



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

**«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

**ФАКУЛЬТЕТ ЗАОЧНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И ДИСТАНЦИОННЫХ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

КАФЕДРА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С
НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА**

**Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.04.03. Специальное (дефектологическое) образование**

код, направление

Направленность программы бакалавриата/магистратуры

«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья»

Выполнил (а):

Студент (ка) группы _____

Фамилия Имя Отчество

Нажмитдинова Балым Салаватовна

Научный руководитель:

уч. степень, должность

д.м.н., проф. Антипанова Н. А.

Кандидат медицинских наук, доцент

Работа допущена к защите

« ___ » _____ 20__ г.

зав. кафедрой ОТиДО

(название кафедры)

_____ Беликов В.А.

Челябинск 2016

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА...	9
1.1 Современные аспекты патогенеза умственно отсталых детей ...	9
1.2 Особенности речевого развития детей с нарушением интеллекта.....	30
1.3 Методы диагностики нарушения речи у детей	46
1.4 Выводы по 1 главе	52
Глава 2. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА	54
2.1 Комплексная диагностика нарушений речевых процессов (фонематических, лексико-грамматических) у детей (на базе диагностических методик Г.И.Чиркина, Н.И.Дьякова, Г.А.Волкова)...	54
2.2 Диагностика нарушений импрессивной и экспресивной речи детей (на базе методики психолого-логопедического обследования речи, Г.А. Волковой)	71
2.3 Эффективность использования методов в диагностике речи у детей с умственной отсталостью	89
2.4 Выводы по 2 главе.....	105
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	106
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	108
ПРИЛОЖЕНИЕ 1	120
ПРИЛОЖЕНИЕ 2	125

Введение

Речь является важной основой, которая составляет нервно-психическое развитие ребёнка. Её становление происходит в течении первых лет жизни ребёнка и в дальнейшем предопределяет её качество во все следующие возрастные периоды.

За последние годы происходит процесс увеличения частоты перинатальных поражений мозга. Так, по данным статистики РФ отмечено, что за 2015-2016 годы порядка 37-40% детей, появившихся на свет, являются больными или заболевают в период новорожденности; порядка 10-12% детей рождаются недоношенными, с низкой массой тела. Происходит рост числа младенцев, которые имеют нарушения не только в моторном развитии, но и в психическом, прежде всего, речевом развитии.

Актуальность диссертационного исследования. Своевременное выявление нарушений в речевой сфере влияют на перспективы нервно-психического развития и успешности обучения детей с отклонениями. Ранний детский возраст является критическим периодом онтогенеза. Эффективность методик диагностики в оценке речевого развития ребёнка с умственной патологией является актуальной проблемой в психологии, логопедии, психодиагностики и нейрорепедиатрии.

Анализ специальной литературы об этапах формирования речи в раннем возрасте, об особенностях речевого развития у детей с нарушением интеллекта представлен большим количеством научных трудов таких авторов, как А.М.Лалаева, М.С. Певзнер, В.В.Ковалёв, Г.Е.Сухарева, Г.В.Чиркина, Н.С. Жукова, О.В. Елецкая, Р.Е. Левина, Е.А.Стребелева, О.Е.Грибова, Н.Н. Трауготт, Л.И.Белякова, Т.Б. Филичева, М.Е. Хватцев, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская и другими.

Прежде всего, исследователей интересуют вопросы развития речи, в частности, формирования лексики, фонетической и грамматической её сторон, влияния перинатальной патологии на процесс формирования речи ребёнка, а также коррекционной работе по звукопроизношению и слоговой структуре слова.

Поиску эффективного психологического инструментария для исследования нарушений речевого развития, принципам ранней диагностики у детей с нарушением интеллекта уделяется меньше внимания.

Анализ общей и специальной литературы по проблеме исследования позволил обнаружить **противоречие** между:

- объективной значимостью проблемы диагностики нарушений речи у детей с умственной отсталостью и недостаточной разработанностью в практико-ориентированном подходе, который позволил бы осуществить выбор эффективных методик.

Названное противоречие позволило определить **проблему диссертационного исследования**: выбор эффективных методов диагностики нарушений развития речи у детей с умственной отсталостью. Решение данной проблемы составило **цель исследования**, которая заключается в изучении эффективности методов диагностики нарушений развития речи у детей с умственной отсталостью.

Объект исследования: методы диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта.

Предмет исследования: эффективность методов диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта.

В качестве **гипотезы диссертационного исследования** нами было выдвинуто предположение о том, что эффективность методов диагностики нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью находится на высоком уровне и достигается с помощью соблюдения условий получения комплексной информации.

В соответствии с проблемой, целью, объектом, предметом и гипотезой нами были определены следующие **задачи** диссертационного исследования:

1. Провести анализ научно-методической литературы с целью выявления проблемы патогенеза умственной отсталости;
2. Охарактеризовать особенности речевого развития у детей с нарушением интеллекта;
3. Изучить содержание диагностических методик нарушений речи у детей;
4. В процессе эмпирического исследования провести диагностику нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью (по первой и второй методикам).
5. Оценить эффективность использования данных методик, направленных на диагностику нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью.

Теоретико-методологическую основу исследования составили *положения о первичных и вторичных нарушениях в структуре речевого дефекта, детерминации психического развития аномального ребенка* (Л.С. Выготский, Е.М. Мастюкова и др.); *о механизмах речи* (Н.И. Жинкин и др.); *учения об общих и специфических закономерностях психического и речевого развития* (Л.С. Выготский, А.Н. Гвоздев, И.Н. Горелов, И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев, О.Н. Усанова и др.); *об изучении симптоматики и структуры речевого дефекта у детей с умственной отсталостью* (В.А. Ковшиков, А.Н. Корнев, Р.Е. Левина, Е.Ф. Собонович, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская и др.)

Для реализации целей и задач диссертационного исследования использованы следующие **методы**:

теоретические: изучение и анализ общей, специальной и методической литературы по проблеме исследования, изучение и анализ методов диагностики нарушений речевого развития;

эмпирические: изучение и анализ медицинской и психолого-педагогической документации; организация диагностики: наблюдение, беседа; комплексное обследование нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью; исследование импрессивной и экспрессивной речи;

интерпретационные: количественно-качественный анализ эмпирических данных;

статистические: обработка результатов методом математической статистики: проверка содержательной валидности методики, метод расщепления по формуле Рюлона.

Организация исследования и основные этапы исследования.

Исследование проводилось с ноября 2014 года на базе Психоневрологического диспансера и Дома ребёнка «Дельфин» в г.Костанай, общее число обследуемых составило 54 ребёнка, которые имели нарушения речи, обусловленные различными причинами. Программа теоретического и эмпирического исследования представлена тремя этапами.

Первый этап (2014 – 2015 годы) – подбор, изучение и анализ теоретической и научно-методической литературы по проблеме диссертационного исследования, определение цели, объекта, предмета, задач, гипотезы и подбор методов диагностики.

Второй этап (2015-2016 год) – проведение эмпирического исследования, количественный и качественный анализ данных, полученных в результате диагностики нарушений речевого развития (первая и вторая методика).

Третий этап (2016 год) – определение эффективности методов диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

- получены новые данные, которые отражают психолого-педагогические особенности детей с нарушением речевого развития различных нозологических групп (олигофрения различной степени тяжести).

- разработана методика диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта;
- определена и научно обоснована эффективность использования методов диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью.

Теоретическая значимость исследования:

теоретически обоснованы применение методик диагностики исследования экспрессивной и импрессивной сторон речи, фонетического, лексико-грамматического строя речи, которые позволяют выявить нарушения в речевом развитии у детей с нарушением интеллекта;

на основе диагностики языковых и неязыковых компонентов речи расширены представления о неравномерном характере интеллектуального и вербального развития у детей с нарушением интеллекта, что свидетельствует о вариативности группы.

Практическая значимость исследования:

Выявлена эффективность методов диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта;

материалы исследования могут быть использованы в практических и лабораторных занятиях для студентов-бакалавров по предмету «Нарушения речи у детей с нарушением интеллекта».

Достоверность и обоснованность результатов диссертационного исследования основываются на материалах теоретико-методологической литературы; использованием методов математической статистики; личным участием автора в разработке методов диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Группа детей с нарушениями речевого развития является неоднородной по своему составу, что обуславливается разным уровнем нарушения интеллектуального развития.

2. Основными методами диагностики нарушения речевого развития в обследовании детей являются изучение анамнеза, определение интеллектуального развития, диагностика импрессивной и экспрессивной сторон речи.
3. Выявления нарушения в фонетической, лексической и грамматической сторонах речи являются эффективным методом диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью. Использование заданий данного характера в методиках позволит своевременно определять нарушения в речевом развитии у детей в возрасте 3-х – 4-х лет.
4. Эффективность диагностического материала характеризуется высокой валидностью и надежностью.

Структура и объем диссертации: диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка и приложения.

Общий объем работы 129 страниц, в том числе 20 таблиц, восемь рисунков, 2 приложения. Библиографический список включает 92 источников.

Публикации: Две статьи опубликованы в Международном журнале гуманитарных и естественных наук, который определен перечнем ВАК при Министерстве образования и науки РФ.

Глава 1 Теоретические основы речевого развития детей с нарушением интеллекта

1.1 Современные аспекты патогенеза умственно отсталых детей

Прежде чем, говорить непосредственно о современных аспектах патогенеза умственно отсталых детей, считаем целесообразным остановиться на трактовке данного понятия.

На современном этапе наблюдается терминологическое многообразие в определении понятия группы лиц с проблемами в умственном развитии. Существование множества терминов связано с тем, что в разных странах и в разные исторические периоды подходы к данной проблеме различные.

Приведём некоторые примеры данного терминологического беспорядка: олигофрения, умственная отсталость, слабоумие, дефект в психике, психическая задержка, психическая недостаточность, психическое недоразвитие, психическая субнорма, психическая дефицитарность, особый ребенок, интеллектуальные нарушения и другие.

В каждом из терминов содержится та или иная информация о каких-либо особенностях психики данных лиц, либо патогенезе появления этих особенностей, либо о механических расстройствах мозговой деятельности, которые порождают те или иные отклонения в психическом развитии ребенка.

Распространенное научное определение умственной отсталости, учитывающее все ее стороны, как и любому другому явлению, дать необычайно сложно.

Известно, что у умственно отсталых детей наблюдается ограниченный активный запас слов.

Так, по данным М. Мюллера, на которые ссылается С. С. Корсаков [41], активный словарь простого английского рабочего составляет до 300 слов, а у

В. Шекспира он состоит почти из 15000 слов. При этом данный факт не свидетельствует о том, что рабочий – это умственно отсталый.

Ребенок с социально-педагогической запущенностью на первых этапах познавательного-воспитательного процесса тоже не справляется со школьной программой, при этом он также не считается умственно отсталым.

Практически аксиомой считается положение о том, что умственная отсталость – это органическое поражение мозга. Но при легкой степени умственной отсталости не всегда возможно обнаружить эту органическую недостаточность мозга. И, наоборот, при явном органическом поражении мозга, при таких заболеваниях, как гидроцефалия, детский церебральный паралич и др. умственная отсталость может не наблюдаться.

Из руководства в руководство традиционно переходит догматическое положение «об отсутствии прогрессивности» при умственной отсталости, но проверка временем показывает, что существует очень большое количество форм умственной отсталости, которые имеют прогрессивное течение (ухудшение состояния во времени).

Определения, которые сформулированы на основе данных критериев, всегда обозначают только одну сторону явления умственной отсталости и её патогенезе.

В глубину уходит в глубину веков. К числу наиболее старых психиатрических понятий относится понятие «слабоумие».

Ж. Эскиролем [95] было описано различие между врожденным и приобретенным слабоумием. Врожденное слабоумие содержит признаки недоразвития психической деятельности, при приобретенном слабоумии преобладают признаки распада психики.

Серьезным шагом в уточнении врожденного слабоумия стало учение Э. Крепелина [38], который считал целесообразным объединение всех клинических форм врожденного слабоумия в одну группу, и дав им название «олигофрения» (т.е. слабоумие).

Ученый заранее предупредил, что под этим термином понимается сборная, с различной этиологией, клинической картиной и морфологическими изменениями группа аномалий, в которую Э. Крепелин объединил состояния, которые имеют общую патогенетическую основу, представляющей собой тотальную задержку психического развития. Указание на патологическое развитие как на основной фактор, который определяет особенности структуры и динамики умственной отсталости, было плодотворным, потому что оно послужило включение изучения умственной отсталости в общую проблему дизонтогении.

Однако ещё в то время олигофрения как клиническое понятие не имело четких границ. Е. Блейлер [48] отмечал трудности отграничения недоразвития психики при олигофрении от психической нормы.

Исключение составляют ученики Ж. Эскироля – это труды Voisin, Segun (1812-1880), оказавших большое влияние на развитие науки о слабоумных детях, их воспитании и лечении.

Э. Сеген [37] предложил определение и клиническое описание глубокой и умеренной умственной отсталости. Также им была создана своя система лечебной и педагогической коррекции, которая была разработана и лично проверена им в течение многих лет.

А. Тредгольд (A. Tredgold) в 1952 году дал определение умственной отсталости как состоянию, при котором психика не достигает нормального развития, и разработал критерии для ее диагностики: интеллектуальный (по обучаемости), биологический и социальный. Главным А. Тредгольд считал социальный критерий. Существенная цель диагноза состояла в оценке способности человека адаптироваться в социуме и поддерживать независимое существование [90].

Однако данное принятие концепции социальной компетенции как единственного критерия умственной отсталости не является научно

обоснованным, потому что в группу умственно отсталых, таким образом, войдут больные с неврозами, психопатией и др.

В связи с необходимостью выработки критерия психического отставания А. Бине и Т. Симоном в 1905 году были предложены три степени умственной отсталости.

А в 1908 году А. Бине был разработан способ оценки психической неполноценности для детей соответственно возрасту. Позже, в 1914 году У. Штерном было введено понятие интеллектуального коэффициента – IQ.

Американская ассоциация по психической неполноценности в 1973 году в «Руководстве по терминологии и классификации психического недоразвития» под термином «психическое недоразвитие» понимает соответствующее «значительно сниженному интеллектуальному функционированию, которое выражается в недостаточности адаптивного поведения и возникает в течение периода развития».

В данном определении подчеркивается 3 момента:

- 1) интеллектуальное недоразвитие сравнивается с нормальным развитием;
- 2) указывается на раннее появление интеллектуальной недостаточности;
- 3) выделяется нарушение приспособительного поведения.

Эти моменты являются значимыми для понимания умственной отсталости, но указание только на них недостаточно полно раскрывает само понятие.

Некоторые авторы полагают, что умственную отсталость нельзя представить как систематизированное понятие, потому что и на современном этапе нет общепринятого определения интеллекта.

С. Гаррар и Дж. Ричмонд (S. Garrard, J. Richmond) [92] в 1975 году выделили 2 важных критерия умственной отсталости, к которым относятся:

- 1) низкое интеллектуальное функционирование;
- 2) нарушение приспособительного поведения.

Им подчёркивалось, что трудности в обучении и интеллектуальное отклонение не могут квалифицироваться как психическое недоразвитие без учета одного из вышеуказанных критериев, но и он не дает возможности точной трактовки понятия умственной отсталости.

Т.Джорданом (Т. Jordan) уже в 1972 году было приведено 15 разновидностей подходов для создания научных определений умственной отсталости, что наглядно указывает на огромное разнообразие определений данного понятия.

В одном случае его рассматривают как сборную группу различных генотипических сущностей (L. Kanner, 1949).

С точки зрения эволюционных позиций, указывается, что у представителей животного мира нет идентичных явлений, так как нет ряда биологических систем, которые присущи лишь человеку (Р. Yakovlev, 1962).

Этиологическое определение показывает, что остановка развития мыслительного процесса у детей с умственной отсталостью происходит на стадии конкретных операций, почти полная невозможность овладения формальными мыслительными операциями (В. Inhelder, 1968).

Сопоставление определений понятия умственная отсталость разными авторами, позволяет утверждать, что существуют различные подходы в трактовке данного определения в зависимости от целей, ставящихся перед собой учёными. Но на практике ни одно из этих определений не может служить диагностическим целям.

М.С. Певзнер [70] в 1959 году понимает под олигофренией такой вид недоразвития сложных форм психической деятельности, возникающий при поражении зачатка либо в результате органического поражения центральной нервной системы на разных этапах внутриутробного развития плода или в самом раннем периоде жизни ребенка.

Следует отметить, что в данном определении также наблюдаются некоторые неточности, в частности, категорическое утверждение, что

олигофрения является органическим поражением центральной нервной системы. На сегодняшний день, нет убедительных доказательств, что только недоразвитие сложных форм психической деятельности следствием критерием олигофрении.

Многие специалисты поддерживаются определения Г.Е. Сухаревой [86], понимающей под олигофренией («малоумием») группу различных по этиологии и патогенезу болезненных состояний, которые объединены одним общим признаком: все они составляют клинические проявления дизонтогенеза головного мозга и всего организма в целом. К группе олигофрении Сухаревой относятся только такие формы психического недоразвития, характеризующиеся 2 особенностями:

- 1) преобладанием интеллектуального дефекта;
- 2) отсутствием прогрессивности.

Исследования в данной области Л.С. Выготского (1983), А.Р. Лурия (1960), К.С. Лебединской (1985), В.И. Лубовского (1989), М.С. Певзнер (1959), Г.Е. Сухаревой (1965) и других подтверждают важность вышеприведенного определения, особенно в диагностике умственной отсталости.

Данные авторы указывают, что в первую очередь в диагностике умственной отсталости необходимо учитывать следующие признаки: стойкость, необратимость дефекта и его органическое происхождение.

При этом вышеприведенная трактовка Г.Е. Сухаревой [86] требует некоторых уточнений:

- 1) психическое недоразвитие, которое обуславливается генетическими влияниями, не следует отождествлять с дизонтогенезом;
- 2) наследственные механизмы, которые приводят к интеллектуальному недоразвитию, принципиально отличаются от тех, которые препятствуют гармоничному созреванию в течение беременности или вскоре после рождения;

3) дефект не только предпосылок интеллекта, но и личности в целом не считается абсолютным признаком психического недоразвития;

4) психическое недоразвитие обуславливается преобладающим поражением более древних образований, которые препятствуют накоплению опыта и обучению.

В.В. Ковалевым [43] олигофрения рассматривается как группа различных по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям непрогредиентных патологических состояний. Общий признак для них – это психическое недоразвитие, которое является врожденным или приобретенным в раннем детстве (до 3-х лет) с преимущественной недостаточностью интеллектуальных способностей.

Данное определение можно сделать точнее, если дополнить ряд общих признаков наследственным происхождением умственной отсталости, потому что врожденные и наследственные формы психического недоразвития различаются в патогенезе, а часто и в клинических проявлениях.

С.Л. Рубинштейн [78] понимает под умственно отсталым ребенка, у которого проявляется стойкое нарушение познавательной деятельности в результате органического поражения головного мозга. Факт умственной отсталости можно считать только при наличии указанных в данном определении признаков.

Г.И. Капланом и Б.Дж. Сэдоком (1994) термин «умственная отсталость» рассматривается как синоним ретардации. Исследователи считают умственную отсталость «поведенческим синдромом», не имеющий единой этиологии, механизма, динамики, прогноза и отражающий установку общества по отношению к данной группе.

Однако данное определение требует дополнений, потому что механизмы ретардации не могут объяснить всей сложности патогенеза рассматриваемого заболевания.

В настоящее время во многих зарубежных странах, в частности в США, Англии, Германии появляются новые термины, которые заменяют термин «олигофрения» в связи с его несовершенством. Предлагаются следующие определения: «психическая отсталость», «психическая задержка», «психическая недостаточность», «психическая субнормальность», «умственный дефицит», «отсталые дети» и др.

Также наблюдаются попытки отделить тяжелые степени олигофрении от легких степеней.

Следствием беспорядка терминологических формулировок, которые обозначают «врожденное слабоумие», и как результат затруднений в понимании самого слабоумия, явилось то, что по предложению Всемирной организации здравоохранения в классификации болезней (8-го, 9-го, а теперь 10-го пересмотра) и содержащейся там «Международной классификации психических и поведенческих расстройств» различные аспекты врожденного слабоумия рассматриваются под единым термином «умственная отсталость».

Эту позицию разделяют уже более тридцати индустриально развитых стран мира, в последние годы к такому пониманию проблемы присоединилась Россия. Это можно объяснить не только в стремлении преодолеть терминологическое многообразие, но и тем, что происходят изменения в определении понятия умственной отсталости, ее причин, патогенеза, степеней и форм, диагностики, вариантов динамики и др.

Постепенно сформировалось такое направление, сторонники которого в определении умственной отсталости понимают совокупность этиологических (причинных), патогенетических (механизмов нарушения мозговой деятельности), клинических, психологических, социокультуральных, адаптивных факторов.

Так, одно из последних определений, которое дано В.В. Ковалевым в 1995 году [В.В. Ковалев, 1995, с. 245], звучит так: «Умственная отсталость – это группа разнородных состояний, которые в самой различной степени и по

самым различным причинам нарушают адекватное возрасту функционирование индивида в социуме в результате дефекта познавательных способностей».

В этом определении акцентируется внимание на том, что умственная отсталость представляет собой неоднородное состояние, имеет множество причин, которые связаны с нарушением развития в периоде созревания.

Для умственной отсталости характерным является нарушение познавательной деятельности и адаптивного социального поведения.

Умственная отсталость [Д.Н. Исаев, 1982] трактуется как совокупность наследственных, врожденных и приобретенных в первые годы жизни непрогрессирующих патологических состояний, которые выражаются в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и приводящий к затрудненной адаптации в обществе.

Знание патогенеза умственной отсталости является важным не только в диагностике, но в прогнозировании динамики заболевания у конкретного ребенка в дальнейшем, необходимое для решения вопросов его комплексной психолого-медико-педагогической реабилитации и социальной интеграции.

Несмотря на многолетнюю историю учения об умственной отсталости, говорить о конкретных причинах у ребенка не всегда возможно.

Очень часто причины скрываются в сложном взаимодействии на различных этапах психического онтогенеза.

По данным исследований, считается, что только у 6,5% детей реально определяется причина их умственной отсталости.

Так, Г.Аллен (1955), Дж.Маркен (1967) полагают, причина устанавливается только в 35,5%, все остальные случаи умственной отсталости относятся к недифференцированным (или глубоким) формам. Все причинные факторы условно классифицируются на 2 группы: эндогенные (внутренние), к которым относятся наследственные, и экзогенные

(внешние), т.е. врожденные и рано приобретенные ребёнком до возраста им 3-х лет.

