

6.2 Модель деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

Целью логопеда, работающего в структуре ПМПК, с учетом особенности организации деятельности данного учреждения, является определение образовательного маршрута ребенка с недостатками речевого развития в условиях жесткого ограничения времени и возможности использования преимуществ работы в команде с другими специалистами.

В ходе обследования речи ребенка логопед последовательно решает следующие задачи:

1. Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка.
2. Определить характер дефекта с точки зрения первичности/вторичности речевого недоразвития, или в качестве компонента сложного (сочетанного) дефекта.
3. Определить структуру дефекта.
4. Установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.
5. Спрогнозировать степень обучаемости ребенка в аспекте формирования полноценной речевой деятельности, выявить наличие рисков в освоении им программного материала и определить образовательную программу и организационную форму обучения.

Остановимся подробнее на каждой из этих задач и путях ее решения.

Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка особенно важно, потому что речевые недочеты не всегда являются проявлением патологии речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, в ряде случаев достаточно бывает поместить ребенка в активную речевую среду. Например, для детей с неполным двуязычием или детей-мигрантов характерно несовершенство языковых средств, которое обнаруживается только на неродном языке; дети из обедненной речевой среды, независимо от того, воспитываются ли они родителями или в образовательном учреждении демонстрируют бедный словарный запас, грамматические формы, характерные для просторечия, упрощенные синтаксические структуры; дети младшего дошкольного возраста, имеющие темповую задержку речевого развития или сниженную мотивацию общения, имеют равномерное отставание по всем показателям от возрастных норм при достаточно высоком уровне развития импрессивной речи. Все эти категории детей не нуждаются в специальном коррекционном обучении и не могут быть отнесены к категории детей с ОВЗ.

Основным показателем уровня владения речевыми и языковыми средствами является их богатство и адекватность использования в ходе реального общения, а не в процессе специально отобранных заданий. В процессе беседы оцениваются коммуникативные навыки ребенка, его активность, заинтересованность в общении, а также умение поддерживать беседу, вести диалог. Соответствие полученных данных реальному положению дел будет достигнуто в том случае, если беседа ведется неформально на интересующие ребенка темы. Поэтому, для того, чтобы получить достоверные данные об уровне развития языковых средств и характере речевой деятельности ребенка, логопед, прежде всего, должен установить доверительный контакт с ребенком. Если ребенку неинтересно общаться с логопедом или он боится специалиста, то результаты обследования будут ниже реальных данных, что неминуемо приведет к гипердиагностике.

При работе в команде эти сведения логопед может получить в ходе наблюдения за ребенком, которого обследуют другие специалисты.

В ходе обследования устной речи для коммуникации с ребенком с нарушением слуха используются разные формы словесной речи (устная, письменная, дактильная) или жестовая речь (с учетом владения ими обследуемым); при этом сначала все инструкции предъявляются устно, ребенок воспринимает их слухозрительно (если он слухопротезирован, то с помощью индивидуальных слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов / кохлеарного импланта и индивидуального слухового аппарата / только кохлеарного импланта в зависимости от медицинских рекомендаций); при затруднении в восприятии и понимании устных инструкций, они предъявляются письменно или устно – дактильно (если ребенок владеет дактилологией); при непонимании словесной речи используется жестовая речь (если ребенок владеет ею) или естественные жесты.

Поскольку в пакет логопедического обследования включены задания полифункционального характера, постольку за логопедом закрепляется право выбора методик обследования в зависимости от уровня развития речи, структуры дефекта и тяжести его выраженности.

В качестве показателя патологии в развитии речевой деятельности может рассматриваться устойчивая несформированность языковых средств, обнаруживаемая в рамках отдельных компонентов языковой системы (например, звукопроизношение, фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи и др.), их сочетаний или всей системы в целом, обусловленная неполноценностью языко-речевых процессов (анализа, синтеза, классификации и проч.) или отклонениями в анатомо-физиологическом

строении речевого аппарата. Соответственно, данные недостатки не могут быть преодолены без организации коррекционной логопедической помощи.

Установив наличие речевой патологии, логопед должен выявить, какой характер имеет неполноценность речевой деятельности: первичный, вторичный или речевая патология является компонентом сложного (сочетанного) дефекта.

Проблема первичности/вторичности решается на основе комплексного подхода при сопоставлении данных, полученных при обследовании данного ребенка другими членами ПМПК. Такими показателями могут служить, например, наличие неврологических данных, подтверждающих существование первичного речевого дефекта; соотношение уровня сформированности вербальных и невербальных психических функций; лингвистическая картина дефекта и др. При обнаружении данных, которые могут свидетельствовать в пользу той или иной гипотезы, необходимо воспользоваться помощью соответствующего специалиста. Предположим, что у ребенка наблюдаются устойчивые дефекты оглушения в произношении, что требует дополнительной консультации сурдолога для определения состояния физического слуха. Или при наличии устойчивого речевого и поведенческого негативизма потребуются консультация психолога или психиатра для исключения схожих состояний. Наличие в анамнезе сведений о распаде речи обуславливает необходимость учета не только данных обследования врача, но и инструментального обследования: ЭЭГ, МРТ. Например, для диагностики сенсорной алалии или афазии необходимо иметь данные врача о состоянии слуха, функциональном состоянии коры головного мозга.

Решение следующей задачи – выявление структуры дефекта подразумевает определение того, какие стороны речи сохранены, а какие несформированы в соответствии с возрастными нормативами; установление иерархической взаимосвязи между отдельными проявлениями речевой недостаточности.

В процессе проведения обследования речи ребенка реализуются следующие положения:

– Внутри каждого вида заданий эффективно следовать принципу «от сложного к простому». Это позволяет ребенку закончить каждую пробу успешно, что создает дополнительную мотивацию и положительный эмоциональный настрой, которые, в свою очередь, позволяют повысить продуктивность и продолжительность обследования. При стандартном подходе, когда каждая проба усложняется по мере тестирования ребенка, ребенок обречен в большинстве случаев «упираться» в неуспех. Со временем у испытуемого возникает либо чувство негативизма, либо ощущение неизбежности ошибки,

что в значительной мере провоцирует снижение интереса к предъявляемому материалу и ухудшение демонстрируемых достижений.

В первую очередь обследуются такие виды речевой деятельности, как говорение и письменная речь (или чаще в логопедии говорится о самостоятельной письменной речи, под которой имеются в виду письменные высказывания, имеющие коммуникативную направленность - сочинения). Письменная речь обследуется только у школьников, прошедших обучение грамоте и имеющих опыт написания подобных работ. При наличии диагностических признаков неблагополучия в продуктивных высказываниях или жалоб со стороны родителей рекомендуется проводить исследование по изучению состояния рецептивных видов деятельности: аудирования и чтения.

Логично сначала исследовать объем и характер употребления языковых и речевых единиц, и только при наличии трудностей в их использовании переходить к выявлению особенностей пользования ими в пассиве. Таким образом, можно сформулировать последовательность процедуры «от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной». Подобный подход позволит сократить время и силы, затрачиваемые на обследование, сделать обследование импрессивной лексики и грамматики целенаправленным.

В качестве дидактического материала могут быть использованы реальные объекты действительности, игрушки и муляжи, сюжетные и предметные картинки, предъявляемые единично, сериями или наборами, устно предъявляемый вербальный материал, карточки с напечатанными заданиями, книги и альбомы, материализованные опоры в виде схем, условных значков и проч. Причем могут использоваться как промышленно изготовленные пособия, печатные альбомы, так и сделанные самостоятельно вручную или с помощью техники.

