



НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
ИМЕНИ Г. Е. СУХАРЕВОЙ

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ РУССКОГО ЯЗЫКА
ИМЕНИ А. С. ПУШКИНА

ЦЕНТР ПАТОЛОГИИ РЕЧИ И НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

**III Научно-практическая конференция,
посвященная Международному дню логопеда,**

ЯЗЫК И РЕЧЬ В КОНТЕКСТЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

14 ноября 2019 г.

Сборник статей
Под общей редакцией кандидата медицинских наук
М. А. Бебчук

Москва
2020

УДК: 616.89, 376.37
ББК 56.14 88.4, Ч437

**II Научно-практическая конференция, посвященная
Международному дню логопеда, «Язык и речь в контексте
психического здоровья» 14 ноября 2019 года г., г. Москва.**
Сборник статей под общей редакцией кандидата медицинских
наук М. А. Бебчук, М. — 2020. — 82 с.

ISBN 978-5-9909532-4-6

Издание подготовлено по материалам II Научно-практической конференции «Язык и речь в контексте психического здоровья», посвященной Международному дню логопеда и состоявшейся 12-13 декабря 2019 г. в г. Москва. Конференция проходила в рамках полипрофессионального подхода к изучению, диагностике и коррекции различных нарушений речи. Были рассмотрены как различные аспекты речевых нарушений при психических заболеваниях и нарушениях развития, так и проблемы билингвизма.

Сборник содержит статьи участников конференции и предназначен для логопедов, педагогов, врачей-психиатров, врачей-педиатров, клинических психологов, студентов медицинских, психологических и педагогических вузов и других людей, работающих с детьми.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов

© Авторы, текст, 2020
© А.В. Соколов, оформление, 2020

Глубокоуважаемые коллеги!

Во втором десятилетии XXI века вопросы межличностного общения стали одной из наиболее актуальных проблем для исследователей самых разных направлений. Изменения в сфере массовых коммуникаций, активное развитие цифровых технологий, обусловившее изменения в структуре и содержании дошкольного, начального и среднего образования, заставляют задуматься и об изменениях традиционных психолого-педагогических подходов.

Однако, несмотря на все изменения, которые ведет за собой развитие информационного и социального пространства, нарушения речи не только не исчезают, но и становятся все более распространенными, создавая широкое поле деятельности как для исследователей, так и для практиков.

Именно поэтому наша вторая конференция вновь проходит с участием самых разных специалистов: логопедов, педагогов, психологов, врачей, и затрагивает широкий круг проблем от речевых нарушений при психических заболеваниях до проблем билингвизма.

Благодарим всех докладчиков и слушателей!

Благодарим всех коллег, принявших участие в создании этого сборника!

Желаем Вам дальнейших творческих успехов!

Организационный комитет

Оглавление

| | |
|---|----|
| Бочеева Е.А., Полунина Н.В., Худина Ю.С., Кожухина Ю.Н., Фастунова О.И. Проблемы языковых и речевых нарушений функций у детей-инвалидов с психическими заболеваниями | 6 |
| Глаголева Е. А. Работа над предложением у детей младшего школьного возраста с РАС. | 12 |
| Година А.А. Регуляторные ошибки в письменных работах учащихся вторых классов | 18 |
| Головачева М.Ю., Петрова А.В. Специфика работы логопеда с детьми с расстройствами аутистического спектра | 23 |
| Головачева М. Ю., Косинова А. В., Урадовских Е. В. Чтение как компенсаторный механизм при коррекции системного нарушения речи | 26 |
| Гринцова Е.Я., Евсенкова Д.Б., Локштанова О.А., Яковлева И.А. Особенности восприятия картинного материала детьми с расстройствами аутистического спектра | 28 |
| Гринцова Е.Я., Локштанова О.А. Особенности нарушений речи у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях стационара: обобщение опыта работы | 32 |
| Зайцева Е.А. Сопровождения ребенка с РАС в условиях реализации инклюзивного дошкольного образования: маршрутизация, сложности и пути решения. | 36 |
| Зиборова Е.В., Головачева М.Ю. Специфика работы с родителями детей с РАС в условиях групповой нейрокоррекции. | 40 |

| | |
|---|----|
| Калашникова О.С., Штурмин Ф.С. Влияние особенностей детско-родительских отношений на психолого-логопедическое сопровождение дошкольников с расстройствами аутистического спектра | 48 |
| Квартальнова А.В., Олешкевич О.Н., Попова Е.С. Механизмы коммуникативных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра | 52 |
| Косова Е. В. Логопедическая помощь в развитии вербальной коммуникации у детей с РАС раннего возраста | 55 |
| Криволапова Н.В. Специфика нарушений речевой деятельности при детской афазии: признаки и таксономия | 60 |
| Полянская Е.Н. Взаимодействие с семьей как ресурс специалиста | 63 |
| Рогова Д.В. Индивидуальная коррекционно-логопедическая программа по сопровождению ребёнка-инвалида АООП НОО с РАС (вариант 8.3) | 69 |
| Селезнева П.Н. Кинестетические ощущения в реализации коммуникативной функции речи | 71 |
| Узлов Н.Д. Личностно-реконструктивный подход в психотерапии заикания (из опыта работы) | 75 |
| Шапошникова О.Ф. Формирование коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра | 80 |

*Бочеева Е.А., Полунина Н.В., Худина Ю.С.,
Кожухина Ю.Н., Фастунова О.И.*

Проблемы языковых и речевых нарушений функций у детей-инвалидов с психическими заболеваниями

*Федеральное казённое учреждение «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Ростовской области»
Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону.*

В зарубежных медицинских литературных источниках в последнее время стало популярным описание речи детей с биологическим риском языковых нарушений. Этиологически чаще всего речь идет об «аномалиях мозга, “препятствующих высшим функциям”» [Goodman R., Scott S., 2008]. Типы языковых нарушений принято делить на первичные и вторичные [McLaughlin M.R., 2011]. Максимальную распространенность подобные проблемы приобретают в возрастном промежутке от 3 до 16 лет [Shapiro F., 1989]. Последние научные работы уделяют внимание вторичным типам языковых нарушений в виде трех состояний: преждевременные роды, умственная отсталость и аутизм [McLaughlin M.R., 2011; Bang J.Y. et al., 2019]. По данным США, среди детей, наблюдавшихся в психиатрических учреждениях, около 53% нуждались в определении мер социальной защиты и около половины из них имели речевые и/или языковые проблемы [Cohen et al., 1993]. Более поздние исследования показали, что распространенность детей с подобным родом проблем колеблется от 1,8% до 5,0% [Sonik R.A. et al., 2017]. Британские исследователи указали следующее: в возрасте от 2 до 6 лет в службу речевой и языковой терапии чаще обращались родители мальчиков, чем девочек. Особо был отмечен не только пол, но культурные характеристики, а

также социально-экономический статус, влиявшие на диагноз, установленный впоследствии [Broomfield J. et al., 2004]. Тайваньские ученые с 2004 по 2010 год описали увеличение случаев инвалидизации детей с языковыми и речевыми нарушениями от 3 до 17 лет в среднем с 1418 до 1637 в год, при этом более высокая распространенность инвалидности отмечалась сельской местности [Tseng Y.C. et al., 2015].

Согласно Приказу Министерства труда и социальной защиты РФ № 1024н от 17.12.2015 "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы", кроме языковых и речевых нарушений в самостоятельном формате нарушений, описаны нарушения психических функций, включающие в себя умственные функции речи и последовательные сложные движения (которые входят раздел «умственные функции» «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья», что позволяет классифицировать нарушения идентично всем врачам-психиатрам вне зависимости территориальной принадлежности).

Статистические данные инвалидности детей с языковыми и речевыми нарушениями функций в Российской Федерации крайне скудны. Найденное нами исследование было представлено институтом развития образования республики Коми и Сыктывкарской детской поликлиникой. В нём описаны следующие показатели: 2.41% детской инвалидности по «языковым и речевым нарушениям функций» в 2011 году, 2.96% - в 2012 году, 2.23% - в 2013 году [Шаповалов К.А. с соавт., 2017].

Мы решили проследить статистику языковых и речевых нарушений функций в рамках коморбидности с

психическими расстройствами в психиатрических бюро-филиалах ФКУ «ГБ МСЭ по Ростовской области» Минтруда России.

За 10 месяцев 2019 года категория «ребенок-инвалид» в психиатрической службе МСЭ по Ростовской области была определена 1018 детям. Нами были выбраны максимально распространенные заболевания с психиатрическими шифрами: умственная отсталость, общие расстройства психологического развития, расстройства личности и поведения, обусловленные повреждением или дисфункцией головного мозга и шизофрения (диаграмма 1).

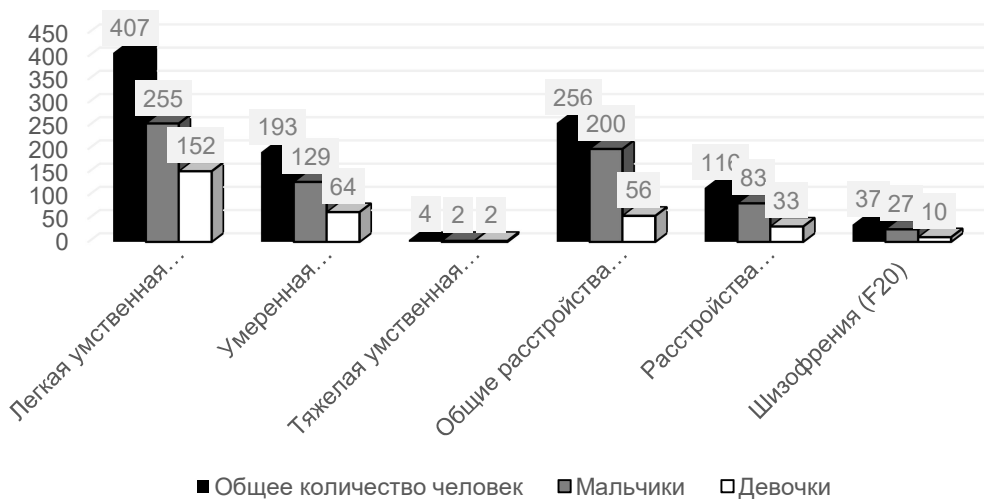


Диаграмма 1

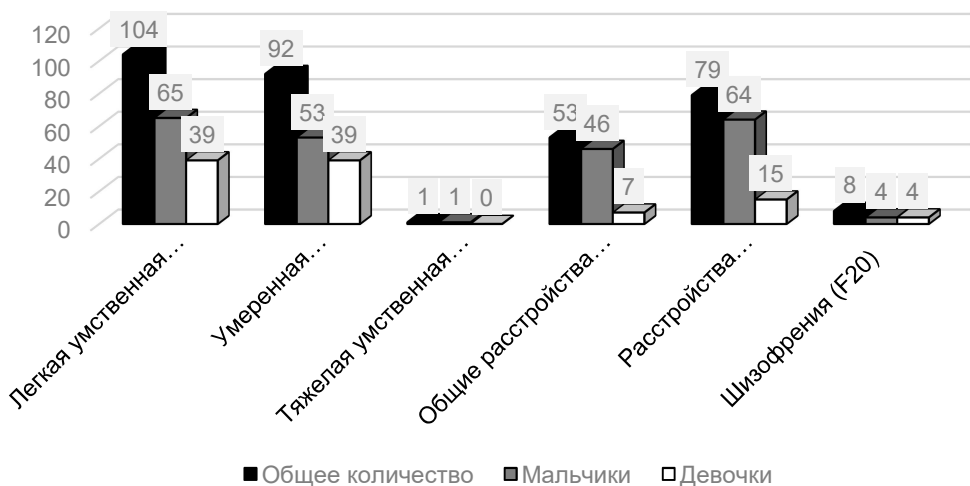


Диаграмма 2

Языковые нарушения, встречающиеся в практике врачей МСЭ, представлены общим недоразвитием речи и системным недоразвитием речи. К сожалению, большинство специалистов, консультирующих детей, не делает четкой разницы между этими двумя понятиями. Также стоит отметить большую формальность логопедических и дефектологических заключений, в которых отсутствуют описания проблем фонематического слуха и нарушения/искажения (в том числе количественного) звукопроизношения.