Согласно современным исследованиям В.П. Эфроимсона и М.Г. Блюминой [25], на генетическом уровне, т.е. по наследству передается около 55—75% дифференцированных форм умственной отсталости.

Около 1500 нервных и психических заболеваний, к которым в том числе относится и умственная отсталость, связываются с неблагоприятными генными мутациями и около 300 – с хромосомными мутациями (это болезни: фенилкетонурия, болезнь Л.Дауна, синдром Ж. Лежена, плодный алкогольный синдром, нейрофиброматоз и др.).

В связи с отрицательными экологическими изменениями в биосфере, а также широким распространением наркомании, алкоголизма и курения среди молодого поколения, увеличивается число детей с дифференцированными формами умственной отсталости. К этой обширной группе детей добавляются умеренные и легкие степени умственной отсталости, но также наблюдается преобладание тяжелой и глубокой степени, а в части случаев происходят такие варианты недоразвития головного мозга, несовместимые с жизнью плода или появившегося на свет младенца.

В последние годы наиболее активно изучаются формы умственной отсталости, которые передаются по наследству.

Сегодня достоверно установлено, что одна из частых причин глубокой умственной отсталости – это хромосомные аномалии, составляющие около 15% от всех случаев. Диагностику хромосомных форм умственной отсталости производят на комплексе показателей, которые получают при клиническом и цитогенетическом обследовании.

Хромосомные отклонения возникают при изменении числа или структуры как аутосом, так и половых хромосом.

При аномалиях, которые происходят в системе аутосом, умственная отсталость выражается и часто сочетается с различными множественными

пороками развития, которые включают аномалии в строении лица, черепа, общую диспластичность телосложения, нарушения со стороны внутренних органов, костной системы, органов слуха, зрения.

Среди всех хромосомных аномалий, которые связаны с изменениями числа аутосом, чаще других встречается синдром Дауна. Частота данной хромосомной аномалии составляет 1: 700.

В науке уделяют внимание механизму возникновения умственной отсталости, который наблюдается при данном синдроме, разрабатывают программы по комплексной реабилитации детей с синдромом Дауна, начиная с первых месяцев их жизни. Другие хромосомные аномалии сегодня встречаются значительно реже.

Огромное значение при наследственных нарушениях обмена имеет ранняя диагностика умственной отсталости. В настоящее время описано более 600 видов наследственных нарушений обмена. В большинстве из них наблюдается поражение центральной нервной системы, приводящее к возникновению так называемого сложного дефекта, проявляющегося как различное сочетание интеллектуальной недостаточности с поражениями двигательной системы, с нарушением речи, зрительной и слуховой функций, с эмоционально-поведенческими расстройствами и судорожными припадками.

Также огромное внимание при изучении генетических форм умственной отсталости на современном этапе отводится X-хромосоме, которая сцеплена с умственной отсталостью, и в частности синдрому ломкой X-хромосомы. Исследования, которые проводились во многих странах, свидетельствуют о высокой частоте этого заболевания, которая сопоставима лишь с частотой синдрома Дауна.

Динамика изучения развития детей с данным заболеванием указало на структуру дефекта, которое проявляется в сочетании специфической

неврологической, психопатологической и соматической симптоматики [Е.М. Мастюкова, 1997, 239 с.].

Большим значением в клинико-генетическом изучении являются различные формы умственной отсталости эндогенного генеза с неуточненным типом наследования.

Среди числа таких заболеваний особое место в последнее время отводится синдрому Ретта, названному так по фамилии австрийского психиатра А.Ретта, который около 30 лет назад впервые описал его. Генетическую природу заболевания синдрома Ретта подтверждает наличие семейных случаев, конкордантность монозиготных и дискордантность дизиготных пар, а также избирательность поражения только женского пола.

Существует точка зрения, что данное заболевание обуславливается доминантным геном, локализованным в X-хромосоме, который приводит к гибели в раннем внутриутробном периоде мужских эмбрионов, в связи с чем заболевание проявляется лишь у лиц женского пола. При этом матери больных девочек всегда оказываются здоровыми [33].

Неблагоприятные наследственные факторы выступают как самостоятельный фактор, но чаще всего – в сложном взаимодействии с внешней средой, то есть неблагоприятная окружающая среда выступает провоцирующим фактором наследственной предрасположенностью к различным заболеваниям. Однако противопоставлять эндогенные и экзогенные этиологические факторы возникновения умственной отсталости считается неправильным.

Экзогенных этиологических факторов существует большое множество. В частности, к ним относятся хронические заболевания матери во время беременности и в период кормления грудью (диабет, гипертония, сердечно-сосудистые заболевания, гепатит, злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, бронхиальная астма, эмфизема и другие заболевания, которые ведут к гипоксии плода; приемы некоторых

лекарственных препаратов, интоксикации химическими веществами на производствах), которые способны нарушить развитие плода [12].

Беременность, которая протекала патологически (например, был гестоз или токсикоз, существовала угроза выкидыша и др.), патологическое родоразрешение – все это является причинами умственной отсталости или других нарушений психофизического развития ребенка.

Различные инфекции, которые были перенесены матерью во время беременности: вирусные (коревая краснуха, СПИД, цитомегалическая инклюзионная болезнь, грипп), микробные (гноеродная инфекция, сифилис), заболевания, которые вызываются простейшими микроорганизмами (токсоплазмоз, бруцеллез, листериоз), – также приводят к умственной отсталости ребёнка. Последствиями этих заболеваний для плода или уже родившегося ребенка выступают умственная отсталость от легкой до глубокой степени, спонтанный выкидыш или даже смерть новорожденного ребенка [12].

Причина неблагоприятных последствий для психофизического развития плода или ребенка после его рождения скрывается и во влиянии повышенной радиоактивности биосферы (атмосферы, воды, почвы, растительного и животного мира).

Особенно чувствителен к радиоактивному облучению генетический и хромосомный аппарат зародышевых клеток.

Многие из вышеназванных причин умственной отсталости большое значение имеют после рождения ребенка, примерно до трех лет его жизни, потому что развитие мозга у человека интенсивно развивается примерно еще три года после рождения. Даже минимальные вредности, которые будут действовать на мозг ребёнка, активно развивающийся до 3-х лет, могут иметь далеко идущие неблагоприятные последствия.

Поэтому чрезвычайно важным считается уберечь его от ушибов головы, вследствие случайных падений со стула, качелей и пр., конфликтных

ситуаций, например, травмы головы при детских драках и даже физических наказаний, когда родители находятся в состоянии аффекта.

Необходимо предохранять ребенка от различных инфекций, интоксикаций, ушибов головы, своевременно его лечить. Выполнение данных рекомендаций означает создание ему условий для нормального психофизического развития.

В последние годы большое внимание уделяется семьям, имеющим в составе умственно отсталых детей. Возрастает количество фактов, которые дают основание для утверждения, что в бедных слоях населения чаще в количественном отношении встречаются дети с умственной отсталостью в легкой степени. Тяжелые и глубокие степени умственной отсталости равномерно распределяются среди детей всех слоев населения. Такая закономерность прослеживается во всех экономически развитых странах мира [18].

Факт преобладания детей с легкой степенью умственной отсталости в бедных слоях населения обусловлено несколькими причинами. К таким причинам относят: некачественное питание детей, плохие экономические и бытовые условия, в которых существуют данные семьи, частые болезни детей и недостаточное их лечение, низкое социокультуральное окружение детей и отсутствие стремления к более высоким уровням жизни [27]. Несомненным является тот факт, что отрицательный психологический климат в семье, частые конфликты и эмоционально напряженные отношения между членами семьи прямо сказываются на психическом развитии младенца.

Чтобы ребёнок нормально развивался психологически и физически, младенцу нужно, чтобы его жизнь протекала в условиях эмоциональной теплоты, любви, нежности, комфорта, чтобы ребёнок постоянно ощущал материнскую заботу, чувствовал свою защищенность, чтобы у него были

необходимые условия для общения и социальной самореализации, то есть для удовлетворения основных психических потребностей.

К сожалению, в жизни данные условия не всегда создаются в семьях, и тогда жизнь младенца вынуждена протекать в условиях психической депривации.

Формы и степени психической депривации различные. К последствиям психической депривации относятся: запаздывания в развитии речи, отклонения в формировании личности, нарушения поведения [49]. Чаще всего у ребёнка наблюдается агрессивность, аутизм, интеллектуальное развитие ниже нормы, легкие степени умственной отсталости и др.

Выраженные отрицательные последствия наблюдаются при сочетании психической депривации с причинными факторами эндогенного или экзогенного генезиса.

Традиционно считалось, что умственная отсталость является результатом органического поражения головного мозга. Вместе с тем известно, что органическая недостаточность головного мозга наблюдается детей с тяжелой умственной отсталостью, тогда как у детей с легкими степенями умственной отсталости данные нарушения в головном мозге выявляется крайне редко.

Так, С. Гаррардом и Дж. Ричмондом (1975) обнаружено ее наличие только у 25,30% детей с умственной отсталостью. Данный факт свидетельствует о том, что патогенез различных форм умственной отсталости является неоднозначным.

Г.Е. Сухарева [48] в своих исследованиях указывает на существенное значение в патогенезе качества и интенсивности действующей вредности, но и так называемый «хроногенный фактор». То есть важным является этап онтогенеза, на котором происходит повреждающее действие вредности, впоследствии приводящее к дизонтогенезу.

Обычно пороки развития классифицируют на гаметопатию, бластопатию, эмбриопатию и фетопатию. Тяжесть поражения зародыша и плода, а соответственно, и клиническая картина, напрямую зависят от сроков, когда произошло поражение.

На ранних этапах беременности обычно наблюдаются тяжелые и грубые поражения, зачастую приводящие к гибели эмбриона. Во второй половине беременности грубые поражения плода считаются редкостью, но патогенез умственной отсталости – это явление сложное, так как к нарушениям развития нередко могут присоединиться местные воспалительные процессы с последующими очаговыми некрозами, спайками, рубцами и другими повреждениями головного мозга и мозговых оболочек [63].

Состояние учения об умственной отсталости на современном этапе не всегда позволяет с достаточной долей определенности установить ее причину и патогенез, особенно в конкретных случаях.

Несомненно, что механизмы ретардации и асинхронии не исчерпывают всей сложности патогенеза умственной отсталости.

Более того, Г.И. Капланом и Б. Дж. Сэдоком (1994) термин «умственная отсталость» рассматривается просто как синоним ретардации. Исследователи считают, что умственная отсталость – это «поведенческий синдром», который не имеет единой этиологии, механизма, динамики или прогноза, и отражающий всего лишь точку зрения и установку общества по отношению к детям с такими особенностями.

За последние 30-40 лет произошли серьезные изменения позиций в учении патогенеза умственной отсталости. Наряду с признанием этиопатогенетической роли органического поражения головного мозга все больше уделяется роли социокультуральных факторов и такого фактора, как адаптация детей в социуме. Особенно данные изменения коснулись понимания умственной отсталости лёгкой степени, хотя патогенез этих степеней умственной отсталости во многом еще не ясен, потому что учёными

до сих пор не раскрыта зависимость между интеллектом и нарушением структур мозга.

Термин «умственная отсталость» является достаточно обобщенным понятием, который включает стойкие нарушения интеллекта, то есть разные клинические формы проявления интеллектуального недоразвития, такие как резидуальные, так и прогрессивные, которые обусловлены прогрессирующими заболеваниями центральной нервной системы. Среди клинических форм умственной отсталости выделяется олигофрения и деменция.

Под термином «олигофрения» выступает несколько групп стойких интеллектуальных нарушений, которые обусловлены, прежде всего, внутриутробным недоразвитием головного мозга или стойким нарушением при формировании его в раннем постнатальном онтогенезе, т.е. на первых трех годах жизни.

В отечественной психиатрии наиболее известны систематики М.С. Певзнер (1959), С.С. Мнухина (1961), Г.Е. Сухаревой (1965), Д.Н. Исаева (1982), В.В. Ковалева (1995).

В основу классификации Г.Е. Сухаревой [48] легли два основных критерия: «хроногенный фактор» – этап эмбриогенеза, на котором происходило действие вредности, и качество вредности; этиопатогенетическое и клиническое содержание.

Все клинические формы умственной отсталости (по Г. Е. Сухаревой) подразделяются на три основные группы, и существует еще одна группа, которая формально не имеет номера, но по своей сути является четвертой группой.

К первой группе относится олигофрения эндогенной природы, к которой относятся: синдром Дауна, истинная микроцефалия, энзимопатические формы олигофрении с наследственными нарушениями различных видов обмена – это фенилпировиноградная олигофрения,

галактоземия, сукрозурия, другие энзимопатические формы олигофрении. А также такие формы олигофрении в сочетании с недоразвитием костной системы, кожи и слабоумием (дизостозические и ксеродермические олигофрении).

В первую группу олигофрении входят неосложненные формы заболевания, которые связаны, прежде всего, с генетической патологией и проявляются в недоразвитии интеллектуальной, речевой, сенсорной, моторной, неврологической и соматической сферах.

Ко второй группе относятся эмбриопатии и фетопатии – это олигофрения, которая обусловлена вирусом краснухи, которой мать переболела во время беременности (рубеолярная олигофрения); другими вирусами (грипп, паротит, инфекционный гепатит, цитомегалия); олигофрения, которая возникла на почве врожденного сифилиса; а также олигофрения, которая обусловлена гормональными нарушениями у матери и токсическими факторами.

Вторая группа олигофрении включает осложненные формы заболевания, которые связаны с синдромами нарушения нервной системы: церебрастеническим, неврозоподобным, психопатоподобным, эпилептиформным, апатико-динамическим.

К третьей группе относится олигофрения, которая возникла в связи с различными вредностями, действующими во время родов и в раннем детстве, до 3-летнего возраста: олигофрения, вызванная родовой травмой и асфиксией; черепно-мозговой травмой в постнатальном периоде и олигофрения, которая обусловлена перенесенными в детстве энцефалитами, менингоэнцефалитами и менингитами.

К условной четвертой группе Г.Е. Сухарева [48] относит атипичные формы олигофрении. Эта группа составляет множество форм, которые связаны с прогрессирующей гидроцефалией, локальными дефектами развития головного мозга, эндокринными нарушениями и другими

факторами. Клинико-патогенетическая классификация, представленная Г. Е. Сухаревой (1965,1974) сыграла огромную роль в изучении особенностей детей и подростков с умственной отсталостью с медицинской и психологической стороны.

Для дифференциальной диагностики очень важным является разграничение болезненных симптомов, имеющих большое значение в недоразвитии ребенка или при органической деменции.

В свою очередь, М.С. Певзнер [70], придерживаясь патогенетического подхода и учитывая время поражения, локализацию и этиологию, составила свою классификацию, представленную пятью формами слабоумия.

К первой форме относится слабоумие, проявляющееся в диффузном, но относительно поверхностном недоразвитии или поражении коры головного мозга, без грубых нарушений ликвообращения и выпадений того или иного анализатора, без привычных нарушений эмоционально-волевой сферы.

Ко второй форме относится слабоумие, отличающееся сочетанием поверхностного диффузного недоразвития коры головного мозга с нарушением ликвообращения.

К третьей форме относится слабоумие, которое характеризуется диффузным поражением коры головного мозга, сочетающимся с локальными нарушениями. В зависимости от локализации поражения подразделяется на следующие подгруппы:

- 1) нарушение слуха и речи;
- 2) нарушение зрительной афферентации;
- 3) нарушение двигательных систем и др.

К четвертой форме относится слабоумие, отличающееся поверхностным поражением коры головного мозга, которое сочетается с поражением подкорковых областей.

К четвертой форме относится слабоумие, которое проявляется поверхностным поражением коры головного мозга, сочетающееся с

недоразвитием или поражением лобных отделов, выражающееся в недоразвитии познавательной деятельности.

Под руководством М.С. Певзнер [70] впервые в России развернулись комплексные исследования по изучению недифференцированной олигофрении, а также сложных дефектов, которые включают умственную отсталость, речевое недоразвитие, сенсорные и двигательные дефекты.

При изучении структуры дефекта при олигофрении М.С. Певзнер [70] опиралась на нейрофизиологические и нейропсихологические исследования, принадлежащие А.Р. Лурия [52]. Это позволило ей установить в самой структуре интеллектуального дефекта закономерную зависимость или симптоматическую иерархию, а также доказать клиническую классификацию олигофрении.

По структуре клинические проявления делятся на неосложненные и осложненные формы олигофрении. Осложненные формы олигофрении возникают, как воздействие на развивающийся мозг неблагоприятных факторов на более поздних стадиях внутриутробного развития, сочетающихся с повреждающим воздействием асфиксии и родовой травмы. В данных случаях интеллектуальный дефект определяется рядом нейродинамических и энцефалопатических расстройств. При этом имеет место более выраженная степень недоразвития или повреждения локальных корковых функций, например, речевого развития, отдельных видов праксиса, гнозиса. Данная форма олигофрении нередко наблюдается у детей с церебральным параличом и гидроцефалией.

К осложненным формам относится также олигофрения с психопатоподобным поведением. Эту форму олигофрении характеризует сочетание интеллектуального дефекта с недоразвитием личностных компонентов, недостаточностью критического отношения к себе и окружающим людям, которая сопровождается выраженными нарушениями поведения, чаще с расторможенностью влечений, ярко проявляющихся

препубертатном и пубертатном возрастах. Подобная форма олигофрении часто наблюдается при семейном алкоголизме и, в особенности, при алкогольном синдроме плода.

Одним из первых в России, кто учитывал патофизиологические механизмы при создании классификации умственной отсталости является С. С. Мнухин [51]. Используя клинико-физиологический анализ, он выделял три формы умственной отсталости:

- 1) астеническую;
- 2) стеническую;
- 3) атоническую.

Основанием для их классификации служат клинические проявления, а также конституциональные особенности высшей нервной деятельности ребенка.

Классификация умственной отсталости, представленная С.С. Мнухиным [51] позволяет врачам изучать особенности каждой из форм умственной отсталости и подбирать благоприятные пути лечения, а психологам и педагогам-дефектологам – находить особенности психического отклонения и проводить максимально дифференцированные психолого-педагогические коррекционные мероприятия.

Завершая обзор исследований по проблеме современного аспекта патогенеза умственной отсталости, следует отметить, что под умственной отсталостью понимается сборная группа стойких непрогрессирующих патологических состояний с различной этиологией и патогенезом. При этом они объединяются по сходству основной, главной клинической картиной наследственного, врожденного или приобретенного в первые годы жизни слабоумия, которое выражается в общем психическом недоразвитии с преобладанием интеллектуального дефекта и в затруднении социальной адаптации.

1.2 Особенности речевого развития детей с нарушением интеллекта

Одной из основных характеристик общего развития ребёнка является формирование и развитие речи. Дети, которые нормально развиваются, обладают хорошими способностями к овладению речью. Речь является важным средством связи между ребёнком и окружающим миром, самой совершенной формой общения, которая присуща только человеку. Речь – это особая высшая психическая функция, которая обеспечивается головным мозгом, любые отклонения в развитии речи необходимо вовремя заметить. Чтобы речь нормально функционировала необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, был сформирован артикуляционный аппарат и сохранен слух [15].

Науку долго не интересовали проблемы изучения особенностей развития детской речи.

Первым трудом, который описывает психологическое развитие одного мальчика, стала книга немецкого философа Тидемана «Наблюдение за развитием душевных способностей ребёнка», вышедшая в 1787 году и спровоцировавшая волну интереса к детской теме и изучению особенностей языка и речи детей. После «Наблюдений» выходит ряд публикаций, который описывает наблюдения исследователей за речевым развитием своих детей.

В начале XX века в России возникает государственный интерес к исследованию детской речи: организовываются учреждения, которые занимаются вопросами изучения онтогенеза речи, выпускается специальная литература, совершенствуются методические подходы к проведению исследований.

Однако, в 1936 году Постановление ЦК «О педагогических извращениях в системе Наркомпроса» приостановило развитие научного направления по исследованию развития детской речи. И лишь в 1950-м году

с расцветом психолингвистики появятся следующие значимые работы в этом направлении.

В настоящее время проводится множество исследований в этом направлении, получивших большое развитие в нашей стране и за рубежом.

Причинами отставания в речевом развитии являются патология течения беременности и родов, общее отставание в психическом развитии ребенка, влияние наследственности и генетики.

Некоторые особенности формирования речевых навыков на разных этапах становления речи ребёнка, которые отразились в работах психолингвистов, дают нам возможность проследить своеобразие отклонений и аномалий, характерных для речевого развития детей с нарушением интеллекта.

Для умственно отсталых детей характерно позднее развитие речи. Появление отдельных слов относится к периоду 2 – 3 года, а зачатками фразовой речи дети с данной особенностью начинают овладевать лишь после 4 – 5 лет.

Согласно мнению С.Л. Рубинштейн, к основной причине недоразвития речи детей с умственной отсталостью относится «слабость замыкательной функции коры, медленная выработка новых дифференцировочных связей во всех анализаторах» [78].

В результате медленно развивающихся дифференцировочных условных связей в области речеслухового анализатора ребенок с нарушением интеллекта долго не может различить звуки речи, не разделяет и понимает слова, которые произносятся окружающими, в связи с чем им на недостаточном уровне воспринимается речь окружающих.

Для того чтобы ребенок мог воспроизводить сложный комплекс, состоящей из артикуляции, нужно нормальное развитие речевой моторики.

Развитие общей моторики, как и речевой моторики в частности, у детей с нарушением интеллекта замедленное, недифференцированное. В процессе

артикуляции звуков у таких детей выявляют неточность речевых движений, недостаточный их объем, замена, вялость мышечного тонуса, нечеткость кинестетических ощущений.

Речевое развитие состоит не только и не столько в имитации, при помощи подражания речи окружающих. Основу овладения речью составляет становление сложных функциональных структур, которые соответствуют системе языка. Основное условие для формирования таких структур – это возможность анализа воспринятой речи и последующий её синтез, обобщение. Таким образом, речевое развитие происходит через этапы усвоения языковых обобщений: фонематических, лексических, грамматических.

В результате общего недоразвития аналитико-синтетической деятельности у детей с умственной отсталостью с огромным трудом происходит формирование всех языковых обобщений, замедленное усвоение закономерностей языка.

Анализируя особенности речевого развития детей с нарушением интеллекта, Л.Г. Парамонова [71] определяет следующие причины большой распространенности в нарушениях звукопроизношения у детей с умственной отсталостью:

К первой причине относится общее недоразвитие познавательной деятельности, оказывающее свое отрицательное влияние на овладение звуковым составом речи. Дети с нарушением интеллекта не фиксируют внимание на звуковом оформлении слов, потому что звуковая сторона их речи является отвлеченным и неконкретным явлением, в отличие от ее содержания.

