



ЭКСПРЕСС- ДИАГНОСТИКА

Логопедическое обследование
психо-речевого развития детей
младшего дошкольного возраста

11 сентября, 2021г

УВАЖАЕМЫЕ СЛУШАТЕЛИ МАСТЕР-КЛАССА, БОЛЬШАЯ ПРОСЬБА:

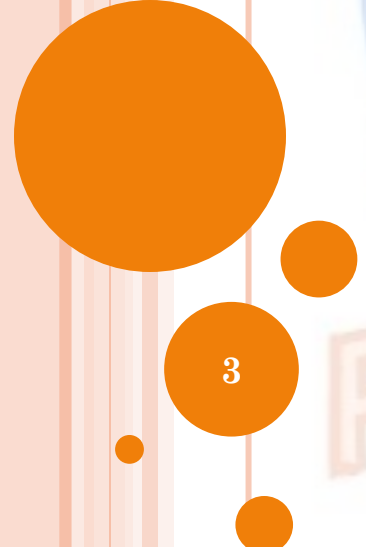
- отключить звук на мобильных телефонах
- исключить посторонние разговоры в зале, за исключением специально отведенного времени
- согласовать любую фото- и видеосъемку со мной заранее
- отложить вопросы, уточнения по теме на специально отведенное время в конце каждого блока

Формат работы:

- 12.00-14.30 - теоретические основы
- 14.30-15.00 – кофе-брейк
- 15.00-16.00 – разбор практической части
- 16.00-17.00 – видео-разборы
- 17.00-17.30 - вопросы

A large, light blue circular logo featuring a white, stylized brain with visible gyri and sulci. The brain is centered within the circle.

Для чего нужна «ранняя» диагностика?

A series of orange circles of varying sizes arranged in a cluster on the left side of the slide. One circle contains the number 3.

3 1. Теоретическая часть

ПРОЛОГОПЕД
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

A single orange circle located in the bottom right corner of the slide.

Цель ранней диагностики

- Отклонения в развитии нервно-психических функций у детей раннего возраста в большинстве случаев своими корнями уходят в перинатальный период.
- Усилия специалистов должны быть направлены на их раннюю диагностику и коррекцию.
- Перспективы нервно-психического развития и успешность обучения детей с его отклонениями, их школьная и социальная адаптация зависят от своевременного выявления нарушений в речевой и познавательной сферах.

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ЭТАПЫ ДИАГНОСТИКИ

- Симптомологическая 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)

НЕСПОСОБНОСТЬ НАЗВАТЬ ОПРЕДЕЛЕННОЕ ИЗОБРАЖЕНИЕ, ДЕЙСТВИЕ ИЛИ ПРИЗНАК:

- дефицит словаря,
- следствие ограниченности знаний о данном явлении (дефицит опыта или интеллектуального развития),
- следствие нарушения зрительного гнозиса (трудностью распознавания)
- трудность в произнесении соответствующего слова, из-за чего ребенок предпочитает промолчать или сослаться на незнание (следствие логофобии).

ПРОЛОГОПЕД

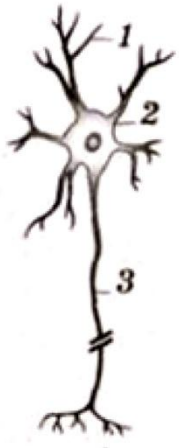
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

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)

ОСНОВЫ НЕЙРОАНАТОМИИ

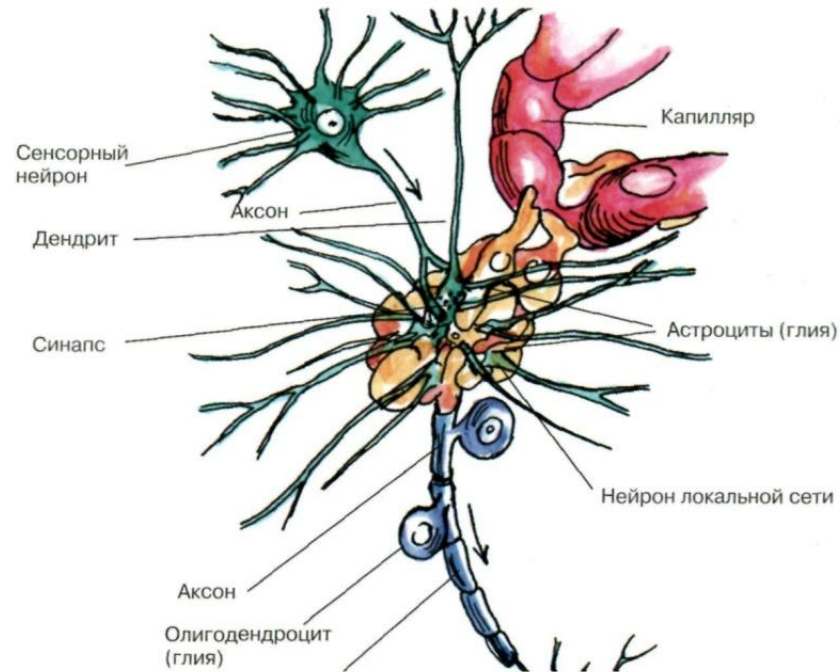
Основная структурная единица строения нервной системы.



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



Нейроглия.

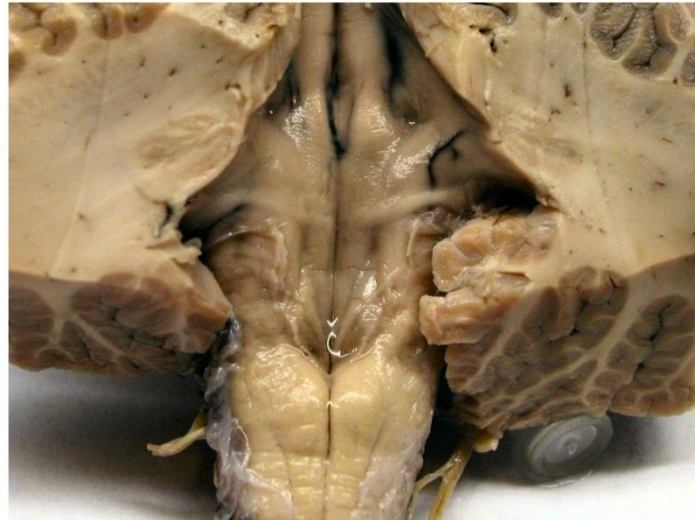


СТРОЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

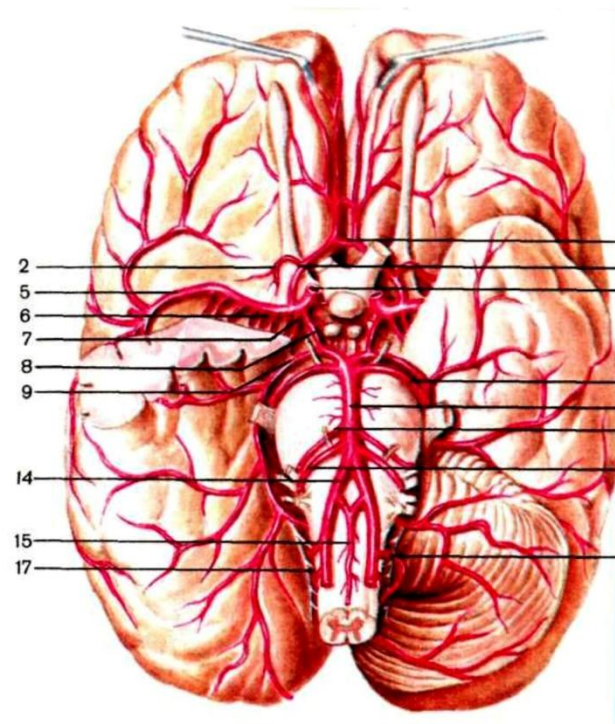
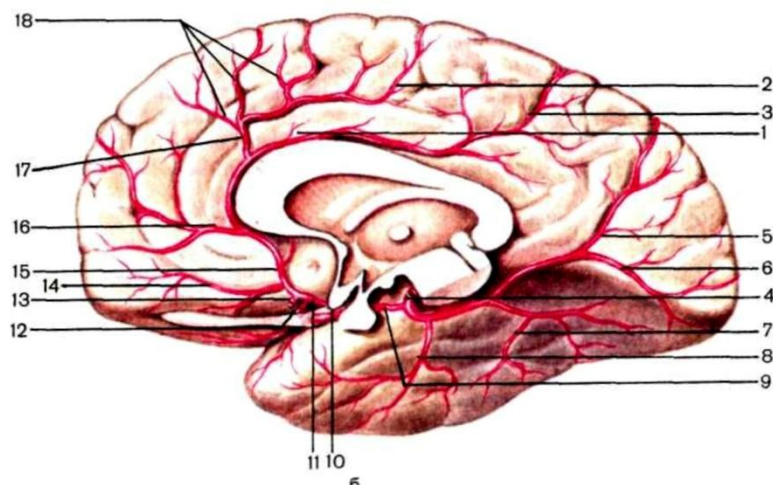
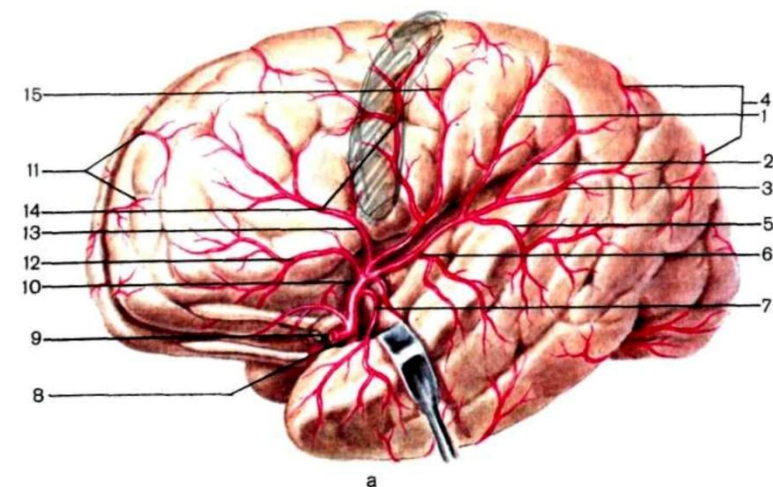
Большие полушария головного мозга.