Проанализировав полученные нами данные (диаграмма 2), можно сделать следующие выводы:

- практически каждый четвертый ребенок, инвалидизированный с диагнозом «Легкая умственная отсталость» имеет нарушения речи, при этом мальчиков на 40% больше, чем девочек;

- около половины детей, инвалидизированных с диагнозом: «Умеренная умственная отсталость» имеют речевые нарушения. В данной группе мальчиков почти в половину больше, чем девочек;

- незначительное количество детей с диагнозом «Тяжелая умственная отсталость» не дает возможности полноценной оценки нарушений речи;

- каждый пятый ребенок, инвалидизированный с диагнозом «Расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга» имеет проблемы с развитием речи и языка. И вновь преобладают показатели в группе мальчиков (практически каждый пятый мальчик и каждая восьмая девочка страдают от нарушений речевых функций);

- почти три четверти детей с диагнозом «Расстройство личности и поведения, обусловленные болезнью, повреждением или дисфункцией головного мозга» имеют проблемы с речью. Почти каждый четвертый мальчик и каждая вторая девочка страдают нарушениями речевых функций;

- что касается детей, инвалидизированных с диагнозом «Шизофрения», можно говорить о проблемах у каждого 5 ребенка, но количество девочек с речевыми проблемами превышает количество мальчиков почти на 25% от гендерной выборки.

На примере данных по инвалидности в бюро психиатрического профиля мы получили сведения о большем количестве лиц мужского пола, подверженных языковым и речевым нарушениям, что подтверждает данные зарубежных исследователей.

Для снижения подобного рода проблем и достижения качественных результатов в индивидуальной программе реабилитации/абилитации, разрабатываемой детям с

категорией «ребенок-инвалид», имеется раздел «восстановительная терапия», включающей медикаментозную терапию, физиотерапевтическое лечение, психотерапию, различные виды массажа, бальнеотерапию и многое другое.

Глаголева Е. А.

Работа над предложением у детей младшего школьного возраста с РАС.

Городской психолого-педагогический центр дошкольного образования, г. Москва

В последние несколько лет возрос интерес специалистов разных направлений к проблеме становления речи у детей с расстройством аутистического спектра.

Мы остановимся на работе лишь с одной из составляющих - работе над предложением у детей младшего школьного возраста. Как известно, мотив формирует в нашем языковом сознании коммуникативное намерение [1]-готовность к речепорождению, к коммуникации. У детей с РАС как раз и нарушен этот пусковой механизм в процессе формирования речи. Действие по определенному плану выступает для них средством коммуникации.

В условиях нормального речевого развития обучение письменной речи осуществляется на определённой уже сформированной базе устной речи. Для детей с РАС целесообразно вести обучение этим процессам параллельно. Поэтому занятий для младших школьников предусматривают как устную, так и письменную работу. Исходя из этого, мы и учим детей строить предложение по плану, согласно основным правилам русского языка. Предложение является речевой единицей, где слова связаны между собой по смыслу. В младших классах проводится работа по формированию **поверхностной** (отдельные слова и положение слов в предложении) и **глубинной** (смысл) структуры предложения.

На самых первых этапах мы отработываем глагольный словарь по наглядному действию.

Материал: Игрушки с изображаемым действием (стоит, сидит, лежит и т.д.)

Задание: Дай игрушку, где мышка сидит и т.д.

Далее показываем действие, ребенок должен сказать, что вы делаете. Затем педагог просит ребёнка изобразить заданное действие и озвучить его.

Логопедическая работа по формированию **поверхностной структуры** предложения проводится с учётом последовательности овладения различными типами предложений в онтогенезе, что учтено в учебном плане.

По формированию **глубинной структуры** высказывания предусмотрена следующая последовательность [4]:

- субъект-предикат (*Кошка ест.*);
- субъект-предикат-объект (*Кошка ест рыбу.*);
- субъект-предикат-локатив (косвенный падеж, показывающий местонахождение объекта в пространстве или во времени) (*Кошка ест рыбу из миски.*);
- субъект-предикат-объект-объект (Кошка грызёт рыбу зубами.) и др.

План проведения каждого занятия включает следующие направления (исходя из индивидуальных особенностей ребёнка) [5]:

- овладение диалогической речью (ответы на вопросы по картинке; по прочитанному тексту);
- овладение монологической речью (самостоятельное составление предложений по картинке; пересказ);
- овладение навыками письма (переписывание и самостоятельное записывание предложений).

Ниже перечислены операции, которые входят в действие списывания, направленного на активную орфографическую проработку копируемого текста с целью формирования навыков безошибочного письма [2,3]:

1. Прочитай предложение, чтобы понять и запомнить его.
2. Повтори предложение, не глядя в текст, чтобы проверить, запомнил ли.
3. Выдели орфограммы в списываемом тексте.
4. Прочитай предложение так, как оно написано (как будешь себе диктовать во время письма).
5. Повтори (не глядя в текст) предложение так, как будешь его писать.
6. Пиши, диктуя себе, так, как проговаривал последние два раза.
7. Проверь написанное:
 - а) читай то, что написал, разделяя слова на слоги;
 - б) подчеркни орфограммы в написанном;
 - с) сверь каждую орфограмму с написанным текстом.

Учебно-тематический план по работе с предложением

| № | Тема занятий | Количество занятий |
|----|---|--------------------|
| 1. | Понятия: Слово. Предложение. Текст. | 2-4 |
| 2. | Интонация. Логическое ударение. Изменения смысла предложений с использованием логического ударения. Предложения по цели высказывания: повествовательное, вопросительное, восклицательное. Предложения с прямой речью. | 2-4 |
| 3. | Двусоставные предложения (подлежащее-сказуемое), включающие существительное+глагол 3 лица настоящего времени (<i>Дерево растёт</i>). Расширение словаря для составления | 2-4 |

| | | |
|----|--|-----|
| | <p>предложений с использованием игр:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кто как передвигается (человек ходит, черепаха ползает, птица летает и т.д.); • кто как голос подаёт (корова мычит, лягушка квакает, голубь воркует и т.д.); • что какие звуки издаёт (дверь скрипит, машина гудит, ручей журчит и т.д.); • кто как ест (кошка лакает, заяц грызёт, курица клюёт и т.д.); • кто что делает (учитель учит, продавец продаёт, маляр красит и т.д.). | |
| 4. | <p>Двусоставные предложения: местоимение+им.существительное (<i>Это дом</i>); им.существительное+им.прилагательное (<i>Дом большой</i>). Работа со схемами предложений.</p> | 2-4 |
| 5. | <p>Распространенные предложения из 3-4 слов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подлежащее-сказуемое-прямое дополнение (<i>Девочка моет куклу.</i>); • подлежащее-сказуемое-прямое дополнение-косвенное дополнение (дательный падеж существительных), например: <i>Мама даёт киске молоко.</i>; • подлежащее-сказуемое-прямое дополнение-косвенное дополнение (творительный падеж существительных со значением | 2-4 |

| | | |
|----|---|-------|
| | <p>орудия действия), например: <i>Мальчик рисует цветы красками.</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> • подлежащее-сказуемое- обстоятельство места (предложно-падежная конструкция), например: <i>На клумбе распустились цветы.</i>; • подлежащее-сказуемое- обстоятельство места, времени, образа действия, выраженное наречием, например: <i>Солнце светит ярко.</i> | |
| 6. | Распространение предложений с помощью слов, обозначающих признаки предметов. (<i>Мама надела платье.</i> ; <i>Мама надела голубое платье.</i>) Предложения с противительными союзами: <i>а, но</i> . Работа со схемами предложений. | 2-4 |
| 7. | Распространение предложений с помощью однородных членов, выраженных разными частями речи. Предложения с обобщающими словами. Работа со схемами предложений. | 2-4 |
| 8. | Составление предложений с использованием различных предлогов (как простых, так и сложных). Правила написания предлогов. Дифференциация предлог-приставка. | 2-4 |
| 9. | Сложные предложения с придаточными причинами: цели, времени, места. Работа со схемами предложений. | 2-4 |
| | Всего: | 18-36 |

Литература:

1. Возрастная психоллингвистика: Хрестоматия. Учебное пособие [Текст] / Составление К. Ф. Седова. – М.: Лабиринт, 2004. – 330с.
2. Жедек, П. С. Вопросы теории и методики обучения фонетике, орфоэпии, графике и орфографии. [Текст] / П. С. Жедек. - Центр педагогических инноваций, Академия педагогических наук СССР, Москва-Харьков, 1991. – 88 с.
3. Жуйков, С. Ф. Психология усвоения грамматики в начальных классах [Текст] / С. Ф. Жуйков. - М: Просвещение, 1964. – 300 с.
4. Лалаева, Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах: Кн.для логопеда. [Текст] / Р. И. Лалаева – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 1999. -224 с.
5. Львов, М. Р. Правописание в начальных классах. [Текст] / М. Р. Львов - Тула «Родничок» М.: Астрель АСТ, 2001. – 256 с.

Година А.А.

Регуляторные ошибки в письменных работах учащихся вторых классов

Детский развивающий центр «Сёма»

В последние годы наблюдается рост количества школьников с трудностями освоения родного языка как учебного предмета. Это создает препятствия для письменной коммуникации, использования новой знаковой системы в общении. Необходимость своевременного выявления и коррекции подобных трудностей обусловлена значимостью письма и чтения для социализации и абилитации детей и подростков с особыми возможностями здоровья.

Согласно исследовательским данным, причинами подобных затруднений могут являться физиологические, психологические, неврологические и речевые проблемы [1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14]. Дисграфия – стойкое нарушение письма, связанное с недостаточностью тех или иных компонентов функциональной системы письма и проявляющееся в большом количестве специфических ошибок [3]. В настоящее время в отечественной логопедии нет единого подхода к классификации дисграфии, что говорит об актуальности дальнейшего изучения проблемы. Перспективу научных исследований составляет использование междисциплинарных данных. Нейропсихологический подход к анализу дисграфий представлен в работах Т.В.Ахутиной [1, 2, 8], которая, основываясь на положении о системном строении высших психических функций, выделяет три вида дисграфии – зрительно-пространственную, акустико-артикуляционную и регуляторную дисграфию. Автор отмечает, что одни и те же ошибки могут иметь разную природу [1, 2, 8].

Недостаточная сформированность серийной организации движений отражается на письме в трудностях плавного, автоматизированного исполнения двигательной серии, какой является каждое слово [1, 2, 5, 6, 8]. В результате персеверации, антиципации, смешения элементов графически сходных букв. Общие регуляторные трудности проявляются при письме в трудностях удержания программы действий, слабой ориентировке в задании, импульсивности, инертности при переключении с одного задания на другое. Это приводит к ошибкам обозначения границ предложений (отсутствие точки и заглавной буквы), обозначения границ слов [1, 2, 3, 8].

Нами было проведено исследование контрольных письменных работ за 2018-19 учебный год 73 второклассников одной из школ г. Москвы. Анализ показал, что у 20 детей (27%) имеется дисграфия. Они составили экспериментальную группу (ЭГ). 53 успевающих ребенка составили группу сравнительного анализа (ГСА).