Ко второй причине следует отнести большое количество нарушений звукопроизношения, определяющихся недоразвитием фонематического восприятия, процесса дифференциации, различения фонем. Одно из важнейших условий формирования правильного звукопроизношения – это

четкое восприятие фонем в речи окружающих людей. Для того, чтобы научиться правильно произносить звук, необходимо отличать его от всех других, в том числе и близких, оппозиционных звуков. Но, если у ребенка не имеется четкого слухового образа звука, то он не имеет образца для подражания и он не может контролировать свое произношение.

К третьей причине относится недоразвитие общей и речевой моторики. Для формирования правильного произношения звуков речи необходимо достаточное развитие тонких, координированных, точных движений речевого аппарата, а у большого количества детей с умственной отсталостью наблюдаются значительные нарушения общей и речевой моторики: это всевозможные параличи, парезы, гиперкинезы и т. п.

Длительность речеслухового и речедвигательного анализаторов тесно связана, и как результат, данные нарушения отрицательно влияют на возможность акустического различения звуков. Звук, поздно появившийся в речи ребёнка или неправильно произносившийся, плохо различается и акустически.

К четвертой причине относятся аномалии в строении артикуляторного аппарата: прогнатии, прогении, передние открытые прикусы, боковые открытые прикусы, неправильное расположение зубов, высокое и узкое нёбо, толстый язык, которые затрудняют овладение произношением многих звуков, являющихся фактором, который предрасполагает их искажение.

Так, например, при переднем открытом прикусе артикуляция многих переднеязычных звуков [т], [д], [н], [с], [з], [ш], [ж], [ш'], [ч'], [л]) искажается, кончик языка при произношении просовывается между зубами, и звуки становятся межзубными.

При прогнатии нижняя губа приближается к верхним зубам, произношение свистящих, шипящих, [л]– [л'] искажается, становится губно-зубным. Таким образом, причины, которые обуславливают нарушения

звукопроизношения у детей с умственной отсталостью, сложные и многообразные.

Особенности речи у детей с нарушениями интеллекта изучались ведущими учеными, такими как А.Р. Лурия, М.Ф. Гнездилов, В.Г. Петрова, М.С. Певзнер [48].

Уже в период доречевых вокализаций у ребенка наблюдается резкое отставание. Если в норме спонтанный лепет появляется в период от 4-х до 8-ми месяцев, то детей с умственной отсталостью он наблюдается в период от одного до двух лет. (И.В. Карлин, М. Стразулла).

У детей с умственной отсталостью появление первых слов отмечается позднее 3-х лет. Согласно исследованиям И.В. Карлина и М. Стразуллы, первые слова у детей с умственной отсталостью появляются в период от двух с половиной до пяти лет, при норме появления первых слов от 10-ти месяцев до полутора лет [34].

Значительное отставание наблюдается у детей с умственной отсталостью в появлении фразовой речи. Временной интервал, составляющий промежуток между первым словом и фразовой речью у них более длительный, чем детей с нормальным развитием. Бедные и аграмматичные фразы появляются лишь к 6-ти годам.

С.Л. Рубинштейн [78, с.43] указывает на выявление у детей с нарушениями интеллекта недоразвитие лексико-грамматического строя речи. Словарный запас таких детей значительно беднее, чем у нормальных детей. Существенной является разница между объемом пассивного и активного словарей. Активный словарь детей с умственной отсталостью намного меньше по объему пассивного. Речь детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью представляет собой существительные и обиходные глаголы. Очень редко в речи детей с умственной отсталостью встречаются прилагательные, наречия, союзы.

Отмечается неточное употребление многих номинативных слов в активном словаре. Также наблюдается неточность употребления самых простых слов, отсутствует дифференциация при обозначении похожих предметов.

Например, куртку, пуховик, пальто дети называют словом *куртка*. Свитер, рубашку, кофта обозначают словом *свитер*. Таким образом, в речи детей с нарушениями интеллекта отмечают вербальные замены. В основном дети заменяют слова, которые близки семантически и обозначают предметы одной группы. При этом названия нескольких похожих предметов они заменяют одним самым употребительным словом. Причинами неточности в употреблении слов у детей с умственной отсталостью являются трудности в различении самих предметов.

Школьниками с умственной отсталостью в результате слабости дифференцировочного торможения легче воспринимается сходство предметов, чем их различие. Поэтому, прежде всего, такими детьми усваиваются похожие и конкретные признаки предметов. Общим и конкретным признаком предметов в примерах, приведенных выше, является их назначение. Детями же с нарушением интеллекта различия этих предметов не воспринимаются, и обозначения не дифференцируются.

Словарный запас, освоенный учеником с умственной отсталостью, длительное время является неполноценным, потому что значение слов, употребляемых им, в большей степени не соответствует действительному значению слова. Данный факт наблюдается и у всякого нормального ребенка. Так, например, ребенок с нормальным развитием называет словом «киса» и домашнюю кошку, и пушистого игрушечного щенка, и воротник маминого пальто. Вначале дядей считается всякий мужчина, кроме папы; и только постепенно ребенок усваивает точную семантику слова дядя, которое выражает определенную степень родства. По мнению И.М. Сеченова [17], слово является для ребенка долгое время не понятием, а лишь «кличкой»,

которым он называет нескольких предметов. Затем происходит постепенное уточнение его значения. У детей с умственной отсталостью переход от слов-«кличек» к словам, которые обозначают понятия совершается длительный срок и с огромным трудом.

В.Г. Петрова [38], проводя изучение словарного запаса у школьников с умственной отсталостью, отметила, что у многих детей нет в наличии слов обобщающего характера (*овощи, фрукты, посуда, животные*). Дети с нарушением интеллекта неправильно называют детенышей животных (*котёнок – «котёночек», «котянок», «китя»; ягнёнок – «овченок»*).

Школьники младших классов с умственной отсталостью пользуются незначительным количеством слов, которые обозначают признаки предмета, называют основные цвета (*красный, жёлтый, зелёный и синий*), величину предметов (*узкий – длинный*), вкуса (*кислый – сладкий*). Очень редко в своей речи они используют противопоставления предметов, например, «маленький – большой», «сладкий – горький». Прежде всего, это связывают с трудностью различения самих представлений о качественных признаках предметов.

Недоразвитие грамматического строя речи отмечается в большом количестве аграмматизмов, а также в трудностях выполнения многих заданий, которые требуют грамматических обобщений. У детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью наблюдаются недостаточно развитые как синтаксические структуры предложений, так и морфологические обобщения, процессы словоизменения и словообразования. Устная речь изобилует искажениями в употреблении падежей. Наиболее сформированные у таких детей считаются формы именительного, родительного и винительного падежей имен существительных. Ошибки чаще всего наблюдаются при употреблении слов в творительном, дательном и предложном падежах. Данные факты подтверждают основные закономерности развития грамматического строя в онтогенезе.

Согласно наблюдениям А.Н. Гвоздева [26], в речи детей появляются слова в именительном и винительном падежах имен существительных – в период 1 года 9 месяцев, после наблюдается употребление слов в родительном падеже – в 1 год 10 месяцев.

К позднему этапу в устной речи детей отмечается употребление дательного и предложного падежей – в 1 год 11 месяцев. Гораздо позже всех падежей усваивается творительный падеж, после двух лет, а некоторые предложные конструкции у детей с нарушениями интеллекта наблюдаются в речи после трех лет.

Таким образом, усвоение падежей детьми с умственной отсталостью осуществляется в аналогичной последовательности, что и у детей с нормальным интеллектом, но в гораздо поздние сроки.

Усвоение грамматических форм в импрессивной речи осуществляется у детей с умственной отсталостью раньше, чем в экспрессивной. Так, для импрессивной речи характерно неправильное употребление и не понимание падежных конструкций с предлогами *за, перед, около*; *наблюдается смешение предлогов на и под, под и в.*

В экспрессивной речи дети с нарушениями интеллекта часто опускают предлоги *в, из*, практически обходятся без предлогов *над, около, перед, за, между, через, из-за, из-под*, смешивают *на* и *в*, заменяют предлог *над* предлогом *на, под - по*; происходит неправильное согласование существительного роде, числе, падеже, существительного и числительного, существительного и прилагательного.

Детьми с умственной отсталостью падежные окончания множественного числа усваиваются гораздо труднее, чем падежные окончания единственного числа. Так, школьниками с нарушением интеллекта чаще неправильно употребляются имена существительные с наречием *много* («*много мальчики*», «*много котята*»). В течение длительного периода времени неусвоенными оказываются типы склонений.

В некоторых случаях умственно отсталыми детьми смешиваются окончания родительного падежа множественного числа различных склонений у имен существительных, например «*много девочек*», аналогично с «*много домов*».

У детей с умственной отсталостью наблюдается не только неправильное согласование прилагательных и существительных в роде, числе и падеже. Особенно трудно для них – это усвоение согласования прилагательного с существительные среднего рода («*голубая платье*», «*зеленая блюдце*», «*красный яблоко*»).

В некоторых случаях наблюдается замена полной формы имени прилагательного его усеченной формой («*жёлты цветок*», «*жёлты машина*»). Употребление среднего рода глаголов прошедшего времени в активной речи наблюдается крайне редко, также как и средний род имен существительных.

Функция словообразования у детей с нарушением интеллекта считается ещё меньше сформированной, чем функция словоизменения. Несформированность функции словообразования отражается в трудностях образования имён прилагательных от имён существительных, уменьшительно-ласкательных форм существительных. В основном дети с данной патологией применяют суффиксальный способ словообразования, но количество суффиксов, которые используются для словообразования, мало, к ним относятся суффиксы *-ик*, *-очек*, *-чик*, *-онок*, *-ёнок*, *-ок*, *-ят-*, *-к-*.

Исследователями М.С. Певзнер, Р.Д. Тригер, В.И. Лубовским, Н.А. Никашиной было выявлено, что при построении предложений с опорой на картинку, в отличие от нормальных школьников, у детей с умственной отсталостью количество верных ответов при выполнении задания не увеличивается, а напротив, уменьшается. Если в процессе составления предложений без опоры на наглядность дети дали 33% верных ответов, то с опорой на картинку количество верных ответов уменьшилось до 25%.

В ходе проведения эксперимента школьникам предлагалось сказать, чем отличаются следующие предложения: «У магазина с оружием стоит охранник» и «У магазина стоит охранник с оружием». Хотя в самой постановке вопроса ребёнку указано направление на поиски разницы, при этом большинство детей с умственным развитием считают эти предложения абсолютно идентичными. Даже повторив верно эти предложения, дети не установили разницу в смысле.

Наиболее существенным для младших школьников считается употребление простых нераспространенных предложений, встречаются распространенные предложения, включающие обычно прямое дополнение (*Девочка везет санки*), иногда обстоятельства места (*Мальчик идёт в школу*). Глаголы несовершенного вида употребляются в качестве сказуемых. Употребление глаголов совершенного вида наблюдается крайне редко.

Связная речь детей с умственной отсталостью представлена назывными, а также неполными предложениями. В данных предложениях нет ни подлежащего, ни сказуемого. Например, рассказы по картинке: «*Зима. Идёт. Дети. На санках. И они стоят*». Или: «*Мальчики рыбу ловят. Бросили. Побежали. На лодке катаются*».

Таким образом, у многих детей младшего школьного возраста с умственной отсталостью чрезвычайно бедные и нечеткие морфологические обобщения, а также наблюдаются представления о морфологическом составе слова и о синтаксических связях слов в предложении.

М.С. Певзнер [70], В.Г. Петрова [71] отмечают, что становление связной речи у детей с умственной отсталостью происходит в замедленном темпе и характеризуется качественными особенностями. Такие дети долгое время задерживаются на этапе вопросно-ответной и ситуативной речи. Переход к самостоятельному высказыванию у детей с умственной отсталостью является очень труден и во многих случаях может затянуться вплоть до старших классов специальной школы.

В процессе порождения связных высказываний школьникам с умственной отсталостью необходима постоянная стимуляция со стороны взрослого, систематическая помощь, проявляющаяся либо в виде вопросов, либо в подсказке. Особенно трудной для таких детей считается контекстная форма речи. Ситуативная речь, то есть речь, происходящая с опорой на наглядность, на конкретную ситуацию, воспроизводится ими гораздо легче. Немаловажная роль в недоразвитии связной речи заключается в недостаточной сформированности диалога.

Диалоговая речь, как известно, опережает развитие монологической речи и является подготовкой для её развития. Дети, с умственной отсталостью часто не осознают необходимость в ясной и четкой передаче содержания определенного события, то есть они не могут ориентироваться на собеседника.

В.Г. Петрова [71], С.Л. Рубинштейн [76], при изучении устных высказываний умственно отсталых детей, полагают, что связные высказывания имеют форму фрагмента и по структуре являются малоразвернутыми. В их рассказе нарушается логическая последовательность, связь между отдельными его частями. Связные тексты представляют собой отдельные фрагменты, которые не составляют единое целое, и характеризуются краткостью и сжатостью изложения. Одна из причин задержки формирования связной речи у детей с умственной отсталостью заключается в том, что их речевая активность считается слабой и довольно быстро истощается.

В процессе монологической речи нет стимуляция извне, конкретизация и развитие рассказа происходит под организацией самого ребенка. Особенности связных высказываний у детей с умственной отсталостью во многом определяется и характером заданий, формой связных высказываний. Более легко, чем самостоятельный рассказ, умственно отсталые дети осуществляют пересказ текста. Но и у пересказа имеется ряд определенных

особенностей. Так, дети с нарушением интеллекта могут пропустить важные части текста, передать содержание текста более упрощенно. У них наблюдается не понимание причинно-следственных, временных, пространственных отношений. На основе случайных ассоциаций они придумывают события, детали, отсутствующие в тексте.

А.Н. Граборов [24], при исследовании речи детей с умственной отсталостью, отмечает, что речь таких детей монотонна, маловыразительна, лишена сложных и тонких эмоциональных оттенков, в одних случаях она может быть замедленной, в других – ускоренной, у заторможенных голос будет звучать тихо, слабо, немодулированно, у возбудимых детей, напротив, он будет резкий и крикливый.

К особенностям речевого развития умственно отсталых детей относятся речевые нарушения. Один из основоположников отечественной логопедии М.Е. Хватцев [89] впервые разделил все причины речевых нарушений на внешние и внутренние, выделяя органические, к которым относятся анатомо-физиологические, морфологические; функциональные, к которым относятся психогенные факторы, социально-психологические и психоневрологические причины.

В настоящее время имеется две классификации речевых нарушений, первая – клинико-педагогическая, вторая – психолого-педагогическая.

Основу клинико-педагогической классификации составляет в основном на медицинский аспект нарушения, ориентируясь на коррекцию дефекта речи, и идет от общего к частному.

Все виды клинико-педагогической классификации дифференцируются на 2 группы: нарушения устной и письменной речи.

Нарушения устной речи в свою очередь делятся на нарушения внешнего высказывания и нарушения внутреннего высказывания.

Нарушения внешнего высказывания в свою очередь делятся на несколько подвидов, к которым относится:

- а) нарушение голосообразования;
- б) темпа и плавности речи;
- в) нарушение звукопроизношения;
- г) нарушение интонации.

Данные нарушения наблюдаются как самостоятельно, так и в совокупности.

Всем описанные патологические состояния названы специфическими терминами:

Дисфонией называется отсутствие или расстройство функции речи в результате патологических изменений в голосовом аппарате. При данном виде нарушения речи голоса или вовсе нет, или в нём происходят различные изменения и нарушения в силе и тембре. Такие изменения обусловлены функциональными или органическими поражениями голосообразующего аппарата и могут возникнуть в любом возрастном периоде.

Брадилалией называется патологическое замедление речи, которое возникает результате преобладания процесса торможения над процессом возбуждения. При данном нарушении речь сильно замедлена, происходит растяжение гласных, речь при этом становится нечеткой.

Тахилалия – это такое нарушение речи, при которой наблюдается патологическая быстрота произношений. При данном нарушении сохранными остаются фонетический, лексический и грамматический процесс речи. Тахилалия носит органический и функциональный характер.

Дислалией называется нарушение в звукопроизношении, которое наблюдается при нормальном слухе и нормальной иннервации речевого аппарата. Данный тип нарушения проявляется в заменах, искажениях, смешениях тех или иных звуков. Это нарушение может происходить в том случае, если у ребенка не сформированы операции по отбору реализации звуков. В результате наблюдается о дефект продуцирования.

Описанные выше дефекты относятся к самостоятельному виду нарушений. Но существуют и такие, при которых происходит нарушение несколько звеньев сложного механизма высказывания. Среди них выделяется дизартрию и ринолалию.

Ринолалией называется такое нарушение произносительной стороны речи или тембра голоса, которое обусловлено анатомо-физиологическим поражением речевого аппарата, к примеру, расщелина неба.

Дизартрия называется такое нарушение произносительной стороны речи, происходящее в результате недостаточной иннервации речевого аппарата. Данный вид нарушения является следствием органического поражения центральной нервной системы. Дизартрия возникает в любом возрасте вследствие перенесенных инфекций мозга. Дизартрия дифференцируется по месту локализации и по степени поражения.

К нарушениям внутреннего оформления высказывания относятся два вида нарушений.

Алалией называется такое нарушение речи, при котором наблюдается полное отсутствие или недоразвитие речи из-за органических поражений речевых зон головного мозга в период внутриутробного развития или доречевом периоде. Этот вид нарушений речевого развития является одним из самых сложных дефектов речи, при котором языковая система не формируется и страдают все звенья произносительной стороны речи.

Афазией называется такое нарушение речи, при котором наблюдается утрата способности использования различными средствами языка. Ребенок может утратить речь вследствие перенесенных черепно-мозговых травм, различных инфекционных заболеваний нервной системы. При афазии из-за травмы происходит утрата уже сформированной речи.

Нарушения речевого развития у детей с умственной отсталостью в настоящее время широко распространены и характеризуются большой сложностью патогенеза и симптоматикой. Дефекты речи у таких детей могут

быть обусловлены недоразвитием в познавательной деятельности, а также связаны со снижением слуха, нарушением речевой моторики, аномалиями строения артикуляционного аппарата и другими.

У детей с умственной отсталостью наблюдается резкое снижение потребности в речевой коммуникации, которое обуславливает ограниченность речевых контактов и отрицательно влияет на весь процесс овладения речью ребёнком.

Таким образом, в качественном своеобразии процесса речевого развития, большой распространенности и стойкости речевых нарушений у детей с умственной отсталостью огромную роль играет сложное взаимодействие анатомо-физиологических, психологических и социальных факторов.

Р.И. Лалаева [44] отмечает, что у умственно отсталых детей наблюдаются все формы нарушений речи аналогичные речи нормальных детей. Семантический дефект является преобладающим в структуре системного нарушения речи. Речевое нарушение детей с умственной отсталостью характеризует системный характер, отмечающийся недоразвитием речи как целостной функциональной системы.

Подводя итог вышесказанному об особенностях развития речи детей с интеллектуальными нарушениями, резюмируем, что ряд исследователей (А.К. Аксёнова, В.И. Лубовский, В.Г.Петрова и другие) выделяют ряд специфических отклонений и аномалий речевого онтогенеза, которые свойственны данной группе детей.

Учёными продемонстрированы несоответствие норме речевого развития у ребёнка с интеллектуальным нарушением уже на первом году жизни (отсутствие лепета, гуления и пр.) и невозможностью преодоления признаков речевой патологии до момента окончания им школьного возраста. Развитие речи детей данной категории запаздывает и характеризуется рядом

отклонений, которые проявляются в фонетической, лексической, синтаксической и грамматической сторонах речи.

1.3 Методы диагностики нарушения речи у детей

Методы диагностики нарушений речи у детей с нарушением интеллекта разнообразны и в основном совпадают с методами изучения детей с нормальным развитием, при этом они имеют свою специфику.

В рамках клинических методов диагностики производится общеклиническое или врачебное и параклиническое обследование детей с речевой патологией специалистами-медиками.

К *общеклиническим* методам диагностики относятся исследования в области рефлекторно-двигательных функций, чувствительности, функции черепных нервов, вегетативной нервной системы.

К *параклиническим* методам относятся:

- исследование цереброспинальной жидкости;
- ультрозвуковое исследование головного мозга;
- рентгеноконтрастные методы исследования;
- методы нейровизуализации;
- электроэнцефалография;
- видео-ЭЭГ-мониторинг;
- электромиография;
- вызванные потенциалы;
- биохимические методы исследования.

Диагностика речевых нарушений у детей с умственной отсталостью включает в себя:

- 1) медицинскую диагностику;
- 2) педагогическую диагностику;

- 3) психологическую диагностику;
- 4) логопедическую диагностику.

Психолого-педагогическая диагностика является важной в логопедии, потому что речь ребёнка связана со всеми психическими функциями, а своевременное диагностирование имеющегося расстройства, правильное понимание его структуры и динамики развития, позволяет вовремя оказать качественную помощь ребёнку с речевым нарушением.

Сама процедура психолого-педагогического исследования нарушения речи у детей начинается, в первую очередь, с плана, который соответствует озвученной проблеме, возрасту ребёнка и его актуальным возможностям. Диагностику нарушения речи у ребенка необходимо осуществлять с учетом ведущей деятельности ребенка: предметно-практической, игровой или учебной.

Конечной целью диагностики является определение педагогических условий и индивидуальных приёмов и методов помощи, необходимых ребёнку с тем или иным речевым нарушением.

Психолого-педагогическое обследование детей – это единый комплекс, включающий в себя три вида обследования: клиническое, психологическое, педагогическое; каждое из них имеет своё направление, цели и задачи:

- 1) медицинское или клиническое обследование заключается в рассмотрении картины онтогенеза и дизонтогенеза на основе клинических данных анамнеза. Медицинское обследование проводится педиатром, терапевтом, невропатологом, офтальмологом, отоларингологом и другими;
- 2) педагогическое обследование, которое заключается в рассмотрении сведений об уровне овладения ребёнком ЗУНП (знаний, умений, навыков, понимания) на определенном возрастном этапе;

3) психологическое, которое заключается в организации для психологического изучения ребенка с учетом его возраста, позволяющее выбрать форму и методику диагностической процедуры.

Как правило, обследование начинается с предварительного изучения документации ребенка: характеристики, медицинских справок, записей других специалистов, письменных работ. Следующим этапом является беседа с родителями с целью выяснить условия жизни ребенка, особенности его развития, состав семьи, профессию родителей и т.п. Рассмотрим подробнее аспекты психологического и педагогического обследования.