Характер и содержание дидактического материала будет зависеть:

- От возраста ребенка (чем меньше ребенок по возрасту, тем реальнее и реалистичнее должны быть объекты, предъявляемые ребенку).
- От уровня развития речи (чем ниже уровень развития речи ребенка, тем реалистичнее и реальнее должен быть предъявляемый материал).
- От уровня психического развития ребенка.
- От уровня обученности ребенка (предъявляемый материал должен быть достаточно освоен, **НО НЕ ЗАУЧЕН!** ребенком).

Таким образом, дидактический материал должен соответствовать принципу индивидуального и дифференцированного подходов, который может быть сформулирован следующим образом: отбор заданий, их формулировки и наполнение вербальным и

невербальным материалом должно соотноситься с уровнем реального психоречевого развития ребенка и учитывать специфику его социального окружения и личностного развития. Следовательно, дидактический материал не может быть унифицированным. Он должен отбираться таким образом, чтобы он соответствовал социальному опыту ребенка и не провоцировал возникновения непредвиденных технических трудностей (например, ребенок не может узнать объект на рисунке и поэтому затрудняется назвать его, ребенок не знает букв и не может выполнить задание на карточке и проч.).

Направления обследования достаточно традиционны: особенности коммуникативного поведения; состояние связной речи; словарный запас, грамматический строй, слоговая структура слова, фонематическое восприятие, звукопроизношение, ритмико-мелодическая сторона речи, состояние строения и двигательных функций артикуляционного аппарата. При обследовании детей школьного возраста изучается: состояние процессов чтения и письма. Возвращаясь к проблеме отбора дидактического материала, отметим, что материал отбирается таким образом, чтобы в рамках одного диагностического задания можно было обследовать несколько классов или категорий языковых единиц (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова).

Если в логопедии отсутствуют стандартизированные тесты и не требуется жесткого отбора иллюстративного и вербального материала к ним, то направления обследования достаточно традиционны: особенности коммуникативного поведения; состояние связной речи; словарный запас, грамматический строй, слоговая структура слова, фонематическое восприятие, звукопроизношение, ритмико-мелодическая сторона речи, состояние строения и двигательных функций артикуляционного аппарата. При обследовании детей школьного возраста изучается: состояние процессов чтения и письма. Последовательность обследования по направлениям может быть произвольной, однако мы рекомендуем проводить обследование в направлении «от общего к частному». Сначала специалист выявляет проблемы в развитии речи ребенка, а затем эти проблемы рассматриваются пристальнее, подвергаются количественному и качественному анализу.

Возвращаясь к проблеме отбора дидактического материала, отметим, что материал отбирается таким образом, чтобы в рамках одного диагностического задания можно было обследовать несколько классов или категорий языковых единиц (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова и проч.).

По итогам обследования заполняется речевая карта или составляется логопедическая характеристика речи ребенка, в которой в развернутой форме формулируются выводы

логопеда о состоянии отдельных сторон речи, подтверждаемые примерами. Протокол обследования может быть приложен к карте или заключению.

На основании полученных данных логопеду предстоит решить следующую задачу: установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.

Анализ полученных данных проводится на основе принципов анализа речевого недоразвития, сформулированных Р.Е. Левиной: принципа системности, принципа развития и принципа взаимосвязи речи и других психических функций.

Выясняется, является ли недоразвитие речи системным или парциальным, уровень сформированности языковых средств, выявляется первичное звено в структуре дефекта, наличие сочетаний речевых дефектов (например, сочетание открытой ринолалии и дизартрии; моторной алалии и дизартрии). На основании полученных данных логопед делает логопедическое заключение, которое может состоять из нескольких частей. В первой части обязательно указывается характер лингвистического дефекта (при наличии первичного речевого недоразвития используется психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной, в остальных – описание характера неполноценности языко-речевой системы). Во второй части заключения характер речевого дефекта может быть уточнен в рамках клинико-педагогического подхода. Основанием для уточнения служит наличие соответствующего медицинского заключения или явных симптомов и синдромов, обнаруженных логопедом в процессе обследования. Но в любом случае в условиях ПМПК необходимо коллегиальное решение, подтверждающее заключение логопеда.

Наличие грамотного взвешенного заключения является одним из оснований для прогнозирования степени обучаемости ребенка в аспекте формирования у него полноценной речевой деятельности, что позволяет определить коррекционно-образовательную программу и организационную форму обучения адекватную возможностям ребенка.

Прежде всего, необходимо выделить группу детей, имеющих вторичную форму речевой патологии или сочетанную (сложную) структуру дефекта. Для таких детей образовательная программа определяется с учетом сенсорной или интеллектуальной недостаточности. Занятия с логопедом организуются в рамках комплексного подхода с учетом направлений коррекционно-образовательной работы всех специалистов.

При наличии первичного речевого дефекта программа обучения определяется в соответствии с характером и уровнем недоразвития речи в рамках психолого-педагогической классификации Р.Е. Левиной.

Для определения образовательной программы ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

- степень недоразвития речи и характер дефекта;
- динамика формирования речевой деятельности ребенка;
- готовность ребенка к обучению в условиях фронтальных занятий.

Тяжесть проявления дефекта определяется, в первую очередь, уровнем развития речи. Однако, нельзя определять уровень развития речи безотносительно возраста ребенка. Например, наличие лепетной речи у ребенка трех лет в ряде случаев может рассматриваться как проявление задержки темпов речевого развития ребенка и не квалифицироваться как тяжелое нарушение речи. Такой же уровень развития у ребенка пяти лет уже свидетельствует о серьезной проблеме и может рассматриваться как тяжелое нарушение речи (ТНР). Лепетная речь у ребенка семи лет свидетельствует о крайне тяжелом недоразвитии речи, требующих особых усилий для его коррекции.

Таким образом, тяжесть проявления дефекта будет определяться величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте.

Как правило, тяжесть дефекта определяет динамику его коррекции.

Однако на практике специалисты встречаются с феноменами различной коррекционной динамики речи ребенка, которая не всегда коррелирует с тяжестью выраженности речевого дефекта. Выделяется несколько факторов, которые позволяют прогнозировать темпы нормализации речевой деятельности детей: первичное звено в структуре дефекта – наличие органического/функционального нарушения; тяжесть выраженности; локализация дефекта и его генез; адекватность и эффективность предшествующего коррекционного воздействия (при наличии такового), гендерный фактор и т.п. Кроме того большое значение имеет фактор обучаемости языковым явлениям. Высокая или относительно высокая обучаемость позволяет говорить о сохранности языковой способности, следовательно, прогнозировать высокую динамику развития речи. Учет данного фактора позволяет дифференцировать временные задержки речевого развития, социальные влияния (например, просторечие, пиджин языки и проч.), неполное двуязычие и собственно недоразвитие речи как патологическое состояние.

Третьим показателем является деятельностная готовность к обучению, которая может определять организационную форму обучения ребенка и дошкольного, и школьного возраста. К деятельностной готовности, прежде всего, необходимо отнести те компоненты, которые обеспечивают самостоятельную и совместную деятельность ребенка и окружающих и способствуют ее дальнейшему развертыванию. Деятельностная готовность – многокомпонентное образование, включающая мотивационный, исполнительский и контрольный блоки, которые, в свою очередь, могут члениваться на

более мелкие составляющие, уровень сформированности которых определяется, в том числе психологом и дефектологом.