Выяснилось, что во всех работах всего присутствует 1822 специфических ошибки всех типов. Ошибки, характерные для слабости регуляторных функций, встречаются 1432 раза. Самыми распространенными являются: нарушения обозначения границ предложения (23%); смешения графически сходных букв (21%); пропуски букв, слогов и слов (11%); нарушения обозначения границ слов (10%); персеверации (6%); антиципации (6%).

Исследование показало, что 58% всех специфических ошибок приходится на учащихся ЭГ. При подсчете среднего количества специфических ошибок на одну работу выяснилось, что в ЭГ число ошибок варьирует от 5 до 9, у остальных детей – не более 1-2.

В ЭГ самыми частотными являются нарушения обозначения границ предложения (291 ошибка). Они встречаются у 11 детей ЭГ в 30% случаев, у 5 - в 20% случаев.

Смешение графически сходных букв. Как указывает О.А.Величенкова [3, 5], что это понятие отражает одновременно сходство конфигурации и написания букв. По мнению И.Н.Садовниковой, ребёнок не может вовремя остановить начатое им движение [13]. Данные ошибки встречаются в ЭГ 230 раз: у 4 детей эта ошибка встречается в 30%, у 10 - в 20% случаев.

Пропуски букв, слогов и слов могут быть связаны с упрощением двигательной программы [1, 2, 6, 8] и встречается в работах ЭГ 175 раз. У 2 детей ошибка встречается в 41% случаев, у 7 – в 20% случаев, у 7 - в 13%.

Нарушения обозначения границ слов встречается в ЭГ 107 раз. У 8 учащихся количество этого типа ошибок от 10 до 19%.

Персеверации и антиципации в работах ЭГ встречаются нечасто.

Проведённое нами исследование выявило высокий процент детей с дисграфией среди обучающихся и позволило обнаружить наличие большого количества специфических ошибок, характерных для слабости регуляторных функций. Для учащихся предложено организовать коррекционные занятия с логопедом, с обязательным включением нейропсихологических заданий.

Литература

1. Ахутина Т.В. Нейропсихологический анализ ошибок на письме. // Нарушения письма и чтения у детей: изучение и

- коррекция: научная монография / Под общ. ред. О.А. Величенковой. – М.: Логомаг, 2018. – 372 с.
2. Ахутина Т.В. Трудности письма и их нейропсихологическая диагностика // Письмо и чтение: трудности обучения и коррекция: Учебное пособие / Под общ. ред. О.Б. Иншаковой. - М.: МПСИ, 2001. С. 7-20.
 3. Величенкова О. А., Русецкая М. Н. Логопедическая работа по преодолению нарушений чтения и письма у младших школьников. — М.: Национальный книжный центр, 2015. – 320 с.
 4. Величенкова О.А. Диагностика речевых функций в рамках скрининг-обследования первоклассников / Новые педагогические технологии. 2015. № XXIV. С. 39-43.
 5. Величенкова О.А. К технологии преодоления смешений графически сходных букв у младших школьников / Мир педагогики и психологии. 2017. № 4 (9). С. 86-92.
 6. Величенкова О.А. Ошибки фонемного кодирования у учащихся начальных классов общеобразовательной школы / Детская медицина Северо-Запада. 2018. Т. 7. № 1. С. 58-59.
 7. Величенкова О.А. Ошибки фонемного распознавания в письме младших школьников / Северный регион: наука, образование, культура. 2016. № 1 (33). С. 13-18.
 8. Величенкова О.А., Ахутина Т.В., Иншакова О.Б. Комплексный подход к анализу специфических нарушений письма у младших школьников // Школа здоровья, 2001. № 4. С. 23-31.
 9. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей. / Учебно-методическое пособие. 2 изд. СПб.: Гиппократ, 2005. –224 с.
 10. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: Нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. – М.: «Педагогическое общество России», 2001. –160 с.
 11. Лалаева Р.И. Нарушения письменной речи. Дисграфия / Логопедия. Методическое наследие. - М: «Владос», 2007. – 304 с.

12. Полонская Н. Н. Развитие произвольности речевых ассоциативных процессов в младшем школьном возрасте [Текст] / Полонская Н. Н., Яблокова Л. В. // Шк. здоровья. - 1998. - 5, N1. - С. 43-48.
13. Садовникова И.Н. Нарушение письменной речи и преодоление у младших школьников. -М.: «Владос», 1997. – 256 с.
14. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. – М., 2008.

Головачева М.Ю., Петрова А.В.

Специфика работы логопеда с детьми с расстройствами аутистического спектра

ГБУЗ Центр патологии речи и нейрореабилитации, город Москва

Расстройство аутистического спектра (РАС) представляет сложное психическое расстройство. Согласно данным ВОЗ, данное расстройство характеризуется сочетанием нарушения способности к социально-коммуникативному взаимодействию с ограниченным стереотипным повторяющимся набором интересов и видов деятельности, которые одновременно специфичны для индивидуума. Нарушения в развитии психической системы касаются коммуникации, социального взаимодействия и когнитивной деятельности. Согласно современным международным клиническим классификациям, детский аутизм - это общее расстройство психического развития, при котором отмечаются качественные нарушения коммуникации и социального взаимодействия, ограниченные, повторяющиеся и стереотипные формы поведения и активности. Психолого-педагогические особенности детей с подобными расстройствами проявляются в том числе и в нарушениях речи и коммуникации.

Необходимым условием речевого развития таких детей является проведение логопедической работы. Таким образом, разработка специальных методик и форм логопедической работы с детьми с РАС приобретает большую актуальность и нуждается в особом внимании.

Проявления речевых нарушений при РАС чрезвычайно многообразны по характеру и динамике, и в большинстве случаев они обусловлены нарушениями

общения: такой ребенок часто использует жесты вместо слов, придает словам неверное значение. У некоторых детей наблюдаются проблемы голосообразования, интонационно-мелодической, темпо-ритмической организации высказывания и нарушения звукопроизношения. У некоторых детей словарный запас отстает от возрастной нормы, часто наблюдаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций.

Работа логопеда с такими детьми, в первую очередь, включает развитие слухового внимания, фонематического слуха, работу по расширению лексического запаса и развития грамматического строя речи. Особое внимание при работе с детьми логопеду стоит уделять формированию и развитию диалогической речи. Необходимо научить детей правильно конструировать предложения, необходимые для общения и выражения собственных потребностей в повседневной жизни.

В связи с рядом психолого-педагогических особенностей детей с РАС организация логопедической работы имеет собственную специфику. Коррекционная работа, проводимая с детьми, затрудняется поведенческими, психическими чертами. Особенности развития психоэмоциональной сферы детей требуют серьезной работы по установлению эмоционального контакта. Данный этап работы является подготовительным и необходимым. Только с установлением эмоционального контакта ребенка со специалистом становится возможным начать непосредственно работу. На втором этапе работы основное содержание составляет вызывание речи посредством эмоционального стимулирования. Для каждого уровня речевого развития детей на этапе вызывания речи ставится собственная цель. Дети, имеющие лишь отдельные вокализации как средство общения, нуждаются в очень осторожном подходе. Иногда

специалисту необходимо включать используемые ребенком вокализации в ходе занятия, игр. Если уровень речевого развития и результаты коррекционной работы показывают возможность у ребенка выйти к развернутой речи, то специалист переходит на новый этап работы: обогащение, осмысление и расширение высказываний.

Специфика работы логопеда с детьми, имеющими расстройства аутистического спектра, проявляется и в использовании методов работы. Работа обогащается применением АВА-терапии, разработанной для развития отсутствующих навыков и коррекции нежелательного поведения. Незаменима в коррекционной работе разработанная система альтернативной коммуникации PECS. Система PECS представляет собой систему общения посредством обмена карточками. Использование данной методики позволяет работать над стимулированием речи и расширением словаря.

Важнейшим элементом логопедической работы с детьми с РАС является работа с родителями. Постоянное закрепление материала дома, создание специальных условий для стимулирования речи в домашней обстановке являются залогом эффективной работы специалиста. Психолого-педагогическая поддержка семьи ребенка с РАС должна быть направлена на принятие того факта, что ребенок особенный и для развития существующего потенциала необходимо создать специальные условия.

Головачева М. Ю., Косинова А. В., Урадовских Е В.

Чтение как компенсаторный механизм при коррекции системного нарушения речи

*ГБУЗ Центр патологии речи и нейрореабилитации
Департамента здравоохранения города Москвы*

Актуальность. По средствам обучения чтению успешно развиваются как вербальные, так и невербальные высшие психические функции. Формирование навыка чтения значительно улучшает подвижность нервно-психических процессов, компенсирует выраженные трудности в развитии чувства языка у детей с системным нарушением речи. Обучение чтению способствует программированию связного речевого высказывания, за счет расширения лексической и грамматической сторон речи. Формирует звуко-слоговую структуру слова и улучшает контроль за звукопроизношением. Именно поэтому формирование навыка чтения привлекает внимание специалистов различных областей знания: логопедов, психологов, дефектологов, лингвистов, методистов. И это определяется тем, что у детей с дисфазией развития чтение может являться одним из способов получения информации в процессе усвоения знаний.

Цель исследования. Используя данные диагностики определить уровень речевого развития у детей с дисфазией. По средствам обучения чтению определить степень эффективности коррекционной работы у детей с системным нарушением речи.

Материалы и методы. Настоящее исследование проводилось на базе ГБУЗ Центра патологии речи и нейрореабилитации, дневной стационар (детский) № 1. В исследовании приняли участие пациенты младшего и

среднего дошкольного возраста (212 пациентов). Критерий включения: дисфазия развития, системное нарушение речи. В ходе коррекционно-логопедической работы было создано единое коррекционно-развивающее пространство, представляющее собой интегрированные связи между специалистами, работающими с детьми.

Результаты и выводы. В результате проведенного курсового лечения, значительное улучшение отмечалось у 98 пациентов (46,2%), улучшение разной степени выраженности у 114 пациентов (53,8%).

Таким образом, у всех детей отмечалась положительная динамика в состоянии высших психических функций. Чтение оказало огромное положительное влияние на развитие произносительной стороны речи, зрительного внимания и памяти, на формирование пространственных представлений. У детей с системным нарушением речи в процессе чтения простых слов и слогов, значительно сократились трудности при переключении с одной произносительной установки на другую. Ускорился процесс актуализации слов. Были достигнуты положительные результаты в улучшении фонетико-фонематических процессов, а также в нормализации ритмической организации речи. При обучении чтению отмечалась высокая эффективность по преодолению наиболее резистентных к коррекционному воздействию нарушений.

*Гринцова Е.Я.^{1,2}, Евсенкова Д.Б.¹,
Локишанова О.А.¹, Яковлева И.А.^{1,2}*

Особенности восприятия картинного материала детьми с расстройствами аутистического спектра

*¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья
детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва*

*²Московский государственный психолого-педагогический
университет, г. Москва*

По последним оценкам, один ребёнок из 160 детей имеет расстройства аутистического спектра (РАС). Это усреднённая оценка, которая существенно варьируется в разных исследованиях.

Существует теория о фрагментарном характере восприятия при РАС и снижении возможностей центральной когерентности, т.е. учёта, объединения всех элементов в единое целое. Основная идея заключается в том, что при сохранных возможностях к выделению отдельных деталей изображения при расстройствах аутистического спектра страдает способность к восприятию целостного образа, интеграции элементов в единое целое. Ключевым моментом является ориентация на базовые, элементарные зрительные признаки, такие как цвет, форма, а не на целостные характеристики объекта. Нормативной стратегией, по мнению исследователей, является интегративная обработка поступающей информации, основанная, с одной стороны, на объединении всех фрагментов в единый образ, с другой стороны, на «отсеивании» несущественных деталей. Противоположная тенденция, свойственная людям с РАС, связана с фрагментарным восприятием поступающей информации, избыточным вниманием к отдельным

деталюм изображения, трудностями учёта контекста, в котором находится объект.