Под психологической моделью диагностики понимается оценка причин тех или иных проблем или неблагополучий, которые обусловлены психологическими особенностями индивидуума с речевым нарушением.

В этом процессе исходные предпосылки, а именно: особенности мотивации поведения ребенка, стереотипы сформированной системы отношений к людям и событиям, личностные черты и т.п. порождают систему эмоциональных связей, взаимоотношений, которые реализуются в общении. Особенности этих связей и общения в целом служат предпосылками внутриличностных конфликтов, определяют способы реагирования на ситуации, которые затрагивают жизнь ребенка в обществе. Именно такую ситуацию представляет речевое нарушение.

Психологическое обследование считается ведущим видом обследования, задачами которого является получение сведений о личности ребенка, уровне его умственного развития и поведении. Результативность психологического обследования, а также степень обоснованности выводов напрямую зависят от соответствия выбранных психодиагностических методов и методик решаемым психолого-педагогическим задачам.

Психодиагностические методы и методики дифференцируются: по направленности; по фундаментальному теоретическому конструкту; по форме применения.

Диагностическая деятельность психолога обуславливается получением оценки неречевых симптомов в структуре речевого нарушения и определением коррекционного обучения.

При *психологическом обследовании* используется только психологический инструментарий, соответствующий всем критериям, которые предъявляются к диагностическому материалу; прошел адаптацию на большой выборке детей с подобными проблемами, с наличием стандартизированных данных об особенностях их развития [3, с. 229].

К ним относятся следующие методы психологической диагностики: наблюдение, эксперимент, тестирование и другие. Методы психологического обследования делятся на устные и письменные (интервью, беседа), бланковые, предметные (доски Сегена, кубики Кооса); аппаратурные, компьютерные; вербальные (словесно-логические) и невербальные (матрицы Равена).

В практической работе при отборе большого количества методик для психологического обследования используется психотерапевтическая модель, основа которой представляет собой целостное рассмотрение проблем развития ребенка и его переживаний по поводу своего состояния.

Например, для детей дошкольного и младшего школьного возраста психологическая модель подразумевает анализ психического развития ребенка в соответствии с возрастной нормой, поэтому в программу обследования включаются в первую очередь оценки психомоторного развития, речи и интеллекта.

Педагогическое обследование ребёнка с речевым нарушением проводится чтобы:

- 1) определить уровень педагогической запущенности, пограничных состояний и задержек психического развития; выявления индивидуальных типологических возможностей, что является крайне важным для дальнейшего обучения и развития ребёнка;

- 2) определить уровень овладения ребенком учебных навыков и степени освоения и усвоения учебного материала в соответствии с учебной программой образовательного учреждения, посещавшееся ребёнком;
- 3) оценить динамику развития ребёнка (прежде всего, тех психических характеристик, которые необходимо корректировать для получения лучшего результата);
- 4) организовать оптимальные межличностные взаимодействия в тандеме «ребёнок - педагог» на основе индивидуально-типологических особенностей обеих сторон, а также характерных взаимоотношений между ними на протяжении всего курса логопедической коррекции;
- 5) проводить консультационную работу с родителями ребёнка;
- 6) планировать последующую работу на основании полученных данных [64].

Подготовка к обследованию предполагает подборку стимульного материала и конкретных, соответствующих поставленным целям, методов и методик. На разных этапах педагогического обследования используются различные методы изучения деятельности и личностных особенностей ребенка: беседа, обучающий эксперимент, наблюдение, изучение документации и письменных работ детей.

Выбор методов диагностики зависит от коммуникативности ребенка, трудности адаптации в новых условиях, тревожности, сензитивности и других индивидуальных особенностей, а также от поставленных целей и задач каждого этапа обследования [2].

Педагогическое обследование ребенка с нарушением речи, как правило, осуществляется логопедом с помощью различных нестандартизированных методик, тестовых заданий; методов исследования фонетической грани речи (предметные картинки, содержащие звук в начале, в середине или в конце слова; речевой материал – слова, словосочетания, предложения, тексты, содержащие различные звуки); методов исследования фонематической грани

речи (картинки и речевой материал для определения способности дифференцировать противоположные звуки: звонкие - глухие, свистящие - шипящие, твердые - мягкие и т.д.); методов исследования лексики и грамматического строя речи (предметные и сюжетные картинки по лексическим темам; картинки с изображением действий; картинки с изображением разного количества предметов (шар – шары, кувшин кувшины и пр.); картинки с изображением однородных предметов, которые различаются по определенному признаку (размер, форма, цвет и прочие); методов исследования состояния связной речи (сюжетные картинки; серии сюжетных картинок, которые предназначены для разных возрастных групп); методов исследования языкового анализа и синтеза (речевой материал – это предложения, слова различной звуко-слоговой структуры; предметные и сюжетные картинки).

К ним не предъявляются требования оценки по валидности, надёжности, репрезентативности и стандартизации.

Основной метод педагогического исследования – это обучающий эксперимент, позволяющий определить этап возникновения трудностей, компенсаторные возможности, степень и характер помощи, спроектировать коррекционное направление.

Таким образом, можно сделать следующий вывод: методологическая база исследования речевых нарушений у детей речи находится на стадии теоретических и практических разработок.

1.4 Выводы по первой главе

Обобщая материал, изложенный в первой главе диссертационного исследования, необходимо отметить следующее:

- Вопросы этиологии и патогенеза умственной отсталости у детей представлены неоднородной группой. Так, исследователи

(Л.С.Выготский, Ж.И.Шиф, С.Л.Рубинштейн) видят связь умственной отсталости с генетическим дефектом или с органическими экзогенными повреждениями организма в период раннего онтогенеза. Другая группа учёных соотносит возникновение умственной отсталости в результате непосредственного влияния ионизирующего излучения и некоторых химических веществ, таких как, алкоголь на генеративные клетки родителей, прием некоторых лекарственных средств и употребление матерью алкоголя непосредственно в периоде вынашивания младенца.

- Речевое развитие у детей с умственной отсталостью запаздывает и характеризуется рядом отклонений, которые проявляются в фонетической, лексической, синтаксической и грамматической сторон речи. Ряд исследователей (А.К. Аксёнова, В.И. Лубовский, В.Г.Петрова и другие) выделяют несоответствие норме речевого развития у ребёнка с интеллектуальным нарушением уже на первом году жизни (отсутствие лепета, гуления и пр.) и невозможностью преодоления признаков речевой патологии до момента окончания им школьного возраста.
- Установление речевого диагноза подчиняется общим правилам, но при этом имеет свою специфику. Решающим значением диагностики речевого развития является анамнез и сравнительный анализ изучения параметров неречевой системы ребёнка.
- На выбор методов диагностики развития речи влияет коммуникативность ребенка, трудности адаптации в новых условиях, тревожность, сензитивность и другие индивидуальные особенностей, а также от цели и задачи каждого этапа обследования. Основными методами диагностики в нарушениях речевого развития при обследовании детей считаются изучение анамнеза, определение интеллектуального развития, исследование особенностей

фонетического, лексического и грамматического строя языка, анализ экспрессивной и импрессивной речи.

- Специфичность речевой диагностики заключается в том, что нарушения речи чаще не носят характер самостоятельного заболевания, а являются следствием симптомов основного заболевания.

Глава 2 Эффективность методов диагностики речевого развития у детей с нарушением интеллекта

2.1 Комплексная диагностика нарушений речевых процессов (фонематических, лексико-грамматических) у детей (на базе диагностических методик Г.И.Чиркина, Н.И.Дьякова, Г.А.Волкова)

Данная глава диссертационного исследования представлена анализом эффективности методов диагностики речевого развития у детей с нарушением интеллекта.

Цель исследования: обосновать эффективность методов диагностики речевого развития у детей с нарушением интеллекта на основании полученных данных.

В соответствии с целью эмпирического исследования были определены следующие задачи:

1. Провести комплексную диагностику речевого развития у детей с нарушением интеллекта (первую и вторую);
2. Разработать систему количественно-качественной оценки уровня сформированности речевого развития у детей с нарушением интеллекта.
3. При помощи методов математической статистики (определение содержательной валидности и метода расщепления по формуле Рюлона) обосновать эффективность диагностики речевого развития у детей с нарушением интеллекта (первой и второй).

В ходе исследования для реализации поставленных задач нами использовались следующие методы:

- Анализ медицинской, психологической и педагогической литературы, позволивший обнаружить специфику развития детей с умственной отсталостью;
- Метод наблюдения, предоставивший возможность выявить

особенности каждого ребенка в свободной и организованной деятельности;

- Теоретический метод;
- Метод количественно-качественной оценки;
- Статистический метод использовался для подтверждения достоверности и результативности: метод расщепления по формуле Рюлона.

Исследование по первой диагностике нарушений речевого развития проводилось на базе детского психоневрологического дома - интерната города Костанай, по второй – на базе Дома ребёнка «Дельфин».

В диагностике нарушений речевого развития на базе психоневрологического диспансера приняли участие 50 детей в возрасте от двух до четырех лет с нарушением речи различного генеза.

По заключению врача-невропатолога и логопеда детского психоневрологического дома - интерната в экспериментальную группу вошли – 8% детей с диагнозом по МКБ-10 – F73, – 32% детей с диагнозом по МКБ-10 – F72, – 60% детей с диагнозом по МКБ-10 – F71.

Распределение по нозологическому признаку детей с умственной отсталостью представлено в рисунке 1.

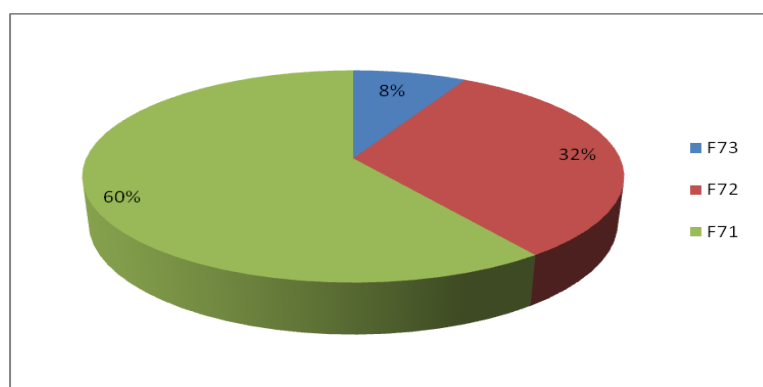


Рисунок 1 – Состав группы на основе медицинских заключений

Половозрастной состав в исследуемой группе представлен 34 мальчиками и 6 девочками. Из них девочки с диагнозом по МКБ-10 F73 – 1 человек, с диагнозом по МКБ-10 F72 – 8 человек, с диагнозом по МКБ-10 F71 – 7 человек.

Мальчики, с диагнозом F73 – 3 человека, F72 – 23 человека, F71 – 8 человек.

Данные представлены в рисунке 2.

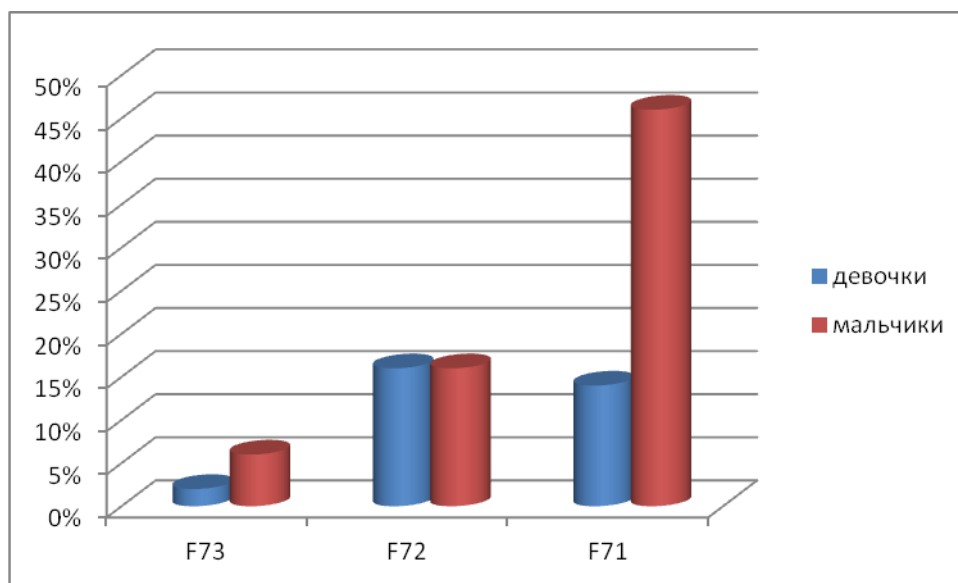


Рисунок 2 – Распределение дошкольников по половой принадлежности

Содержание комплексной диагностики нарушений речевых процессов (фонематических, лексико-грамматических) у детей (на базе диагностических методик Г.И.Чиркина, Н.И.Дьякова, Г.А.Волкова) составили многократные наблюдения за ребёнком в различных ситуациях общения, игры, занятий, анализ продуктов деятельности, документации, изучение коммуникативной, познавательной, эмоционально-волевой сферы ребёнка.

Эмпирическое исследование проводилось на индивидуальных занятиях. Продолжительность исследования зависела от возрастных и индивидуальных особенностей ребенка. Во время проведения диагностики

фиксируются все речевые и неречевые реакции ребенка, а также особенности его поведения.

Комплексная диагностика речевого развития у детей с нарушением интеллекта проводилась в три этапа.

Первый этап – ориентировочный.

Цель первого этапа заключалась в исследовании особенностей речевого развития детей с нарушениями развития речт. Этот этап включал сбор анамнестических данных.

Второй этап — основной.

Целью основного этапа явилась диагностика нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью.

Диагностика нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью содержала 6 блоков: обследование фонематического слуха, обследование слухового ритма, обследование артикуляционной моторики, выявление синтаксических и морфологических аграмматизмов, выявление уровня развития мелкой моторики, обследование связной речи.

Исследование невербальных компонентов речи ребёнка проводилось на основе работ таких авторов, как Т.Г. Визель, Л.С. Выготский, И.Н. Горелов, Н.И. Жинкин, Г.Л. Зайцева, А.А. Леонтьев, М.И. Лисина, А.Р. Лурия, В.М. Шкловский и др.

Основу исследования перцептивной деятельности детей с умственной отсталостью составили работы Л.С. Волковой, Ю.Ф. Гаркуши, Г.С. Гуменной, Е.М. Мастюковой, Н.Я. Семаго, М.М. Семаго, О.Н. Усановой, Т.А. Фотековой.

Задания, которые использовались при диагностике нарушений речевого развития, предусматривали возможность применения различных методов исследования в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и с учетом возрастных норм, которые обеспечивали адекватность предлагаемых заданий.

Программа диагностика нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью (первая) представлена на рисунке 3.



Рисунок 3 – схема диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта

Третий этап – результаты исследования и их интерпретация.

На первом, ориентировочном этапе исследования, нами был проведен сбор анамнестических данных и изучение медицинской документации. С целью выявления особенностей психического, физиологического и речевого развития проведен сбор анамнестических данных из медицинских карт, собраны заключения врачей-специалистов (лор, окулист, невропатолог) и организовано анкетирование родителей.

На втором этапе исследования собственно и проводилась диагностика нарушений речевого развития у умственно отсталых детей (первая).

В первой части исследования мы являлись наблюдателями и давали возможность ребенку привыкнуть к обстановке. Во второй части мы вступали в контакт с ребенком и постепенно предъявляли задания, обозначали цель. Обязательного вербального ответа не требовалось, потому что дети диагностируемой группы являются неречевыми.

Инструкции, которые мы предъявляли детям, носили вербальный характер. Главная особенность в инструкциях – это однословность, например: «возьми», «дай», «покажи» и др., в случае если ребенок не понимал, нами использовались невербальные компоненты коммуникации: с помощью жеста и мимики.

Диагностическое обследование фонематического слуха.

Задание 1.

Цель: определение уровня развития фонематического слуха.

Инструкция: «нужно хлопнуть в ладоши, когда услышишь звук [Ш]»

Произносим звуки [С], [Ш], [Л], [Р].

Задание 2.

Цель: определение уровня развития фонематического слуха.

Инструкция: «нужно хлопнуть в ладоши, когда услышишь звук [С]; топнуть ногой, когда услышишь звук [З]».

Произносим звуки: СА-ЗО-УС-ИЗ.,

Задание 3.

Цель: определение уровня развития фонематического слуха.

Инструкция: «нужно хлопнуть в ладоши, когда услышишь звук [л]».

Произносим слова: собака, мышка, рука, лайка.

Количественно-балльная оценка диагностики уровня развития фонематического слуха представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Балльная оценка исследования уровня развития фонематического слуха

Ребёнок не сумел справиться с заданием	1 балл
Ребёнок сумел справиться со второй попытки	2 балла
Ребёнок справился с заданием	3 балла

Диагностическое обследование слухового ритма.

Задание 1

Цель: обследование воспроизведения ритма серии простых ударов.

Оборудование. Барабан.

Инструкция: «Послушай и повтори удары по барабану».

Простукиваем по барабану серию простых ударов // - / - / - / - / - / - / - /

Задание 2.

Цель: обследование воспроизведения ритма серии простых ударов.

Оборудование. Барабан.

Инструкция: «Послушай и повтори удары по барабану».

Простукиваем по барабану серию простых ударов /// - /// - /// - /// - ///

Задание 3.

Цель: обследование воспроизведения ритма серии простых ударов.

Оборудование. Барабан.

Инструкция: «Послушай и повтори удары по барабану».

Простукиваем по барабану серию простых ударов // - / - / - / - / - / - / - /

Критерии оценки обследования слухового ритма представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Балльная оценка исследования уровня развития слухового ритма

Ребёнок не сумел справиться с заданием	1 балл
Ребёнок сумел справиться со второй попытки	2 балла
Ребёнок справился с заданием	3 балла

Диагностическое обследование артикуляционной моторики.

Задание 1

Цель: диагностика умения удерживать язык широким и узким.

Инструкция: Просим ребенка улыбнуться, приоткрыть рот, положить широкий передний край языка на нижнюю губу.

Удерживать его в таком положении. Затем просим ребёнка приподнять язык вверх и сделать его узким.

Задание 2.

Цель: диагностика состояния боковых краев языка и умение касаться кончиком языка по очереди правого и левого углов рта.

Инструкция: Просим ребенка приоткрыть рот, улыбнуться, высунуть язык вперед и выполнить им движение от левого угла рта к правому и наоборот, соблюдая ритм маятника (тик-так).

Задание 3.

Цель: диагностика умения переходить с одной артикуляционной позы в другую.

Инструкция: Просим ребенка улыбнуться без напряжения так, чтобы были видны передние верхние и нижние зубы, затем вытянуть сомкнутые губы вперед трубочкой.

Критерии оценки уровня сформированности артикуляционной моторики представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Балльная оценка исследования уровня развития артикуляционной моторики

Наблюдаются отсутствие удержания позы, трудности переключения речевых движений	1 балл
Наблюдаются незначительные трудности в удержании поз и переключении	2 балла
Наблюдаются четкое выполнение движений	3 балла

Диагностика наличия синтаксических и морфологических аграмматизмов.

Задание 1.

Цель: определение умений составлять простое распространённое предложения по сюжетной картинке.

Оборудование. Сюжетная картинка: «Мальчик играет в мяч».

Инструкция: Показываем картинку и задаем вопрос: «Что происходит на картинке?».

Правильный ответ: Мальчик играет в мяч.

Задание 2.

Цель: выявление умений согласовывать имя прилагательное с именем существительным в роде.

Оборудование. Предметные картинки: помидор, огурец, лимон.

Инструкция: Показываем предметные картинки и задаем вопросы: «Каким цветом помидор?»; «Каким цветом огурец?»; «Каким цветом лимон?».

Правильные ответы: Помидор красный. Огурец зелёный. Лимон жёлтый

Задание 3.

Цель: определение умений употреблять в предложении предлог **под** в простом предложении по сюжетной картинке.

Оборудование. Сюжетная картинка: «Кубик лежит под столом».

Инструкция: Показываем картинку и даём задание: «Внимательно посмотри на картинку. Ответь на вопрос: «Где лежит кубик?»»

Правильный ответ: «Кубик лежит под столом».

Критерии оценивания умений и навыков строить предложения, грамматически согласовывать слова в предложении представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Балльная оценка исследования синтаксических и морфологических аграмматизмов

Ребёнок не сумел справиться с заданием	1 балл
Ребёнок сумел справиться со второй попытки	2 балла
Ребёнок сумел самостоятельно справиться с заданием, правильно ответил на вопрос	3 балла

Диагностика уровня развития мелкой моторики.

Задание 1

Цель: определение умения удерживать позу кисти руки.

Инструкция: «Сделай как я».

Ставим руку на локоть, выпрямляем и разводим в стороны указательный и средний пальцы, остальные пальцы зажимаем в кулак.

Задание 2.

Цель: определение развития тонких движений пальцев рук.

Оборудование. Фасоль

Инструкция: Выкладываем из фасоли круг. Затем просим ребенка сделать такой же.

Задание 3.

Цель: определение развития мелкой моторики, точных движений пальцев рук.

Оборудование. Карандаш, рисунок.

Инструкция: «Раскрась рисунок».

Критерии оценки развития мелкой моторики представлены в таблице 5.

Таблица 5 – Балльная оценка исследования развития мелкой моторики

Ребёнок не сумел справиться с заданием	1 балл
Ребёнок сумел справиться со второй попытки	2 балла
Ребёнок самостоятельно справился с заданием, раскрасил аккуратно, не выходя за поля рисунка	3 балла

Диагностика обследования связной речи.

Задание 1.

Цель: определение сформированности навыков пересказа.

Оборудование. Книга со сказкой «Курочка Ряба».

Инструкция: «Я сейчас буду читать сказку. Слушай внимательно и постарайся запомнить ее. Когда я закончу, ты должен будешь рассказать эту сказку».

Критерии оценки развития связной речи представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Балльная оценка исследования развития связной речи

Пересказ не доступен для ребенка	1 балл
Ребёнок пересказывает сказку с помощью педагога	2 балла
Ребёнок пересказывает сказку по вопросам	3 балла

Учитывая, что диагностический комплекс состоял из 16 заданий, используем следующую шкалу для определения нарушения речевого развития, таблица 7.

Таблица 7 – Балльная оценка нарушения речевого развития

6-14 баллов	Высокий уровень нарушений речевого развития
15-30 баллов	Средний уровень нарушений речевого развития
31-48 баллов	Низкий уровень нарушений речевого развития

Объективность полученных результатов диагностики нарушений речи у детей с умственной отсталостью интерпретировалась при помощи количественно-качественной оценки. Качественная оценка позволяет

выделить особенности сформированности и механизм нарушения всех компонентов речевой системы.

