группы по активизации речи «Хочу говорить!»
- Активное чтение сказок, стихов, рассказов с эмоциональным проговариванием.
- Увеличение эмоционально положительного общения (игры) между родителями и ребенком для повышения мотивации к речевому общению
- Формирование навыков самообслуживания

# ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

- Посещение муниципального детского сада, групп кратковременного пребывания частных центров
- Занятия по развитию мелкой моторики, чтение книг, «развивающие» игры (пазлы, пирамидки, вкладыши)
- Занятия по системе Монтессори
- Логопедический массаж и «постановка» звуков
- Ноотропы, «иголки», БАК, Томатис, ТКМП, «дельфины»

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

# КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С БЕЗРЕЧЕВЫМИ ДЕТЬМИ

## Создание предпосылок речевого развития

- Развитие ориентировочных действий
- Формирование интереса к окружающему
- Развитие предметной деятельности
- Формирование потребности в общении
- Развитие доречевых средств общения
- Формирование слухового внимания и восприятия, фонематического слуха
- Развитие артикуляционного аппарата, обеспечивающего становление звуковой стороны речи

## Развитие основных функций речи

- функция общения (коммуникативной),
- познавательная функция
- функция регуляции деятельности

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**

**ЖДУ ВАШИХ ОТЗЫВОВ В  
ВКОНТАКТЕ, ИНСТАГРАМ!**

**ПРОЛОГОПЕД**

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ПРИГЛАШАЮ ВСТУПИТЬ В СУПЕРВИЗИОННУЮ ГРУППУ ДЛЯ ЛОГОПЕДОВ (Г.КУРСКА):

- Полезные знакомства с коллегами
- Обсуждение сложных случаев в работе
- Дружественная поддержка
- Повышение квалификации по темам
- Закрытый чат в телеграмм / watsapp / инстаграмм

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