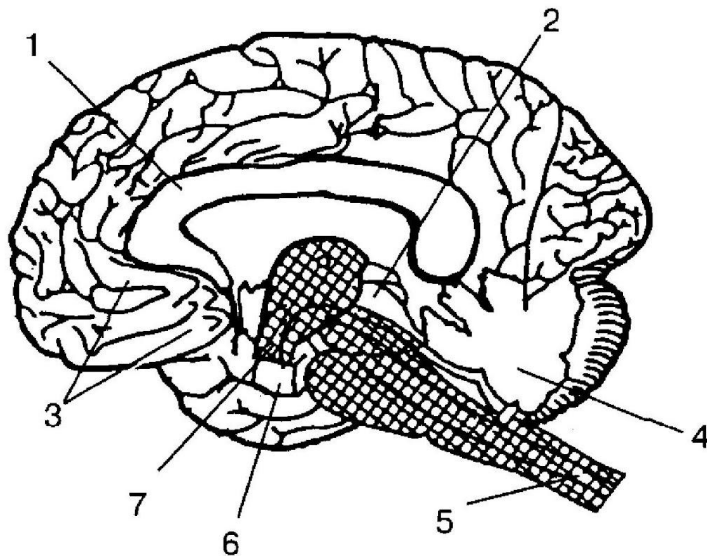
Серое и белое вещество головного мозга.



Кровоснабжение головного мозга.



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

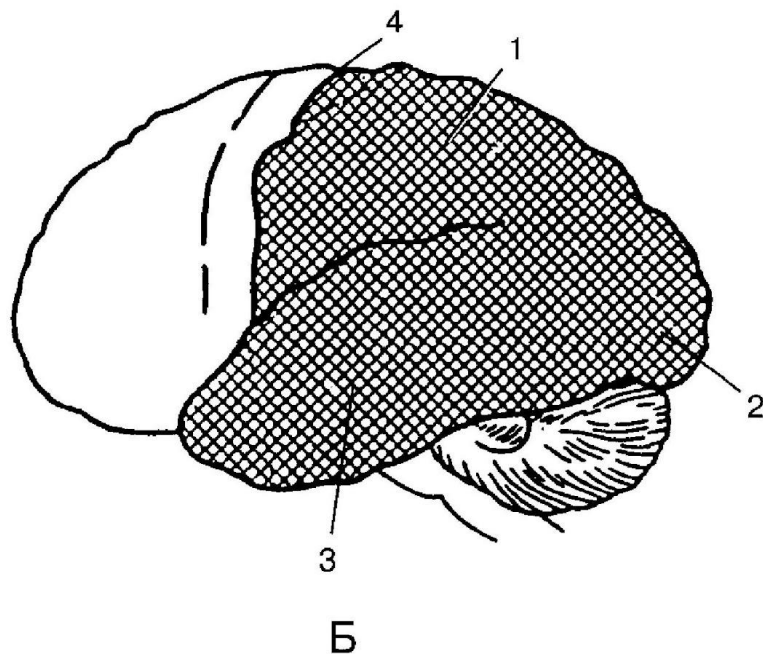


А

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

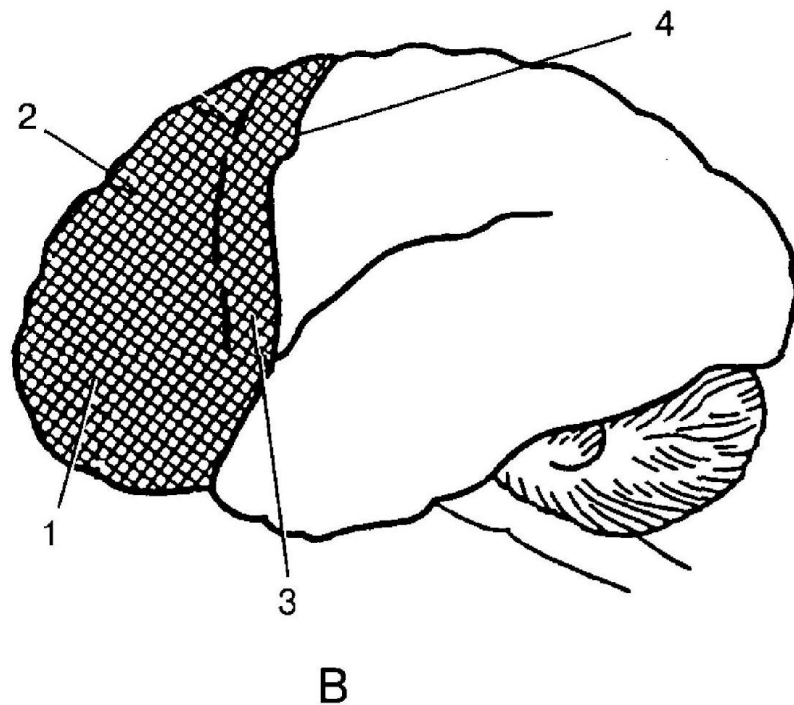


Б — второй блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, включающий основные анализаторные системы (зрительную, кожно-кинестетическую, слуховую), корковые зоны которых расположены в задних отделах больших полушарий:

- 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.

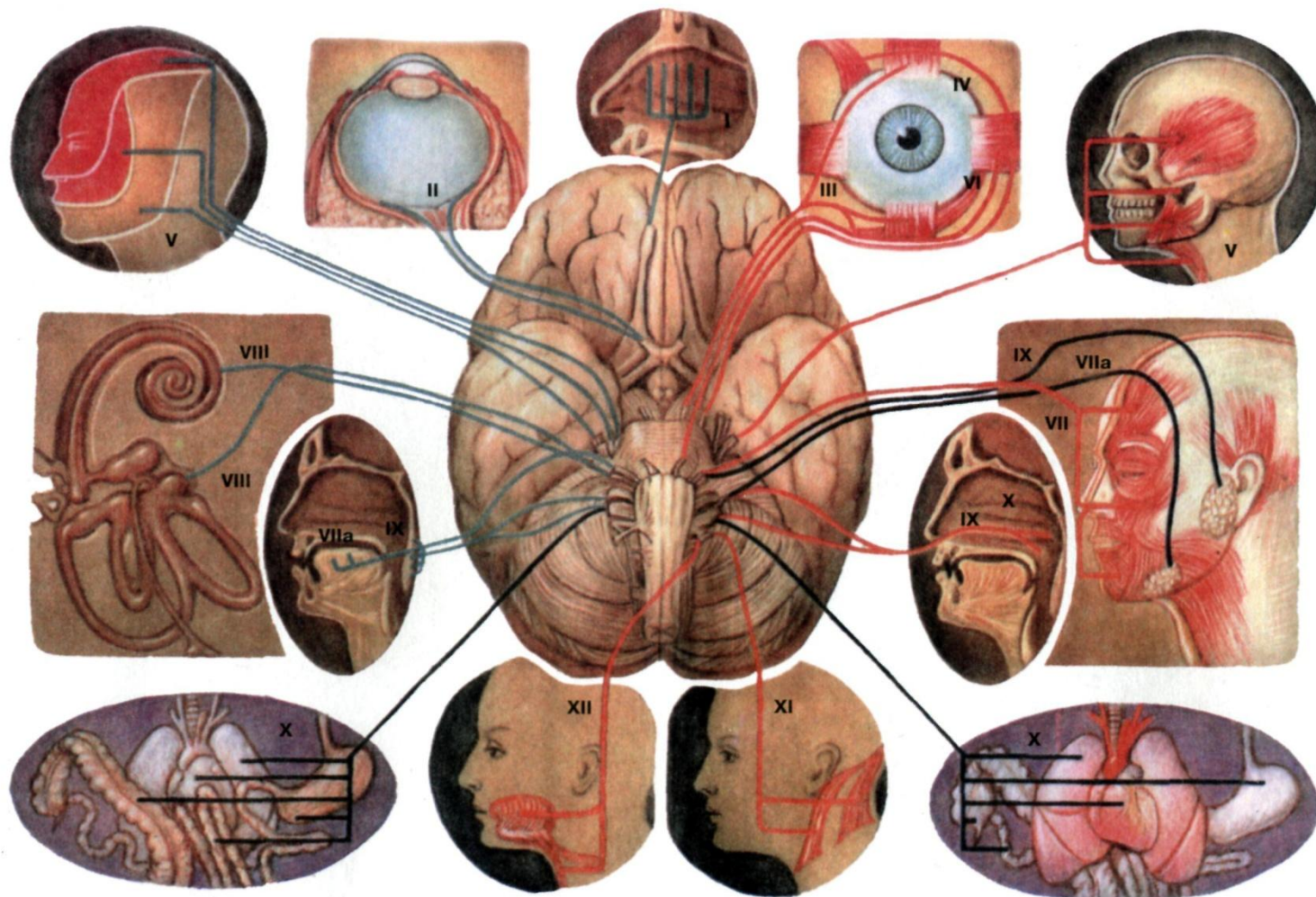
2. Коровое представительство включает в себя первичные, вторичные и третичные поля. Наличие этих полей доказано как наблюдениями, так и гистологически.