Для детей начального школьного возраста критерии (показатели) определения образовательной программы будут несколько отличаться от соответствующих критериев у дошкольников. Недоразвитие речи является одним из мощных факторов риска школьной неуспеваемости, поэтому, уровень развития речи будет определять вариант адаптированной основной образовательной программы.

В соответствии с ФГОС начального общего образования обучающихся с ОВЗ (приложение 5) к группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетическим, фонетико-фонематическим, общим недоразвитием речи, нарушениями чтения и письма, а также с заиканием. Для данной группы детей предусмотрено два варианта адаптированных основных образовательных программ начального общего образования (АООП НОО ТНР).

Наиболее сложным для определения варианта обучения детей с III уровнем развития речи при общем недоразвитии речи, поскольку дети с данным уровнем могут обучаться по обоим вариантам.

Каковы могут быть основания выбора варианта обучения?

Выбор между вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение по варианту 1 АООП НОО детям, имеющим общее недоразвитие речи III уровня речевого развития и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа и готовность к коммуникации.

Однако, при определении программы обучения необходимо учитывать данные анамнеза. Например, у ребенка общее недоразвитие речи III уровня, которое предполагает обучение в условиях инклюзивного обучения, но в процессе обследования было выявлено, что у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий. Поскольку алалия относится к формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессии при усложнении учебного материала, постольку рационально рекомендовать этому ребенку начать обучение по варианту 1, с дальнейшим мониторингом динамики и, возможно, переводом на вариант 2. И, конечно, консультируя родителей, такому ребенку специалист не может рекомендовать обучение по усложненной программе гимназии или лицея.

Наличие органического нарушения ЦНС в анамнезе, низкая динамика формирования полноценной речевой деятельности в процессе коррекционной работы, отсутствие опыта

коррекционного обучения – все это отягощающие речевое недоразвитие факторы, которые повышают риск школьной неуспеваемости. Поэтому, дети, имеющие отягощенный анамнез и демонстрирующие ОНР III уровня, а также частичную неготовность к школьному обучению могут обучаться по варианту 5.2. Особое значение в этом случае приобретает начальный период обучения, определяющий формирование базовых учебных навыков и универсальных учебных действий. Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней речевого развития, должны обучаться по варианту 5.2 АООП НОО, так как состояние речи этих детей не позволит им успешно справиться с программным материалом наравне с обычными школьниками, поскольку у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники.

Следует обратить особое внимание на группу детей с выраженной фиксацией на речи. Эти дети стесняются своей речи, избегают вербального общения со сверстниками и взрослыми, публичных высказываний, в том числе, ответов у доски или с места. Таких детей нельзя помещать для обучения в среду с высоким уровнем развития речи, поскольку они, обладая сохранным интеллектом, фиксируются на собственных недостатках, что приводит к невротическим реакциям и к диссоциальному поведению ученика с речевым недоразвитием. Для таких детей наиболее благоприятной для начала обучения будет среда детей, у которых также обнаруживаются речевые недостатки.

Таким образом, при выборе программ и организационных форм обучения необходимо учитывать не только речевой статус ребенка и возможности освоения им программы обучения, но и социально-коммуникативный фактор: адекватность коммуникативной среды социума ближайшей зоне развития речи будущего ученика.

Технологические карты процесса обследования логопедом ПМПК (диагностический этап).

Специфика работы логопеда в условиях ПМПК состоит в том, что, с одной стороны, количество времени на обследование ребенка достаточно ограничено, в другой – он работает в команде специалистов.

Соответственно, стандартный путь обследования от элементарного к более усложняющемуся материалу не является оптимальным.

Поэтому предлагается использовать иную технологию – от общего к частному. Изучив документацию, выявив запрос родителей, логопед уже может выдвинуть гипотезу о возможном варианте отклоняющегося развития. Дальнейшая задача исследования – подтвердить или опровергнуть гипотезу, а также уточнить характер проявления речевой

недостаточности для определения образовательной программы и организационной формы ее реализации.

На протяжении обследования задача логопеда региональной или муниципальной ПМПК выявить дифференциальные признаки определенной формы речевого недоразвития. Поэтому предлагаемая технология обследования предполагает, что логопед в первую очередь выявляет те проблемы, которые проявляются в наиболее сложных видах речевой деятельности, а затем, при необходимости, проводить целенаправленное обследование для расширения и уточнения выявленных проблем.

Ниже в таблицах представлен возможный алгоритм обследования детей дошкольного и школьного возрастов.

Участие в коллегиальном обследовании представляет логопеду ряд преимуществ. Вот некоторые из них.

– Участие специалистов медицинских и дефектологических профессий позволяет логопеду сосредоточиться только на обследовании состояния коммуникативной и речевой деятельности, уровня сформированности языковых средств, поскольку вопрос о первичности и вторичности речевой недостаточности решается в процессе совместного обсуждения.

– Участие в коллегиальном обследовании позволяет сократить время обследования за счет анализа речевой продукции ребенка в процессе обследования других специалистов.

– Коллегиальный подход позволяет более точно определить программу обучения детей и набор специалистов психолого-педагогического сопровождения.

Последовательность участия специалистов в процессе обследования определяется гипотетическим диагнозом и запросом родителей.

Критерии и показатели

Критерий «Психофизические особенности»

Показатель «Артикуляционный аппарат»

В структуре данного показателя выделяется несколько составляющих.

Первая составляющая: «Строение артикуляционного аппарата» призвана описать те недостатки, которые препятствуют формированию правильного звукопроизношения или обуславливают иные недостатки речевого развития ребенка.

Составляющая подразумевает качественную оценку состояния артикуляционного аппарата ребенка:

- Без особенностей
- Наличие расщелин и расщеплений (дооперационный период, оперированные)

– Другие особенности строения артикуляционного аппарата

Вторая составляющая: «Двигательные функции артикуляционного аппарата». При обследовании двигательных функций артикуляционного аппарата учитываются состояния тонуса мышц артикуляционного аппарата, объем и сила их движения, точность, переключаемость, в том числе, явления апраксии. Оценивается локализация и степень выраженности.

Оценка осуществляется по следующей шкале:

– *Без отклонений* - не обнаружено динамических и праксических расстройств, влияющих на процесс формирования речевой деятельности;

– *Легкая степень выраженности недостаточности* - могут быть обнаружены незначительные отклонения двигательных функций артикуляционного аппарата в виде изолированных симптомов или более-менее широкого симптомокомплекса.

– *Средняя степень выраженности недостаточности* – недостаточность двигательных функций выражена достаточно ярко, равномерно или неравномерно, но частично компенсируется в процессе говорения за счет сохранных функций.

– *Тяжелая степень выраженности недостаточности* – выраженный симптомокомплекс недостаточности двигательных функций артикуляционного аппарата, обуславливающий не только проблемы с формированием звуковой стороны речи, но и некоторые трудности для реализации жизнедеятельности (глотание, жевание и проч.).

– *Крайне тяжелая степень выраженности недостаточности* – как правило, паралич мышц артикуляционного аппарата, грубая оральная апраксия, обуславливающая нечленораздельную речь и затруднения в осуществлении повседневной жизни.

Кроме того, в рамках данного показателя выделена составляющая «Другое», позволяющая зафиксировать иные отклонения в строении и двигательных функциях как органов артикуляционного аппарата, так и других отделов речевого аппарата: дыхательного и голосового.

Критерий «Коммуникация» включает три показателя: «Коммуникативная активность», «Адекватность коммуникативного взаимодействия» и «Средства коммуникации».