У детей с расстройствами аутистического спектра часто наблюдаются проблемы восприятия, что вызывает трудности у специалиста во время коррекционной работы. Успех в логопедической работе зависит от понимания устной речи и особенностей её восприятия детьми этой группы. В работе с такими детьми мы наблюдаем грубое нарушение понимания речи, сопровождающееся эхолалиями, возникновением вербальных и литеральных парафазий при её воспроизведении.

Ребёнок с РАС нуждается в визуальном подкреплении сказанного. Картинки делают предъявленную ему речь видимой, а её восприятие возможным.

Однако, подбирая картинный материал, мы отметили ряд существенных особенностей в восприятии картинного материала детьми с расстройствами аутистического спектра:

1. Восприятие предметов стереотипно и консервативно.
2. Восприятие изображения является константным. Например, выучив слово «шкаф», подкреплённое определённым изображением, ребёнку трудно воспроизвести это слово, глядя на другое изображение шкафа.
3. Восприятие изображения буквально и неспособность к переносу: чашку только держат, а не пьют из нее, банан отрывают, а не берут, а голуби стоят, а не сидят и т.д.
4. Дети данной группы чрезвычайно наблюдательны, замечают и трактуют малейшие детали на рисунке: переходы цвета, штрихи, чёрточки. Это уводит их в сторону от реального восприятия и искажает смысл увиденного, более того, затрудняет диагностику данного дефекта.

5. Дети с РАС испытывают трудности в абстрагировании и обобщении, восприятие сюжета носит клиповый характер. Ребёнок не способен домыслить пропущенный фрагмент сюжета, не подкреплённый визуально. Это следует учитывать, работая над формированием связной речи.

Таким образом, специалисты должны тщательно подбирать картинный материал, используемый им на занятии. Работая с картинками, логопед должен чётко представлять уровень речевой компетентности каждого ребёнка, не завышая его.

В связи с вышесказанным, нами подготовлен логопедический альбом.

Альбом иллюстрирует специфику восприятия картинного материала детьми с расстройствами аутистического спектра. Авторами являются логопед Локштанова О.А. и художница Куприянова Н.

Материал, представленный в альбоме, позволяет дифференцировать изображение предмета. Иллюстрации для пособия подбирались в течение длительного времени с учётом анализа визуального восприятия детьми с РАС разнообразных логопедических пособий.

Основные направления работы с пособием:

- формирование и закрепление навыка идентификации предмета по сенсорному признаку (цвет, форма, величина); дифференциация предметов, имеющих сходный визуальный образ;
- демонстрация разработанного картинного материала предметной лексики с целью осознания особенностей первичного визуального восприятия детьми с РАС и дальнейшего развития коммуникативной функции речи;
- профилактика вербальных парафазий, связанных с заменой по визуальному сходству;
- развитие зрительной памяти у детей данной группы;

- развитие пассивного словаря предметной лексики;
- развитие понимания вопросов «Кто?» и «Что?».

Во время использования данного пособия с детьми предлагаются следующие виды заданий:

1. подбор картинок, подходящих друг к другу по определённому сенсорному эталону (Например, ребёнку даётся инструкция: выбери предметы оранжевого цвета — лиса, кошка, белка, собака, апельсин, морковь);
2. подбор и название похожих по сенсорному признаку предметов (Например: найти все круглое (солнце, булочка, коробка, блин, тарелка и т.д.);
3. продолжение визуального ряда, путём выбора из имеющихся картинок, подходящих (Например, специалист берёт картинку с изображением пирамидки и просит ребёнка выбрать из предлагаемых картинок похожий по форме предмет - клубки в корзинке, горку клубники и т.п.);
4. восстановление порядка расположения картинок по сенсорному признаку (Например, ребёнку предлагается запомнить последовательность картинок и сенсорный признак, по которому выбрана данная группа картинок, а затем дополнить другим картинками, имеющими данный признак).

Учитывая всё вышесказанное, мы рекомендуем специалистам более тщательно отбирать дидактический материал, следить за качеством изображённых предметов, использовать картины с минимальным количеством деталей. Также, при работе с серией сюжетных картин, следует учитывать, что дети с расстройствами аутистического спектра часто не воспринимают подтекст.

Гринцова Е.Я.^{1,2}, Локитанова О.А.¹

Особенности нарушений речи у детей с расстройствами аутистического спектра в условиях стационара: обобщение опыта работы

¹ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

²Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

Последние показатели распространённости расстройств аутистического спектра в процентном соотношении около 1-2% в общей популяции детей. Специалисты речевого отделения ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой» отмечают ежегодный рост пациентов дошкольного возраста с РАС за последние несколько лет. Дети с расстройствами аутистического спектра, поступающие на лечение в 8 отделение, в 98% случаев имеют речевые нарушения различного характера и степени выраженности.

Цель исследования: обобщение многолетнего опыта логопедической коррекционной работы с детьми с РАС в условиях стационара.

Для реализации цели исследования был проведен анализ результатов диагностической и коррекционной работы в дошкольном речевом отделении. Изучались анамнестические данные детей, имеющих тяжелые нарушения речи в рамках РАС, за последние 10 лет.

На первом этапе, мы выявляли особенности речи у детей с расстройствами аутистического спектра, которые логопеды отмечали во время первичной диагностики. В процессе обследования выявляются характерные нарушения речи:

1. Нарушения речевой интенции (то есть мотивации и запуска на речь).

2. Снижение способности к имитационной речи и воспроизведению ритмов.

3. Нарушение слухоречевого внимания и слухового восприятия, снижение возможности дифференциации фонем.

4. Нарушения просодической стороны речи в виде своеобразного интонирования, скандированности, нарушений тембра и высоты голоса.

5. Низкий уровень сформированности лексико-семантической стороны речи, как базовой, для дальнейшей возможности речевой коммуникации.

6. Стойкий родовой и ударный аграмматизмы, нарушение использования предложных конструкций, сложности в согласовании отдельных грамматических конструкций, выраженные нарушения словообразования и словоизменения.

7. Эхолалии. Детям с РАС на определенном этапе свойственно механическое повторение звуков, слов и фраз. Эхолалии используются ребенком в качестве социальной стратегии.

Помимо указанных речевых нарушений в процессе логопедического обследования у детей с РАС выявляются затруднения в осмыслении сюжетной серии и выраженные пространственные нарушения, препятствующие перешифровке последовательных картинок по порядку слева направо, а также когнитивные нарушения, препятствующие формированию понятийного уровня слова.

Необходимо также помнить, что дети с РАС имеют склонность к обработке полученной информации, в большей степени, по принципу буквального восприятия. И, в меньшей степени, способны осознавать подтекст

информации, что мешает полноценному усвоению речевого материала.

Так же они склонны к гиперсистематизации, поэтому им сложно в системах, которые характеризуются «сложностью изменений» (социальное поведение, разговор, вымысел, эмоции людей) из-за этого они испытывают трудности в коммуникации, понимании социального контекста и эмоций людей.

На втором этапе мы постарались выделить единую стратегию работы, отмеченную нами в перспективных планах, составленных логопедами отделения.

Мы считаем, что для логопеда первостепенными будут вмешательства, направленные на развитие речевых навыков и важных для их развития когнитивных функций: как для формирования самого навыка говорения, так и для развития словарного запаса, формирования грамматических репрезентаций, развития просодики.

Учитывая специфику восприятия детей с РАС, как во время диагностики, так и в процессе коррекционной работы особое внимание уделяется визуализации и подбору стимульного материала, поскольку неточное восприятие картинного материала может снизить достоверность результатов.

Показателем успешной логопедической работы является не просто устранение имеющихся речевых нарушений, а динамика развития коммуникативной функции речи, которая демонстрирует отражение возможности устанавливать социальное взаимодействие посредством языковых связей и предполагает вербальное общение людей друг с другом.

В нашем отделении для построения адекватной коррекционной программы с учетом ведущего речевого расстройства мы выделяем две наиболее часто встречающиеся группы детей с расстройствами аутистического

спектра: с акустико-гностическим синдромом (около 65%) и с оральной диспраксией (около 35%).

Под акустико-гностическим синдромом мы понимаем – грубое непонимание обращённой речи, невозможность понимания вопросов косвенных падежей, тяжелые эхολалии, вследствие этого, отсутствие или грубое искажение речи, по типу сенсорной алалии.

Также в клинической картине этого синдрома наблюдаются: вербальные парафазии, основанные на визуальных заменах (например, сороку называли пингвином), литеральные парафазии (рысенок-крысенок); нарушение понимания местоимений, наречий, прилагательных.

В основе диспраксических нарушений у детей с РАС также часто лежит затруднение осмысления слова, поскольку внутренние образы фонем не просто нужно перевести в артикуляцию, но и предварительно осознать.

Группа детей с ведущими диспраксическими расстройствами характеризуется наличием следующих специфических ошибок:

1. Нарушение формирования кинестезий при отсутствии нарушений иннервации в моторных зонах.
2. Нарушение динамической основы реализации речевого акта и, как следствие, нарушение слоговой структуры слова.

Следует отметить, что сенсорные и моторные нарушения у детей с аутизмом могут сильно усугублять общее представление о тяжести состояния ребенка, а также могут стать причиной поведенческих трудностей. Только ранняя диагностика речевых нарушений и своевременно начатая абилитация, с учетом ведущего речевого нарушения, позволяют обеспечить дальнейшую социализацию и речевую коммуникацию.

Зайцева Е.А.

Сопровождения ребенка с РАС в условиях реализации инклюзивного дошкольного образования: маршрутизация, сложности и пути решения.

ГБОУ школа 1078

Число детей с РАС неотступно растёт с каждым годом. Для оказания эффективной помощи детям с нарушениями коммуникации в условиях массовых образовательных учреждений совместно трудятся специалисты психологи, логопеды, воспитатели и другие участники образовательного процесса.

Рассмотрим путь, по которому проходит семья ребенка с нарушениями коммуникации с момента поступления в образовательное учреждение.

Часто родители не догадываются о наличии у ребенка каких-либо особенностей развития. Поэтому первым и очень важным этапом является раннее выявление детей с особыми образовательными потребностями. Этот этап реализуется по средствам плановой диагностики и индивидуальной диагностики по запросам родителей и педагогов. При выявлении ребенка, нуждающегося в коррекционной помощи, специалисты образовательного комплекса проводят консультацию для родителей по итогам диагностики, готовят необходимые документы и направляют ребенка на ЦМПМПК.

В случае, если ребенок поступает в образовательное учреждение уже с протоколом ЦМПМПК, специалисты незамедлительно приступают к диагностике с целью создания ИОМа. Разработка индивидуального образовательного маршрута – важный этап коррекционной работы. Комплексная оценка ресурсов и дефицитов ребенка проводится каждым специалистом и носит

динамический характер. Междисциплинарное обсуждение результатов диагностики позволяет разносторонне оценить составление развития ребенка. Специалисты предоставляют родителям (законным представителям) информацию о расписании занятий, целях и задачах планируемой коррекционной работы.

Индивидуальные коррекционно-развивающие занятия направлены на развитие и поддержку функциональных способностей ребенка в соответствии с его возможностями. Каждое занятие выстраивается с учетом действий всех специалистов, работающих с ребенком. Целесообразно всем специалистам придерживаться единообразной системы организации занятий и поощрения.

Включение детей с нарушениями коммуникации в проективную и досуговую деятельность - важный компонент социализации. Эффективным условием реализации инклюзивного образовательного процесса является *организация предметно-развивающей среды*, стимулирующей развитие самостоятельности, инициативы и активности, обеспечивающей разным детям доступ к развитию их возможностей.

На протяжении всего периода воспитания и обучения специалисты проводят динамическое наблюдение и по необходимости корректируют образовательный маршрут.