Количественная оценка данных была получена при помощи математико-статистического анализа обработки результатов. Среднее арифметическое вычислялось по формуле:

$$X = \frac{\sum X}{N}$$

Где:

X – значение величины, для которой необходимо рассчитать среднее значение;

N – общее количество значений X (число единиц в изучаемой совокупности).

Диагностический комплекс представлен 16 заданий в 6 блоках. Результаты диагностики суммировались в рамках каждой серии заданий.

За выполнения заданий диагностического блока максимальное количество баллов составило – 48.

Полученные средние значения результатов позволили нам определить уровень нарушения речевого развития.

Методом вторичной статистической обработки результатов диагностики являлся метод корреляции, позволяющий выявить взаимосвязь между уровнем развития невербальных компонентов общения уровнем нарушений речевого развития.

Данный метод позволил соотнести разные компоненты и проследить взаимосвязь между ними. Если в одном из компонентов положительная динамика, то и в другом будут наблюдаться улучшения, что говорит о положительной корреляции. Если наблюдается снижение показателей, то будем говорить об отрицательной корреляции. При отсутствии связи

переменных мы имеем дело с нулевой корреляцией. Перейдём к подробному качественному и количественному анализу полученных результатов.

Третий этап диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью – результаты исследования и их интерпретация.

Анализ результатов 1 этапа диагностического исследования.

В процессе анализа медико-психолого-педагогической документации было установлено, что 15 детей диагностической группы имели различные заключения:

- олигофрения глубокая (F73) диагностирована у 4 (8%) детей.
- олигофрения умеренная стадии (F72) определена у 16 (32%) дошкольников.
- диагноз олигофрения умеренная (F71) поставлен 30 (60%) детям.

По медицинским заключениям группа детей, диагностированная нами, оказалась неоднородной (рисунок 4).

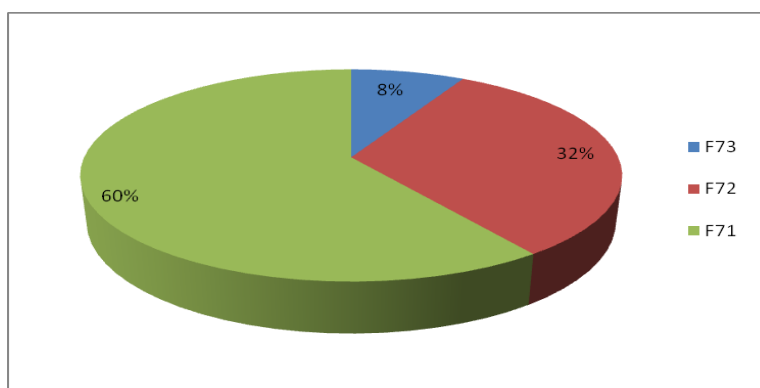


Рисунок 4 – Состав группы на основе медицинских заключений

Проведенный нами анализ медицинских карт свидетельствовал о наличии у всех детей с нарушением развития речи присутствуют неблагоприятные факторы в анамнезе.

По этиологическим факторам группа диагностируемых детей разделилась следующим образом: дети с пренатальными поражениями – 15

детей, с натальными поражениями – 21 ребёнок и с постнатальными – 14 человек.

В анамнезе нами были отмечены неблагоприятные особенности протекания беременности с токсикозами у 10 женщин и угроза прерывания вынашивания плода у 5 женщин.

Во время родовой деятельности у 16 женщин применяли стимуляцию, при этом у 6 человек роды были стремительные, у 10 человек наоборот – затяжные и обезвоженные, 14 женщинам проведено кесарево сечение по медицинским показаниям и у 20 детей фиксировалась асфиксия. По шкале В. Апгар состояние 12 новорожденных оценивалось в шесть-семь баллов.

На первом году жизни 19 детей болело инфекционными заболеваниями (ОРВИ), отитами и дерматитами.

Со слов родителей, раннее физическое и моторное развитие не соответствовало нормативным показателям. Большинство родителей обозначили, что первые слова появились после 2-х лет, на диагностике большинство детей не подтвердили свое нормативное речевое развитие.

Все дети состояли на учете у невролога и имели соответствующие заключения о развитии. При проведении анализа документации можно было отметить, что раннее моторное, психическое и речевое развитие у неговорящих детей проходило по линии дизонтогенеза.

3 этап. Анализ результатов основного этапа комплексной диагностики нарушений речевого развития.

Оценивая качество выполнения заданий основного этапа, необходимо отметить, что развитие начальной речи у обследуемых групп детей было затруднено вследствие недостаточной сформированности неречевых процессов, являющихся базой для её развития и поэтому требующих разработки дифференцированного подхода к формированию речевой деятельности детей с умственной отсталостью.

Результаты проведённого диагностического обследования нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью приведены в таблице 8.

Таблица 8 – Результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью

Имя ребёнка	ФС	Ритм	Артикул. моторика	Аграмматизмы	Мелкая моторика	Пересказ	Сумма баллов	Итого
А.	1	1	1	1	2	1	111121	7
Ж.	1	1	1	1	1	1	111111	7
И.	1	2	1	1	1	1	121111	7
С.	2	2	2	3	3	3	222333	15
Ю.	1	1	1	1	1	1	111111	6
О.	2	2	2	3	3	3	222333	17
М.	2	3	2	3	3	3	232333	16
Ю.	2	1	1	1	1	1	211111	7
А.	2	1	2	1	1	1	212111	8
Б.	1	1	2	2	1	2	112212	9
Г.	2	2	3	2	1	2	223212	10
Г.	1	2	1	2	1	1	121211	8
О.	2	1	1	1	2	1	211121	8
М.	1	2	2	2	2	1	122221	10
Ю.	1	2	1	2	1	1	121211	6
Ж.	1	1	1	1	2	1	111121	7
Е.	1	1	1	1	1	1	111111	7
Е.	1	2	1	1	1	1	121111	7
К.	2	2	2	3	3	3	222333	15
Ю.	1	1	1	1	1	1	111111	6
Ж.	2	2	2	3	3	3	222333	17
Е.	2	3	2	3	3	3	232333	16
А.	2	1	1	1	1	1	211111	7
Ж	2	2	3	2	1	2	223212	10
И.	1	2	1	2	1	1	121211	8
С.	2	1	1	1	2	1	211121	8
Ю.	1	2	2	2	2	1	122221	10
О.	1	2	1	2	1	1	121211	6
П.	1	1	1	1	1	1	111111	6
С.	2	2	2	3	3	3	222333	17

Проанализировав результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью, и произведя необходимые расчёты, определили уровень нарушений речевого развития.

7 детей с умственной отсталостью показали средний уровень нарушений в речевом развитии: не справились с заданиями по определению

фонетической стороны речи и артикуляционной моторикой. Данные нарушения демонстрируют характерные нарушения речи с детей с нарушением интеллекта, что составляет – 14%.

Остальное количество диагностированной группы в количестве 43 человек (86%) продемонстрировали высокий уровень нарушений в речевом развитии. У них ярко выражены особенности нарушений речи, характерные при умственной отсталости.

Отсутствие нарушений в речевом развитии у детей с нарушением интеллекта не выявлено.

Отразим процентные показатели условного распределения нарушений речи у детей с умственной отсталостью в круговой диаграмме на рисунке 6.



Рисунок 6 – Условное распределение детей, нарушений речи у детей с умственной отсталостью

В результате качественного анализа результатов диагностики нарушений развития речи у детей с умственной отсталостью выяснили, что наибольшие трудности у детей вызывали задания, направленные на исследование фонематического слуха, слухового ритма, артикуляционной

моторики. Дети с умственной отсталостью ввиду патологии психического развития испытывали затруднения при согласовании имени прилагательного с именем существительным в роде, в употреблении предлогов, при пересказе сказки. Детями с трудом выполнялись задание на выявление умений составить простое распространённое предложение по сюжетной картинке. Данные затруднения подтверждают теоретические аспекты особенностей речевого развития у детей с умственной отсталостью.

Таким образом, в результате комплексной диагностики нарушений речевого развития у детей были получены данные, свидетельствующие о нарушении речевого развития в исследуемой группе.

2.1 Диагностика нарушений импрессивной и экспрессивной речи детей (на базе методики психолого-логопедического обследования речи, Г.А. Волковой)

Исследование по второй диагностике нарушений речевого развития у детей проводилось на базе Дома ребёнка «Дельфин» города Костанай.

В диагностике нарушений речевого развития приняли участие 22 ребёнка в возрасте от двух до четырех лет с нарушением речи различного генеза. Согласно заключению врача-невролога и логопеда Дома ребёнка «Дельфин» в диагностическую группу вошли – 9% детей с диагнозом по – 55%, детей с диагнозом по МКБ-10 – F71 – 36% детей с диагнозом по МКБ-10 – F72.

Распределение по нозологическому признаку детей с умственной отсталостью представлено в рисунке 7.

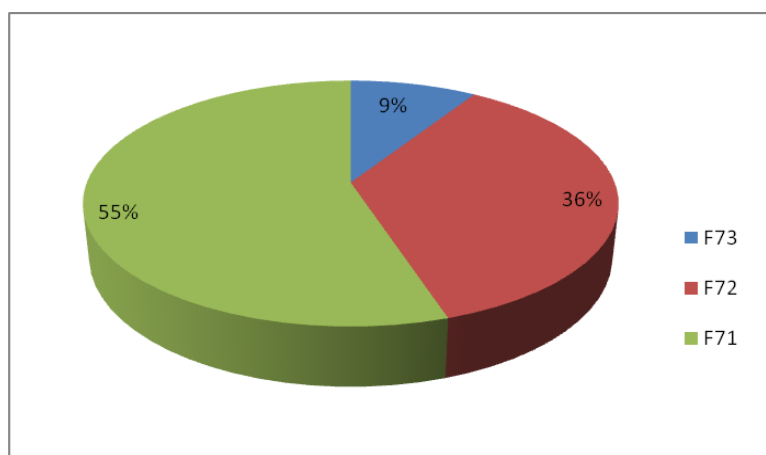


Рисунок 7 – Состав группы на основе медицинских заключений

Диагностика нарушений речевого развития детей с нарушением интеллекта включало изучение уровня развития импрессивной и экспрессивной речи и игровой деятельности.

В основе диагностики сформированности импрессивной и экспрессивной стороны речи лежат работы Т.В. Ахутиной, Б.М. Гриншпуна, Н.С. Жуковой, Р.Е. Левиной, А.Р. Лурия, Е.М. Мастюковой, О.С. Орловой, Т.В. Тумановой, Т.Б. Филичевой, Т.А. Фотековой, Г.В. Чиркиной, С.Н. Шаховской и мн. др.

Диагностике предшествовало знакомство с данными анамнеза относительно каждого ребенка.

Патогенез умственной отсталости предполагает наличие неблагоприятных воздействий, как во внутриутробном периоде, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут, впоследствии приводящие к отставанию в речевом развитии.

Поэтому наша диагностическая работа проходила в три этапа.

На 1 этапе проводилось изучение медицинской документации.

Медицинская диагностика детей Дома ребенка состояла из анализа данных анамнеза, оценку соматического, неврологического и психического

состояния, а также знакомство с картами нервно-психического развития детей Дома ребенка «Дельфин».

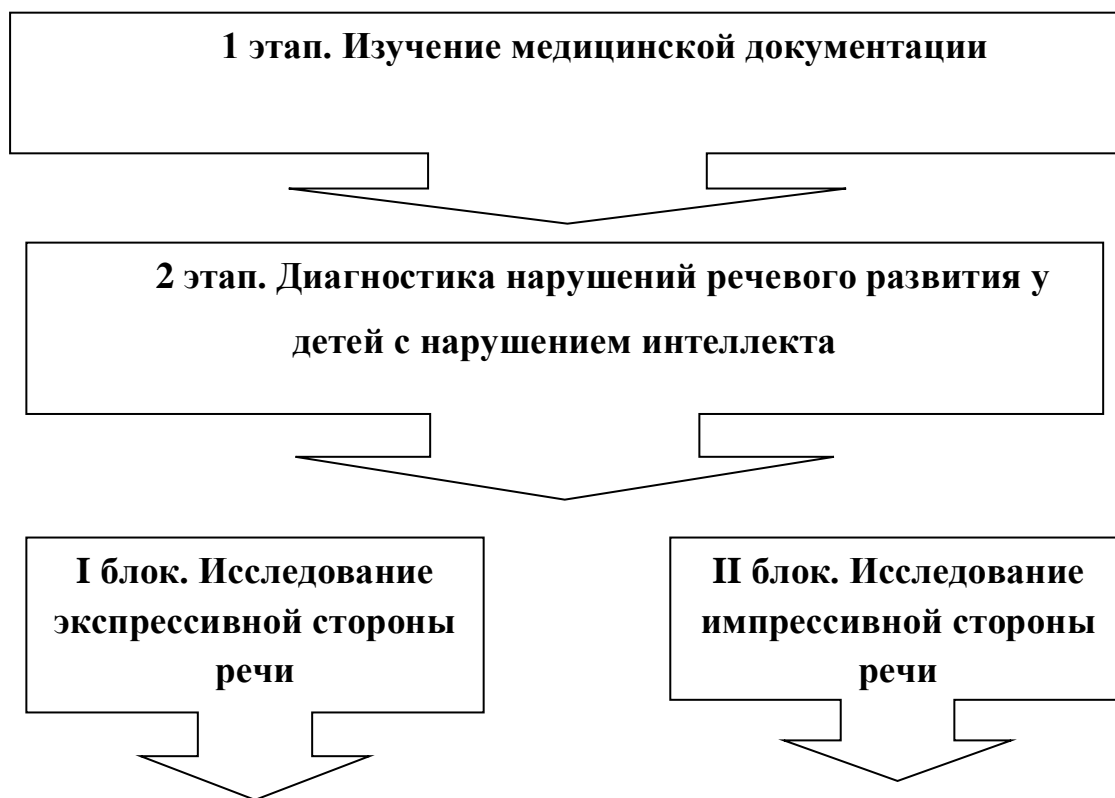
На 2 этапе проводилась диагностика нарушений развития речи детей Дома ребенка «Дельфин».

Речевую деятельность рассматривалась как сложный многоуровневый конструктор, составные части которого (фонетическая, лексическая, грамматическая стороны речи) зависят одна от другой и обуславливают друг друга.

Методика диагностического исследования включает наблюдение за игрой и поведением ребенка, контактности ребенка, адекватности его реакций на одобрения и неудачи.

Наше эмпирическое исследование опиралось на методы диагностики Г.А. Волковой.

Схематично содержание диагностической работы изображено на рисунке 8.



3 этап. Анализ результатов и интерпретация данных

Рисунок 8 – Схема диагностики нарушений речевого развития детей
(вторая)

Методика диагностики нарушений речевого развития детей (вторая)

1 этап. Изучение медицинской документации

П., 2 года 10 мес. Мать отдала в Дом ребенка в возрасте 5 месяцев, из-за отсутствия жилищных условий.

Заболевания матери: хронический тонзиллит, травмы головного мозга.

Интранатальный период – гидроцефальный синдром.

Перенатальный период – перинатальное поражение ЦНС, гидроцефалия.

З., 3 года 11 мес. Мать в период беременности злоупотребляла наркотиками. Отказалась от ребенка в роддоме. Угроза прерывания беременности во 2 половине.

Интранатальный период – задержка внутриутробного развития, гипотрофический тип, вес при рождении – 1 кг 500 г.

Постнатальный период – перинатальное поражение ЦНС, постишемические изменения мозга.

С., 4 года Мать злоупотребляла спиртным. Лишена родительских прав, в период беременности на учёте в женской консультации не состояла.

Ребенок поступил в учреждение «Дельфин» в возрасте полутора лет с диагнозом олигофрения лёгкой степени.

Интранатальный период – стремительные роды на дому.

Постнатальный период – перинатальная энцефалопатия, анемия.

А., 2 года 6 мес. Мать отдала ребёнка в «Дельфин» в возрасте полутора лет, ссылаясь на нехватку материальных средств.

Заболевания матери во время беременности: острый пиелонефрит, ЗППП.

Интранатальный период – гипоксия плода, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости ЦНС тяжёлой степени.

При поступлении в Дом ребенка поставлен диагноз умеренная умственная отсталость.

В., 2 года 5 мес. Отказ от ребенка в роддоме. Мать на учете не состояла, в период беременности не обследовалась.

Интранатальный период: перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, асфиксия в родах.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения.

К., 2 года 11 мес. Мать отказалась от ребёнка в роддоме.

Заболевания матери: сифилис, хронический бронхит, педикулез, острый пиелонефрит.

Интранатальный период – экстренное кесарево сечение вследствие ягодичного предлежания.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром гипервозбуждения.

В., 3 года 10 мес. Мать злоупотребляла спиртным. В период беременности на учёте не стояла, не обследовалась.

Ребенок поступил в «Дельфин» в возрасте полутора лет с диагнозом олигофрения средней тяжести.

Интранатальный период – срочные роды в состоянии алкогольного опьянения, перинатальное поражение ЦНС, гипоксия.

Постнатальный период: угнетение ЦНС, желтуха, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу, анемия, перинатальное поражение ЦНС.

О., 2 года 9 мес. Мать в период беременности на учёте не стояла, не обследовалась. Отказалась от ребёнка в роддоме.

Интранатальный период – роды в 37 недель, вес ребенка 1 кг 300 г.

Постнатальный период – угнетение ЦНС, желтуха, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу.

К., 3 года 10 мес. Мать находится в местах лишения свободы. Ребёнок поступил «Дельфин» в возрасте полутора лет. Заболевания матери: ЗППП, острый пиелонефрит.

Интранатальный период – задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу, перинатальное поражение ЦНС, постишемические изменения мозга.

Постнатальный период: задержка внутриутробного развития, желтуха.

И., 2 года 10 мес. Мать лишена родительских прав. Во время беременности болела сифилисом. Мальчик поступил в «Дельфин» в возрасте полутора лет.

Интранатальный период – перинатальное поражение ЦНС, постишемические изменения мозга, гидроцефальный синдром.

Постнатальный период: группа риска по реализации внутриутробной инфекции, гидроцефальный синдром.

При поступлении поставлен диагноз умственная отсталость глубокая.

А., 2 года 10 мес. Мать сдала малыша в Дом ребенка в возрасте 6 месяцев, ссылаясь на отсутствие жилья.

Заболевания матери: гайморит, хронический бронхит.

Интранатальный период – гидроцефальный синдром.

Перенатальный период – перинатальное поражение ЦНС, гидроцефалия.

Д., 4 года. Мать в период беременности злоупотребляла наркотиками и алкогольными напитками. Отказалась от ребенка в роддоме. Угроза прерывания беременности во 1 половине.

Интранатальный период – задержка внутриутробного развития, гипотрофический тип, вес при рождении – 1 кг 400 г.

Постнатальный период – перинатальное поражение ЦНС, постишемические изменения мозга.

Ж., 3 года Мать злоупотребляла спиртным. Мать на учёте в женской консультации не состояла.

Ребенок поступил в учреждение «Дельфин» в возрасте двух лет с диагнозом олигофрения лёгкой степени.

Интранатальный период – срочные роды в состоянии алкогольного опьянения.

Постнатальный период – перинатальная энцефалопатия, анемия.

Ф., 2 года. Ребенок появился в «Дельфине» в возрасте полутора лет, вследствие лишения матери родительских прав.

Заболевания матери во время беременности: острый пиелонефрит, трихомонадный кольпит.

Интранатальный период – гипоксия плода, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости ЦНС тяжёлой степени.

При поступлении в Дом ребенка поставлен диагноз умственная отсталость лёгкой степени.

К., 3 года 5 мес. Отказ от ребенка в роддоме. Мать на учете не состояла, в период беременности не обследовалась.

Интранатальный период: перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, асфиксия в родах.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения.

Ж., 2 года 6 мес. Мать отдала ребёнка в «Дельфин» в возрасте 1 года 4 месяцев, ссылаясь на нехватку материальных средств.

Заболевания матери во время беременности: педикулёз, ЗППП.

Интранатальный период – гипоксия плода, тугое обвитие пуповиной вокруг шеи.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром гипервозбудимости ЦНС тяжёлой степени.

При поступлении в Дом ребенка поставлен диагноз умственная отсталость лёгкой степени.

И., 2 года 5 мес. Отказ от ребенка в роддоме. Мать на учете не состояла, в период беременности не обследовалась.

Интранатальный период: перинатальное поражение ЦНС смешанного генеза, асфиксия в родах.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром угнетения.

К., 2 года 11 мес. Мать отказалась от ребёнка в роддоме.

Заболевания матери: сифилис, хронический бронхит, педикулез, острый пиелонефрит.

Интранатальный период – экстренное кесарево сечение вследствие ягодичного предлежания.

Постнатальный период: перинатальное поражение ЦНС, синдром гипервозбуждения.

При поступлении в Дом ребенка поставлен диагноз умственная отсталость умеренная.

В., 3 года 10 мес. Мать злоупотребляла наркотиками. В период беременности на учёте не стояла, не обследовалась.

Ребенок поступил в «Дельфин» в возрасте полутора лет с диагнозом олигофрения тяжёлой тяжести.

Интранатальный период – срочные роды в состоянии алкогольного опьянения, перинатальное поражение ЦНС, гипоксия.

Постнатальный период: угнетение ЦНС, желтуха, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу, анемия, перинатальное поражение ЦНС.

У., 2 года 8 мес. Мать в период беременности на учёте не стояла, не обследовалась. Отказалась от ребёнка в роддоме.

Интранатальный период – преждевременные роды в 35 недель, вес ребенка 1 кг 250 г.

Постнатальный период – угнетение ЦНС, желтуха, задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу.

К., 4 года. Мать находится в местах лишения свободы. Ребёнок поступил «Дельфин» в возрасте полутора лет. Заболевания матери: ЗППП, острый пиелонефрит.

Интранатальный период – задержка внутриутробного развития по гипотрофическому типу, перинатальное поражение ЦНС, гидроцефальный синдром.

Постнатальный период: задержка внутриутробного развития, желтуха, гидроцефальный синдром.

И., 2 года 10 мес. Мать лишена родительских прав. Во время беременности употребляла наркотики. Мальчик поступил в «Дельфин» в возрасте 1 год 4 месяца.

Интранатальный период – перинатальное поражение ЦНС, постишемические изменения мозга, гидроцефальный синдром.

Постнатальный период: группа риска по реализации внутриутробной инфекции, гидроцефальный синдром.

При поступлении поставлен диагноз глубокая умственная отсталость.

Знакомясь с медицинской документацией воспитанников «Дельфина», мы также изучили и карты нервно-психического развития детей диагностической группы, которые были составлены специалистами, работающими с этими детьми.