Показатель: «Коммуникация». Содержание показателя – состояние коммуникативных потребностей и навыков их реализации, мотивации к общению в различных социальных ситуациях. Оцениваются временные показатели (скорость установления контактов; скорость реакции на действия партнера по общению, продолжительность); эргатические показатели (стремление к постоянному общению или уход от него; стремление к широкому кругу общения; наличие изолированности,

одиночества; утомляемость в присутствии незнакомых); вариативные показатели (легкость смены способов общения; широта спектра способов общения; нахождение общности с разными партнерами; вариативность эмоциональных состояний в общении); инициатива в общении.

Оценка показателя: высокая коммуникативная активность, средняя, низкая, речевой негативизм, отказ от коммуникации.

При оценке выраженности показателя только отказ от общения может рассматриваться как неблагоприятный фактор. Остальные степени выраженности могут находиться как в зоне нормативного, так и в зоне отклоняющегося развития.

Высокая коммуникативная активность – ребенок инициативен в общении, быстро устанавливает контакт с собеседником, с удовольствием общается на различные, близкие ему темы, общение может быть достаточно протяженным, быстро переключается с одного собеседника на другого в процессе свободного общения. В то же время данная степень может соответствовать и состоянию повышенной коммуникативной активности ребенка. Условно говоря «слишком много говорит»: ребенок проявляет инициативу в общении, но при этом не держит дистанцию, одинаково легко общается со знакомыми и незнакомыми людьми, наблюдается повышенный эмоциональный фон в общении.

Средняя коммуникативная активность. Ребенок, как правило, не выступает инициатором общения. Инициативные реплики используется в случае необходимости уточнения задания, вопроса. Тем не менее, в процессе общения преимущественно использует развернутые ответы. По мере адаптации в новых условиях коммуникативная активность может повышаться. В процессе общения с ребенком устанавливается эмоциональный контакт.

Низкая коммуникативная активность. Для вступления в контакт требуется дополнительное время и дополнительные усилия со стороны взрослых. Ответы, как правило, односложные, Инициатором общения не выступает. Зрительные и эмоциональный контакты затруднены. Возможно избирательное общение с узким кругом лиц.

Речевой негативизм – вступление в контакт с ребенком затруднено. Ребенок избегает ситуации вербального общения, либо игнорируя собеседника, либо прибегая к различным уловкам. Эмоциональный, зрительный и тактильный контакт устанавливает с трудом или не устанавливает совсем.

Отказ от общения – ребенок не вступает во взаимодействие со взрослым, демонстрируя безразличие к попыткам взрослого организовать коммуникативное взаимодействие.

Показатель «Адекватность общения» учитывает, насколько общение ребенка соответствует принятым для определенного типа ситуации нормам и является эффективным. Выделяется три оценки: взаимодействие адекватно ситуации общения (собеседники соблюдают общепринятые нормы общения, заинтересованы в репликах оппонента, сообщают информацию по теме беседы и проч.), частично адекватно ситуации (адекватность общения проявляется в отдельных ситуациях общения и может зависеть от различных факторов, например, продолжительность общения, тематика общения, личность собеседника и проч.) и взаимодействие неадекватно ситуации общения (в процессе общения не учитываются социальные роли, не воспринимаются в полном объеме или совсем не воспринимается предъявляемая собеседником информация, ребенок общается сам с собой или с воображаемым собеседником).

Показатель «Средства общения» предполагает качественную оценку, какими средствами общения ребенок пользуется, и доля каждого из них в ситуации общения (преимущественно, постоянно, иногда, редко и т.п.)

Отмечается наличие следующих средств общения:

- Вербальные;
- невербальные (жесты, мимика, вокализация, интонированные вокализации);
- жестовая речь;
- дактилология;
- система символов БЛИСС;
- другое.

Критерий «Речевая деятельность» объединяет следующие показатели:

Показатель «Звуковая сторона речи» предполагает качественно-количественную оценку. Целями исследования являются:

- выявить звуки, произносимые детьми правильно и дефектно;
- определить уровень сформированности навыка владения правильным произношением в различных условиях предъявления и использования языкового материала (при изолированном произнесении; отраженно; в отработанных ранее слогах, словах и предложениях; при фиксации внимания на качестве произнесения; в спонтанной речи и проч.);
- выяснить характер нарушения звуков (искажения, замены, смешения) на материале различного уровня сложности;
- определить причину (где это возможно) дефектного формирования звукопроизношения у обследуемого ребенка;
- обнаружить недостаточность фонематического восприятия и фонематических

представлений у ребенка, их выраженность и характер;

– выявить уровень сформированности ритмико-мелодической стороны речи и умения пользоваться различными слоговыми структурами при продуцировании высказывания и при его восприятии.

Первый субпоказатель «Характер недоразвития / нарушения звуковой стороны речи» предполагает выявление того, какой компонент звуковой стороны речи сформирован, а какой нет. С учетом того, что определение варианта программы обучения детей с речевым недоразвитием базируется на психолого-педагогической классификации речевых нарушений Р.Е. Левиной и учитывает уровень сформированности средств языка.

Поэтому субпоказатель «Характер недоразвития / нарушения звуковой стороны речи» имеет следующие составляющие:

Фонетический дефект – отсутствие/наличие дефектов звукопроизношения, преимущественно в виде пропусков и искажений звуков родного языка. Оценивается уровень сформированности навыка владения правильным произношением в различных условиях предъявления и использования языкового материала, а также характер нарушения звуков (искажения, замены, смешения).

Фонематическое недоразвитие – проблемы, обусловленные несформированностью фонематического восприятия и фонематического слуха.

Несформированность слоговой структуры слова – неумение сохранять звуко-слоговую образ слова в процессе говорения.

Уровень сформированности или степень недоразвития определяется следующим субпоказателем «Степень выраженности недостаточности», который соотносится с каждым ранее выделенным компонентом звуковой стороны речи.

Соответствует возрастной норме – каждый из компонентов может быть рассмотрен как вариант нормативного развития.

Легкая степень недостаточности: – звукопроизношение – дефектна одна из фонетических групп звуков; Фонематическое восприятие – трудности различения одной-трех оппозиционных пар звуков. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении сложных по слоговой структуре слов.

Средняя степень недостаточности: - звукопроизношение – дефектны две-три фонетические группы звуков; Фонематическое восприятие – трудности различения 4 -6 оппозиционных пар звуков, неспособность услышать наличие/отсутствия звука в слове. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении трехсложных слов и слов со стечением трех и более согласных.

Тяжелая степень недостаточности: звукопроизношение – дефектны четыре и более фонетические группы звуков, что препятствует коммуникации, поскольку речь неразборчива; Фонематическое восприятие – трудности различения 7 и более оппозиционных пар звуков, трудности различения слов, близких по звуковому составу. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении двух и трехсложных слов, преобладание лепетных слов (для детей старше 1,5 лет).

Следующий показатель «Лексический запас» предполагает определение количественного и качественного состава активного и пассивного словаря; выявление уровня владения значением лексических единиц; определение особенности парадигматических и синтагматических связей; выяснение характера лексических ошибок.

Лексический запас может быть оценен по следующей шкале: соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития. Описать показатели каждой из степеней не представляется возможным, поскольку развитие словарного запаса определяется несколькими компонентами: прежде всего, возрастом ребенка, далее социальным окружением, местом проживания и проч. В самом общем плане можно говорить о тяжелой степени недоразвития словарного запаса при наличии лепетной лексики и ограниченном понимании бытовой лексики у ребенка старше 3х лет. Средняя степень – ограниченность бытовой лексикой у детей старше 5ти лет, легкая степень – трудности овладения абстрактной лексикой, обобщающими понятиями, переносным значением и многозначностью слов у детей старше 7-ми лет.