При переходе ребенка на следующий этап обучения необходимо повторно пройти ЦМППМК с целью уточнения образовательной программы.

При комплексном сопровождении ребенка с РАС в условиях реализации инклюзивного дошкольного образования встречается ряд сложностей:

Актуальной остается проблема ранней диагностики. Многие родители опасаются обращаться к специалистам неврологам, психиатрам, отказываются от

медикаментозного лечения. Некоторые родители отказываются от прохождения ЦМПМПК. Ожидая, что малыш «перерастет» свои сложности, родители умалчивают поведенческие и эмоциональные особенности ребенка. Таким образом теряется драгоценное для коррекции время. Бывают ситуации, когда появление ребенка с нарушениями коммуникации, вызывает недовольство родителей других воспитанников. Родители опасаются ухудшения качества развивающих занятий в группе, примера неподобающего поведения, а также ослабления внимания остальным детям со стороны педагога.

Еще одна проблема связана с недостаточной подготовкой педагогических кадров. Дети с РАС стали встречаться в массовых дошкольных учреждениях не так давно. Педагогам трудно понять такого ребенка, отличить его поведение от баловства или истерики, трудно найти способы успокоить ребенка или вовлечь его в совместную деятельность.

Безусловно, массовые дошкольные учреждения не располагают таким методическим и материально-техническим оснащением, как учреждения, ориентированные на детей с РАС.

Для решения вышеперечисленных сложностей можно предложить следующее:

Необходимо повышать уровень осведомленности родителей о РАС и всех категориях ОВЗ. Родителям необходимо знать, как симптоматическую картину, так и пути коррекционной помощи, различные варианты обучения и воспитания. Взаимодействие с родителями может проводиться в форме родительских собраний, информационных стендов и листовок, педагогических и игровых гостиных.

Для педагогов массовых учреждений целесообразно проводить обучающие семинары и мастер-классы, где педагоги, имеющие опыт работы с детьми с РАС, поделятся своими знаниями и практическими навыками.

Методические разработки специализированных учреждений для детей с РАС можно активно перенять в массовом учреждении. Визуальное расписание, карточки PECS, жетонная система поощрения будут интересны и полезны всем детям. Визуальное расписание, например, способствует развитию пространственно-временной ориентировки, его применение может упростить и организовать режимные моменты для всех воспитанников. Также использование визуального расписание снижает тревожность и способствует развитию навыков самообслуживания.

Таким образом, в условиях массового образовательного учреждения на этапе дошкольного периода обучения активно осуществляется комплексное сопровождение и коррекция детей с нарушениями коммуникации, но остаются вопросы, требующие доработки и внимания.

Литература

1. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 N 1155 (ред. от 21.01.2019) "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования"
2. Инклюзивная практика в дошкольном образовании: Пособие для педагогов дошкольных учреждений / Под ред. Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутеповой М.: Мозаика-Синтез, 2011. 144с.
3. От рождения до школы. Основная образовательная программа дошкольного образования/Под ред. Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. васьиловой. – 3-е изд., испр. И доп. – М.: Мозаика-Синтез, 2016. – 368 с.

Зиборова Е.В., Головачева М.Ю.

Специфика работы с родителями детей с РАС в условиях групповой нейрокоррекции.

Центр Патологии Речи и Нейрореабилитации, г. Москва

Введение: Современные социокультурные средовые изменения предполагают необходимость появления новых семейных взаимоотношений. В большей степени это актуально для родителей, имеющих детей с диагнозом афазия развития, системное нарушение речи (сенсомоторная алалия), большая часть из которых имеет сочетанный диагноз РАС. Родители должны опираться не на стереотип «я научился – и мой ребенок научится», а на понимание изменений окружающего мира, а также реального понимания проблем своего ребенка. И это не только универсальные законы эволюции, но и взаимодействие со взрослым окружением ребенка. Особенно это актуально для родителей, дети которых имеют нарушения развития и формирования речевой активности. Такие дети становятся наиболее уязвимыми из-за отсутствия возможности адекватно коммуницировать.

Цель: Используя данные диагностики сформировать понимание родителями детей с СНР своего места в комплексной нейрореабилитации и коррекции детско-родительских отношений, необходимость кондуктивного сопровождения детей не только во время занятий, но и в свободное время

В детском амбулаторно-поликлиническом отделении за 2017-2019 год получило комплексную нейрореабилитацию 1891 ребенок с диагнозом афазия развития, системное нарушение речи (сенсомоторная алалия). Все дети в возрасте от 5 до 7 лет. Основная масса

(798 человек) не смогли получить адекватную помощь по месту жительства.

Многие родители (376 человек) считали, что по месту жительства получали недостоверную информацию о прогнозе развития речи у своего ребенка. Все дети занимались на курсе в условиях кондуктивного сопровождения. Все дети получали комплексную нейрореабилитацию: занятия с логопедами, психологами, наблюдения врачей. Со всеми родителями проводились собеседования по результатам обследований. Все занятия проводились в условиях кондуктивного сопровождения ребенка значимыми взрослыми. В том числе в условиях филиальной терапии.

Дети, поступившие на курс нейрокоррекции СНР

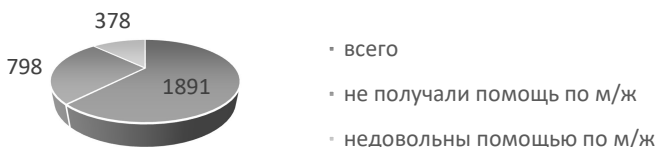


Диаграмма 1.

Методы: нейрореакционная и нейродефектологическая работа в амбулаторном отделении начиналась с:

1. Диагностика ребенка с целью выявления степени выраженности логопедических нарушений (степень выраженности имеющейся патологии) и особенностей формирования психологической структуры ВПФ (различные виды неречевого гнозиса и праксиса и речевой функции) как на этапе поступления на курс нейрореабилитации, в динамике, так и на этапе выписки.
2. Выявление особенностей семейных взаимоотношений в разные временные периоды до/во время занятий ребенка.

3. Выявления форм детско-родительских взаимоотношений.

Используя проведенные исследования, подбирались индивидуальная программа продолжения реабилитации как для ребенка, так и для родителей, включающие в себя следующие методы:

1. Основные занятия по формированию экспрессивной и импрессивной речи. Использовались методики, позволяющие формировать и преодолевать нарушения слоговой структуры слов, осуществлять звуковой анализ, что способствует успешному овладению лексико-грамматической стороной речи, а также успешно овладевать чтением и письмом в дальнейшем.
2. При работе по развитию лексико-грамматической стороны речи использовались методики, которые позволяют создать сюжетно-тематическую направленность на логопедических занятиях и достичь наилучшего результата для активизации и развития речи, а также познавательных процессов детей. А также методики, способствующие преодолению наиболее устойчивых нарушений речевого развития: облегчающие усвоение звуко-слоговой структуры слов, способствующие развитию связной речи и осознанию языковых явлений.
3. При формировании коммуникативной компетенции ребенка особое внимание уделялось освоению всех грамматических явлений исключительно на синтаксической основе. Чем лучше ребенок освоил способы словообразования и словоизменения, тем больше он знает способов построения предложения. Именно в предложениях ребенок имеет возможность закреплять, совершенствовать новые словообразовательные и словоизменительные навыки. Использовались адаптированные методики для правильного употребления предлогов в речи, понимание значения предлогов, умение проводить их

дифференциацию и формировать умение правильно употреблять предложно-падежные конструкции в речи, правильное употреблять предлоги с именами существительными косвенных падежей.

Также использовались методики:

1. для переноса фонетических, лексических, грамматических навыков, навыков устной речи и чтения на формирование навыков письма и письменной речи использовались материалы методик Резниченко Т.С. и Лариной О.Д., Чиркина Г.В., Корнева АН, Ефименковой Л.Н.
2. для формирования гнозиса и праксиса разной модальности компенсаторные упражнения. Использовались разработанные на базе трудов Ахутиной Т.В. Скворцова И.А., Цветковой Л.С., также авторские методики, в которых совмещаются задания на формирование когнитивной и мануальной сферы, в т.ч. с помощью интерактивных компьютерных программ. Также, как и на занятиях с логопедом, занятия учитывали необходимость включения родителей на кондуктивном сопровождающем уровне.
3. в сенсорной комнате проводились отдельные занятия для формирования/восстановления чувственной сферы разной модальности; использовалась авторская методика на базе сенсорной комнаты совмещения игротерапии, символ драмы, элементов Эриксоновского гипноза для снижения тревожности, повышения мотивации преодоления трудностей (занятия проводились в присутствии родителей)
4. отдельные занятия проводились с родителями или значимыми взрослыми, которые отвечали за ребенка. Эти занятия проходили как в виде бесед, так и в виде мини-лекций, с целью создать предпосылки к дальнейшей работе с ребенком в рамках филиальной терапии.
5. Все виды занятий носили групповой характер. На занятиях специалистов детям была обеспечена социальная инклюзия. Что усиливало коммуникативные

потребности каждого ребенка и способствовало формированию речевой активности и компенсаторных механизмов становления ВПФ ГМ.

В результате проведенного курсового лечения: у детей отмечалась значимая положительная динамика – повышалась мотивация, увеличивался период работоспособности, снижалась инактивность, улучшались детско-родительские отношения. Родители не только получали возможность лучше узнать возможности своего ребенка, но и были полноценным участником процесса нейрореабилитации. В результате проведенного курсового лечения: значительное улучшение отмечалось у 460 детей (24,3%); улучшение - у 1419 детей (75%). Без динамики- 12 ребенка (6,63%), были направлены в Институт психического здоровья для дальнейшего курсового лечения. В графиках 2, 3, 4 ярко видны различия в состоянии высших психических функций головного мозга детей условной нормы (5-7л)- диаграмма 2, детей только поступивших на курс-диаграмма 2 и детей, прошедших курсовые занятия по нейрокоррекции диаграмма 3. Наиболее ярко выражены результаты нейрокоррекционной работы в следующих диаграммах сводных таблиц результатов выполнения проб в контрольной группе и в группе в начале занятий и по результатам нейрокоррекции.

Отдельно хочется отметить положительные изменения в отношениях родителей к детям : повысилось принятие своего ребенка (до занятий - 29,7%; после - 50,83%), значительно усилилась готовность родителей к кооперации со своим ребенком (до занятий - 32,34%, после – 87, 24%), уравнились симбиотические тенденции в отношениях с ребенком у родителей (до занятий – 68,33%. после занятий – 47,14%), отмечается значительное снижение авторитарной гиперсоциализации (до занятий - 67,9%, после занятий -28,57%). И, самое главное, родители

перестали видеть в своем ребенке «маленького неудачника», «инвалидизация» своих детей значительно снизилась (до занятий – 73,28%, после занятий – 25%). (Сравнение детско-родительских отношений до начала занятий и после (группы нейрокоррекции СНР)

Выводы: таким образом, для коррекции нарушений высших психических функций при дисфазии развития, системном недоразвитии речи (сенсомоторной алалии) необходимо участие родителей (значимых взрослых) как для достижения улучшения результатов занятий, так и для улучшения детско-родительских отношений.