Каждого ребенка тестируют согласно показателям его возраста. В случае если развитие ребенка не соответствует возрасту, необходимо за основу принимать показатели, которые составляют предыдущий возрастной период. Специалисты Дома ребенка в своей работе основываются на методах диагностики нервно-психического развития, предложенные Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печорой, Э.Л. Фрухт.

2 этап. Диагностика нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью

В психологических лингвистических, психолингвистических исследованиях детской речи (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, М.И. Лисина, А.А. Леонтьев, А.М. Шахнарович и других) определяется значимость не только подражательной, но и творческой активности ребенка в результате овладения речью, что необходимо учитывать при проведении диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью.

Изучая речь детей с нарушением интеллекта, опирались на возможность диагностики состояния и особенностей речи у детей при использовании комплексного психолого-медико-педагогического, собственно логопедического и лингвистического анализа их речевой деятельности.

Нами проводилось поэтапное изучение речевой деятельности детей двух-четырёхлетнего возраста, которые воспитываются в условиях Дома ребенка «Дельфин», предполагающее лабораторное обследование нарушений речи, динамическое наблюдение за процессом общения и речевым поведением ребенка в процессе спонтанной и стимулированной педагогом

неречевой деятельности, изучение форм и средств общения ребенка со взрослыми.

Диагностика нарушений речевого развития всех испытуемых проводилась в контексте психолого-педагогического изучения особенностей личности, различных видов деятельности, характера общения и познавательных процессов.

При исследовании степени сформированности речи использовались специальные методики (Ю.Ф. Гаркуша, Н.В. Серебрякова), которые были направлены на обследование как импрессивной, так и экспрессивной речи.

При исследовании импрессивной речи обращали внимание на понимание ребенком конкретных инструкций, значений слов, которые обозначали предметы и действия. Ребенку предлагались игрушки, предметные и простые сюжетные картинки. При этом разграничивался объем понимания имён существительных и глаголов.

При оценке экспрессивной речи ребенка просили ответить на простые вопросы, назвать предметы и действия, составить простое предложения.

Диагностика нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью включает следующие разделы:

Обследование импрессивной стороны речи:

- 1) Понимание речи на уровне диалога. (Как тебя зовут? Где игрушки? Какая игрушка тебе нравится?);
- 2) Понимание инструкций (ребенку предлагалось задание для выполнения; при этом использовали однократные инструкции, которые включали два взаимосвязанных действия: возьми кубик; дай мяч; брось куклу на пол – всего 10 инструкций);
- 3) Понимание слов, которые обозначали предметы, действия, признаки;
- 4) Понимание фраз и соотнесении их с сюжетными картинками, ребенку предлагалось показать картинку, которую называл экспериментатор – всего 10 фраз);

- 5) Понимание существительных, выраженных в форме единственного и множественного числа (кубик – кубики, шарик – шарики).

Обследование экспрессивной стороны речи:

- 1) Изучить возможность речевого общения ребенка в диалоге, общая характеристика речи – отсутствует, лепетная, речь отдельными словами, фразовая речь);
- 2) Анализ активного словаря существительные (назвать предметы, картинки по темам «Игрушки», «Посуда», «Одежда», «Животные»);
- 3) Анализ глагольного словаря (назвать по картинкам, что делает девочка? Играет, кушает, спит и т.д.);
- 4) Изучить возможности ребенка к использованию фразовой речи;
- 5) Анализ употребления существительных в форме множественного числа именительного падежа.

Таким образом, в процессе диагностики нарушений речевого развития детей нами были использованы различные методы: наблюдение, беседа, совместная игровую деятельность с ребенком.

3 этап. Результаты диагностики и их интерпретация.

1 этап – знакомство с медицинской документацией.

Анализируя медицинскую документацию воспитанников Дома ребенка «Дельфин», можно сделать следующие выводы:

Матери детей с умственной отсталостью в большинстве случаев не состоят на учёте в женских консультациях во время беременности (80%), во времена беременности не обследуются (90%), злоупотребляют спиртными напитками, наркотиками, курят – 70%), имеют ряд хронических заболеваний легких, почек, а также заболевания передающиеся половым путём (сифилис, трихомонадный кольпит) и кожные заболевания (педикулез).

Течение беременности в огромной степени влияет на формирование и последующее развитие ребенка. Патология беременности, к которым относятся к ранние токсикозы, анемии, угрозы прерывания беременности,

являются факторами риска в последующем развитии у детей умственной отсталости. Так как факторы влияют на развитие мозга плода. Из документов следует, что у детей, которые рождены на фоне осложненного течения беременности, практически 100% присутствуют различные заболевания ЦНС, асфиксия (кислородное голодание плода) в момент родов, углубляющая нарушение развития мозга, которое возникло внутриутробно, задержка внутриутробного развития, перинатальная энцефалопатия.

На умственное развитие ребенка, его нервной системы также влияют повреждения при родах (натальная патология) и воздействие различных вредных факторов после рождения.

У 100% детей диагностической группы наблюдается олигофрения разной степени тяжести. У данных детей с задержкой развивается адекватная формы общения, подражательная деятельности, что, в свою очередь, является частой причиной в отставания в речевом развитии, а также задержку созревания интегративных функций.

Особенно благоприятные условия для развития умственной отсталости создаются при сочетании соматической ослабленности с недостатками воспитания, как это видно у детей, которые родились в условиях семейного алкоголизма.

Нежелательная беременность (60% матерей отказались от детей в роддоме) является причиной искажения жизненно важного воздействия между матерью и ребенком во время внутриутробного развития, нарушениям сенсорных связей между ними. В большинстве случаев у будущих матерей во время течения беременности присутствуют психические нарушения, истероформные реакции, обострения психических, соматических, хронических заболеваний.

Как следствие, такие женщины пытаются прервать беременность или просто не думают о будущем ребенка, злоупотребляя алкоголем,

наркотиками и прочее. Ю.Ф. Поляков считает, что в подобных случаях наблюдается разрыв ребенка с матерью и возникает депривация младенцев.

В Дом ребенка попадают дети, которые лишены материнской заботы, у них отсутствует базовое доверие к миру.

Таким образом, на основании анализа медицинской документации можно сделать вывод о том, что различные нарушения в развитии детей связаны с разнообразными факторами. Ведущая роль среди них отводится факторам, которые определяют здоровье матери (наличие хронических заболеваний, вредных привычек, осложнения в течении беременности).

Патология, которая перенесена ребенком в перинатальном периоде, оказывает негативное влияние на состояние нервной системы.

2 этап. Диагностика нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью

Нами было отобрано 5 диагностических заданий, которые наиболее точно характеризуют состояние импрессивной и экспрессивной речи детей с нарушением интеллекта (Приложение 1, 2).

С помощью диагностических заданий по обследованию нарушений речевого развития малышей, нами изучалось понимание речи, активный словарь, возможность речевого подражания.

Помимо этого, оценивалась, зона ближайшего развития ребёнка, а именно возможность объединения двух слов в предложении.

Понимание речи взрослого фиксировалось на основании ответных действий или слов ребенка после обращения к нему, а также при выполнении словесных инструкций.

Показатель активной речи – это предречевые вокализации (лепет, отдельные слова, фразы).

Каждое диагностическое задание оценивалось по трёх бальной системе. Балльная оценка выполнения диагностических заданий приводится после

описания заданий. Суммарное количество баллов – есть показатель речевого развития детей в возрасте 2-4 лет.

I Блок. Обследование импрессивной речи. (Задания 1.1-1.5)

К первой группе относятся дети, которые набрали 5-6 баллов. В данном случае ребенок вообще не понимает речи взрослого.

Ко второй группе относятся дети, которые набрали 7-11 баллов. В данном случае ребенок узнает знакомые предметы и животных по их названию, но не понимает слов, которые обозначают признаки, действия, выполняет только элементарные инструкции.

В третью группу входят дети, которые набрали 12-16 баллов. Ребенок при этом понимает обращенную к нему речь взрослого, легко находит нужные предметы и выполняет действия, предлагающиеся взрослым, выполняет, как правило, более сложные инструкции.

Сумма баллов, набранная при выполнении заданий, позволяет определить уровень понимания речи ребенком.

II Блок. Обследование экспрессивной речи. (Задания 2.1-2.5)

К первой группе относятся дети, которые набрали 5-6 баллов. В данном случае активная речь детей отсутствует. Ребенок не произносит ни слова. Иногда издает отдельные звуки

Ко второй группе относятся дети, которые набрали 7-11 баллов. В данном случае активная речь этих детей характеризуется отдельными словами, звукоподражаниями, аморфными словами-конями. Фразовая речь малопонятна для окружающих, как правило, аграмматична. Ребенок может произносить за взрослым отдельные слова.

В третью группу входят дети, которые набрали 12-16 баллов. У таких детей наблюдается собственная речь, иногда фразовая, но фраза малопонятна для окружающих. Ребенок самостоятельно произносит названия знакомых предметов и действий, может составить двусловное предложение.

Сумма баллов, набранная при выполнении заданий, позволяет определить уровень активной речи малышей.

Результаты диагностики импрессивной речи детей представлены в таблицах 9.

Таблица 9 – Результаты диагностики импрессивной речи детей 2-4 лет с умственной отсталостью

Имя ребёнка	Номер задания					Общее количество баллов	Группа
	1.1	1.2.	1.3	1.2	1.5		
П.	0	0	0	1	0	1	первая
И.	1	2	1	1	1	7	вторая
К	1	2	2	1	1	7	вторая
У	2	3	2	2	3	12	третья
В	0	1	0	0	0	1	первая
К.	1	2	1	1	1	7	вторая
И.	2	2	2	1	1	8	вторая
Ж.	1	2	2	1	1	7	вторая
К.	2	3	3	2	2	14	третья
Ф.	3	2	3	3	3	14	третья
Ж.	2	3	3	2	2	14	третья

Продолжение таблицы 9 – Результаты диагностики импрессивной речи детей 2-4 лет с умственной отсталостью

Д.	1	2	2	3	2	10	вторая
И.	2	3	3	2	2	14	третья
З.	1	2	2	2	2	12	вторая
А.	1	1	1	2	2	7	вторая
К.	2	3	3	2	2	14	третья
О.	1	2	2	2	2	12	вторая
В.	1	1	2	2	2	8	вторая
К.	2	3	3	2	2	14	третья
В.	2	3	3	2	2	14	третья
А.	2	3	3	2	2	14	третья
С.	2	2	2	2	2	12	вторая

Анализируя результаты, мы видим, что наименьшее количество баллов дети набрали за задание №1-2. Оно направлено на изучение понимания детьми как простых, так и сложных двухступенчатых инструкций. Это говорит о том, что на уровне импрессивной речи у детей отмечаются трудности в понимании многоступенчатых инструкций, логико-грамматических конструкций. В норме ребенок к 2-м годам понимает двухступенчатые инструкции. У детей Дома ребенка с запозданием формируется способность к выполнению речевых инструкций, что говорит о задержке речевого развития.

Анализируя таблицу 9 графу «Группа развития», мы видим, что дети Дома ребенка, в основном имеют третью группу развития импрессивной речи. В нее входит 12 человек, что составляет 54,5 детей.

Вторую группу развития импрессивной речи имеет также 8 детей, что составляет 36,5% от общего числа детей. 2 ребёнка (9%) относятся к первой группе. Это дети с диагнозом олигофрения тяжелой степени.

Это говорит о том, что дети хорошо справились с заданиями, направленными на выяснение уровня развития импрессивной речи. Малыши Дома ребенка хорошо понимают обращенную к ним речь, выполняют те действия, которые предлагает взрослый, как правило, выполняют более сложные инструкции.

Результаты обследования экспрессивной речи детей представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты диагностики экспрессивной речи детей 2-4 лет с умственной отсталостью

Имя ребёнка	Номер задания					Общее количество баллов	Группа
	1.1	1.2.	1.3	1.2	1.5		
П.	0	0	0	1	0	1	первая
И.	1	2	1	1	1	7	вторая

К	1	2	2	1	1	7	вторая
У	0	0	0	1	0	1	первая
В	0	1	0	0	0	1	первая
К.	0	1	1	1	0	3	первая
И.	0	1	0	1	0	2	первая
Ж.	0	1	0	1	0	1	первая
К.	0	0	0	1	0	1	первая
Ф.	0	0	0	1	0	1	первая
Ж.	0	0	0	1	0	1	первая
Д.	1	2	2	3	2	10	вторая
И.	0	0	0	1	0	1	первая
З.	1	2	2	2	2	2	вторая
А.	1	1	1	2	2	7	вторая
К.	0	1	0	1	0	2	первая
О.	0	1	0	1	0	2	первая
В.	0	1	1	1	0	3	первая
К.	0	1	0	1	0	2	первая
В.	0	1	0	1	0	1	первая
А.	0	1	0	1	0	3	первая
С.	2	2	2	2	2	12	вторая

Из таблицы 10 мы видим, что первую группу развития экспрессивной речи имеют 15 детей. Это говорит о том, что 68% детей практически не разговаривают сами, вступают в речевое общение только после стимуляции речи взрослым.

Сравнивая результаты развития импрессивной и экспрессивной речи, мы видим, что наблюдается неравномерное развитие активной и пассивной речи. Дети не совсем понимают обращенную к ним речь взрослого, и редко способны использовать слова в обращении или пользуются «автономными» детскими словами типа «ав-ав», «ам-ам» и т.п. Преобладание таких слов свидетельствует о нарушении речевого развития.

Таким образом, анализируя результаты нашего поэтапного диагностического обследования, можно сделать вывод о том, что 90% малышей Дома ребенка «Дельфин» отстают в своем развитии от

нормативных показателей развития детей раннего возраста в речевом развитии.

На момент диагностики выявилось, что соматически ослабленные дети Дома ребенка «Дельфин» имеют недоразвитие всех компонентов речевой системы. Дети почти не владеют речью – они используют либо несколько лепетных слов, либо отдельные звукомplexы. У некоторых из них сформирована простая фраза, но диапазон возможностей ребенка к активному использованию фразовой речи сужен. Нарушено понимание простых инструкции, большие затруднения вызывают логико-грамматические конструкции или двухступенчатые инструкции.

Таким образом, у детей Дома ребенка «Дельфин» наблюдается нарушение речевого развития. Патогенетической основой нарушения речевого развития у этих детей является задержанное созревание более поздно формирующихся структур и функций мозга.

2.3 Эффективность использования методов в диагностике речи у детей с умственной отсталостью

В теории и практике измерений эффективности методик исследователями выделяются разнообразные диагностические характеристики, к которым относятся: надежность, валидность, дискриминативность, социокультурная адаптированность, достоверность, однозначность, стандартизованность, точность, сложность, нормирование и др.

Большой вклад в разработку этих понятии внесли зарубежные психологи (А. Анастаси, Е. Гизелли, Дж. Гилфорд, Л. Кронбах, Р. Торндайк и Е. Хаген и др.). Ими были разработаны как формально-логический, так и математико-статистический аппарат (прежде всего корреляционный метод и

фактический анализ) обоснования степени соответствия методик отмеченным критериям.

К критериям, определяющим эффективность использования методов №1 и №2 в диагностике речи у детей с умственной отсталостью отнесём содержательную валидность и надежность.

Содержательная валидность характеризует методику по степени её соответствия предметной области, глубине и проработке соответствия.

Анна Анастази пишет «Под содержательной валидностью понимается систематическая проверка содержания теста, для того чтобы установить соответствует ли она репрезентативной выборке измеряемой области» [1].

Провести расчёт числового коэффициента валидности методики, значит эмпирически установить, как результаты диагностики соотносятся с другими независимо определенными оценками их знаний.

Коэффициент валидности методики рассчитаем по формуле, предложенной в своей работе Анастази А. [1]:

$$V = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i * y_i) - \bar{Y} * \bar{y}}{S_y * S_y} * \frac{n}{n-1}$$

где:

Y_i – это количество правильных ответов

\bar{y} – это средняя арифметическая тестовых баллов тестируемых

Y_1 – это экспертная оценка

\bar{Y} – это среднее арифметическое экспертных оценок

S_y – это стандартное отклонение количества правильных оценок

S_y – это стандартное отклонение экспертных оценок

y_i – это количество правильных ответов

С помощью формулы рассчитаем валидность диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта (первая):

Логопедом предварительно оцениваются результаты выполнения диагностики. Результаты оценивания логопедами приведены в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты оценивания экспертами

Номер	Y _i	Номер	Y _i
1	7	16	7
2	8	17	7
3	7	18	7
4	15	19	15
5	6	20	14
6	16	21	8
7	7	22	9
8	9	23	9
9	8	24	8
10	9	25	9
11	9	26	9
12	9	27	8
13	8	28	10
14	7	29	5
15	7	30	18

Рассчитаем среднее арифметическое экспертных оценок по формуле:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n Y_i}{n}$$

$$\bar{y} = \frac{1}{30} (7+8+8+15+6+16+7+9+8+9+9+9+8+7+7+7+7+15+14+8+9+9+8+9+9+8+10+5+18) = 9,1$$

Рассчитаем стандартное отклонение экспертных оценок по формуле:

$$S_i = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}{n-1}}$$

$$S_i = \sqrt{\frac{(9,1-7)^2 (9,1-8)^2 (9,1-8)^2 (9,1-15)^2 (9,1-6)^2 (9,1-16)^2 (9,1-7)^2 (9,1-9)^2 (9,1-9)^2 (9,1-9)^2 (9,1-8)^2 (9,1-9)^2 (9,1-8)^2 (9,1-10)^2 (9,1-5)^2 (9,1-18)^2}{30-1}}$$

$$\frac{(9,1 - 9)^2 (9,1 - 8)^2 (9,1 - 7)^2 (9,1 - 7)^2 (9,1 - 7)^2 (9,1 - 7)^2 (9,1 - 15)^2 (9,1 - 14)^2 (9,1 - 8)^2}{30 - 1}$$

$$\frac{(9,1-9)^2 (9,1-9)^2 (9,1-8)^2 (9,1-8)^2 (9,1-10)^2 (9,1-5)^2 (9,1-5)^2 (9,1-18)^2}{30-1} = \sqrt{7,3} = 2,3$$

После проведения комплексной диагностики нарушения речевого развития у детей с умственной отсталостью на базе психоневрологического диспансера, были получены результаты, приведенные в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью

Номер	y _i	Номер	y _i
1	7	16	7
2	7	17	7
3	7	18	7
4	15	9	15
5	6	20	6
6	17	21	17
7	16	22	16
8	7	23	7
9	8	24	10
10	9	25	8
11	10	26	8

Продолжение таблицы 12 – Результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью

Номер	y _i	Номер	y _i
12	8	27	10
13	8	28	6
14	10	29	6
15	6	30	17

Рассчитаем среднее арифметическое количества правильных оценок по формуле:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}$$

$$\bar{y} = \frac{7 + 7 + 7 + 15 + 6 + 17 + 16 + 7 + 8 + 9 + 10 + 8 + 8 + 10 + 6 + 7 + 7 + 7 + 15}{30}$$

$$\frac{16 + 7 + 8 + 9 + 10 + 8 + 8 + 10 + 6 + 7}{30} = 9.4$$

Найдем стандартное отклонение количества правильных оценок по формуле:

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}{n-1}}$$

$$S_y = \sqrt{\frac{(7-9.4)^2 (7-9.4)^2 (7-9.4)^2 (15-9.4)^2 (6-9.4)^2 (17-9.4)^2 (16-9.4)^2 (7-9.4)^2 (8-9.4)^2 (9-9.4)^2}{30-1}}$$

$$\frac{(10-9.4)^2 (6-9.4)^2 (7-9.4)^2 (7-9.4)^2 (7-9.4)^2 (15-9.4)^2 (16-9.4)^2 (7-9.4)^2 (8-9.4)^2 (9-9.4)^2 (10-9.4)^2}{30-1}$$

$$\frac{(8-9.4)^2 (9-9.4)^2 (10-9.4)^2 (8-9.4)^2 (8-9.4)^2 (10-9.4)^2 (6-9.4)^2 (7-9.4)^2}{30-1} = 2.7$$

Рассчитаем коэффициент валидности методов диагностики нарушения речевого развития у детей с нарушением интеллекта (первой) по формуле:

$$V = \frac{\frac{\sum_{i=1}^n (Y_i * y_i) - \bar{Y} * \bar{y}}{n}}{S_y * S_y} * \frac{n}{n-1}$$

$$V = \frac{7}{6} = 0.94$$

Интерпретация результатов:

а) если значение V находится в диапазоне от 0,6 до 1 – валидность считается высокой,

б) если значение V находится в диапазоне от 0,3 до 0,6 – валидность считается средней,

с) если значение V находится в диапазоне меньше значения 0,3–валидность считается низкой.

На основании расчётов можно сделать вывод, что валидность методики диагностирования нарушения развития речи детей с нарушением интеллекта, высокая.

Следующим шагом в определении эффективности примененной методики будет определение надежности как внутренней согласованности.

Для проверки надежности как внутренней согласованности будем использовать метод расщепления формулы Рюлона.

Если значения коэффициента попадают в интервал 0,80—0,89, то говорят, что тест обладает хорошей надежностью, а если этот коэффициент не меньше 0,90, то надежность можно назвать очень высокой.

Надежности как внутреннюю согласованность мы будем считать методом расщепления по формуле Рюлона:

$$r = 1 - \frac{S_d^2}{S_z^2}$$

Для начала найдем дисперсию разностей между результатами каждого испытуемого по обеим половинам теста. Заполним таблицу 13.

Таблица 13 – Расчёт дисперсии разности результатов

i	Балл за задание с чётным номером X_i	Балл за задание с нечетным номером Y_i	$X_i - Y_i$	$(X_i - Y_i) - \frac{1}{N} \left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right)$	$\left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right) \frac{1}{N} \left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right)^2$
1	3	4	-1	2,7	7,29
2	3	3	0	1,7	2,89
3	4	3	1	2,7	7,29
4	7	7	0	2,7	7,29
5	3	3	0	2,7	7,29
6	8	3	5	0,7	0,49
7	9	7	2	0,7	0,49
8	3	4	-1	-3,7	13,69

9	3	5	-2	1,7	2,89
10	5	4	1	0,7	0,49
11	6	6	0	4,7	22,09
12	5	3	2	0,7	0,49
13	3	5	-2	1,7	2,89
14	5	5	0	4,7	22,09
15	5	3	2	0,7	0,49
16	3	4	-1	-3,7	13,69
17	3	3	0	0,7	0,49
18	6	3	3	0,7	0,49
19	7	7	0	4,7	22,09
20	3	3	0	4,7	22,09
21	7	7	0	4,7	22,09
22	9	7	2	0,7	0,49
23	3	4	-1	-3,7	13,69
24	6	6	0	1,7	2,89
25	5	3	2	0,7	0,49
26	3	5	-2	0,7	0,49
27	5	5	0	0,7	0,49
28	5	3	2	0,7	0,49
29	3	3	0	0,7	0,49
30	7	7	0	0,7	0,49
	147	135	12		199,3

Для расчёта применяем формулу:

$$S_d^2 = \frac{1}{30-1} * 199,3 = 6,8$$

Найдем дисперсию суммарных баллов результата, предварительно построив таблицу 14.