Показатель «Грамматический строй речи» призван выявить уровень владения грамматическими средствами в самостоятельной речи (употребление и понимание); определить степень обучаемости грамматическому оформлению языковых и речевых единиц; выяснить характер грамматических ошибок.

Грамматический строй речи может быть оценен по следующей шкале: соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития. К сожалению, нельзя выделить абсолютных показателей для определения степеней недостаточности. Они будут различными для разных возрастов. Особенно внимательно необходимо отнестись к детям, у которых русский язык – не родной, поскольку ошибки грамматического плана у них могут иметь другую природу. Такие дети не нуждаются в логопедической помощи.

В соответствии с возрастным подходом грамматический строй не обследуется в возрастном промежутке от 0 до 1,5 лет. С 1,5 до 2,5 – 3 лет преимущественно обследуется

понимание онтогенетически ранних грамматических форм и конструкций. В употреблении в самостоятельной речи в данном возрасте скорее отслеживаются тенденции и динамика, например, степень и характер обучаемости, время появления первых грамматических форм и темпы их наращивания, частота их использования, функции, которые они выполняют и проч.

В общем плане можно рекомендовать оценивать выраженность аграмматизма следующим образом:

- тяжелая степень недоразвития (после 3х лет): отсутствие грамматического оформления речи или наличие отдельных грамматических форм и конструкций, которые ребенок использует не всегда адекватно; резкое ограничение понимания грамматических форм и конструкций, которые ребенок должен был усвоить к данному возрасту;

- средняя степень недоразвития (после 5 лет) – Освоение ребенком наиболее частотных грамматических форм и конструкций, которые он использует неустойчиво. Отмечаются явления замен, смешений, гипергенерализации грамматических форм и конструкций, трудности линейного развертывания грамматических форм и конструкций. Понимание достаточное на бытовом уровне, при усложнении структуры предложения, использование относительно редкоупотребляемых грамматических моделей наблюдаются трудности. Невысокая обучаемость грамматическим моделям;

- легкая степень недоразвития (после 6 – 7 лет) – в речи ребенка наблюдаются отдельные аграмматизмы, которые могут носить неустойчивый характер. Понимание грамматических форм и конструкций достаточное;

- соответствует возрастной норме – грамматическое оформление собственных высказываний и понимание соответствует возрасту ребенка и диалектным особенностям региона.

Показатель «Связная речь». В рамках данного показателя исследуются особенности использования и понимания устных связных высказываний монологического характера, поэтому данный показатель вводится в обследование и заключение после 5 летнего возраста. Предлагаемые виды работ (по выбору логопеда):

- пересказ описательного текста и/или ответы на вопросы;
- пересказ повествовательного текста и/или ответы на вопросы;
- сокращение (компрессия) текста;
- соотнесения текста и картинки или объекта.

При анализе результатов исследования логопед обращает внимание на следующие диагностические признаки:

- Вид задания: составление связного рассказа (с опорой/без опоры, повествования, описания);
- Самостоятельность выполнения задания;
- Степень развернутости;
- Тематичность;
- Связность;
- Последовательность и логичность.

Результаты оцениваются в соответствии со следующей шкалой:

- соответствует возрастной норме (с учетом возраста ребенка) – ребенок составил рассказ самостоятельно или при небольшой стимулирующей помощи, рассказ соответствует теме, тема раскрыта полностью, отсутствуют отступления от темы, в рассказе все предложения связаны между собой, текст последователен и логичен, используются разнообразные лексико-грамматические средства; понимание аудируемого текста – понимает фактологию и смысл текста;
- легкая степень недоразвития – не соблюдается от 1 до 2 признаков текста, при этом понимание фактологии и смысла текста в полном объеме;
- средняя степень недоразвития – не соблюдается от 3 до 4 признаков текста, при этом понимание фактологии в основном сохранно, затрудняется в передаче смысла текста;
- тяжелая степень недоразвития – составление текста невозможно, либо только с опорой на смысловые вопросы. Понимание фактологии текста фрагментарно или невозможно. Смысл текста недоступен.

Показатель «Чтение» направлен на изучение и оценку уровня сформированности чтения как вида речевой деятельности. Поэтому при анализе уровня сформированности чтения учитывается и техника чтения и понимание прочитанного.

Исследование процессов чтения может быть проведено только после того, как ребенок закончил изучать букварь. На более ранних этапах рекомендуется выявлять риск возникновения недостатков чтения (дислексии) на ограниченном материале, в соответствии с программой обучения. В ходе оценки уровня сформированности чтения как вида речевой деятельности первостепенную роль играет понимание прочитанного. Поэтому даже при сохранной технике чтения уровень определяется пониманием прочитанного вслух или про себя. В отдельных случаях техника чтения и понимание прочитанного могут оцениваться отдельно.

Техника чтения – это умение озвучить текст при чтении вслух или про себя. Поэтому проверка техники чтения может проводиться как при громком чтении, так и при

шепотном и даже молчаливом чтении. Техника чтения предполагает анализ по следующим направлениям:

- определить способ чтения (непродуктивное — элементы побуквенного чтения-бухштабирование, отрывистое слоговое; продуктивное — плавное слоговое, плавное слоговое с целостным прочтением отдельных слов, чтение целыми словами и группами слов);

- правильность чтения (звуко-буквенные соответствия, характер ошибок - замены букв по фонематическому сходству, нарушения звуко-слоговой структуры, грамматические ошибки, как показатель несформированности фонематических, морфологических и синтаксических обобщений);

- особенности интонирования текста (соблюдение знаков препинания, выделение логического ударения, паузация при чтении, громкость и внятность).

При анализе понимания прочитанного текста обращается внимание на понимание фактологии текста, а также его идеи, переносного значения.

Выделяется следующая шкала оценки:

- соответствует программным требованиям (ООП) и возрастной норме;
- легкая степень нарушения: у ребенка при чтении отмечается наличие отдельных ошибок (могут иметь различный характер), понимание прочитанного в полном объеме;

- средняя степень нарушения – количество и характер ошибок замедляют процесс чтения, ребенок вынужден перечитывать отдельные слоги, слова и предложения. Либо ребенок по способу чтения отстает от программных требований более чем на год. Понимание в целом фрагментарное, хотя общую тему текста может установить.

- тяжелая степень нарушения – Количество допускаемых ошибок препятствует пониманию прочитанного / не сформированы продуктивные способы чтения. Понимание прочитанного практически отсутствует.

Показатель «Письмо» предназначен для оценки состояния техники письма и самостоятельной письменной речи. Исследование процессов письма может быть проведено только после того, как ребенок закончил изучать букварь. На более ранних этапах рекомендуется выявлять риск возникновения недостатков письма (дисграфии) на ограниченном материале, в соответствии с программой обучения.

При результатов обследования письма выделяются следующие направления диагностики:

- соблюдение каллиграфии и состояние графо-моторных навыков;
- наличие орфографических ошибок;
- наличие специфических (дисграфических) ошибок, условия проявления и частота.

В самостоятельных письменных работах:

- понимание фактологии и смысла первичного текста;
- соблюдение структуры текста: трехчастности, тематичности, связности, последовательности изложения;
- богатство и адекватность использования языковых средств.