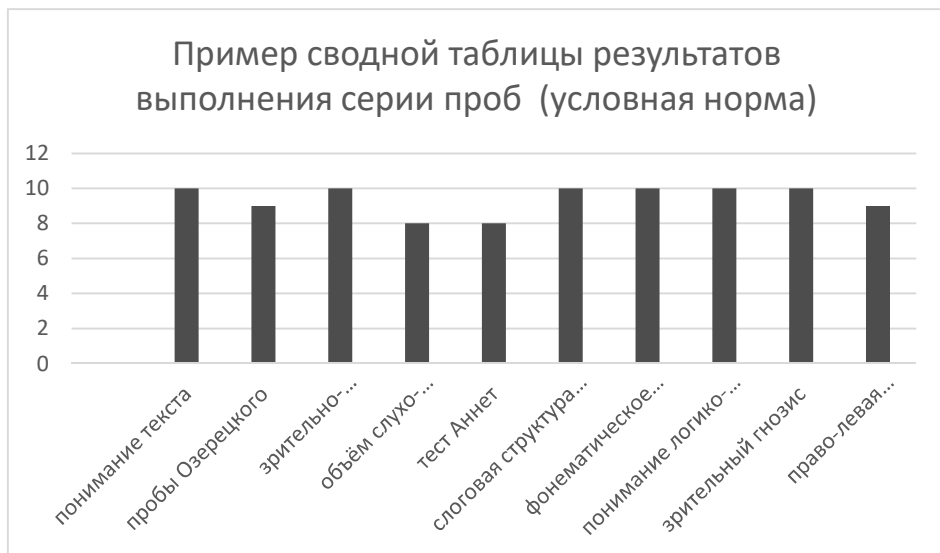


Диаграмма 2.

Пример сводной таблицы результатов выполнения серии проб (детей, поступивших на курс нейрокоррекции СНР)

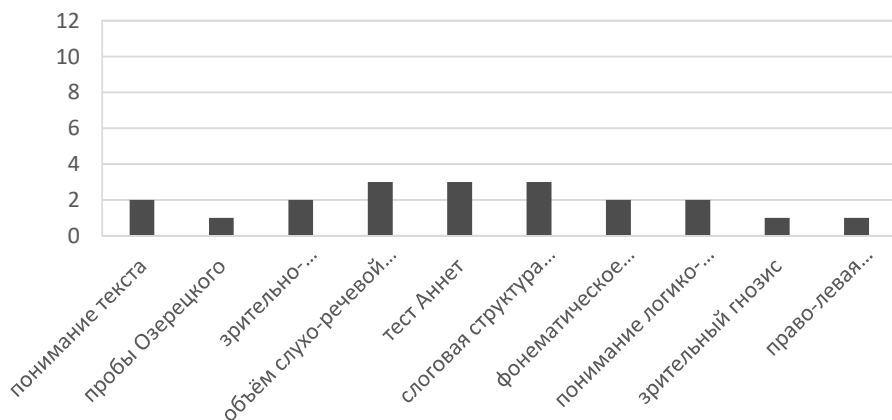


Диаграмма 3.

Пример сводной таблицы результатов выполнения серии проб (по результатам нейрокоррекции)

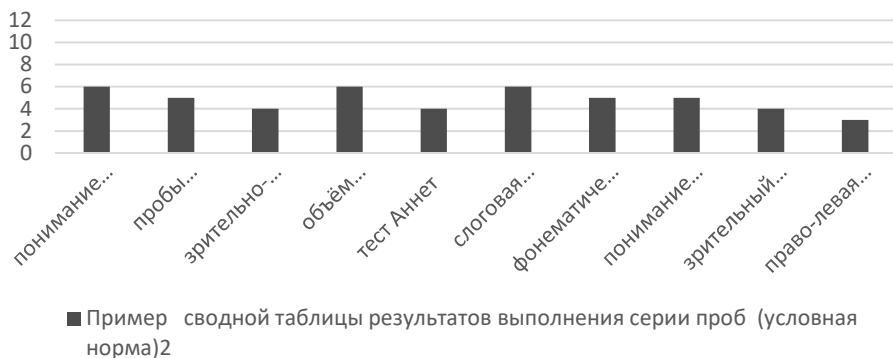


Диаграмма 4.



Диаграмма 5



Диаграмма 6.

Калашикова О.С., Штурмин Ф.С.

Влияние особенностей детско-родительских отношений на психолого-логопедическое сопровождение дошкольников с расстройствами аутистического спектра

Семейный клуб «Ланоток», г. Москва

Аутизм в настоящее время становится все более распространенным явлением. Более того, отмечается тенденция к увеличению частоты проявления расстройств аутистического спектра в детском возрасте. По статистике Всемирной Организации Здравоохранения 1 ребенок из 160 детей в мире страдает расстройством аутистического спектра. Эта оценка является усредненной цифрой, и сообщаемая распространенность значительно варьируется между исследованиями. Судя по эпидемиологическим исследованиям, проведенным за последние 50 лет, распространенность РАС, по-видимому, возрастает во всем мире. Статистика детей с аутизмом в России не ведется.

Очевидно, что первичным для развития и социальной адаптации ребенка с РАС является возможность родителей выстроить эффективное взаимодействие с таким ребенком в семье. ВОЗ, в консультации с экспертами, ассоциациями родителей и организациями гражданского общества, разработала программу обучения родителей, которая в настоящее время тестируется на местах [Программа обучения для родителей и других лиц, осуществляющих уход за детьми с нарушениями развития - https://www.who.int/mental_health/maternal-child/PST/en/].

Проблема для родителей семьи ребенка с РАС можно описать основными характеристиками:

- повышенная тревожность родителей, вынужденных адаптироваться к новому укладу жизни семьи;

- активация психосоматических и иных заболеваний, триггерами которых являются эмоциональные реакции и стрессы;

- изменение образа жизни семьи, в том числе связанное с ограничением круга общения и вынужденной замкнутостью.

Специалисты по мере обращения к ним родителей дошкольника с РАС имеют перед собой непростую задачу по изменению жизни всей семьи, исходя из особенностей развития ребенка [Организация работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра. Манелис Н.Г., Волгина Н.Н., Никитина Ю.В., Панцырь С.Н., Феррой Л.М. Организация работы с родителями детей с расстройствами аутистического спектра. Методическое пособие/Под общ. ред. А.В. Хаустова. М.: ФРЦ ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. 94 с.].

При этом работа с семьей ребенка ведется по следующим направлениям.

1. Расширение знаний родителей по вопросам медико-социальных проблем детей с отклонениями в развитии, психолого-педагогической помощи и социальной адаптации детей коммуникативными расстройствами и членов их семей.
2. Формирование практических навыков взаимодействия родителей с детьми с расстройствами аутистического спектра.
3. Психологическая поддержка в рамках принятия и осознания новых правил жизни.

Модель семейного воспитания часто зависит от психологических особенностей самих родителей, их ценностного отношения к ребенку и культурного уровня [Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб.: Эко-Вектор, 2014]. Многолетние наблюдения за развитием детско-родительских отношений пациентов, обратившимся за

психологической и логопедической помощью, позволили наблюдать различные виды психологического реагирования родителей на отклонения в развитии ребенка.

В условиях работы в логопедическом центре происходит взаимодействие родителей, которые получают дополнительные возможности обмена информацией по проблеме РАС. Зачастую происходит стихийная психологическая помощь родителей, в том числе в формате обмена знаниями и практическим опытом. В этот момент помощь и корректное направляющее воздействие психолога неоценимы, особенно при проведении консультирования и психотерапевтического воздействия на внутрисемейные отношения и социальные взаимосвязи семьи с ребенком с РАС.

При первичной беседе с родителем (чаще всего, матерью) помимо сбора анамнеза логопед узнает, насколько адекватно семья оценивает состояние ребенка, а также готовы ли члены семьи к полноценному сотрудничеству со специалистами и активному включению в коррекционную работу.

В первую очередь родителям необходима квалифицированная помощь специалистов, направленная на усвоение необходимого минимума знаний и навыков в работе по преодолению имеющихся у ребенка особенностей.

На начальных этапах в работе логопеда с родителями детей с РАС можно условно выделить следующие составляющие:

В первую очередь, логопед должен создать доверительные отношения с родителями ребенка, подготовить их к совместному сотрудничеству, объяснить необходимость работы над речью.

При обследовании малыша логопед дает разъяснения по поводу состояния развития ребенка, а также характера, степени и возможных причин обнаруженных трудностей. Кроме того, после обследования необходимо составить приблизительный прогноз развития ребенка с обязательным объяснением огромной роли, которую играет участие членов семьи в коррекционной работе, а также обсудить проблемы родителей, связанные с их отношением к трудностям ребенка.

Далее совместно с родителями логопед планирует график последующих индивидуальных занятий и приступает к непосредственно коррекционно-логопедической работе.

На протяжении посещения ребенком логопедических занятий логопед постоянно держит родителей в курсе успехов и затруднений ребенка, характеризует динамику его речевого развития и обязательно дает задания и рекомендации для самостоятельной работы.

Ранняя диагностика РАС, профилактика деструктивного развития внутрисемейных отношений, грамотная комплексная коррекционная работа являются залогом эффективного комплексного воздействия на семью в целом и на положительную динамику развития ребенка с РАС в частности

Эффективность коррекционно-логопедической работы напрямую зависит от успешности взаимодействия родителей и специалистов. В том случае если родители готовы к сотрудничеству и доверяют его рекомендациям, охотно поддерживают обратную связь с логопедом, то даже при серьезной задержке психоречевого развития ребенка возможности получения положительных результатов возрастают кратно.

Квартальнова А.В., Олешкевич О.Н., Попова Е.С.

Механизмы коммуникативных нарушений у детей с расстройствами аутистического спектра

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва.

Как известно, одной из самых важных человеческих потребностей является потребность в общении. Способность к продуктивной коммуникации является одним из основных условий для полноценного развития личности ребенка, его успешного включения в социальные взаимоотношения.

В то время как при многих других нарушениях психического развития нарушения коммуникативной сферы носят вторичный характер, в случае с РАС отклонения в развитии коммуникации - один из основных признаков патологии.

Под коммуникативными навыками принято понимать индивидуальные психологические особенности личности, которые обеспечивают эффективное взаимодействие между людьми в процессе общения.

Проблемы с коммуникацией присущи всем детям с РАС независимо от состояния интеллекта и развития речи: им трудно войти в контакт с другими людьми, они не понимают, когда и как необходимо использовать коммуникацию, не понимают, что язык используется как средство общения, не получают удовольствие от использования речи при общении.

Они не в состоянии попросить о чем-либо для удовлетворения своих нужд, испытывают большие трудности в передаче своих чувств, мыслей, и в понимании чужих эмоций.

Понимание всех этих проявлений даст возможность не только объяснить некоторые особенности ребенка (такие, как, например, страхи, фобии, фантазирование, аутостимуляции), но и предсказать возможные негативные реакции на те или иные стимулы окружающей среды, способствует активизации адекватных реакций для развития соответствующих умений и навыков.

Один из наиболее сложных аспектов проблемы нарушений коммуникативных навыков связан с выяснением механизмов, обеспечивающих специфику этого расстройства.

Существует ряд предположений о возникновении механизмов этих нарушений с точки зрения нейроанатомических исследований.

Следует отметить, что научных фактов, подтверждающих механизмы нарушений коммуникативных навыков у детей с РАС, доказанных нейробиологическими и нейроанатомическими исследованиями как зарубежных, так и отечественных ученых на данный момент нет. Однако, существует ряд интересных гипотез:

1. Одно из предположений основывается на исследованиях нейронных связей, согласно которому мозг ребенка, страдающего РАС довольно сильно отличается от «нейротипичного» во многих аспектах.
2. Еще одним предположением о механизмах этих нарушений является теория зеркальных нейронов Джакомо Ризцоллатти.
3. Международная группа ученых из Стэнфордского университета показала, что нарушение в функционировании работы миндалевидно-веретенообразной системы может рассматриваться как еще одно предположение о механизмах нарушения коммуникации.