-**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.

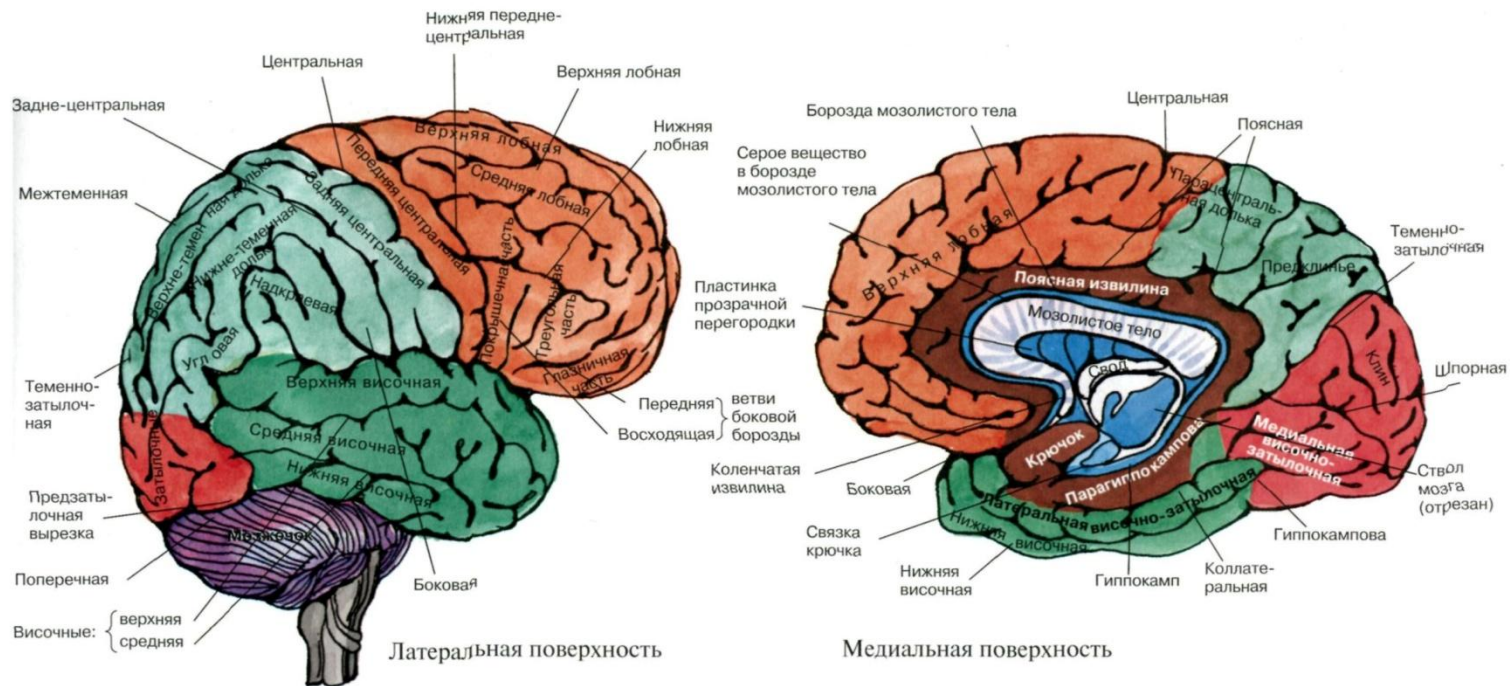
-**Вторичное поле анализатора** (проекционно-ассоциативное) осуществляет связь в основном с окружающими корковыми отделами. В нем наиболее выражен 3 – 4 цитоархитектонические слои. Как правило вторичное поле проводит первичный сложный анализ поступающей информации от данного конкретного анализатора.

-**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.



Большие полушария головного мозга.



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. Коровый 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 – не 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 кортиев орган.
6. Слуховая порция предверно-улиткового нерва (VIII пара).
7. Первичный слуховой центр (медиальные коленчатые тела, нижние бугры четверохолмия, таламус).
8. Корковый отдел слухового анализатора:
 - первичное поле - извилины 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)**.

A large, light blue circular graphic containing a white, stylized illustration of a human brain, viewed from the side. The brain is positioned in the upper half of the slide, behind the main title.

СОВРЕМЕННЫЕ НОРМЫ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

24

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).

РАЗВИТИЕ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ В ОНТОГЕНЕЗЕ

- ▣ **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.).

УРОВНИ ПОНИМАНИЯ РЕЧИ (ПО ЖУКОВОЙ)

- **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).

A large, light blue circular graphic containing a white, stylized illustration of a human brain, viewed from the side. The brain's gyri and sulci are clearly defined.

Причины появления речевых нарушений

31

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

БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИЧИНЫ ПОЯВЛЕНИЯ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

- 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

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

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

От рождения до 7 лет

35

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).

ПРИЗНАКИ РИСКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО КОРНЕВУ)

- Эмоциональное поведение:
 - пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач, дистимический или депрессивный фон настроения, невропатические проявления.
 - бедный репертуар эмоциональных реакций.

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ПРИЗНАКИ РИСКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ (ПО КОРНЕВУ)

- 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 ЖИЗНИ

- Коммуникативное поведение:
 - низкая коммуникативная активность
 - отсутствие или слабая выраженность реципрокности в диалоге («взаимности» коммуникации)
 - избегание диалога или формальность в диалоге

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ПРИЗНАКИ РИСКА ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ

- Эмоциональное поведение:
 - пассивность, нерадостное настроение, монотонный плач
 - депрессивный (пониженный) фон настроения
 - невропатические проявления
 - тревожная привязанность к родителям
 - однообразные, стереотипные эмоциональные реакции

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ПРИЗНАКИ РИСКА ВТОРОГО ГОДА ЖИЗНИ

- 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.

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ПРИЗНАКИ РИСКА ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ

- 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.

ПРИЗНАКИ РИСКА ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ

□ 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)

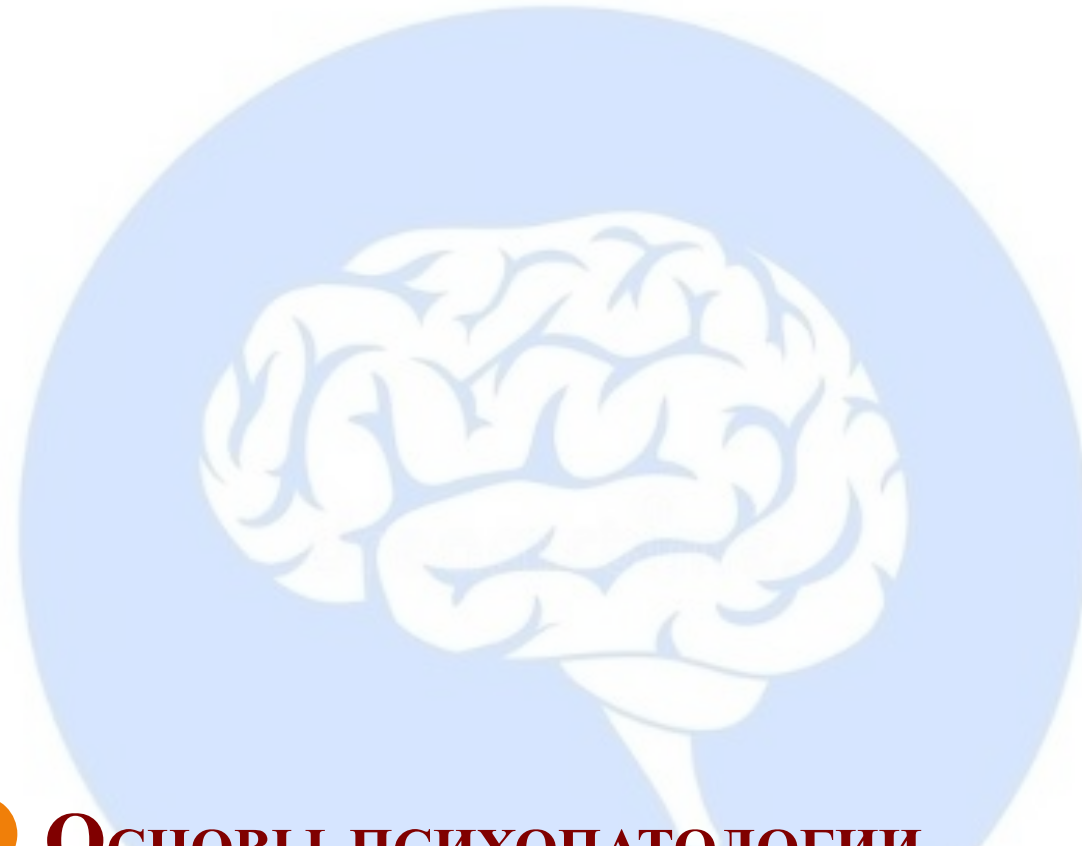
- Дети раскачиваются в стороны, сосут пальцы, обкусывают ногти.
- Высокая подвижность и недостаточная координация приводят к падениям, ушибам, что усиливает плач и беспокойство ребенка.
- Дисфункция желудочно-кишечного тракта, обусловленная незрелостью вегетативной координации (вздутие живота, тошнота, рвота, диарея, запор).
- Возможны нарушения акта глотания, жевания, избирательность в еде вплоть до отказа от всех продуктов кроме одного-двух.

НЕВРОПАТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ (РАННЕЕ ДЕТСТВО)

- 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



ОСНОВЫ ПСИХОПАТОЛОГИИ

49

Что важно знать логопеду?

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ



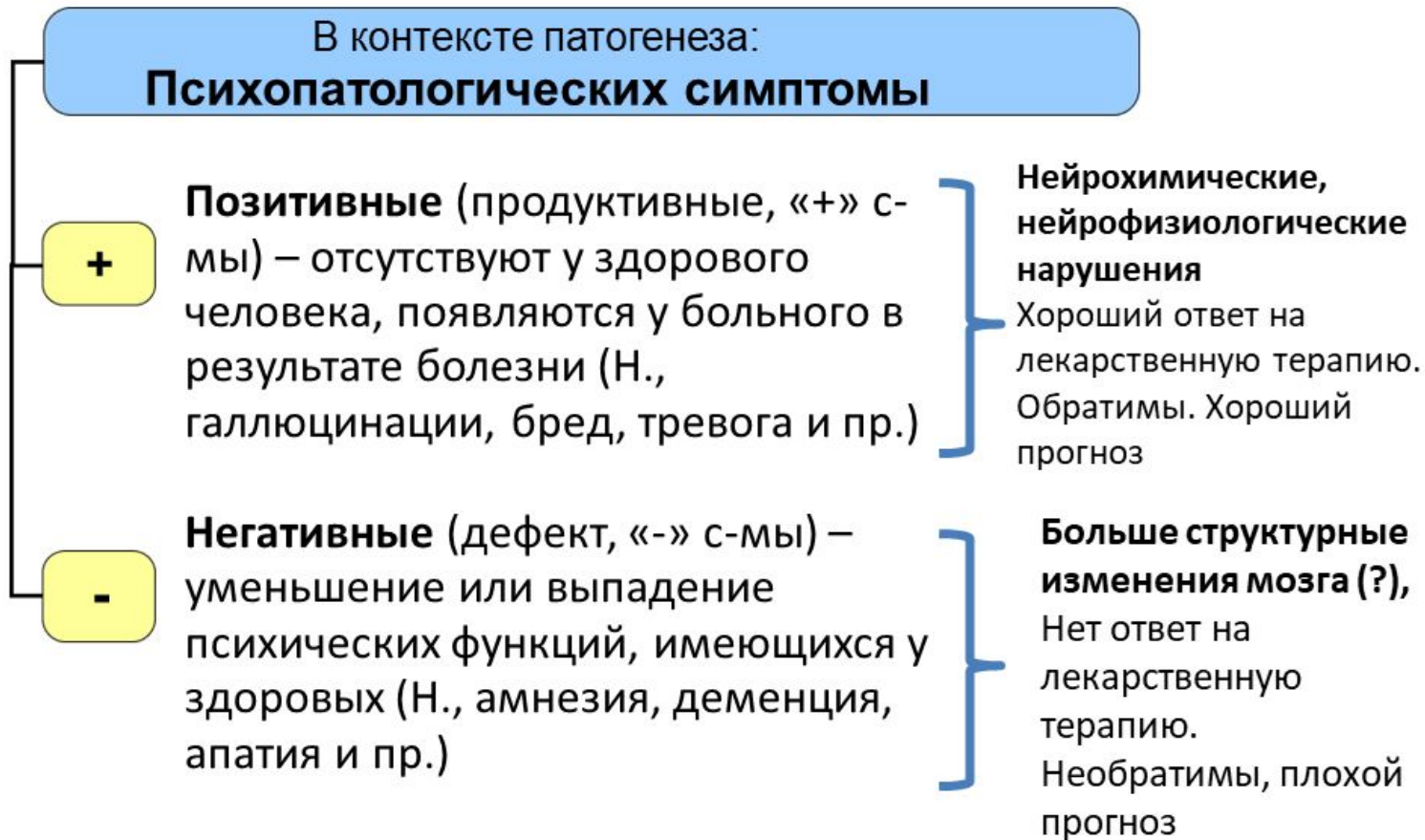
ОБЩАЯ ПСИХОПАТОЛОГИЯ

- В детском и юношеском возрасте нередко бывает трудно распознать за фасадом грубых психопатоподобных нарушений аффективные расстройства.
- Часто неадекватное поведение детей объясняется их «невоспитанностью», «ленью» и т. п.
- К больным детям, нуждающимся в лечении, пытаются применять воспитательные меры, что только ухудшает состояние здоровья таких детей.
- В 1864 г. Д. Джексон (J. H. Jackson) создал теорию, согласно которой условно принято различать негативную и позитивную психопатологическую симптоматику.
- Негативную симптоматику также называют «дефицитарной», «выпадения», «минус-симптоматикой», «симптомами выпадения», а позитивную — «продуктивной», «плюс-симптоматикой».

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

Выделение **СИНДРОМОВ**:

1. **Иерархический** принцип (по наиболее тяжелому из имеющихся симптомов)
2. Опора на возможный **патогенез**



A large, light blue circular graphic containing a white, stylized illustration of a human brain, viewed from the side. The brain's gyri and sulci are clearly defined.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

52

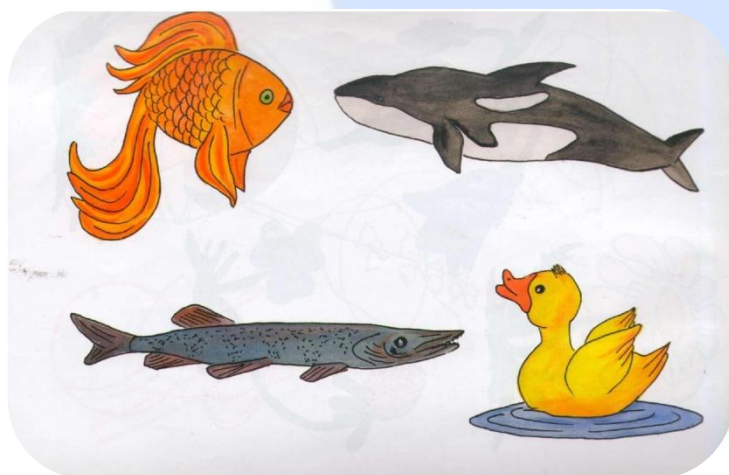
Что можно обследовать в возрасте 3-4 лет?

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ЭТАПЫ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ (3-4 ГОДА)

- Беседа с целью определения сформированности фразовой речи.
- Проба на праксис позы пальцев и простой вариант пробы на динамический праксис.
- Рисунок простых фигур: круг и квадрат (копирование).
- Называние реальных изображений (листы 2-3 Альбома).
- Показ реальных изображений по слову-наименованию (листы 2-3 Альбома).
- Запоминание одной серии из 3 реальных изображений и выбор их среди дистракторов.
- Запоминание серии из 5 слов.
- Счет до 5 с внешней опорой (счетный материал, пальцы).
- Исключение понятий (2 первые картинки пробы «четвертый лишний» при внешнем речевом подкреплении — листы 5-6 Альбома).