Шкалирование уровня сформированности навыка:

– соответствует требованиям ООП и возрастной норме – у ребенка не отмечается специфических дисграфических ошибок на письме; Самостоятельные письменные работы соответствуют требованиям ООП;

– легкая степень нарушения письма – отдельные специфические (дисграфические) ошибки, которые могут носить, в том числе, неустойчивый характер. Самостоятельные письменные высказывания соответствуют требованиям ООП;

– средняя степень нарушения письма – работы насыщены дисграфическими ошибками, что препятствует и самопроверке, и успешному усвоению полученных знаний. В самостоятельных письменных работах количество специфических (дисграфических) ошибок возрастает, отмечается некоторая стереотипность используемых лексики и синтаксических конструкций.

Тяжелая степень нарушения письма – работы насыщены специфическими (дисграфическими) ошибками или ребенок освоил элементы звуко-буквенного анализа и синтеза. Самостоятельные письменные работы представляют собой псевдотексты: отдельные стереотипные по структуре предложения и однообразная лексика.

Показатель «Продуктивная сторона речи» оценивает:

- интенсивность голоса (сильный, нормальный, слабый, иссякающий);
- характер голосообразования и атака голоса (твердая, мягкая, придыхательная);
- тональность звучания (низкий, нормальный, высокий, фальцет);
- тембр (чистый, хриплый, дрожащий, глухой, назализованный);
- продолжительность максимальной фонации.

Степени выраженности дефекта:

- без особенностей – в процессе коммуникации не возникает никаких проблем.

Голос звонкий, эмоционально окрашенный, нет временных ограничений;

– легкая степень нарушения – незначительное изменение тембра голоса, заметное, как правило специалисту. Возможна повышенная утомляемость голоса, монотонность;

– средняя степень нарушения – изменения тембра заметны окружающим, но незначительно препятствуют общению, голос слабый, измененный тембр, иссякающий, маломодулированный;

– тяжелая степень выраженности нарушения – отсутствие звучного голоса или ярко выраженная назализация, препятствующая установлению коммуникативного взаимодействия.

Показатель – «Темпо-ритмическая сторона речи». В рамках этого показателя оценивается темп речи, а также наличие запинок судорожного и несудорожного характера. Наряду с отметкой о недостатках собственно темпо-ритмической стороны речи необходимо также фиксировать наличие/отсутствие фиксации на дефекте.

Степени выраженности:

– без особенностей – речь соответствует возрастным и региональным особенностям;

– легкое нарушение темпо-ритмической стороны речи: незначительное ускорение/замедление темпа речи, которое может носить ситуативный характер; наличие единичных запинок судорожного/несудорожного характера; фиксация на речи отсутствует;

– нарушение средней степени тяжести – значительное ускорение/замедление темпа речи, которое может носить ситуативный характер и препятствовать эффективной коммуникации; наличие регулярных и устойчивых запинок судорожного/несудорожного характера; фиксация на речи присутствует, но количество ситуаций, в которых затруднено общение ограничено рамками публичного общения;

– нарушение тяжелой степени – Особенности речи препятствуют эффективному общению, выраженные судороги речевого аппарата, страх речи резко ограничивает даже бытовое общение.

Варианты заключения логопеда

Логопедическое заключение должно отражать реальную картину речевого дефекта и быть динамичным. Необходимо в первую очередь указывать на ведущее звено в структуре дефекта.

В заключении обязательно указывается структура дефекта, т.е. какие стороны языковой и речевой систем у ребенка оказались несформированными. Далее указывается, первичным или вторичным нарушением, по мнению логопеда, являются речевые дефекты, и при возможности определяется клиническая основа речевой недостаточности (медицинский диагноз).

Формулировка заключения может носить относительно свободный характер. Желательно, чтобы она содержала психолого-педагогическую характеристику речевого дефекта, которая может уточняться, при наличии соответствующих данных клинико-педагогической квалификации.

Существуют вариативные подходы к формулировкам заключения на различных возрастных этапах.

1-й год жизни

Автор: Разенкова Ю.А.

Возрастная норма

1. Развитие ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде (доречевой период - от рождения до 8 мес.) соответствует возрасту ребенка.

2. Развитие ориентировочно-познавательных, звуковых реакций и предпосылок формирования понимания речи в предречевом периоде (предречевой период - от 8 мес. до 1 года 3 мес.) соответствует возрасту ребенка.

3. Развитие ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде формируется с опережением, что соответствует возрастной норме.

Развитие с опережением

1. Развитие ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде формируется со значительным опережением.

2. Развитие ориентировочно-познавательных, звуковых реакций и предпосылок развития понимания речи в предречевом периоде формируется со значительным опережением.

Задержанное развитие

1. Задержка темпов развития звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с (указывается клинический диагноз ребенка).

2. Задержка темпов развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ..(указывается диагноз).

3. Задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

4. Легкая задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

5. Значительная задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

6. Грубая задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

7. Задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

8. Легкая задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

9. Значительная задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

10. Грубая задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

Возраст 1-3 года

На данном возрастном этапе как правило используются термины: «задержка речевого развития», задержка темпов речевого развития», темповая задержка речевого развития».

Термин «задержка речевого развития» применяется к большой группе детей раннего возраста, отклонения от нормального речевого онтогенеза которых достаточно выражены, но тип которых еще не определен (Г.В. Чиркина, О.Е. Громова).

Г.В. Чиркина и О.Е. Громова предлагают выделять три группы детей с задержкой речевого развития:

- группа внимания – отставание в развитии речи на один эпикризный срок;
- группа риска – отставание в развитии речи на два эпикризных срока;
- группа выраженного риска – отставание в развитии речи на три и более эпикризных срока.

При этом учитывается коммуникативная активность ребенка, а также обучаемость – возможность стимуляции эхολалии в процессе обследования.

Темповая задержка речевого развития от стойких отклонений в речевом развитии ребенка отличается наличием мозаичной картины формирования речевых процессов. При наличии патологического формирования речевой деятельности отмечается системные проявления речевой недостаточности. При наличии органических знаков необходимо определить клиническую картину недостаточности и описать недостаточность языковых средств.

Возраст 3-5 лет

При первичной речевой патологии возможны следующие заключения в рамках психолого- педагогической классификации:

3 года – общее недоразвитие речи I уровня речевого развития;

4 года – общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; фонетическое недоразвитие (при наличии патологических укладов);

5 лет - общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; общее недоразвитие III уровня; фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие.

При наличии признаков, характерных для клинической формы речевой патологии (алалии, дизартрии, ринопалии и проч.). Заключение может быть сформулировано следующим образом:

Общее недоразвитие речи I уровня у ребенка с моторной алалией.

Или: Общее недоразвитие речи II уровня. Дизартрия.

При наличии вторичного речевого недоразвития описывается, какие языковые средства несформированы у ребенка.

Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата и др., то указывается клиническая форма речевой патологии. При системных нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

При наличии запинок несудорожного характера возможно заключение: «риск возникновения заикания»

Возраст 5 - 7 лет

общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; общее недоразвитие речи III уровня; общее недоразвитие речи IV уровня (только для детей 7го года жизни), фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие.

При наличии признаков, характерных для клинической формы речевой патологии (алалии, дизартрии, ринопалии и проч.). Заключение может быть сформулировано следующим образом:

Общее недоразвитие речи I уровня у ребенка с моторной алалией.

Или: Общее недоразвитие речи II уровня. Дизартрия.

При наличии вторичного речевого недоразвития описывается, какие языковые средства несформированы у ребенка.

Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата, то указывается клиническая форма речевой

патологии. При системных нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

При наличии запинок несудорожного характера возможно заключение: «риск возникновения заикания».

При наличии пароксизмов заикания логопедическое заключение может быть сформулировано следующим образом: заикание легкой/средней/тяжелой степени. Отмечается наличие/отсутствие фиксации на дефекте.