4. Еще одно из предположений возможных механизмов нарушений коммуникации у детей с РАС связано с инактивацией правого полушария головного мозга (описано В.Е Каганом)

Подводя итог вышесказанному, стоит отметить, что на сегодняшний день группа детей с расстройствами аутистического спектра крайне полиморфна по своему составу. Этот диагноз объединяется установленным симптомокомплексом и может быть выставлен при самых разнообразных по механизмам нарушениях развития. По нашему мнению, дискуссионность вопроса о механизмах коммуникативных нарушений может быть обусловлена разницей в патогенетической структуре одинаковых по проявлению нарушений, включаемых в группу расстройств аутистического спектра.

Косова Е. В.

Логопедическая помощь в развитии вербальной коммуникации у детей с РАС раннего возраста

Воронежский центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции, г. Воронеж

Вопросы организации и содержания адаптированной логопедической помощи, оказываемой детям с РАС раннего возраста, являются актуальными не только для специалистов, работающих в данной сфере, но и родственников рассматриваемой целевой группы, так как родители, в первую очередь, реагируют на дефицитарность вербальной коммуникации ребенка.

Анализ работ отечественных и зарубежных авторов, исследующих проблемы диагностики, развития и коррекции детей с РАС, показывает невозможность рассмотрения специфических расстройств или недоразвития речевой сферы вне общей симптоматики искаженного развития при данной нозологии.

Следует отметить, что в раннем возрасте достаточно трудно провести дифференциально-диагностическое разделение вариантов и форм аутистических расстройств в соответствии с психолого - педагогической типологизацией вследствие сходства поведенческих, ментальных, эмоционально-волевых проявлений. С.А. Морозов, Т.И. Морозова отмечают, что на практике специалисты, как правило, имеют дело с группой детей с повышенным риском формирования РАС до уточнения диагноза [3, с.79]. Этим объясняется необходимость пролонгации первичного логопедического мониторинга невербальных и вербальных функциональных единиц (манд, такт, эхо, интервербальных навыков и др.),

присутствующих в репертуаре ребенка, для определения коммуникативного и речевого статуса.

Логистика адаптированной помощи связана с выявлением основного компонента вмешательства.

1. Если у ребенка отмечается отсутствие спонтанной инициации коммуникации, то основной целью будет создание условий для появления мотивации к взаимодействию, формирование разделенного внимания, манд-реакций (просьб).
2. При работе с невербальными детьми, вступающими во временный контакт, важным является формирование навыков моторной и вокальной имитации, эхо - реакций при увеличении времени коммуникативного акта.
3. В случае раннего появления «псевдоречи», не соответствующей ситуации, основное внимание отводится выработке такт - реакций, уточнению парадигмы слова, включению его в синтагматические связи.
4. Если у ребенка появилась простая фраза, то необходимо включать его в социальный диалог, учить понимать смену коммуникативных ролей «говорящего» и «слушающего», комментировать по теме разговора, задавать вопросы, выслушивать ответы, давать обратную связь, совершать интервербальные действия.

На данный момент в практике учитель-логопед может применять как общие (организационные) помогающие стратегии (прикладного анализа поведения и социально-прагматические) [1]: вербально - поведенческий подход, Демверскую модель, Терапию основных реакций (PRT), DIR-Floortime, недирективную игровую терапию, эмоционально-смысловой подход (О.С. Никольская, В.В. Лебединский), методики раннего развития М. Монтессори, Ф. Фребеля, Р. Штейнера), а также специфические (логопе-

дические): М.А.Р. (Motive, Adaptive, Play) метод активации и развития речи у детей с нарушениями речи и развития (М.И. Лынская), игровую логопедию (Т.В. Грузинова), игровые стратегии работы с безречевыми детьми (О.В. Жукова), игровую методику раннего развития (О.Н. Теплякова), методику формирования языковой системы Т. Н. Новиковой-Иванцовой (МФЯС), коммуникационную систему обмена изображениями (Стивен фон Течнер, Л. Фрост, Э. Бонди), глобальное чтение.

Детям с РАС присуща специфическая увлеченность сенсорными стимулами, поступающими из предметного окружения. Эту особенность можно использовать для организации элементарного взаимодействия (совместно-разделенного ощущения и восприятия) при условии создания адаптивной многофункциональной логосреды, помогающей в корректном проведении диагностической и коррекционно-развивающей работы. Так для работы по вызыванию моторно-вокальной имитации нами был оформлен «игровой домик», составленный из игрушек и предметов, соответствующих картинкам, представленным в книге О.В. Жуковой [2] и применяемых в качестве дидактического материала и положительного подкрепления.

Основной проблемой, наблюдаемой в логопедической практике, является трудность формирования имитации. Л. Ф. Обухова, И. В. Шаповаленко, изучавшие вопросы подражания в детском возрасте [4], описали условия возникновения имитации, которые могут помочь в определении структуры занятия на данном этапе.

1. Неоднократная демонстрация образца с речевым сопровождением действия.
2. Своеобразная «речевая метка» образца.

3. Использование того самого единичного предмета, который был использован взрослым при показе.
4. Эмоционально насыщенное одобрение взрослым за попытку воспроизведения образца.

Таким образом, можно выделить следующие компоненты занятия.

- Подготовка к игре (выбор мотивационных стимулов, прогнозирование возможных вокальных подражаний из выявленного ранее репертуара).
- Процесс игры.
- Реципрокная (возвратная) имитация.
- Имитация знакомого действия с предметом.
- Расширение игрового репертуара (имитация нового действия со знакомым предметом, перенос действия на другую игрушку).
- Завершение игры.

При формировании вокальной имитации прослеживаются следующие этапы логопедической работы.

- Подкрепление спонтанных вокализаций (повтор и поощрение).
- Сочетание (ассоциация) стимулов.
- Сочетание звука и движения.
- Закрепление целевых вокализаций в качестве манд-реакций.
- Дифференцированное подкрепление манд - и эхо-реакций.

В практике мы придерживаемся определенной последовательности в предоставлении дидактического материала для вызывания подражания: моторные, звуковые, сенсорные социальные имитации. В дальнейшем возможно проведение комплексных игр. Раннее начало данной работы способствует повышению ее эффективности на следующих этапах логопедической коррекции.

Литература

1. Бородина Л.Г., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития: Варианты аутистических расстройств.- М.: Генезис, 2020.- 368.
2. Жукова О.С. Малыш учится говорить. - СПб: Астрель, 2015.-96 с.
3. Морозов С.А., Морозова Т.И. Воспитание и обучение детей с аутизмом (дошкольный возраст): учебно-методическое пособие. - Самара: ООО «КНИЖНОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО», 2017.- 324 с.
4. Обухова Л. Ф., Шаповаленко И. В. Формы и функции подражания в детском возрасте. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1994. — 112 с.

Криволапова Н.В.

Специфика нарушений речевой деятельности при детской афазии: признаки и таксономия

*Государственный институт русского языка им. А. С. Пушкина,
Москва*

В современной науке под афазией понимают нарушение уже сформировавшейся речи, проявляющееся в утрате способности понимать чужую речь или выражать свои мысли, обусловленное поражением определённых областей коры головного мозга. В связи с этим в научных исследованиях афазия трактуется как строго физиологическое и нейропсихологическое явление, тогда как проблема языковой сущности этого нарушения почти не затрагивается. Однако этот аспект важен, особенно если говорить о нарушении речи у детей, так как у них чаще диагностируют алалию, то есть отсутствие или недоразвитие активной речи или её восприятия [Чупров Л.Ф. Терминологический словарь по логопедии и нейропсихологии. М.: Из-во, 2012. - 184 с.], в то время как афазия у детей практически не диагностируется, хотя речь уже может быть сформирована, то есть у ребёнка уже есть основы системы языка и умение говорить, читать и писать.

Речевая деятельность у детей с афазией не описана так подробно, как у взрослых, но установлено, что у детей не может быть того многообразия форм нарушения, которое встречается у людей с полностью сформированной речью. Это связано с тем, что речь не достигла того уровня развития, который наблюдается у взрослых, и высшие психические функции также не достигли своей зрелости. Несформировавшаяся до конца система языка и мироощущения является главной составляющей нарушения, накладывающей отпечаток на его природу и

устранение. Исходя из этого выделяют основные формы афазии [Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. - М.: Изд-во МГУ, 1962. - 431 с.], которые чаще всего встречаются у детей: сенсорная, акустико-мнестическая, афферентная моторная и эфферентная моторная. Чтобы уточнить лингво-методическую работу с детьми-афатиками, была рассмотрена корреляция этих афатических речевых нарушений с видами речевой деятельности и ярусами/уровнями языковой системы.

Проанализировав нарушения при разных видах афазии можно понять, что она отражается на фонетическом, лексическом, морфологическом и синтаксическом уровнях языка, что влияет на все виды речевой деятельности. Сильнее всего при афазии страдает говорение, так как явные нарушения наблюдаются на всех уровнях языковой системы, кроме морфологического (при акустико-мнестической и афферентной моторной афазиях) и лексического (только при афферентной моторной афазии). Например, на лексическом уровне возможно повторение лишь хорошо знакомых слов (при грубой степени сенсорной афазии), на морфологическом – страдает система управления и вспомогательные слова, глаголы заменяются именами существительными (при эфферентной моторной афазии), а на синтаксическом - страдает связное, развёрнутое, синтагматически организованное высказывание (при эфферентной моторной афазии).

Если рассмотреть аудирование, то можно обнаружить, что оно нарушено при всех видах афазии, кроме эфферентной моторной, что отражается на всех уровнях языковой системы; сохраняется относительно свободное понимание речи, но с определёнными трудностями восприятия развёрнутых текстов, есть трудности в понимании сложных по смысловой структуре вопросов

(при лёгкой степени сенсорной афазии), или происходит снижение слухоречевой памяти, повышенное торможение слуховых следов, сужение объёма акустического восприятия (при акустико-мнестической афазии).

Такой вид речевой деятельности как письмо страдает в различных степенях при всех видах афазии; оно или полностью распадается, или становится невозможным при сложных заданиях, что также сказывается на всех ярусах языковой системы. Например, из-за персевераций становится невозможным конструирование предложений (при эфферентной моторной афазии), или делаются ошибки при записи под диктовку, когда слова оказываются незнакомыми или сложными по своему звуковому составу (при акустико-мнестической афазии).

При обращении к чтению также можно заметить, что оно нарушается хоть и в разной степени, но всегда и при всех видах афазии, что выражается в состоянии распада процесса чтения (при грубой степени сенсорной афазии), понимании только коротких речевых конструкций (при акустико-мнестической афазии) или нарушении чтения, возникающем из-за проблем механизма начинания фразы (при эфферентной моторной афазии) [Зайцев И.С. Афазия. Учебно-методическое пособие. - Минск: БГПУ им. Максима Танка, 2006.].

При афазии страдает речь ребёнка, под угрозой оказывается коммуникативная функция, что мешает пониманию себя и окружающих, а это может повлечь за собой стеснение общения, отказ от разговоров с окружающими, социальную дезадаптацию, глубокую депрессию и даже суицидальные мысли, поскольку у детей отсутствует сильная мотивировка, присутствующая у взрослых, которые до нарушения речи были включены в многообразные общественные отношения и прекрасно понимают её значимость для всех сфер жизни.

Взаимодействие с семьей как ресурс специалиста

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

Контакт с семьей маленького пациента или воспитанника является неотъемлемой частью профессиональной деятельности психиатров, психологов, логопедов, дефектологов и это взаимодействие имеет сложности с обеих сторон.

При взаимодействии с семьей ребенка психиатры, психологи, дефектологи, логопеды (согласно анонимному опросу специалистов) отмечают следующие трудности:

- некритичное отношение родителей к состоянию ребенка;

- неприятие диагноза и состояния ребенка родителями;

- потребительское отношение родителей «хотим сразу и немедленно»;

- двойные послылы «хотим помощи» - неприятие помощи по факту;

- заострение внимания на внешних проявлениях расстройства («плохо произносит звуки, слабо развита или отсутствует речь»), при игнорировании более глубоких расстройств развития (коммуникации, мышления).