Таблица 14 – Расчёт дисперсии суммарных баллов

I	Балл за все задания, Z_i	$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (Z_i) - Z_i$	$\left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (Z_i) - z_i \right)^2$
1	7	8	64
2	7	8	64
3	7	8	64
4	15	-0.1	0.1
5	6	9	81
6	17	-2	4
7	16	-1	1
8	7	8	64
9	8	7	49

10	9	6	36
11	10	5	25
12	8	7	49
13	8	7	49
14	10	5	25
15	6	9	81
16	7	8	64
17	7	8	64
18	7	8	64
19	15	-0.1	0.1
20	6	9	81
21	17	-2	4
22	16	-1	1
23	7	8	64
24	10	5	25
25	8	7	49
26	8	7	49
27	10	5	25
28	6	9	81
29	6	9	81
30	17	-2	4
	288		1312

Для расчёта воспользуемся формулой:

$$S_z^2 = \frac{1}{30-1} * 1312 = 45$$

Вычисляем надёжность по формуле:

$$r = 1 - \frac{6,8}{45} = 0,84$$

Значения коэффициента надёжности попали в интервал 0,80-0,89, это означает, что методика комплексной диагностики нарушений речи у детей с умственной отсталостью, проведенная на базе психоневрологического диспансера, обладает хорошей надёжностью.

Проведём аналогичный расчёт эффективности методики диагностики нарушений развития импрессивной и экспрессивной речи у детей в Доме Ребёнка «Дельфин».

Коэффициент валидности методики рассчитываем по формуле:

$$V = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i * y_i) - \bar{Y} * \bar{y}}{S_y * S_y} * \frac{n}{n-1}$$

В таблице 15 приведём результаты оценивания экспертами.

Таблица 15 – Результаты оценивания экспертами (диагностики эмпрессивной стороны речи)

Номер	Yi	Номер	Yi
1	2	12	13
2	7	13	9
3	7	14	15
4	12	15	15
5	1	16	14
6	7	17	12
7	8	18	12
8	7	19	8
9	15	20	15
10	15	21	15
11	15	22	15

Рассчитаем среднее арифметическое экспертных оценок:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n Y_i}{n}$$

$$\bar{y} = \frac{1}{22} (2+7+7+7+12+1+7+7+7+15+15+15+13+9+15+15+14+$$

$$12+8+15+15+15) = 10,5$$

Рассчитаем стандартное отклонение экспертных оценок по формуле:

$$S_i = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}{n-1}}$$

$$S_i = \sqrt{\frac{(10,5-2)^2 (10,5-7)^2 (10,5-7)^2 (10,5-7)^2 (10,5-12)^2 (10,5-1)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2}{22-1}}$$

$$\frac{(10,5 - 15)^2 (10,5 - 13)^2 (10,5 - 9)^2 (10,5 - 15)^2 (10,5 - 15)^2 (10,5 - 14)^2 (10,5 - 12)^2 (10,5 - 8)^2 (10,5 - 15)^2}{22 - 1}$$

$$\frac{(10,5-15^2)(10,5-15)^2}{22-1} = \sqrt{6,25} = 2,5$$

После проведения диагностики нарушения развития импрессивной и экспрессивной речи у детей с нарушением интеллекта, были получены результаты по оценке импрессивной стороны речи.

Данные приведены в таблице 16.

Таблица 16 – Результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью (импрессивная сторона речи)

1	1	12	1
2	7	13	2
3	7	14	7
4	1	15	10
5	1	16	2
6	3	17	2

Продолжение таблицы 16 – Результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью (импрессивная сторона речи)

Номер	y_i	Номер	y_i
7	2	18	3
8	1	19	2
9	1	20	1
10	1	21	3
11	1	22	2

Рассчитаем среднее арифметическое количества правильных оценок по формуле:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}$$

$$\bar{y} = \frac{1+7+7+1+1+3+2+1+1+1+1+1+1+2+7+10+2+2+3+2}{22}$$

$$+1+3+2=2,6$$

Рассчитаем стандартное отклонение количества правильных оценок по формуле:

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}{n-1}}$$

$$S_i = \sqrt{\frac{(2,6-2)^2 (2,6-7)^2 (2,6-7)^2 (2,6-7)^2 (2,6-12)^2 (2,6-1)^2 (2,6-15)^2 (2,6-15)^2}{22-1}}$$

$$\frac{(2,6-15)^2 (2,6-13)^2 (2,6-9)^2 (2,6-15)^2 (2,6-15)^2 (2,6-14)^2 (2,6-12)^2 (2,6-8)^2 (2,6-15)^2}{22-1}$$

$$\frac{(2,6-15)^2 (2,6-15)^2}{22-1} = \sqrt{4,41} = 2,1$$

Рассчитаем коэффициент валидности метода диагностики нарушения речевого развития у детей с нарушением интеллекта (первой) по формуле:

$$V = \frac{\sum_{i=1}^n (Y_i * y_i) - \bar{Y} * \bar{y}}{S_y * S_y} * \frac{n}{n-1}$$

Коэффициент валидности метода диагностики нарушения речевого развития у детей с нарушением интеллекта (импрессивная сторона речи)

$$V = \frac{4}{5,5} = 0,71$$

В таблице 17 приведём результаты оценивания экспертами выполнения заданий по оценке экспрессивной стороны речи.

Таблица 17 – Результаты оценивания экспертами (диагностики экспрессивной стороны речи)

Номер	Yi	Номер	Yi
1	2	12	13
2	7	13	9
3	7	14	15
4	12	15	15
5	1	16	14
6	7	17	12
7	8	18	12
8	7	19	8
9	15	20	15
10	15	21	15
11	15	22	15

Рассчитаем среднее арифметическое экспертных оценок:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n Y_i}{n}$$

$$\bar{y} = \frac{1}{22} (2+7+7+7+12+1+7+7+7+15+15+15+13+9+15+15+14+12+8+15+15+15) = 10,5$$

Рассчитаем стандартное отклонение экспертных оценок по формуле:

$$S_i = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (Y_i - \bar{Y})^2}{n-1}}$$

$$S_i = \sqrt{\frac{(10,5-2)^2 (10,5-7)^2 (10,5-7)^2 (10,5-7)^2 (10,5-12)^2 (10,5-1)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-13)^2 (10,5-9)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-14)^2 (10,5-12)^2 (10,5-8)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2}{22-1}}$$

$$\frac{(10,5-15)^2 (10,5-13)^2 (10,5-9)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-14)^2 (10,5-12)^2 (10,5-8)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2 (10,5-15)^2}{22-1}$$

$$\frac{(10,5-15)^2 (10,5-15)^2}{22-1} = \sqrt{6,25} = 2,5$$

После проведения диагностики нарушения речевого развития у детей с нарушением интеллекта, были получены результаты по оценке экспрессивной стороны речи. Данные приведены в таблице 18.

Таблица 18 – Результаты диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью (экспрессивная сторона речи)

Номер	y _i	Номер	y _i
1	1	12	10
2	7	13	1
3	7	14	2
4	1	15	7
5	1	16	2
6	3	17	2
7	2	18	3
8	1	19	2
9	1	20	1
10	1	21	3
11	1	22	12

Рассчитаем среднее арифметическое количества правильных оценок по формуле:

$$\bar{y} = \frac{\sum_{i=1}^n y_i}{n}$$

$$\bar{y} = \frac{1+7+7+1+1+3+2+1+1+10+1+2+7+2+3+2+1+3+12}{22} = 3,04$$

Рассчитаем стандартное отклонение количества правильных оценок по формуле:

$$S_y = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \bar{y})^2}{n-1}}$$

$$S_i = \sqrt{\frac{(3,04-1)^2 (3,04-7)^2 (3,04-7)^2 (3,04-1)^2 (3,04-1)^2 (3,04-3)^2 (3,04-2)^2 (3,04-1)^2}{22-1}}$$

$$\frac{(3,04-1)^2 (3,04-1)^2 (3,04-1)^2 (3,04-10)^2 (3,04-1)^2 (3,04-2)^2 (3,04-7)^2 (3,04-2)^2}{22-1}$$

$$\frac{(3,04-2)^2 (3,04-2)^2 (3,04-3)^2 (3,04-2)^2 (3,04-1)^2 (3,04-3)^2 (3,04-12)^2}{22-1} = \sqrt{3} = 1,73$$

Рассчитаем коэффициент валидности метода диагностики нарушения речевого развития у детей с нарушением интеллекта (первой) по формуле:

$$V = \frac{\frac{\sum_{i=1}^n (Y_i * y_i) - \bar{Y} * \bar{y}}{n}}{S_y * S_y} * \frac{n}{n-1}$$

Коэффициент валидности метода диагностики нарушения речевого развития у детей с нарушением интеллекта (экспрессивная сторона речи)

$$V = \frac{3}{4,1} = 0,73$$

Значение V для диагностики нарушений развития импрессивной и экспрессивной речи у детей с нарушениями интеллекта находится в диапазоне от 0,6 до 1, соответственно – валидность считается высокой.

Теперь рассчитаем надёжность как внутреннюю согласованность по формуле Рюлона для диагностики нарушений развития импрессивной и экспрессивной речи:

$$r = 1 - \frac{S_d^2}{S_z^2}$$

Для начала найдем дисперсию разностей между результатами каждого испытуемого по обеим половинам теста. Заполним таблицу 19.

Таблица 19 – Расчёт дисперсии разности результатов

i	Балл за задание с чётным номером X_i	Балл за задание с нечетным номером Y_i	$X_i - Y_i$	$(X_i - Y_i) - \frac{1}{N} \left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right)$	$\left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right) \frac{1}{N} \left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right)^2$
1	1	0	1	-1,2	1,44
2	3	3	0	5	25
3	4	3	1	1,2	1,44
4	1	0	1	1,1	1,21
5	3	3	0	2	4
6	3	5	-2	-2,1	4,41
7	3	4	-1	1,3	1,69
8	7	7	0	2,2	4,84
9	7	7	0	2,2	4,84
10	5	9	-4	2,3	5,29
11	7	7	0	5	25
12	5	5	0	5	25

Продолжение таблицы 19 – Расчёт дисперсии разности результатов

i	Балл за задание с чётным номером X_i	Балл за задание с нечетным номером Y_i	$X_i - Y_i$	$(X_i - Y_i) - \frac{1}{N} \left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right)$	$\left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right) \frac{1}{N} \left(\sum_{i=1}^n (X_i - Y_i) \right)^2$
13	5	9	-4	1,3	1,69
14	4	8	-4	-2,3	5,29
15	3	4	-1	1,3	1,69
16	5	9	-4	4	16
17	4	8	-4	4	16
18	3	5	-2	1,8	3,24
19	5	9	-4	1,2	1,44
20	5	9	-4	4	16
21	5	9	-4	4	16
22	4	8	-4	4	16
	92	131	-39		197,51

Для расчёта используем формулу:

$$S_d^2 = \frac{1}{22-1} * 123,26 = 9,4$$

Найдем дисперсию суммарных баллов результата, предварительно построив таблицу 20.

Таблица 20 – Расчёт дисперсии суммарных баллов

I	Балл за все задания, Z_i	$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (Z_i) - Z_i$	$\left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (Z_i) - z_i \right)$
1	1	16	256
2	7	10	100
3	7	10	100
4	12	4	16
5	1	15	225
6	7	10	100
7	8	9	81
8	7	10	100
9	14	3	9
10	14	3	9

Продолжение таблицы 20 – Расчёт дисперсии суммарных баллов

I	Балл за все задания, Z_i	$\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (Z_i) - Z_i$	$\left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^n (Z_i) - z_i \right)$
12	10	7	49
13	14	3	9
14	12	5	25
15	7	10	100
16	14	3	9
17	12	5	25
18	8	9	81
19	14	3	9
20	14	3	9
21	14	3	9
22	12	5	25
			1355

Для расчёта примем формулу:

$$S_z^2 = \frac{1}{22-1} * 1355 = 64$$

Вычисляем надежность по формуле:

$$r = 1 - \frac{9,4}{64} = 0,85$$

Значения коэффициента надежности попали в интервал 0,80—0,89, это означает, что методика по диагностике нарушений развития импрессивной и экспрессивной речи у детей с нарушением интеллекта обладает хорошей надежностью.

2.4 Выводы по 2 главе

Подводя итоги эмпирического исследования, формулируем следующие выводы:

- По результатам проведенного эмпирического исследования при помощи использования диагностик нарушений развития речи выявили разный уровень вербального развития (низкий, средний) отмечен у всех детей с олигофренией различной степени тяжести, что подтверждает однотипность нарушения развития вербальных компонентов речевой деятельности детей разных нозологических групп.
- В ходе проведенного исследования вербальных и невербальных средств общения было установлено, что дети 2-х исследуемых групп (на базе психоневрологического диспансера и Дома ребёнка

«Дельфин) имеют различную степень нарушения языковых и невербальных компонентов.

- Для определения эффективности используемых методик диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта была проведена проверка валидности методики. Коэффициенты валидности по диагностикам составили от 0,94 (первая методика) до 0,74 (вторая) что означает высокую внутреннюю валидность методик №1 и №2.
- Для определения надежности методики диагностики нарушений речевого методом «расщепления» на две эквивалентные половины с помощью формулы Рюлона. Коэффициенты надежности составили соответственно 0,84 и 0,85. Полученный показатель свидетельствует о хорошей внутренней согласованности.

Заключение

Актуальность темы диссертационного исследования обусловлена, прежде всего, поиском диагностического инструментария для эффективной диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью.

С целью эффективности диагностики состояния невербальных и вербальных компонентов речевой деятельности детей с нарушением интеллекта нами было проведено эмпирическое исследование.

В ходе эмпирического исследования были выделены требования для диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью:

- 1) оценка уровня фактического интеллектуального развития ребенка
- 2) определение структуры выявленного отклонения
- 3) оценка импрессивной и экспрессивной стороны речи;
- 4) оценка фонетической, лексико-грамматической сторон речи.

Результаты проведенного исследования позволили определить степень интеллектуального развития, уровень восприятия речи, а также состояние вербальных и невербальных компонентов речи.

Количественно-качественная оценка уровня речевого развития позволила охарактеризовать группу детей как неоднородную и вариативную.

Диагностический инструментарий психолога на современном этапе представлен достаточно разнообразно. Главное, на что следует обратить внимание при отборе той или иной методики, это:

- Возрастное соответствие ребёнка;
- Соответствие целям диагностического обследования.

Результаты диссертационного исследования, направленного изучение эффективности методик диагностики нарушений речевого развития у детей с умственной отсталостью.

Как показывает практика, одним из эффективных способов, который позволяет определить нарушения речевого развития является диагностика фонетической системы, потому что она базируется на онтогенетическом принципе появления звуков с последующим формированием ритмической структуры слова, элементарной единицей которой является слог.

Выбор методов диагностики речевого развития зависит от коммуникативности ребенка, трудности адаптации в новых условиях, тревожности, сензитивности и других индивидуальных особенностей, а также от целей и задач каждого этапа обследования.

Таким образом, гипотеза о том, что эффективность методов диагностики нарушений речевого развития детей с умственной отсталостью находится на высоком уровне и достигается с помощью соблюдения условий получения информации, подтверждается высокой валидностью и надежностью.

Подводя итоги проведённого исследования, можно сформулировать следующие выводы:

- Вопросы этиологии и патогенеза умственной отсталости у детей представлены неоднородной группой. Так, исследователи (Л.С.Выготский, Ж.И.Шиф, С.Л.Рубинштейн) видят связь умственной отсталости с генетическим дефектом или с органическими экзогенными повреждениями организма в период раннего онтогенеза. Другая группа учёных соотносит возникновение умственной отсталости в результате непосредственного влияния ионизирующего излучения и некоторых химических веществ, таких как, алкоголь на генеративные клетки родителей, прием некоторых лекарственных средств и употребление матерью алкоголя непосредственно в периоде вынашивания младенца.

- Речевое развитие у детей с умственной отсталостью запаздывает и характеризуется рядом отклонений, которые проявляются в фонетической, лексической, синтаксической и грамматической сторон речи. Ряд исследователей (А.К. Аксёнова, В.И. Лубовский, В.Г.Петрова и другие) выделяют несоответствие норме речевого развития у ребёнка с интеллектуальным нарушением уже на первом году жизни (отсутствие лепета, гуления и пр.) и невозможностью преодоления признаков речевой патологии до момента окончания им школьного возраста.
- Установление речевого диагноза подчиняется общим правилам, но при этом имеет свою специфику. Решающим значением диагностики речевого развития является анамнез и сравнительный анализ изучения параметров неречевой системы ребёнка.
- Выбор методов диагностики речевого развития зависит от коммуникативности ребенка, трудности адаптации в новых условиях, тревожности, сензитивности и других индивидуальных особенностей, а также от целей и задач каждого этапа обследования.
- Основными методами диагностики нарушения речевого развития при обследовании детей являются изучение анамнеза, определение интеллектуального развития, исследование фонетической, лексической и грамматической сторон речи, анализ экспрессивной и импрессивной речи.
- Специфичность речевой диагностики заключается в том, что нарушения речи чаще не носят характер самостоятельного заболевания, а являются лишь одним из симптомов основного заболевания.
- По результатам проведенного эмпирического исследования при помощи использования диагностик нарушений развития речи выявили разный уровень вербального развития (низкий, средний) отмечен у всех

детей с олигофренией различной степени тяжести, что подтверждает однотипность нарушения развития вербальных компонентов речевой деятельности детей разных нозологических групп.

- В ходе проведенного исследования вербальных и невербальных средств общения было установлено, что дети 2-х исследуемых групп (на базе психоневрологического диспансера и Дома ребёнка «Дельфин») имеют различную степень нарушения языковых и невербальных компонентов.
- Для определения эффективности используемых методик диагностики нарушений речевого развития у детей с нарушением интеллекта была проведена проверка валидности методики. Коэффициенты валидности по диагностикам) составили от 0,94 до 0,74 что означает высокую внутреннюю валидность выбранных нами диагностических методик.
- Для определения надежности методики диагностики нарушений речевого методом «расщепления» на две эквивалентные половины с помощью формулы Рюлона. Коэффициенты надежности составили соответственно 0,84 и 0,85 . Полученный показатель свидетельствует о хорошей внутренней согласованности и характеризует методики как эффективные.

Библиографический список

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста: учеб. Пособие [Текст] / под ред. Л.С. Цветковой. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 2007. – 396 с.
2. Ананьев, Б.Г. Сенсорно-перцептивная организация человека [Текст] // Б.Г. Ананьев // Познавательные процессы: ощущения, восприятие. – М.: Педагогика, 1982. – С. 9–31.
3. Антипова, Ж.В. Формирование словаря у дошкольников с общим недоразвитием речи: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 [Текст] / Антипова Жанна Владимировна. – М., 1998. – 174 с.
4. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста: учебное пособие [Текст] / / Е.Ф. Архипова. – М.: АСТ «Астрель», 2007. – 224 с.
5. Асеев, В.Г. Мотивация поведения и формирование личности [Текст] / В.Г. Асеев. – М.: Мысль, 2006. – 158с.
6. Ахутина, Т.В. Порождение речи. Нейролингвистический анализ синтаксиса [Текст] / Т.В. Ахутина. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1989. – 215 с.
7. Бабина, Г.В. Слоговая структура слова. Обследование и формирование у детей с недоразвитием речи: методическое пособие [Текст] / Г.В. Бабина. – М.: Парадигма, 2013. – 64 с.
8. Басилова, Т. А., Александрова, Н. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития: пособие для родителей. [Текст] / Т.А.Басилова, Н.А.Александрова. – М.: Просвещение, 2008. – 111 с.

9. Белова-Давид, Р.А. Клинические особенности детей дошкольного возраста с тяжелыми формами недоразвития речи: автореф. дис. ... канд. мед. Наук [Текст] / Р.А. Белова-Давид. – М., 1973. – 16 с.
10. Белякова, Л.И. Классификация речевых нарушений в отечественной и зарубежной традиции [Текст] / Л.И. Белякова, Ю.О. Филатова // Дефектология. – 2007. – №4. – С. 3-9.
11. Божович, Л.И. Проблема развития мотивационной сферы личности. Изучение мотивации детей и подростков [Текст] / Л.И. Божович. – М.: Академия, 2002. – С. 7-14.
12. Борякова, Н.Ю. Ступеньки развития. Ранняя диагностика и коррекция задержки психического развития: учеб.-методич. Пособие [Текст] / Н.Ю. Борякова. – М.; Гном-Пресс, 2002. – 64 с.
13. Ванюхина, Г.А. Экспериментальная диагностика ведущей сенсорно-перцептивной модальности у детей с ОНР / Г.А. Ванюхина // Логопед. – 2005. – № 3. – С. 16-24.
14. Волкова, Г.А. Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушениями речи (Вопросы дифференциальной диагностики) [Текст] / Г.А. Волкова. – СПб.: Детство-Пресс, 2008. – 469с.
15. Власова, Т.А. О детях с отклонениями в развитии [Текст] / Т.А. Власова, М.С. Певзнер. – М.: Просвещение, 1973. – 175 с.
16. Власова, Т.М. Фонетическая ритмика: пособие для учителя [Текст] / Т.М. Власова, А. Н. Пфафендротт. – М.; Владос, 1996. – 240 с.
17. Волкова, Г.А. Логопедическая ритмика [Текст] / Г.А. Волкова. – М: ВЛАДОС, 2002. – 272 с.
18. Волкова, Г.А. Методика психолого-педагогического обследования детей с нарушениями речи. Вопросы дифференциальной диагностики [Текст] / Г.А. Волкова. – СПб.: Детство-Пресс, 2005. – 144 с.