Возраст 7 – 15 лет

На данном возрастном этапе заключение зависит от этапа обучения. В добукварный или букварный период основой заключения является описание состояния устной речи и определение риска появления нарушений письменной речи. Поэтому заключения могут формулироваться также, как и в дошкольном возрасте.

В послебукварном периоде основой заключения является анализ состояния письменной речи, например, для детей, у которых недостатки чтения и письма детерминированы недоразвитием устной речи:

- Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные фонетико-фонематическим недоразвитием;
- Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные фонематическим недоразвитием;
- Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные общим недоразвитием речи.

Если у детей отмечаются нарушения чтения и письма, обусловленные несформированности других психических процессов, в заключении используются термины «дисграфия» и «дислексия» с уточнением формы. Достаточно часто диагностируется смешанная форма дислексии и дисграфии.

При наличии заикания логопедическое заключение может быть сформулировано следующим образом: заикание легкой/средней/тяжелой степени, при этом отмечается локализация судорог (артикуляционные, голосовые, дыхательные или их сочетания), характер судорог (тонические, клонические, тоно-клонические, клоно-тонические). Отмечается наличие/отсутствие фиксации на дефекте, логофобия.

Возможны различные сочетания недоразвития языковых средств и средств общения, что должно найти отражение в речевых картах и заключениях.

Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата и др., то указывается клиническая форма

речевой патологии. При системных нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

Также в заключении могут быть указаны дополнительные сведения, если они не укладываются в данные формулировки.

Пример заполнения речевой карты

Дата обращения 25.05.2016
Фамилия Иванов
Имя Иван
Отчество Иванович
Возраст (г.р.) 7 лет
Родной язык (наличие двуязычия в семье) русский
Сведения о родителях:
мать Иванова Пелагея Афанасьевна, уборщица
отец Иванов Иван Савельевич, автослесарь
Домашний адрес _____
Телефон _____
Обучается: не обучался
Жалобы на плохую речь
Где обучался (кем направлен) инициатива родителей
Личностные особенности _____

Ребенок инфантилен, быстро утомляется, внимание неустойчивое, выраженных интересов не выявлено.

Особенности коммуникативного поведения

Выраженный речевой негативизм, предпочитает общаться с помощью невербальных средств (кивки, тактильный контакт, жесты, мимика, отдельные вокализации) Ответы на вопросы – однословные фразы.

Состояние связной речи

Показатель «Связная речь» - средняя степень недоразвития: возможно составление рассказа по серии картинок при наличии стимуляции в виде поощрения, напоминания предыдущей фразы, использования наводящих вопросов. Рассказы состоят из 3-4 простых предложений, в том числе однословных. Рассказы соответствуют теме, неоправданных отступлений не отмечается. Межфразовые связи отсутствуют, иногда используются союзы «И», «А». В рассказе частично соблюдается временная и логическая последовательность, но отмечаются пропуски смысловых частей.

Уровень сформированности лексического строя (объем, структура)

Лексический запас: средняя степень недоразвития. Объем: ниже возрастной нормы, ограничен бытовой лексикой; преимущественно представлена номинативная и глагольная лексика, незначительный объем прилагательных, наречий; пассивный словарь шире активного; отмечаются трудности актуализации словаря – с большим трудом подбирает слова, заменяет слова по ситуативному сходству; особенности семантического наполнения: использование слова в ситуативно связанном значении; имеются бытовые обобщающие понятия (игрушки, еда, одежда), использование слова в переносном значении, многозначных слов невозможно.

Уровень развития грамматического строя

Показатель» Грамматический строй речи» - средний уровень

– Тип предложения: односоставное - назывное или предикативное, простое нераспространенное, простое распространенное, иногда с 2 однородными членами. Средняя протяженность 3 – 4 слова.

– Наличие аграмматизма: степень выраженности - начатки грамматического оформления, использование отдельных грамматических форм – образование существительных с частотными уменьшительно-ласкательными суффиксами, времени глаголов, множественного числа существительных (частотные варианты окончаний); характер аграмматизма- отсутствие грамматических средств, смешение моделей.

– Пассивная грамматика шире активной. Понимает простые предлоги, формы числа и падежа имен существительных, владеет согласованием личных местоимений и имен существительных в роде, числе, и другими формами раннего онтогенеза.

Состояние звуковой стороны речи: тяжелая степень недоразвития

Звукопроизношение

При произнесении изолированных звуков назализация гласных «У», «О»; оглушение звонких согласных; смешение твердых и мягких согласных; нечеткое произношение со слабой воздушной струей (искажение) звуков «Х», «Ф»; боковой сигматизм свистящих и шипящих; параламбдацизм («Л», «Ль» на «Й»), параротацизм («Р», «Рь» на «Й»). В спонтанном общении добавляются множественные пропуски согласных в начале слов и в стечениях согласных; смешение щелевых и взрывных («С»-«Ш», «Щ»- «ТЬ», «СЬ» - «КЬ»); смешение назальных согласных «Н» - «М».

Фонематическое восприятие

Не сформировано. Трудности различения лабиализованных гласных, ротовых и носовых согласных, твердых и мягких согласных, неустойчивая дифференциация звонких-глухих и шипящих – свистящих (при условии замедленного предъявления), относительно устойчивое различение Р-Л и Р' - Л'

Слоговая структура слова

Уверенно использует лепетные слова, двусложные слова различной структуры, в том числе, со стечениями 2х согласных на границе слога, трехсложные слова с открытыми и закрытыми слогами, слова более сложной слоговой структуры недоступны: усечение и перестановки слогов и согласных в стечениях, недоговаривает последний взрывной согласный. Очень нечетко, почти неразборчиво воспроизводит контур слова; при повторном произнесении воспроизводит слово лучше с опорой на образец.

Продическая сторона речи - средняя степень нарушения

Речь интонационно монотонная, затруднения в использовании вопросительной интонации, в выделении логического ударения, паузации. Умеренная назализация. Речевое дыхание поверхностное, короткий слабый речевой выдох, несовпадение вдоха и логических пауз.

Особенности строения и двигательные функции артикуляционного аппарата

Сквозная двусторонняя расщелина верхней губы и неба, послеоперационные рубцы от хейлопластики и уранопластики (в раннем возрасте), мягкое небо укорочено, недоразвитие верхней челюсти: отсутствуют 4 передних верхних резца; прогения, верхняя губа утолщенная, малоподвижная, язык спастичный, в состоянии покоя оттянут в глубь ротовой полости, тонус мышц языка снижен справа, гиперсаливация при двигательных нагрузках; при нагрузках снижение объема движений; при выполнении артикуляционных упражнений наблюдаются синкинезии; затруднено глотание, лицо амимичное.

Темпо-ритмическая сторона речи – средняя степень выраженности нарушения

темп замедлен, встречаются слова с неправильно интонационно выделяемым ударным слогом; наблюдаются продолжительные паузы –хезитации.

Уровень сформированности звукового/звуко-буквенного анализа речи

Отсутствуют элементарные формы звукового анализа

Чтение

Письмо

Дополнительные данные

Деятельностная готовность к обучению достаточно низкая, часто отвлекается, при возникновении трудностей при выполнении заданий старается, уклониться от его выполнения, охотно включается в игру, инструкции не дослушивает до конца, выполняет

неточно, не может оценить качество своей работы. Обучаемость языковым моделям низкая, усваивает грамматическую модель после 3-4 примеров.

Логопедическое заключение.

