

2. Литвак, А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак. – Санкт-Петербург: РГПУ, 1998. – 271 с.

УДК [376.016 : 81- 028.31] – 056.264

Лауткина Светлана Владимировна,

к. пс. н., доцент

УО «Витебский государственный университет им. П.М. Машерова»

г. Витебск, Беларусь

РОЛЬ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ВЫЯВЛЕНИИ ДЕТЕЙ С ФАКТОРАМИ РИСКА В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ В МЛАДЕНЧЕСКОМ И РАННЕМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация. В статье представлены результаты опроса лечащего врача и родителей детей; изучения анамнестических данных детей с целью выявления у них факторов риска в речевом развитии. Изучение анамнестических данных детей проводилось с целью прогноза их психофизического развития и разработки приемов превентивной коррекционной работы.

Ключевые слова: анамнестические данные, опрос, дети с факторами риска в речевом развитии, младенческий возраст, ранний возраст.

Lautkina Svetlana Vladimirovna

THE ROLE OF ANAMNESTIC DATA IN IDENTIFYING CHILDREN WITH RISK FACTORS IN SPEECH DEVELOPMENT IN INFANCY AND EARLY AGE

Abstract. The article presents the results of the survey of the attending physician and parents of children; studying the anamnestic data of children in order to identify risk factors in their speech development. The research of anamnestic data of children was carried out in order to predict their psychophysical development and develop methods of preventive correctional work.

Keywords: anamnestic data, survey, children with risk factors in speech development, infancy, early age.

Необходимость мер по раннему выявлению, диагностике и коррекции развития детей, начиная с младенческого возраста, связана с общим снижением рождаемости, увеличением доли рождения нездоровых, физиологически незрелых детей. По статистике до 80 % новорожденных являются физиологически незрелыми, около 70 % имеют перинатальную патологию [11]. Увеличение числа ослабленных новорожденных среди всех родившихся детей обусловлено рядом причин. Одна из причин – снижение смертности младенцев, что повлекло за собой увеличение количества детей с врожденными пороками развития, недоношенных и перинатально пострадавших [2; 3; 5; 6; 8; 14]. Сходная тенденция наблюдается и во всем мире. Так, в бюллетенях ВОЗ приводятся следующие данные: каждый 20-й ребенок имеет те или иные проблемы в развитии, среди них 60 % имеют нарушения нервной системы, возникшие в перинатальный период [13]. Одной их характеристик психофизического развития таких детей является позднее появление речи и последующие нарушения импрессивной и экспрессивной речи [5; 6; 8; 9; 11].

Следует отметить, что речь не является врожденной способностью ребенка, а развивается онтогенетически параллельно с умственным и физическим развитием малыша, является показателем его общего развития. Усвоение ребенком языка осуществляется в соответствии со строгой закономерностью появления функций, стадий, этапов речи и характеризуется общими чертами для всех детей. Чтобы понять соответствует ли речевое развитие ребенка нормативным показателям или есть угроза для появления нарушений речи, необходимо представлять весь путь последовательного речевого развития детей в онтогенезе, знать закономерности этого процесса и условия, от которых зависит его успешное протекание [1; 7; 8; 9].

Исследователи выделяют разное количество этапов в становлении речи детей, называют их по-разному, фиксируют различные границы выделенных этапов. Так, Г.Л. Розенгард-Пупко выделяет в развитии ребенка 2 этапа: подготовительный (до 2 лет) и этап оформления речи (от 2-х лет и далее). А.Н. Леонтьев уста-

навливают 4 этапа в развитии речи у детей: 1-й – подготовительный (до 1 года); 2-й – этап первоначального овладения языком (до 3 лет); 3-й – дошкольный (до 7 лет); 4-й – школьный [14, с. 19]. По мнению А.Н. Корнева речь интенсивно развивается с 10 месяцев до 14-16 лет и выделяет: 1-й этап – инициальный (от 10 до 18 месяцев), 2-й – ранний (18-30 месяцев), 3-й – средний (30 месяцев – 6 лет), 4-й – поздний (6-12 лет) [6].