Альбом нейropsychологического обследования Глозман

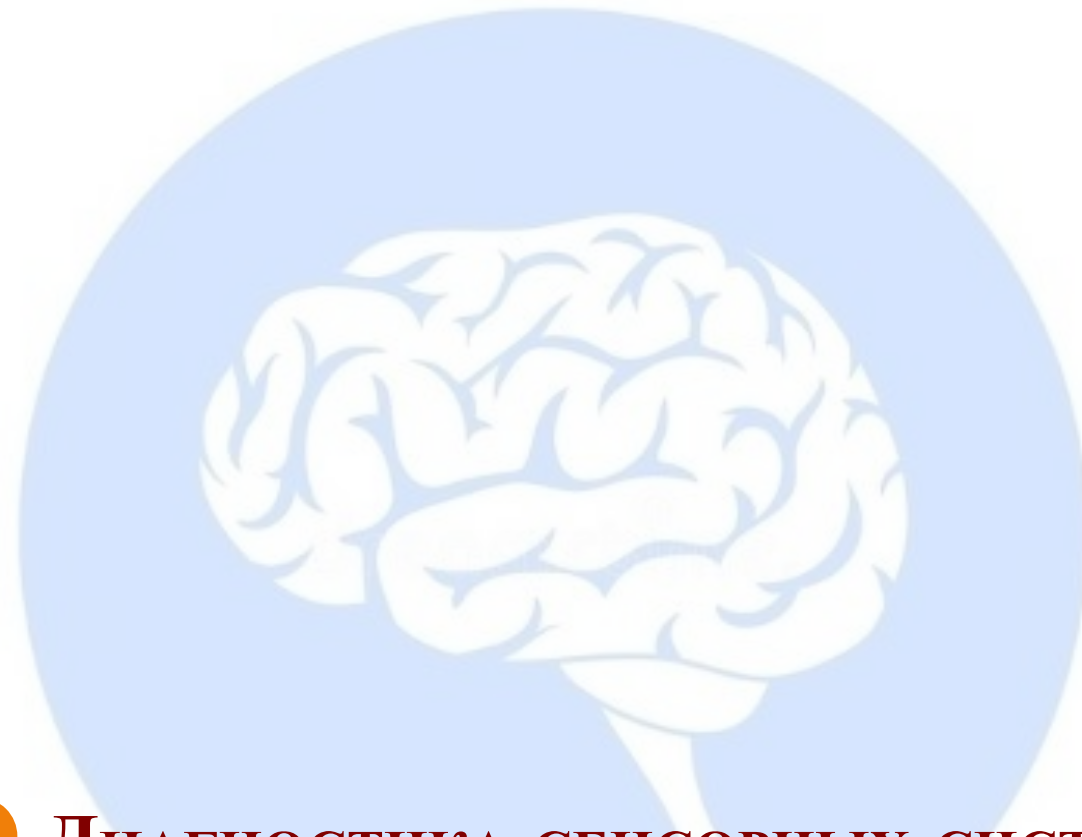


ЛУРИЕВСКИЙ ПОДХОД К НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

- Переход от описания дефектов психического функционирования к анализу их механизмов (причин) и возможностей компенсации с учетом зоны ближайшего развития, причем это не должен быть «негативный снимок с личности», а выявление сильных сторон и потенциальных возможностей. (Выготский)

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ



ДИАГНОСТИКА СЕНСОРНЫХ СИСТЕМ

Гипо- и гиперчувствительность

ПРОЛОГОПЕД

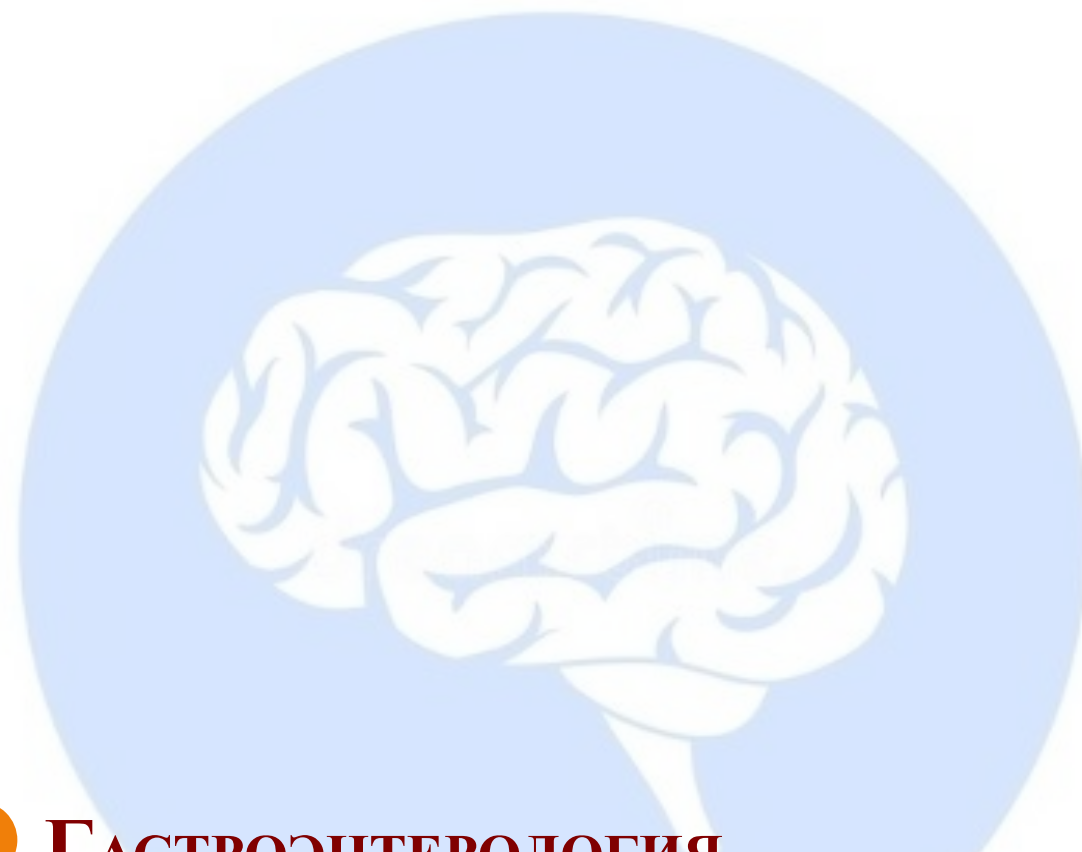
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

СЕНСОРНЫЕ СИСТЕМЫ:

- Осязание: входящие сигналы от рецепторов кожи от прикосновения, давления, температуры, боли и движения волос на коже
- Вестибулярное чувство: сигнал от внутреннего уха о состоянии равновесия, изменений гравитации, передвижении и положении тела в пространстве.
- Проприорецептивное чувство: сигнал от мышц и суставов о положении тела, весе, давлении, растяжении, движении и изменении положения в пространстве
- Слуховой анализатор (при исключении проблем со слухом)
- Анализатор вкуса
- Обоняние (чувствительность к запахам)
- Зрительный анализатор (при отсутствии снижения остроты зрения)
- Интероцепция (внутренняя регуляция)

К.С.КАРНОВИЦ ДАЁТ 5 ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЙ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ОПРОСНИКА:

- Ребёнок с сенсорной дисфункцией совершенно не обязательно имеет все перечисленные симптомы.
- Иногда ребёнок демонстрирует в какой-то день симптомы дисфункции, а на следующий день всё нормально. Непостоянство является признаком всех неврологических расстройств.
- Ребёнок может демонстрировать симптомы определённой дисфункции, но при этом её не иметь. Например, ребёнок, избегающий прикосновений, может казаться гиперсенситивным к тактильной стимуляции, а может делать это по причинам эмоционального характера.
- Ребёнок может соединять в себе гиперсенситивность к одним стимулам и гипосенситивность к другим. Например, он может быть чрезмерно чувствительным к лёгкому прикосновению, отскочить, если его кто-то потрепал по плечу, но совершенно спокойно переносить глубокую боль от инъекции.
- Каждый человек периодически имеет какие-то сенсорные проблемы, потому что никто из нас не может сохранять прекрасную регуляцию на протяжении всего времени.



ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Нарушения обмена веществ

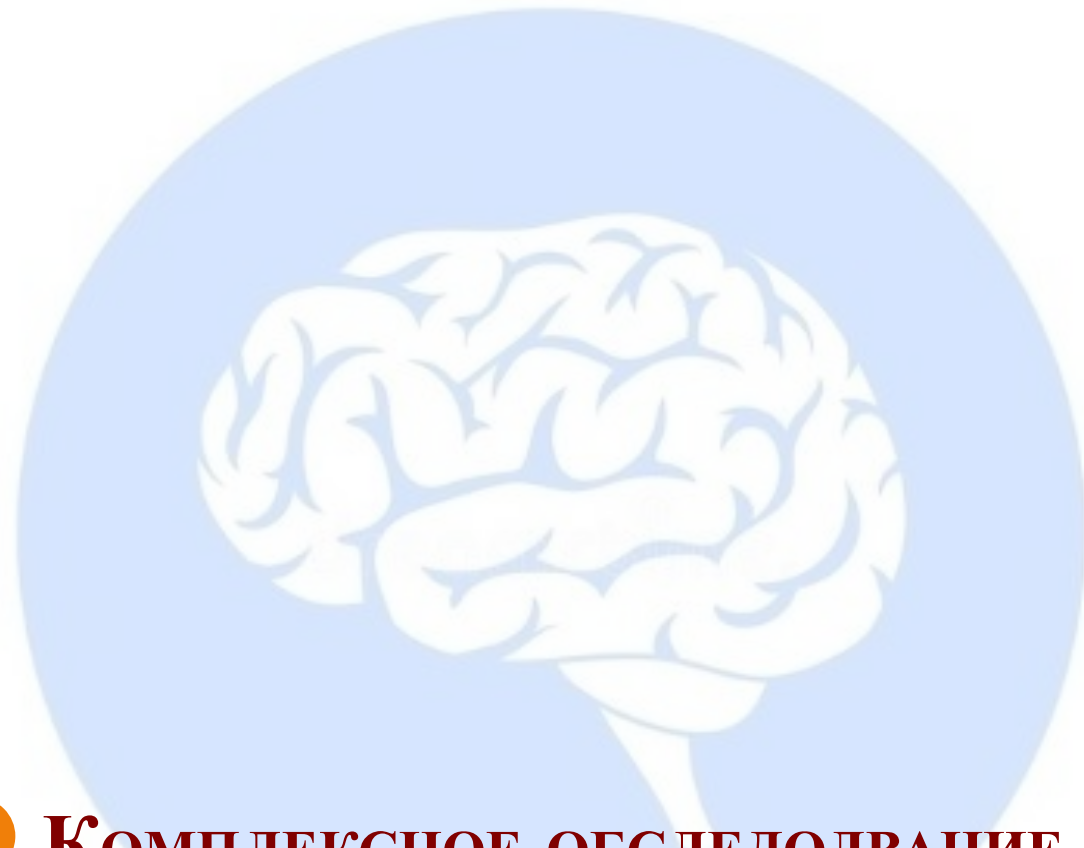
ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

59

Нарушения восприятия при дисфункциях внутренних органов

- ❑ Нарушения обмена веществ приводят к реакции «короткого замыкания» в мозгу, проявляющейся в виде гиперкинетического синдрома.
- ❑ Дисфункции поджелудочной железы устанавливаются анализами крови и кала.
- ❑ Истинной причиной, скрывающейся за пищевой аллергией, является дисфункция поджелудочной железы и недостаток иммуноглобулина А в кишечнике. Если удастся восстановить функцию поджелудочной железы и защиту кишечника (IgA), пищевая аллергия, как правило, проходит.
- ❑ Белый сахар сжигает минералы и витамины, их недостаток выражается в возбудимости, страхах, нарушении внимания, агрессивности и усталости. В сочетании с ослабленной поджелудочной железой это может привести к серьезным нарушениям работы кишечника и размножению кишечных грибков. Нарушение флоры кишечника в свою очередь вызывает заболевания печени, почек и создает дополнительную нагрузку для мозга.
- ❑ Избыточное потребление сахара приводит к появлению классических симптомов гипер- и гипоактивности.



КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛУХА

Периферический и центральный уровень

61

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

НАРУШЕНИЕ РЕЧИ ВОСПРИЯТИЯ СЛУХОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Периферический уровень (среднее, внутреннее ухо):

- Отоскопия (визуальный осмотр наружных слуховых проходов)
- Тимпанометрия (исследования функции среднего уха, степени подвижности барабанной перепонки и проводимости слуховых косточек)
- Отоакустическая эмиссия (ОАЭ) - рефлекс, который позволяет сделать выводы о функциональном состоянии улитки внутреннего уха
- КСВП (объективная аудиометрия) - объективная оценка порогов слуха

Центральный уровень (мозг):

- Частота – мульти - ASSR (способность ствола мозга реагировать на звуки определенных частот (оцениваются частоты речевого диапазона))
- Время (временные, скоростные характеристики) – АСВП метод VI пика
- Интенсивность (громкость) - КСВП
- Локализация (пространственные характеристики – откуда звук) – цВМВП (оценка отолитовой части вестибулярного аппарата)

Нарушения могут быть и на периферическом, и на центральном уровнях

НАРУШЕНИЕ РЕЧИ ВОСПРИЯТИЯ СЛУХОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, ПРИМЕР

Комплексная методика аудиторных субкортикальных вызванных ответов.

АСВП + VI пик (стволовая и речевая функция).

При стимуляции правого и левого уха с интенсивностью 90 дБ ответ воспроизводит регистрируются основные пики, получены периферические и стволовые ответы.

Амплитуда - норма.

На понто-бульбарном уровне: слева легкие нарушения, норма справа.

На мезенцефальном уровне: норма с 2 сторон.

Скорость обработки акустических сигналов 4 кГц (коррелирует с фонематическим восприятием) – выраженное замедление справа D (8,88 мс), легкое - слева S (7,45 м

Таким образом, отмечается замедление проводимости на стволовом уровне, в значительной степени справа (вероятно, связанное с недостаточной миелинизацией проводящих путей).

КОГДА НУЖНО КОМПЛЕКСНОЕ АУДИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ?

- ребенку никогда не проводили комплексную диагностику слуха
- ребенок не реагирует на речь и другие звуки
- есть задержка речевого развития
- ребенок перенес отит, менингит, тяжелые формы гриппа, гайморит, была травма головы или сотрясение мозга, назначались антибиотики
- всем недоношенным детям и детям, имеющим в анамнезе лечение в ОРИТ

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ДИАГНОСТИКА ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СИСТЕМЫ И БАЛАНСА

- Вестибулярные миогенные вызванные потенциалы (ВМВП) - используются в неврологической практике для определения функциональной зрелости ствола мозга
- Поствращательный нистагм
- Айтрекинг (оценка движений глаз)
- Постурография (Balance Master)
- Динамическое наблюдение
- Ритмометрия
- Прогрессивные матрицы Равена

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ОБСЛЕДОВАНИЕ СЛУХА ЛОГОПЕДОМ

- Норма - ребенок слышит отдельные слова, сказанные шепотом на расстоянии 6—7 м от ушной раковины (ребенок при этом ставится спиной к лицу, проводящему обследование).
- Легкая степень снижения - слышит речь разговорной громкости не дальше чем на расстоянии от 6 до 8 м от ушной раковины и шепотную речь на расстоянии от 3 до 6 м
- Умеренная степень - слышит речь разговорной громкости на расстоянии от 4 до 6 м, а шепот на расстоянии 1—3 м,
- Значительная степень - слышит речь разговорной громкости на расстоянии от 2 до 4 метров, а шепот на расстоянии 1 м.
- Тяжелое снижение слуха - ребенок слышит речь разговорной громкости на расстоянии от 0 до 2 м, а шепот от 0 до 0,5 м.



НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

Аппаратные методы диагностики

67

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ



НЕОБХОДИМЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

- Электроэнцефалография (ЭЭГ)
- Видео-ЭЭГ-мониторинг
- Акустические субкортикальные вызванные потенциалы (АСВП)
- Нейросонография (НСГ)
- Ультразвуковая доплерография (УЗДГ)
- Цветотестирование и цветокоррекция

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

НА ЧТО СТОИТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЭЭГ

1. Альфа-ритм в норме 8-14 Гц (25-95 мкВ)

Слишком высокая частота альфа-ритма, превышающая 14 Гц, может быть признаком сосудистых нарушений в головном мозге, перенесенных травм черепа и мозга.

Заниженные показатели могут говорить об отставании в психическом развитии.

Если у малыша слабоумие, ритм может не регистрироваться вообще.

2. Бета-ритм в норме 2-5 мкВ в лобной доле

Выше нормы - сотрясение или ушиб головного мозга

При патологическом снижении — воспалительный процесс мозговых оболочек или тканей, например, менингит или энцефалит.

Бета-волны в амплитуде 40-50 мкВ в детском возрасте могут говорить о заметном отставании в развитии ребенка.

НА ЧТО СТОИТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ЭЭГ

3. Дельта-ритм регистрируется в период глубокого сна, а также у пациентов, которые находятся в коме.