19. Волковская, Т.Н. Организационно-методические основы психологической помощи лицам с недостатками речи: учебно-методическое пособие [Текст] / Т.Н. Волковская. М: Национальный книжный центр, 2011. – 143 с.
20. Выготский, Л.С. Психология [Текст] / Л.С. Выготский. – М.: Апрель Пресс; Эксмо-Пресс, 2000. – С. 512-754.
21. Выготский, Л.С. Развитие высших психических функций [Текст] / Л.С. Выготский. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1960. – 500 с.
22. Галигузова, Л.Н. Ступени общения: от года до семи лет [Текст] / Л.Н. Галигузова, Е.О. Смирнова. – М.: Просвещение, 1992. – 143 с.
23. Гальперин, П.Я. Актуальные проблемы возрастной психологии [Текст] / П.Я. Гальперин, А.В. Запорожец, С.Н. Карпова. – М.: Изд-во МГУ, 1978. – 117 с.
24. Гальперин, П.Я. Психология мышления и учение о поэтапном формировании умственных действий [Текст] / П.Я. Гальперин // Психология как объективная наука: избр. психол. труды. – М-Воронеж, 1998. – С. 272-318.
25. Гаркуша, Ю.Ф. Опыт развития произвольного внимания у детей с моторной алалией [Текст] / Ю.Ф. Гаркуша // Дефектология. – 1983. – №4. – С. 23-25.
26. Гвоздев, А. Н. Вопросы изучения детской речи [Текст] / А.Н. Гвоздев. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961. – 471 с.
27. Гвоздев, А.Н. Усвоение ребенком звуковой стороны русского языка [Текст] / А.Н. Гвоздев. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1948. – 60 с.
28. Громова, О.Е. Формирование начального детского лексикона [Текст] / О.Е. Громова // Логопед. – 2004. – № 1. – С. 41-47.
29. Гриншпун, Б.М. О принципах логопедической работы на начальных этапах формирования речи у моторных алаликов [Текст] / Б.М.

- Гриншпун // Нарушения речи и голоса у детей. / Под ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. – М.: Просвещение, 1975. – С.71-80.
30. Давидович, Л.Р. Ребенок плохо говорит [Текст] / Л.Р. Давидович. – М.: Гном и Д, – 2001. – 112 с.
31. Дети с задержкой психического развития [Текст] / под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Н.А. Цыпиной. – М.: Педагогика, 1984. – 256 с.
32. Дифференциальная диагностика речевых расстройств у детей дошкольного и школьного возраста: методические рекомендации [Текст] / Л.В. Бенедиктова, Т.Т. Воробей, Р.И. Лалаева и др. – СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1998. – 100 с.
33. Елагина, М.Г. Почему ребенок не говорит / М.Г. Елагина // Дошкольное воспитание. – 1988. – № 4. – С. 44-53.
34. Жукова, Н.С. Отклонения в развитии детской речи: учебное пособие [Текст] / Н.С. Жукова. — М., 1994. – 128 с.
35. Жукова, Н.С. Формирование устной речи: учебно-методическое пособие [Текст] / Н.С. Жукова. – М: Соц.-полит. журнал, 1994. – 96 с.
36. Зимняя, И.А. Лингвopsихология речевой деятельности [Текст] / И.А. Зимняя. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т; Воронеж: НПО МОДЭК, 2001. – 432 с.
37. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы [Текст] / Е.П. Ильин. – СПб.: Питер, 2000. – 508 с.
38. Кислова, Т.Р. Развитие речемыслительной деятельности в процессе коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольного возраста с общим недоразвитием речи: автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 [Текст] / Т.Р. Кислова. – М., 1996. – 18 с.
39. Клезович, О.В. Музыкальные игры и упражнения для развития и коррекции речи детей: пособие для дефектологов, музыкальных

- руководителей и воспитателей [Текст] / О.В. Клезович. – Мн.: Аверсэв, 2005. – 152 с.
40. Корнев, А.Н. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты [Текст] / А.Н. Корнев. – Спб.: Речь, 2005. – 380 с.
41. Корсаков, С.С. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты) [Текст] / С.С. Корсаков – М.: Наука, 2005. – 480с.
42. Королькова, О.О. О целесообразности использования термина «жест» для наименования средства невербального общения и основной единицы жестового языка [Текст] / О.О. Королькова // Современные исследования социальных проблем: материалы науч.-практ. конференции. – Красноярск: Научно-инновационный центр, 2012. – С.485-491.
43. Ковалев В.В. Психолого-педагогическое изучение детей младшего дошкольного возраста с недоразвитием речи и некоторые аспекты коррекционной работы с ними [Текст] / В.В.Ковалёв // Дефектология. – 1995. – №6. – С. 55-61.
44. Лалаева, Р.И. Логопатопсихология [Текст] / Р.И. Лалаева, С.Н. Шаховская. М.: Владос, 2011. – 464 с.
45. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей: учебное пособие [Текст] / В.В. Лебединский. – М.: Издательство Московского университета, 1985.
46. Леонтьев, А.А. Основы психолингвистики: учебник [Текст] / А.А. Леонтьев. – М.: Смысл: Академия, 2005. – 288 с.
47. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность: учебное пособие [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М.: Смысл: Академия, 2005. – 352 с.

48. Леонтьев, В.Г. Психологические механизмы мотивации учебной деятельности [Текст] / В.Г. Леонтьев. – Новосибирск: Изд-во НГПИ, 1987. – 92с.
49. Лисина, М.И. Общение, личность и психика ребенка [Текст] / М.И. Лисина. – М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1997. — 384 с.
50. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения. [Текст] / М.И.Лисина. — М.: Педагогика, 1986.— 144 с.
51. Лубовский, В.И. Специальная психология: учебное пособие [Текст] / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И. Солнцева и др.; под ред. [Текст]/ В.И. Лубовского. – М.: Академия, 2005. – 464 с.
52. Лурия, А.Р. Речь и развитие психических процессов ребенка / [Текст] А.Р. Лурия, Д.Я. Юдович. – М., 1956. – 182 с.
53. Марцинковская, Т.Д. Ребенок с отклонением в развитии. Ранняя диагностика и коррекция [Текст] / Т.Д. Марцинковская. – М.: Просвещение, 1992. – 176 с.
54. Маслоу, А. Мотивация и личность [Текст] / А. Маслоу. – М.: Просвещение, 2008. – 240с.
55. Мастюкова, Е.М. Лечебная педагогика: ранний и дошкольный возраст. [Текст] /Е.М.Мастюкова — М.: Владос, 1997. – 304 с.
56. Мастюкова, Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция [Текст] / Е.М. Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
57. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом [Текст] / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – М.: Просвещение, 1985. – 210 с.
58. Матвеева, Н.Н. Психокоррекция задержки речевого развития у детей 2-3 лет / Н.Н. Матвеева. – М.: АРКТИ, 2005. – 96 с.

59. Матюхина, М.В. Мотивация учения младших школьников [Текст] / М.В. Матюхина. – М.: Прогресс, 2004. – 278 с.
60. Мацевская, Г.В. Алалия / Г.В. Мацевская // Расстройства речи и голоса в детском возрасте [Текст] / Под. ред. С.С. Ляпидевского и С.Н. Шаховской. – М., 1973. – С. 26 – 29.
61. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – М.: Аркти, 2003. – 240 с.
62. Мещерякова, С.Ю. Особенности «комплекса оживления» у младенцев при воздействии предметов и общения со взрослым [Текст] / С.Ю. Мещерякова // Вопросы психологии. – 1975. – №5. – С. 81-89.
63. Обучаемость и принципы построения методов диагностики [Текст] / З.И. Калмыкова. – М.: ПЕР СЭ, 2009. – 461 с.
64. Онтогенез речевой деятельности: норма и патология: монографический сборник [Текст] / отв. ред. Л.И. Белякова. – М.: Прометей, 2005. – 500 с.
65. Орлова, О.С. Особенности развития детского голоса в онтогенезе [Текст] / О.С. Орлова, П.А. Эстрова, А.С. Калмыкова // Специальное образование. – 2013. – №4. – С. 92-104.
66. Орфинская, В.К. Принципы построения дифференцированного обучения алаликов на основе лингвистической классификации форм алалии [Текст] / В.К. Орфинская // Хрестоматия по логопедии. – М.: Владос, 1997. – Т.2. – С. 66-101.
67. Основы теории и практики логопедии [Текст] / под ред. Р.Е. Левиной. – М.: Просвещение, 1968. – 368 с.
68. Основы теории речевой деятельности [Текст] / под ред. А.А. Леонтьева. – М.: Наука, 1974. – 368 с.
69. Павлова, Л.Н. Раннее детство: развитие речи и мышления [Текст] / Л.Н. Павлова. – М.: Мозаика-Синтез, 2000. – 163 с.

- 70.Певзнер, С.Е.Психодиагностический комплекс методик для определения уровня развития познавательной деятельности: дошкольный и младший школьный возраст [Текст] / С.Е.Певзнер. – М.: Айрис-пресс, 2006. – 64 с.
- 71.Петрова, Е.А. Жесты в педагогическом процессе [Текст] / Е.А. Петрова. – М.: Моск. гор. пед. о-во, 1998. – 222с.
- 72.Проблема комплексного подхода в диагностике и коррекции нарушений речи у детей: сборник материалов науч.-практ. конференций 2000-2001 гг. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2001. – 186 с.
- 73.Проблемы обучения, воспитания и психического развития ребенка [Текст] / Под ред. Е.Д. Божович. – М.: Институт Практической Психологии 1998. – 448 с. .
- 74.Речицкая, Е.Г. Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушением слуха: учебное пособие [Текст] / Е.Г. Речицкая. – М.: Прометей, 2012. – 255 с
- 75.Розенгарт-Пупко, Т.Л. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет [Текст] / Т.Л. Розенгарт-Пупко. – М.: Просвещение, 1965. – 200 с.
- 76.Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии [Текст] / С.Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2000. – 720 с.
- 77.Селиверстов, В.И. Игры в логопедической работе с детьми [Текст] / В.И. Селиверстов. – М.: Просвещение, 1981. – 189 с.
- 78.Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте [Текст] / А.В. Семенович. – М.: Академия, 2007. – 232 с.

- 79.Серебрякова, Н.В. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста [Текст] / Н.В. Серебрякова. – СПб.: КАРО, 2005. – 64 с.
- 80.Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. [Текст] / Е.В.Сидоренко. – СПб.: Питер, 2011– 450с.
- 81.Смирнова, И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР [Текст] / И.А. Смирнова. – СПб.: Детство-Пресс, 2004. – 320 с.
- 82.Соботович, Е.Ф. Речевое недоразвитие у детей и пути его коррекции: (дети с нарушением интеллекта и моторной алалией) [Текст] / Е.Ф. Соботович. – М.: Классик-с Стиль, 2003. – 160 с.
- 83.Соловьева, Л.Г. Особенности коммуникативной деятельности детей с общим недоразвитием речи [Текст] / Л.Г. Соловьева //Дефектология. – 1996. – № 1. – С. 62-67.
- 84.Столяренко, Л.Д. Основы психологии [Текст] / Л.Д. Столяренко. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 672 с.
- 85.Стребелева, Е.А. Психолого-педагогическая диагностика развития речи детей дошкольного возраста [Текст] / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина, Ю.А. Разенкова и др.; под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Просвещение, 2007. – 163 с.
- 86.Сухарева. Г.В. Диагностика речевых нарушений школьников с использованием нейропсихологических методов [Текст] / Г.В. Сухарева. – М.: АРКТИ, 2002. – 136 с.
- 87.Фрадкина, Ф.И. Возникновение речи у ребенка [Текст] / Ф.И. Фрадкина // Материалы совещания по психологии (6 июля 1955 г.). – М., 1957. – С.396 - 402.

- 88.Цветкова, Л.С. Введение в нейропсихологию и восстановительное обучение: учебное пособие [Текст] / Л.С. Цветкова. – М.: Моск. психол.-социал. ин-т, 2000. – 148 с.
- 89.Хватцев, С.Е.. Методика нейропсихологической диагностики детей [Текст] / С.Е.Хватцев. – М.: Педагогическое общество России, 2002. – 96 с.
- 90.Чиркина, Г.В. Методы обследования речи детей [Текст] : пособие по диагностике речевых нарушений / Г.В. Чиркина. – М. : АРКТИ, 2010. – 239 с.
- 91.A Functional Analysis of Gestural Behaviors Emitted by Young Children With Severe Developmental Disabilities [Электронный ресурс] / [Summer J Ferreri](#), [Joshua B Plavnick](#) // Anal Verbal Behav. – V. 27(1). – 2011. – p. 185-190. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3139550/>
- 92.Encoding, Memory and Transcoding Deficits in Childhood Apraxia of Speech [Электронный ресурс] / [Lawrence D. Shriberg](#), [Heather L. Lohmeier](#), [Edythe A. Strand](#), [Kathy J. Jakielski](#) // [NIHPA Author Manuscripts](#). – V. 26(5). – 2012. – p. 445-482. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3580385/>
- 93.Extending the Assessment of Functions of Vocalizations in Children with Limited Verbal Repertoires [Электронный ресурс] / Danielle LaFrance, David A Wilder, Matthew P Normand, James L Squires // Anal Verbal Behav. – V. 25(1). – 2009, December. – p. 19–32. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779081/>
- 94.Reinforcement of vocalizations through contingent vocal imitation [Электронный ресурс] / Martha Pelaez, [Javier Virues-Ortega](#), [Jacob L Gewirtz](#) // J Appl Behav Anal. – V. 44(1). – 2011, Spring. – p. 33-40. – Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3050463/>

Приложение 1

I Блок. Обследование импрессивной речи

Задание 1.1. Понимание речи ребёнком на уровне диалога

Цель: определить уровень понимания ребенком речи, когда к нему обращается взрослый.

Оборудование: игрушки (машинка, мячик, кубики, кукла).

Ход выполнения задания:

Взрослый, вступив в контакт с ребенком, пытается определить, насколько доступны для понимания ребенка вопросы, а также побудить его к общению (доступными для ребёнка средствами – вербальными и невербальными средствами).

«Как тебя зовут? Хочешь, я покажу тебе игрушки? Какая игрушка тебе понравилась? Ты любишь играть игрушками? Покажи, где мячик? Как можно играть с этими игрушками?»

Если ребёнок затрудняется при понимании вопросов, тогда взрослый использует дополнительные наглядные инструкции, к которым относятся жесты, показ предмета и другое.

Критерии оценки результатов:

Ребёнок не проявляет интерес к игрушкам, не понимает обращенную речь	1 балл
Ребёнок проявляет интерес к игрушкам, делает попытку действовать после помощи взрослого	2 балла
Ребёнок проявляет интерес к игрушкам, делает попытку действовать после помощи взрослого	3 балла

Задание 1.2

Понимание инструкции

Цель: определение уровня понимания ребенком словесных инструкций взрослого.

Оборудование: мяч, кукла, ведро, барабан, карандаш, коробка, машина.

Инструкция: «Возьми куклу. Дай мяч. Неси ведро. Брось коробку на пол. Положи куклу на стул. Убери машинку в коробку. Возьми у меня куклу и положи на стол. Подойди к столу, возьми мячик. Положи мячик на пол и покатай».

Ход выполнения задания:

Взрослый предлагает ребенку сделать то, что он просит. При необходимости (для удержания внимания ребенка) пытается вместе с ребенком выполнить те или иные игровые действия с имеющимися предметами.

Критерии оценки результатов:

Ребенок не реагирует на просьбы и обращения взрослого	1 балл
Ребенок проявляет интерес к игрушкам, после показа взрослого выполняет простые инструкции, типа «даст», «возьми»	2 балла
Ребенок проявляет интерес к игрушкам, выполняет только однократные простые инструкции	3 балла

Задание 1.3

Понимание слов, которые обозначают предметы, действия, признаки

Цель: определение возможностей детей в понимании существительных, глаголов, прилагательных.

Оборудование: предметные картинки, на которых изображены – тетя, дедушка, миска, мишка, мышка, нож, стакан, чашка, кошка, лошадь, груша, помидор, рубашка, варежка, дерево, пирамидка, автобус, руль, стул, ведро, уши, глаза, волосы; сюжетные картинки, на которых изображены различные действия – спит, идет, сидит, ест, пьет, умывается; 2 мяча разного размера (большой и маленький); шары разного цвета (красный, синий, желтый, зеленый).

Ход выполнения задания:

- 1) Взрослый выкладывает перед ребенком по 2-3 картинки с изображением предметов и предлагает ребенку показать названную им картинку.
- 2) Взрослый выкладывает по 2-3 картинки с действиями, также просит показать то, что он назовет.
- 3) Взрослый кладет перед ребенком два мяча разного размера и просит показать большой, затем маленький мяч. Так же с шарами. «Покажи красный шар, зеленый, желтый, синий» (если ребенок различает и знает названия четырех основных цветов).

Критерии оценки результатов:

Ребенок не проявляет интереса к картинкам, берет в руки, но не всматривается	1 балл
Ребенок интерес к картинкам проявляет, смотрит, показывает некоторые картинки с изображением предметов	2 балла
Ребёнок показывает предметные картинки, некоторые с изображением действия	3 балла

Задание 1.4

Понимание предложений

Цель: определение возможностей ребенка в понимании фраз.

Оборудование: сюжетные картинки. (Мальчик идет. У девочки цветы. Дети собирают грибы. Тетя гладит белье. Дедушка читает книгу. Мальчик ведет машину. Девочка пьет из чашки. Дети строят из кубиков. Кошка играет с мячиком. Малыш купается.)

Инструкция: «Посмотри на картинки. Покажи то, о чем скажу».

Ход выполнения задания:

Взрослый кладет перед ребенком по 2-3 картинки и предлагает показать на ту, о которой он скажет.

Критерии оценки результатов:

Ребенок не проявляет интереса к картинкам	1 балл
Ребенок интерес к картинкам проявляет, на картинках	2 балла

(девочка, мальчик), показать не может	
Ребёнок показывает некоторые простые знакомые действия (идет, купается)	3 балла

Задание 1.5

Различение существительных единственного и множественного числа

Цель: уточнение возможностей ребенка в различении существительных единственного и множественного числа.

Оборудование: игрушки (или предметные картинки): матрешка-матрешки, шар-шары, гриб-грибы, машина-машины, мяч-мячи.

Инструкция: «Покажи то, что назову: матрешка (матрешки) и т.п.».

Ход выполнения заданий:

Взрослый последовательно выкладывает сравниваемые предметы и предлагает ребенку показать то, что он назовет.

Критерии оценки результатов:

Ребенок не проявляет интерес к игрушкам и картинкам	1 балл
Ребенок интерес к игрушкам и картинкам проявляет, но показывает неправильно	2 балла
Ребёнок интерес к игрушкам и картинкам проявляет, но правильно показывает только предметы, названные в единственном числе	3 балла

Приложение 2

II Блок. Обследование экспрессивной стороны речи

Задание 2.1. Диалог

Цель: определение вербальных и невербальных возможностей

Оборудование: игрушки (пирамидка, мяч, кукла, машина, барабан, кубики).

Ход выполнения задания:

Задавая вопросы ребенку, взрослый стимулирует его ответы с помощью доступных ему средств общения. Перечень возможных вопросов: Как тебя зовут? Показать тебе игрушки? Какая игрушка тебе понравилась? Любишь играть игрушками? Поиграй игрушками. Что ты делаешь? Что можно делать этими игрушками?

Критерии оценки результатов:

ребенок вступает в общение, пользуется невербальными средствами (мимика, жесты)	1 балл
Ребенок общается при помощи лепетных слов, звукоподражаний	2 балла
Ребёнок вступает в общение, с желанием общается при помощи слов, аморфных слов-корней	3 балла

Задание 2.2.

«Назови, что покажу»

Цель: определение объема активного предметного словаря.

Оборудование: игрушки, предметные картинки по темам «Игрушки», «Посуда», «Одежда», «Животные».

Ход выполнения задания:

а) Звукоподражания. Взрослый задает вопросы ребенку, при необходимости использует игрушечных животных (или изображения

животных): «Как лает собачка? Как кричит петух? Как мяукает кошка? Как тикают часы? Как мычит корова? Как кричит коза? Как хрюкает свинья?»

б) Существительные. Взрослый предлагает ребенку назвать предметные картинки по темам.

Критерии оценки результатов:

Ребенок проявляет интерес к игрушкам, но не произносит никаких звуков, даже после стимуляции речевой активности	1 балл
Ребенок проявляет интерес к игрушкам и картинкам, старается произнести звуки, звукоподражания после стимуляции речевой активности	2 балла
У ребёнка проявляется активный интерес к игрушкам, картинкам, пользуется звукоподражанием, лепетными словами, использует в речи аморфные слова-корни	3 балла

Задание 2.3.

«Скажи, что делает»

Цель: изучение наличие глагольного словаря, то есть названия слов-действий.

Оборудование: картинки с изображением действий, знакомых детям из опыта. (Играет, рисует, купает, поливает, моет, сидит, кормит).

Ход выполнения заданий:

Взрослый предлагает ребенку рассмотреть картинки с изображением различных действий и ответить на вопросы: «Что делает мальчик, девочка, дети, собачка?»

Критерии оценки результатов:

Ребенок проявляет интерес к картинкам, но не произносит звуков	1 балл
Ребенок проявляет интерес к картинкам, рассматривает, но действия не называет, старается произнести отдельные звуки	2 балла
Ребёнок проявляет активный интерес к картинкам, но называет только предметы, пользуется существительными	3 балла

Задание 2.4.

«Игра и зайкой и мишкой»

Цель: определение возможностей ребенка к использованию фразовой речи.

Оборудование: игрушки - заяка и мишка.

Ход выполнения задания:

Взрослый предлагает ребенку поиграть с зайчиком и мишкой. Вначале взрослый показывает разные действия с игрушками: заяка прыгает, бегает; мишка медленно идет, топает, спит, танцует. Затем взрослый демонстрирует ребенку действия с игрушкой, просит его назвать это действие: «Назови, что делает заяка». «Назови, что делает мишка».

Критерии оценки результатов:

Ребенок не вступает в общение, не произносит никаких звуков	1 балл
Ребенок пользуется звукоподражаниями, словами эмболами, фраза состоит из одного слова	2 балла
Ребёнок использует в речи 2-х словесные предположения	3 балла

Задание 2.5.

«Я назову, и ты назови»

Цель: определение возможностей ребенка в использовании в речи некоторых грамматических форм, то есть единственного и множественного числа существительных в именительном падеже.

Оборудование: предметные картинки с изображением нескольких однородных предметов: кукла - куклы, мяч - мячи, шар - шары, кубик - кубики, стол - столы, носок – носки.

Ход выполнения задания:

Взрослый предлагает поиграть в игру: «Я назову одну картинку, а ты - другую».

Критерии оценки результатов:

Ребенок не произносит никаких звуков	1 балл
Ребенок проявляет интерес, произносит отдельные слова (лепетные слова, звукоподражания) только после стимуляции речевой активности	2 балла
Ребёнок произносит слова - существительные в единственном и множественном числе	3 балла