Г.В. Чиркина называет *значимые показатели лингвистического развития детей*: 1) понимание речи в сенсомоторном периоде развития и специфика овладения последовательными стадиями овладения импрессивной речью; 2) долингвистическая вокализация (возраст появления, прохождение этапов вокализации, набор согласных звуков, наличие лепета по типу итерации, структура слогов, просодика); 3) первые комбинации жеста и слова; речевые акты утверждения и просьбы (отдельные слова, двусловные фразы), коммуникативные намерения; 4) начало активной речи (объем лексики, специфика номинаций ребенка, ранний синтаксис, аккомпанирующая речь, мотивация речи действием или ситуацией); 5) усвоение звукового строя речи (дифференциация звуков по акустическому и артикуляционному подобию, специфика звуковых трансформаций) [9]. Перечисленные показатели лингвистического развития позволяют еще на этапе младенчества и раннего возраста спрогнозировать отставание в речевом развитии, задержку речевого развития [2; 5; 6; 8; 12; 14].

Выявленные показатели лингвистического развития должны быть дополнены данными клинико-психологического обследования и сведениями о социальных и педагогических условиях формирования речи ребенка. И даже в этом случае, имея весь массив данных, однозначно решить вопрос, является ли отсутствие нормативных для данного возраста языковых единиц показателем речевой патологии в форме общего недоразвития речи (ОНР) или темповым отставанием, на раннем этапе онтогенеза достаточно проблематично. Зачастую требуется длительное наблюдение за характером и темпом развития всех компонентов речевой деятельности ребенка, повторные обследования, учет положительной речевой динамики в результате проводимой коррекционной работы и др.

Установлены *признаки риска задержки речевого развития (ЗРР)*: 1) *после полутора лет* – отсутствие или очень малый пас-

сивный словарь; отсутствие детского активного словаря («язык нянь», протослова, застывшие фразы, искаженные нормативные слова), отсутствие лексико-семантических сверхгенерализаций и коммуникативных жестов; 2) *после двух лет* – малый пассивный словарь; очень малый специфический детский активный словарь; отсутствие лексико-семантических сверхгенерализаций; голофразы (отсутствие двусловных высказываний); 3) *после двух с половиной лет* – слоговая элизия; замена гласных (кроме Ы на И); тенденция к конечному открытому слогу; большой разрыв между пассивным и активным словарем; слова «языка нянь»; предложения «телеграфного стиля»; 4) *после трех лет* – большое количество фонетических ошибок, кроме типичных замен согласных и метатезиса; отсутствие предлогов; отсутствие формообразовательных инноваций; длительное сосуществование предложений, грамматически правильно и неправильно оформленных [12, с.30].

Целесообразно выделение двух групп различной степени риска по нарушению дальнейшего речевого развития. В группу высокого риска должны быть включены дети, у которых, в первые три месяца жизни были выявлены структурные нарушения со стороны головного мозга. В группу риска должны войти недоношенные (особенно с экстремально низкой массой тела), дети с нарушениями со стороны дистантных анализаторов (зрительного и слухового), длительно сохраняющимися нарушениями мышечного тонуса [12, с. 30–31].

Следует отметить, что научно-методические основы оказания помощи по коррекции речевого развития детей дошкольного и младшего школьного возраста достаточно полно раскрыты в специальной литературе, однако, вопросы коррекционно-педагогической помощи детям младенческого и раннего возраста находят свое отражение в публикациях только в последние два десятилетия [5; 6; 8; 12; 15].

Цель исследования – проанализировать анамнестические данные детей младенческого и раннего возраста, результаты опроса лечащего врача и родителей детей для установления факторов риска в речевом развитии.

Материалы и методы. Эмпирическое изучение анамнестических факторов риска биологического и социального характера проводилось на базе УЗ «Витебский областной детский клиниче-

ский центр» на одном из педиатрических участков. В исследовании участвовало 64 ребенка в возрасте от одного месяца до полутора лет. Биологические факторы риска изучались посредством медицинских документов (амбулаторных медицинских карт). Социальные факторы риска – с помощью метода беседы в виде опроса лечащего врача ребенка и его родителей. Группа из 64 детей в результате поискового эксперимента была разделена на две подгруппы. Экспериментальную группу (ЭГ) составили 32 ребенка (19 (59,4 %) мальчиков и 13 (40,6 %) девочек), которым уже в младенческом возрасте были выставлены клинические диагнозы, свидетельствующие о наличии у них неврологических нарушений в развитии. Дети ЭГ наблюдались у невролога с целью лечения и стабилизации психоневрологического статуса. В контрольную группу (КГ) для сравнения вошли 32 ребенка, не имеющие клинических диагнозов, а значит их развитие можно условно считать нормотипичным.