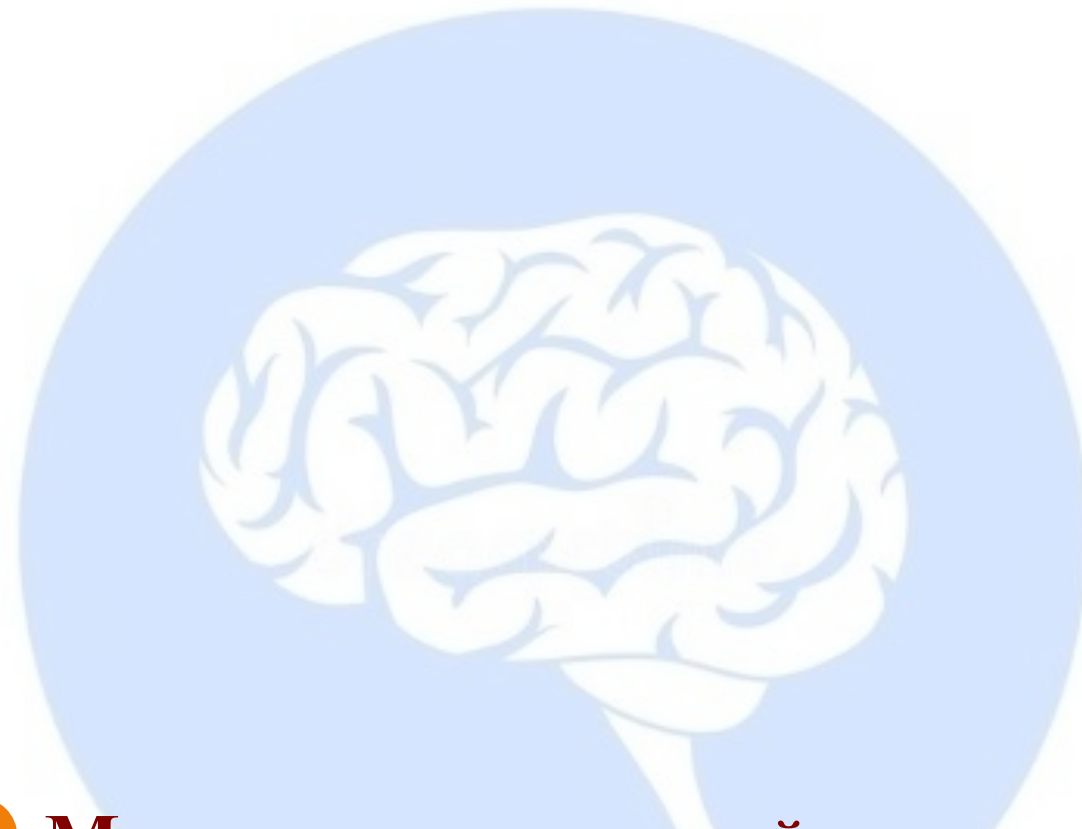
Обнаружение такого ритма в период бодрствования может говорить о факте развития опухоли.

4. Тета-ритм регистрируется во сне.

Если он выявляется в амплитуде свыше 45 мкВ в разных долях мозга, речь идет о серьезных нарушениях работы центральной нервной системы.

В определенных вариантах такой ритм может быть у малышей до 8 лет, но у детей более старшего возраста он зачастую является признаком неразвитости, слабоумия.

Синхронное повышение дельта- и тета-ритма могут говорить о нарушении мозгового кровообращения.



МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

71

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

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

Логопед, психолог или врач?

- Существует острая необходимость в создании самостоятельного научного направления, ориентированного на изучение состояний недоразвития речи с позиций разных научных дисциплин: психологии, психолингвистики, медицины, нейропсихологии.

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

Мультидисциплинарный подход к "неговоряшке": миф или реальность?

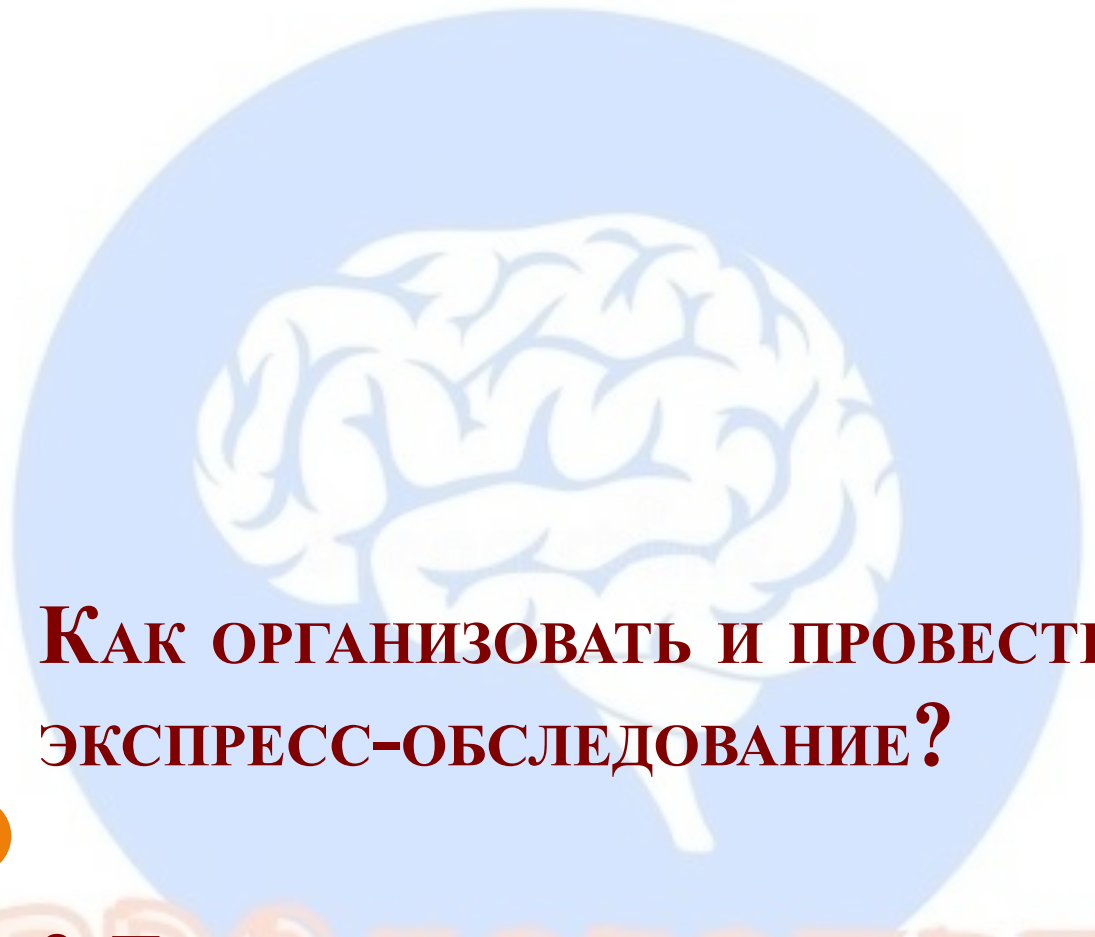
- Консультация невролога
- Консультация психолога
- Консультация сурдолога
- Консультация нейропсихолога
- Консультация психиатра
- Консультация генетика
- Консультация ЛОРа, окулиста, стоматолога
- Консультация гастроэнтеролога (нутрициолога)
- Консультация остеопата
- Консультация сенсорного терапевта

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.

A large, light blue circular logo featuring a white, stylized brain with visible gyri and sulci. The logo is centered in the background of the slide.

КАК ОРГАНИЗОВАТЬ И ПРОВЕСТИ ЭКСПРЕСС-ОБСЛЕДОВАНИЕ?

76

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

A large, light blue circular graphic containing a white, stylized illustration of a human brain, viewed from the side. The brain is centered in the upper half of the slide.

МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

79

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)

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

АНАЛИЗИРУЕМ АНАМНЕЗ: ПУСТАЯ ТРАТА ВРЕМЕНИ ИЛИ ВАЖНЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ?

- Роды: срочность, продолжительность, отклонения в процессе родов, вмешательства.

Масса тела ребенка при рождении, крик, характеристика периода новорожденности, его особенности.

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

АНАЛИЗИРУЕМ АНАМНЕЗ: ПУСТАЯ ТРАТА ВРЕМЕНИ ИЛИ ВАЖНЫЙ ЭТАП ДИАГНОСТИКИ?

□ 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)

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.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

□ 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.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

□ 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:

- УСТАНАВЛИВАТЬ 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 (не выстраивает логический ряд, не классифицирует)
- СЛУХОРЕЧЕВАЯ И ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ
- ВНИМАНИЕ
- САМОРЕГУЛЯЦИЯ
- МОТИВАЦИЯ

ОСНОВНЫЕ ТЕСТЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОСЫЛОК ФОРМИРОВАНИЯ РЕЧИ

1. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ:

- УСТАНАВЛИВАТЬ 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

ОСНОВНЫЕ ТЕСТЫ ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКИ

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

92

ПРОЛОГОПЕД
ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

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.