Общее недоразвитие речи II уровня речевого развития у ребенка с открытой оперированной ринолалией. Рекомендуется обучение по варианту 5.2 (при условии наличия потенциально сохранного интеллекта).

Выявление структуры дефекта, определение причин и механизмов отклонений в развитии речи - только первое звено в цепочке мероприятий. Выявление первичности и вторичности в структуре дефекта позволяет организовать коррекционно-развивающее обучение адекватно возможностям ребенка с целью его наиболее полной социализации.

Достаточно часто в ходе обследования ребенка возникают определенные сомнения в правомочности того или иного вывода. Поэтому возможно решение логопеда о повторных обследованиях речи ребенка после некоторого периода обучения с целью выявления динамики его развития и определения дальнейших перспектив.

Кроме того, могут потребоваться дополнительные данные, которыми логопед может воспользоваться (данные обследования других специалистов: врачей, психологов, учителей-дефектологов), а затем коллегиально обсудить полученные результаты. Поэтому окончательное заключение может быть сделано только после получения интересующих нас данных¹.

В случае появления колебаний при определении структуры и формы речевого / неречевого недоразвития все сомнения решаются в пользу ребенка. Необходимо учитывать стрессовую ситуацию, в которой работал ребенок, неизбежные ошибки, который может совершить каждый даже в спокойной обстановке, отвлекаемость, время суток и состояние ребенка во время обследования, а так же другие факторы, которые могут снизить результативность и правильность деятельности ребенка.

Заключение, направления коррекционной работы и основная образовательная программа должны быть донесены до родителей и обсуждены с ними. Поэтому следующий этап обследования – информационный или информирование родителей.

Информирование родителей.

Информирование родителей является одним из сложнейших этапов, завершающих обследование ребенка. Этот этап проводится в виде беседы с родителями в отсутствие ребенка.

При информировании родителей необходимо исходить из нескольких посылок:

¹ В условиях ППМС Центра специалист, ведущий первичный прием, определяет набор специалистов, которые должны принять участие в обследовании ребенка. Заключение выносится на основании консилиума, который суммирует полученные данные.

– Родители ребенка всегда хотят, чтобы их ребенок был, если не лучшим, то одним из лучших. В детях родители пытаются реализовать все свои мечты.

– Если ребенок не отвечает их ожиданиям, взаимоотношения родителей и детей могут сложиться различным образом. Учет особенностей этих взаимоотношений необходим при построении стратегии беседы с родителями.

– Различная готовность принимать на себя ответственность за успешность коррекционного процесса. Независимо от материального положения и образовательного уровня родители отличаются степенью «жертвенности». Матери и тем более отцы в различной степени готовы жертвовать своим временем, интересами и отдыхом ради организации помощи собственным детям. Кроме того, далеко не все родители способны организовать регулярные занятия или следить за качеством речи своего ребенка на протяжении длительного времени регулярно. Необходимо учитывать и особенности взаимоотношений «родитель – дитя», не пытаясь перенести на них напрямую отношения «педагог – ученик». Это непродуктивный подход.

– Незнание родителями основ педагогики и психологии. Родители воспитывают ребенка на основе интуиции и переносе опыта собственного воспитания. Поэтому проблемы, которые возникают у ребенка, часто рассматриваются родителями как лень или блажь, которую они пытаются преодолеть с помощью репрессивных мер. Иногда можно слышать ссылки на опыт предыдущих поколений: «у моего родственника было то же самое, как рассказывает мать, но это потом прошло».

– Недооценка или переоценка проблем ребенка. Неадекватность оценки проблем ребенка часто зависит от уровня тревожности и уровня притязаний родителей.

– Образовательный и профессиональный уровень родителей.

Все эти послышки накладывают на процесс общения с родителями особые требования.

Во-первых, беседа с родителями должна строиться на доступном для них уровне использования терминологии, четко структурируя предъявляемый материал по результатам обследования. Поэтому разговаривать с мамой – педагогом и мамой – бухгалтером надо на разных языках, с использованием различных примеров, терминов.

Во-вторых, вся беседа должна быть построена таким образом, чтобы в ней учитывалось родительское чувство любви к ребенку: необходимо подчеркивать достоинства и достижения даже самых тяжелых детей, подробно разъяснять сущность дефекта и тут же давать конструктивные предложения по их преодолению. Ни в коем случае нельзя строить свою беседу только на выделении недостатков ребенка. Это, как правило, вызывает агрессию родителей по отношению к специалисту. В более редких случаях это усиливает чувство отторжения ребенка: «Я же говорила, что он дурак», - в

раздражении бросает реплику мать и уходит с консультации, окончательно разочаровавшись в собственном дитя. Это грубейший промах специалиста - дефектолога.

Коррекционная работа будет недостаточно эффективной, если мы не найдем активных союзников в лице родителей. Поэтому, в – третьих, беседа должна быть построена в конструктивном направлении. В процессе беседы мы должны искать ответы на вопрос «Что делать», оставив в стороне поиски ответа на вопрос «Кто виноват». Причем, совместной работы.

Поскольку родители не имеют педагогической и психологической подготовки, постольку им трудно удержать в памяти все Ваши рекомендации. Поэтому в процессе консультирования попросите родителей записывать самые важные моменты, например, пусть они запишут логопедическое заключение, если оно не выдается им на руки. Если Вы подготовили соответствующую бумагу, попросите их внимательно прочитать ее и задать любые вопросы. Настаивайте на том, чтобы они прерывали Вас, если им что-то непонятно или что-то требуется уточнить.

В процессе информирования родителей Вы должны сообщить им всю информацию, которую Вы получили в процессе обследования, какой бы неожиданной и неприятной для родителей она бы ни была. Родители имеют право знать все о своем ребенке. НО делать это надо деликатно, щадя родительские чувства, доброжелательно. Вы можете сообщить им о Ваших предположениях, рекомендовав им провести дополнительное обследование. Вы даже можете посоветовать обратиться к другому логопеду. Необходимо отметить, что такая готовность специалиста к коллегиальному обсуждению своего мнения, укрепляет к нему доверие со стороны родителей.

Квалификация недостатков речи ребенка требует от специалиста обращения к конкретным примерам, которые родители могли наблюдать в процессе обследования. Поэтому логопед может обращаться к памяти родителей: «У вашего ребенка Помните, он нам ответил...». Такая аргументация положительно сказывается наприятии родителями дефектов речи своего ребенка. Без наглядных примеров они часто пожимают плечами и не понимают, те мудреные слова, которые говорит логопед: «аграмматизм», «дизартрия», «тонус» звучат для непосвященных страшнее «холеры». Многолетний опыт работы с родителями убеждает, что редкий родитель, пройдя логопедическое обследование, может внятно рассказать, какие дефекты речи были обнаружены у его ребенка предыдущим специалистом. Для сравнения: медицинские диагнозы, связанные с соматическим здоровьем своего ребенка многие родители знают несравненно лучше.

Попросите родителей записать те неотложные действия и мероприятия, которые они должны осуществить в ближайшее время. Проследите, чтобы эти записи делались не на случайных клочках бумаги, а в тетради или на большом листе бумаги.

Вопрос о дальнейшем обучении ребенка, выяснение формы организации коррекционной помощи решается совместно с родителями, но при этом логопед может проявить определенную настойчивость в своих рекомендациях. Однако если Вы не убедите родителей в своей правоте, Ваше направление ребенка в образовательное учреждение повиснет в воздухе. Поскольку родители вправе проигнорировать Ваши рекомендации и поступить так, как они считают нужным.

В заключение беседы решается вопрос о необходимости повторных обследований и их периодичности.