Анализ результатов исследования и их обсуждение. Анализ амбулаторных медицинских карт показал, что 25 (78 %) детей ЭГ имели верифицированный диагноз «Перинатальная энцефалопатия» (ПЭ) в первые месяцы жизни. ПЭ – это патология ЦНС плода и новорожденного, возникающая в перинатальном периоде развития и характеризующаяся диффузным поражением вещества головного мозга в результате инфекционных, токсико-метаболических, гипоксически-ишемических воздействий, приводящая в итоге к гибели клеток нервной ткани [4].

Распределение детей с ПЭ по клиническим диагнозам было следующим: гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, ранний восстановительный период, пирамидная недостаточность – 37 %; гипоксически-травматическое поражение ЦНС, ранний восстановительный период, синдром внутричерепной гипертензии, пирамидная недостаточность – 27 %; перинатальное поражение ЦНС, осложненное внутриутробной инфекцией – 12 %; перинатальное поражение ЦНС, осложненное соматической патологией – 2 %. 7 детей (22 %) не имели патологии ЦНС, однако были с низкими оценками по шкале Апгар (6–7 баллов). Анализ клинических диагнозов показывает, что органическое поражение ЦНС возникает в результате влияния разнообразных факторов и проявляется у младенцев в виде различных неврологических нарушений.

Остановимся на анализе факторов, влияющих на развитие ребенка на разных этапах онтогенеза. Так, **фактор** понимается как постоянно действующие обстоятельства, вызывающие устойчивые изменения того или иного признака [14, с. 15–16]. В психолого-педагогической литературе также используется дефиниция «**фактор риска в речевом развитии**» для обозначения возможных нарушений в развитии речи детей младенческого и раннего возраста [15, с. 64]. По мнению Л.И. Беляковой «**фактор риска речевого нарушения**» – состояние, обусловленное нарушенным онтогенезом [1]. Все вредоносные факторы *по времени воздействия* в разные периоды онтогенеза делятся на: *пренатальные* (внутриутробные); *натальные* (родовые); *постнатальные* (первые семь лет жизни) [10, с. 17]. Дополнительно выделяют *интранатальный* период (время рождения и первые семь дней жизни), *неонатальный* (с момента рождения до 28 дня жизни) и *перинатальный* (объединяющий период антенатальный (с 23 недели беременности), интранатальный и постнатальный)) [4].

Представим результаты исследования. Среди факторов *пренатального риска* чаще всего встречались: токсикозы и интоксикации беременных (30% случаев); заболевания матерей во время беременности, в том числе хронические и вирусные инфекции (25 %); угроза прерывания беременности (18 %); эмоциональные нагрузки (4 %).

Среди факторов *перинатального периода* отмечались: патологическое течение родов (42 %); асфиксия (40 %); желтуха новорожденных (6 %); кесарево сечение (3 %); обвитие пуповиной (3 %); без патологии – 6 %.

В *неонатальном периоде* наиболее значимой причиной, приводящей к нарушению нормального хода развития, является ПЭ любой этиологии (75 % случаев). Один ребенок, родившийся недоношенным, был с синдромом Дауна. Остальные дети при рождении имели невысокую оценку по шкале Апгар (6 баллов).

В *постнатальном периоде* только у двух детей отмечены соматические заболевания, а у 9 детей ведущими причинами в нарушении нормального развития стали социальные факторы: у 6 детей – алкоголизм родителей, у 3-х – низкая оценка ответственности родителей за развитие ребенка, не участие родителей в воспитании и развитии ребенка.

В КГ отмечается заметное снижение влияния биологических факторов на развитие плода и благоприятное течение беременности, родов и периода новорожденности по сравнению с ЭГ. Влияние биологических и социальных факторов на развитие детей ЭГ превышает влияние в КГ в 3 раза.

Заключение. Итоговый анализ преимущественного вредоносного влияния на развитие тех или иных биологических факторов, показал, что затруднительно вычленивать, что именно в развитии детей было обусловлено пренатальными, а что в большей степени перинатальными факторами, так как имелось сочетание факторов. С большей степенью вероятности можно говорить о мультифакторном биологическом неблагополучии.

Однако при сравнении патогенетической роли биологических и социальных факторов в различные периоды развития ребенка в младенческий и ранний период онтогенеза с определенной долей уверенности можно констатировать, что в нарушении нормального хода развития ребенка наибольшее значение на пренатальном, перинатальном и неонатальном этапе развития принадлежит биологическим факторам, а на постнатальном этапе возрастает влияние социальных факторов независимо от результатов воздействия биологических факторов на предшествующих этапах.