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

Клинико-педагогическая классификация нарушений речи

НАРУШЕНИЯ УСТНОЙ РЕЧИ

ДИСФОНИЯ (АФОНИЯ)
РАССТРОЙСТВА ГОЛОСА

ДИСЛАЛИЯ
НАРУШЕНИЕ ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

БРАДИЛАЛИЯ
ПАТОЛОГИЧЕСКИ ЗАМЕДЛЕННЫЙ ТЕМП

ТАХИЛАЛИЯ
ПАТОЛОГИЧЕСКИ УСКОРЕННЫЙ ТЕМП

ЗАИКАНИЕ
НАРУШЕНИЕ ТЕМПО-РИТМИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

РИНОЛАЛИЯ (ГНУСАВОСТЬ)
НАРУШЕНИЕ ТЕМБРА И ЗВУКОПРОИЗНОШЕНИЯ

ДИЗАРТРИЯ
НАРУШЕНИЕ ПРОИЗНОСИТЕЛЬНОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ

АЛАЛИЯ
СИСТЕМНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ РЕЧИ

АФАЗИЯ
СИСТЕМНОЕ НАРУШЕНИЕ (РАСПАД) РЕЧИ

НАРУШЕНИЯ ПИСЬМЕННОЙ РЕЧИ

ДИСЛЕКСИЯ (АЛЕКСИЯ)
РАССТРОЙСТВО ПРОЦЕССА ЧТЕНИЯ

ДИСГРАФИЯ (АГРАФИЯ)
РАССТРОЙСТВО ПРОЦЕССА ПИСЬМА

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)

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ У ДЕТЕЙ (по Корневу):

- 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 НАРУШЕНИЙ РЕЧИ (Т.Г. Визель)

Нецеребральные:

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

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ (Т.Г. Визель)

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

- F80.0 Специфическое расстройство речевой артикуляции
- F80.1 Расстройство экспрессивной речи
- F80.2 Расстройство рецептивной речи
- F80.3 Приобретенная афазия с эпилепсией [ландау-клефнера]
- F80.8 Другие расстройства развития речи и языка
- F80.9 Расстройства развития речи и языка неуточненные
- **F82 Специфические расстройства развития моторной функции**
- **F83 Смешанные специфические расстройства психологического (психического) развития**

МКБ - 10

- ❑ **F84 Общие расстройства психологического (психического) развития**
- ❑ **F84.0 Детский аутизм**
- ❑ **F84.01 Детский аутизм, обусловленный органическим заболеванием головного мозга**
- ❑ **F84.02 Детский аутизм вследствие других причин**
- ❑ **F84.1 Атипичный аутизм**
- ❑ **F84.11 Атипичный аутизм с умственной отсталостью**
 - умственная отсталость с аутистическими чертами.
- ❑ **F84.12 Атипичный аутизм без умственной отсталости**
 - атипичный детский психоз.
- ❑ **F84.2 Синдром Ретта**
- ❑ **F84.3 Другие дезинтегративные расстройства детского возраста**

Ч.НЬОКИТЬЕН. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ. Том 2

РАССТРОЙСТВА РАЗВИТИЯ РЕЧИ (PPP)

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

Ч.НЬОКИТЬЕН. ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ НЕВРОЛОГИЯ. Том 2

С. Семантико-прагматические расстройства использования речи

9) Иногда начинаются в виде эхолаличной 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

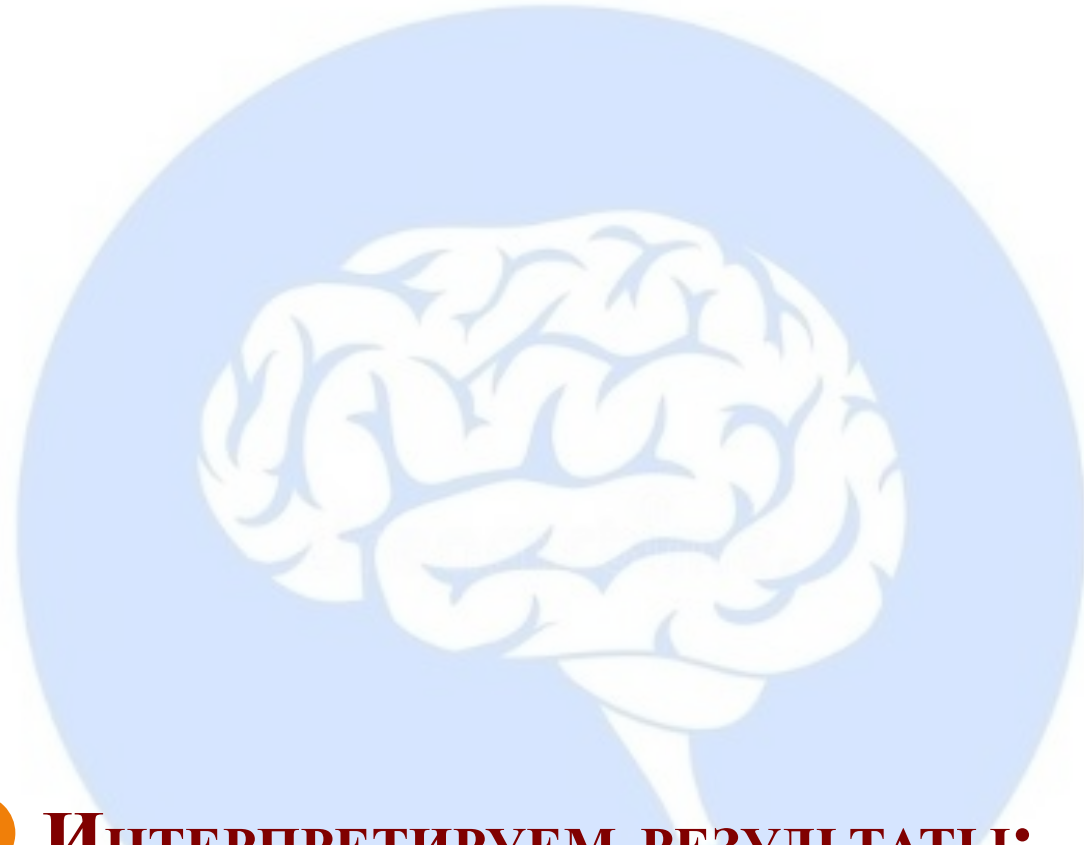
Г. Обеднение речи из-за тяжелой депривации

ПРИБРЕТЕННЫЕ 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.**

104

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

ГРАМОТНОЕ И ИНФОРМАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛОГОПЕДА

- Указание первичного запроса родителя, зачем пришли на диагностику (адекватный/неадекватный)
- Особенности коммуникации (контакт со специалистом/мамой, коммуникативный взгляд, изучение пространства)
- Особенности когнитивного развития (внимание, память, мышление)
- Особенности сенсорного развития (сенсорное развитие, фобии, сенсорный поиск, гравитационная неуверенность)
- Особенности моторного развития (общая моторика, мелкая моторика)
- Понимание речи (уровень)
- Активная речь (что наблюдается в процессе диагностики, преобладание номенативного/предикативного словаря, наличие звуковых аутистимуляций/эхолалий, моторная программа, парафазии, персеверации)

ГРАМОТНОЕ И ИНФОРМАТИВНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ ЛОГОПЕДА

- Резюме: основное в клинической картине...
- На что должны быть направлены усилия при коррекционной работе (рекомендации)
- Дополнительные обследования специалистов (обоснование)

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИАГНОСТИКИ

- Консультации смежных специалистов (сурдолог, невролог, психиатр, лор, гастроэнтеролог/нутрициолог, остеопат/ортопед)
- 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

ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ У НЕВРОЛОГА И ПСИХИАТРА:

- Дегидратационные (снижение гипоксии нервных клеток, улучшение показателей ликвородинамики);
- Нейрометаболические церебропротекторы - *церебролизин, ноотропил, аминолон, энцефабол, когитум, пантогам, глицин, актовегин, фосфобион* и др. (продуцирование энергии в нервных клетках, защита мозга от воздействия гипоксии);
- Рассасывающие средства - *лидаза и раствор экстракта листьев алоэ* (увеличивают проницаемость тканей, облегчают движение жидкостей в межтканевых пространствах и обладают мягким противовоспалительным и рассасывающим действием);
- Ангиопротекторы – *стугерон, никошпан, кавинтон, винпоцеттин, агапурин, тпренигал, венорутпон, зекузон, сермион, оксибрал, вазобрал* (повышают общую активность мозга и усиливают снабжение нейронов кислородом);

ГРУППЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ:

- Витаминные средства и их аналоги - *пиридоксина гидрохлорид* – витамин В₆, *кальция пангамат* – В₁₅, *ретинола ацетат* – А, *токоферола ацетат* – Е, *фолиевая кислота* – В₉, *липовая кислота*, *аскорбиновая кислота* – С (регулирование углеводного и липидного обмена);
- Противосудорожные препараты - *фенобарбитал* в смеси с *кофеин-бензоатом натрия*, *напаверином* и *глюконатом кальция*; *нитразепам* (*радедорм*, *берлидорм*); *суксилеп*; препараты *вальпроата натрия* (*депакин*, *депакин-хроно*, *конвулекс*, *энкорат*); *финлепсин*; *ламиктал*.
- Нейролептики - *сонапакс*, *терален*; или более жесткими – *этаперазин*, *галоперидол*, *неулептил*, *пропазин* (регулирующие эмоциональные и поведенческие реакции)
- Антидепрессанты - *пиразидол*, *азафен*, *амитриптилин*, *людиомил*;
- Гепатопротекторы

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С БЕЗРЕЧЕВЫМИ ДЕТЬМИ

Развитие основных функций речи

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

КОРРЕКЦИОННАЯ РАБОТА С БЕЗРЕЧЕВЫМИ ДЕТЬМИ

Создание предпосылок речевого развития

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

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

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

113

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ

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

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

ПРОЛОГОПЕД

ТРЕНИНГ-ЦЕНТР ТАТЬЯНЫ ЛАПТЕВОЙ