Полученные в результате исследования данные указывают на необходимость и целесообразность оказания ранней комплексной помощи уже на этапах младенческого и раннего возраста. Успешность в оказании такой ранней помощи обусловлено пластичностью детского мозга, интенсивностью формирования всех органов и систем организма, сензитивностью к стимуляции речевого и психического развития, высокой способностью к компенсации имеющихся нарушений в развитии. Также следует отметить, что чем раньше будут выделены индивидуальные проблемы ребенка в развитии, в том числе и речевом, тем больше времени будет у специалистов и родителей детей для их коррекции.

Список литературы

1. Белякова, Л.И. Онтогенез речевой деятельности как приоритетное направление научной школы кафедры логопедии МПГУ / Л.И. Белякова // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология: моногр. сб. / Л.И. Белякова. – М., 2005. – С. 18–24.

2. Бенилова, С.Ю. Роль факторов риска на ранних этапах онтогенеза в ранней комплексной профилактике нарушений развития речи и интеллекта / С.Ю. Бенилова. – Специальное образование. – 2019. – № 3 (55). – С. 148–164.

3. Бернадская, М.Е. Особенности раннего психического развития недоношенных детей, имеющих критически низкую массу тела при рождении и перинатальное поражение ЦНС / М.Е. Бернадская, Л.В. Грачева, М.И. Фролова // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2000. – №2. – С. 33–51.

4. Большая медицинская энциклопедия. – М.: АСТ : Астрель, 2002. – 734 с.

5. Карелина, И.Б. Комплексная абилитация неговорящих детей раннего возраста: монография / И.Б. Карелина. – Новосибирск: Изд. АНС «СибАК», 2017. – 156 с.

6. Корнев, А.Н. Основные показатели психической зрелости в раннем возрасте и признаки риска / А.Н. Корнев // Современные подходы к диагностике и коррекции речевых расстройств: Метод. материалы научно-практ. конф. «Центральные механизмы речи», посв. памяти проф. Н.Н. Трауготт: отв. ред. М.Г. Храковская. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001. – С. 268–279.

7. Лепская, Н.И. Язык ребенка: онтогенез речевой коммуникации / Н.И. Лепская. – М. : Рос. гос. гуманитар. ун-т, 2017. – 313 с.

8. Ляксо, Е.Е. Развитие речи: от первых звуков до сложных фраз / Е.Е. Ляксо. – СПб.: Речь; М.: Сфера, 2010. – 190 с.

9. Методы обследования речи детей: пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.

10. Основы специальной психологии; учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений / Л.В. Кузнецова [и др.]; под ред. Л.В. Кузнецовой. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 480 с.

11. Особенности речевого развития в раннем возрасте у детей с последствиями перинатальной патологии нервной системы: метод. рекомендации / Н.Н. Володин [и др.]; под общ. ред. Н.Н. Володина, В.М. Шкловского. – М.: Рос. ассоц. специалистов перинат. медицины, 2005. – 37 с.

12. Ранняя комплексная помощь детям с особенностями психофизического развития: учеб.-метод. пособие / С.В. Лауткина ;

[авт.-сост. С.В. Лауткина]. – Витебск: УО «ВГУ им. П.М. Машерова», 2011. – 47 с.

13. Развитие детей в раннем возрасте : ситуац. сб. / Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ). – Минск : [Б. и.], 2005. – 95 с.

14. Филичева, Т.Б. Основы логопедии / Т.Б. Филичева и др. – М: Просвещение, 1989. – 223 с.

15. Чипурко, С.А. К проблеме изучения предпосылок к овладению средствами речевого общения у детей с фактором риска в речевом развитии / С.А. Чипурко // Весці БДПУ. Серія 1. – 2019. – № 3. – С. 62–65.

УДК 159.9 (075.8)

Щербакова Наталья Александровна,

к. психол. н., доцент,

Саломатина Вероника Игоревна,

студент ФГБОУ ВО «ВГПУ»

г. Воронеж, Россия

ОСОБЕННОСТИ МЕЖЛИЧНОСТНОГО ОБЩЕНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ

Аннотация. В данной статье рассматривается проблема межличностного общения младших школьников. Авторами изучается актуальный аспект особенностей межличностного общения младших школьников с легкой степенью умственной отсталости. В статье дается анализ понятия межличностного общения в работах ведущих отечественных ученых. В заключении доказывается необходимость своевременной диагностики и профилактики особенностей межличностных особенностей младших школьников с легкой степенью умственной отсталости.

Ключевые слова: межличностное общение, младшие школьники, легкая степень умственной отсталости, особенности общения