- игнорирование семьей информации о важности фармакотерапии и специальных условий обучения

Родители в свою очередь так же испытывают трудности взаимодействия со специалистами. В результате изучения мною родительских тематических форумов для родителей детей с нарушениями развития и аутизмом, обращает на себя внимание широкий спектр родительских переживаний и ожиданий, не предъявляемых напрямую

специалистам при обращении за помощью. Данная гипотеза подтверждается исследованием: [6] с.14-19 Корень Е. В., Куприянова Т.А., Дробнская А.О., Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии.

«Во многих случаях на первый план выступает фактор стигмы, члены семьи не хотят быть связанными с государственными психиатрическими учреждениями и обсуждать с ними свои проблемы»

«При хроническом течении заболевания ребенка часто складываются защитно-агрессивные или избегающие формы поведения родителей, которые вследствие сенсбилизации к реакциям окружающих становятся по механизму «порочного круга» источником постоянного фона дополнительных травмирующих переживаний»

Затруднения при взаимодействии семьи и специалистов существуют, они немаловажны, но если формам, видам и структуре взаимодействия непосредственно с ребенком, пациентом или клиентом уделено много времени при подготовке помогающих специалистов, то контакт с семьей часто остается вне фокуса внимания. При этом Семья это первая и определяющая структура в развитии ребенка. Семья имеет свои правила, фазы и циклы развития, оказывающие огромное влияние на ребенка, его развитие и поведение. Учет и понимание этих механизмов может существенно облегчать работу специалистов, делать ее более эффективной.

«Рождение ребенка, смерть старого человека – все это существенно меняет структуру семьи и качество взаимодействия членов семьи друг с другом. Влияние этих законов вместе с конкретными условиями жизни семьи

обеспечивает психодинамику семейной жизни и картину симптоматического поведения идентифицированного пациента (больного, пациента)». А.Я. Варга [4, с. 9,10]

Семья с ребенком с расстройствами развития имеет свои отличительные характеристики. Особенности взаимодействия в семьях с детьми с расстройствами в психической сфере, а так же влияние семейного взаимодействия на то, как ребенок являет собой проблемное поведение, раскрыты в исследовании группы М. Сельвини Палацолли, изложенном в книге «Парадокс и контрпарадокс». Например, так группа ученых описывает ключевую особенность семей, имеющих шизофреническое взаимодействие: «...в жестко контролируемых системах, таких, как семьи, один из членов которых болен шизофренией, любая перемена воспринимается как угроза» [4], с. 63. Другими словами эти семьи, крайне ригидны, что затрудняет принятие новой информации, правил и иных интервенций, чреватых изменениями, даже облегчающими или улучшающими общую ситуацию.

«...люди, составляющие семью, поступают так или иначе под влиянием правил функционирования данной семейной системы, а не под влиянием своих потребностей и мотивов». А. Я. Варга [4, с. 8]

Знание особенностей семьи может значительно облегчить взаимодействие с семьей специалистов.

Что дает взаимодействие с семьей?

Прояснение ожиданий членов семьи от специалиста.

Ожидания могут быть явные и скрытые:

Явные (например, коррекция, развитие речи) обусловлены в том числе социальными ожиданиями от семьи, ближайшим окружением, собственными осознанными потребностями (понимать и общаться со своим ребенком, обучение в д\с, школе).

Скрытые обусловлены неосознанными нуждами семьи. Это может быть, например, потребность в признании и принятии семьи с ее особенностями.

Проясняя ожидания семьи от специалиста, мы получаем карту планирования работы с ребенком.

Очерчивание границ нашей помощи.

Приведу цитату Вирджинии Сатир из ее книги «Вы и Ваша семья»: «Большинство взрослых в семье считают себя настоящими авторитетами в воспитании детей: как приучить их к дисциплине, дать половое воспитание, научить распоряжаться деньгами и т.д. Затем дети попадают в школу, где их обучением начинают заниматься другие люди, которые тоже уверены, что они лучше всех знают, как и чему их учить. То, чему обучают детей в школе и дома, может сильно отличаться. И возникает следующий вопрос: как информация из двух совершенно разных источников укладывается в голове ребенка и как смотрят на это школа и семья?» [2, с.269]

Проясняя ожидания семьи от нас, мы можем осознавать свои профессиональные и личностные возможности и ограничения и предъявлять их семье:

– что я как специалист могу предложить в качестве помощи ребенку и семье (этим очерчивать границы наших возможностей);

– определять свои зоны возможного роста - каких востребованных компетенций не хватает, какие нужды и потребности семьи могут быть удовлетворены специалистом при взаимодействии со смежными специалистами;

– понимать свою ценность и востребованность как специалиста.

Понимание потребностей семьи и ребенка позволяет повышать эффективность нашей работы в границах наших компетенций.

Выявление собственного ресурса семьи и опора на него в работе при оказании помощи ребенку.

Какие ресурсы могут быть обнаружены и задействованы:

- Желание и заинтересованность в развитии ребенка и собственных способов взаимодействия внутри семьи.

- Материальные и ментальные ресурсы (возможность и желание посещать смежных специалистов, собственные навыки и умения родителей, наличие помогающих членов семьи)

- Понимание того, на каком жизненном этапе находится семья, решение каких задач наиболее важно именно сейчас.

Данное положение, как не самое очевидное, проиллюстрирую выдержкой из статьи А. Я. Варга [4, с. 9, 10] «...жизнь семейной системы, как, впрочем, и любой системы, подчиняется 2 законам: закону гомеостаза (или закону постоянства) и закону развития. Закон гомеостаза гласит: всякая система стремится к постоянству, стабильности. Для семьи это означает, что она в каждый момент своего существования стремится сохранить статус кво. Нарушение этого статуса всегда болезненно для всех членов семьи несмотря на то, что эти события могут быть и радостными, и долгожданными, например, рождение ребенка. Закон постоянства обладает огромной силой. Основной парадокс дисфункциональной семейной системы: мы все не хотим жить так, как мы живем, но мы не можем ничего изменить в нашей жизни...»

Какие стратегии взаимодействия воспитания приняты в семье и как на них возможно опираться в работе?

Итог. Что мы, как специалисты, получаем от взаимодействия с семьей:

- понимание ожиданий семьи;

- рефлексия собственных возможностей;
- выработка совместных стратегий помощи с учетом потребностей семьи и возможностей коллег.

Таким образом, специалист получает ясность, в результате которой может быть более гибким в выборе стратегий; проявлять творчество, использовать синергию взаимодействия.

Литература

1. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: медицинские и педагогические аспекты. Электронный ресурс pedlib.ru
2. Вирджиния Сатир, Вы и ваша семья М., Институт общегуманитарных исследований, 2008
3. М. Сельвини Палацолли, Л. Босколо, Д. Чеккин, Д. Прата Парадокс и контрпарадокс Новая модель терапии семьи, вовлеченной в шизофреническое взаимодействие М., Когито-Центр, 2010
4. А. Я. Варга статья в предисловии к русскому изданию книги «Парадокс и контрпарадокс» М.» Когито-центр», 2010.,
5. Теория семейных систем Мюррея Боуэна Основные понятия, методы, клиническая практика М., Когито-центр, 2008
6. Корень Е. В., Куприянова Т.А., Дробнская А.О., Хайретдинов О.З. Влияние психического расстройства у ребенка на родителей в контексте дифференцированных подходов к психосоциальным вмешательствам в детской психиатрии. Журнал неврологии и психиатрии им Корсакова С.С. 2014, 114 (10): 14-19 с. (эл. ресурс <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova/2014/10/031997-72982014103>)

Рогова Д.В.

Индивидуальная коррекционно-логопедическая программа по сопровождению ребёнка-инвалида АООП НОО с РАС (вариант 8.3)

МБОУ «Косихинская СОШ им. А.М. Топорова»

Расстройства аутистического спектра являются распространённой проблемой детского возраста и характеризуются нарушением развития коммуникации и социальных навыков. Происхождение РАС накладывает отпечаток на характер и динамику нарушений психического развития ребёнка. Кроме того, у многих детей диагностируется лёгкая и умеренная умственная отсталость. Индивидуальная коррекционно-логопедическая программа поможет вовлечь обучающихся во все более развернутое взаимодействие со взрослыми, в контакты со сверстниками и выработку навыков коммуникации и социально-бытовых умений.

Индивидуальная коррекционно-логопедическая программа разработана в соответствии с ФГОС НОО для обучающихся с расстройствами аутистического спектра. В программе прослеживается учёт психофизического развития ребёнка и его индивидуальные возможности, обеспечивающих коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию.

Разработанный курс рассчитан на 33 недели, 1 логопедическое занятие в неделю. Определение варианта АООП для обучающихся с РАС осуществляется на основе рекомендаций ПМПК, сформированных по результатам комплексного обследования ребенка.

Программа ориентирует на социальную адаптацию и нравственное развитие; достижение планируемых

результатов, формирование базовых учебных действий; обеспечивает комплексный подход к оценке результатов.

В основу программы заложены дифференцированный и деятельностный подход. Дифференцированный подход даёт возможность обучающимся с РАС реализовать индивидуальный потенциал развития. Деятельностный подход опирается на научные достижения, раскрывающие основные закономерности развития личности обучающихся с РАС.

В основу программы положены следующие принципы: коррекционная направленность, развивающая направленность с учетом образовательных потребностей, расширение его «зоны ближайшего развития», принцип сотрудничества семьёй.

Установление контакта и вовлечение обучающегося в практическое взаимодействие с логопедом составляет базовую задачу психолого-педагогической помощи при аутизме.

Селезнева П. Н.

Кинестетические ощущения в реализации коммуникативной функции речи

Московский Педагогический Государственный Университет, г. Москва

Аннотация: В статье рассматривается влияние кинестетических импульсов на качество звукопроизношения, являющегося важным элементом коммуникации, а также освещаются некоторые методы воздействия на артикуляторную кинестетику.

Ключевые слова: звукопроизношение, кинестетические ощущения, артикуляция, логопедия, мелкая моторика, коммуникация

Важным компонентом коммуникативной деятельности является звукопроизношение. В лингвистике данный процесс представлен в качестве языковой системы знаков и единиц разных уровней. Нарушенное звукопроизношение препятствует реализации коммуникативной функции речи, искажая смысл высказывания и затрудняя его восприятие [6; 7].

Минимальная смысловозначительная единица звукового строя языка – фонема – в устной речи реализуется с помощью различных вариантов артикуляционного уклада, соответствующего данной фонеме (аллофонов). В результате воспроизведения аллофона появляется возможность услышать речевой звук – фон, посредством характерных акустических признаков передающий смысловое содержание речевого высказывания. Правильность звучания фона, а значит, и качество передачи информации, и степень ее восприятия, и реализация коммуникативной функции речи в целом определяется плавностью, точностью и

координированностью движений органов артикуляционного аппарата [3; 5].

Речедвигательный акт – это кинетическая цепь, двигательный стереотип, состоящий из отдельных последовательных импульсов. При произнесении речевого звука эта кинетическая цепь состоит из экскурсии – перехода артикуляционных органов от состояния покоя или предыдущего артикуляционного уклада к текущему, выдержки – относительно стабильного артикуляционного уклада, максимально соответствующего фонеме, рекурсии – перехода к состоянию покоя или же к последующему укладу. Правильность воспроизведения этой формулы зависит от своевременности и точности поступления в кору головного мозга информации о позе органов артикуляционного аппарата, скорости их движения, воздействии реактивных (сил отдачи) и внешних сил. Нестабильность всех этих условий обуславливает неоднозначность эфферентных импульсов: одно движение каждый раз может составлять разная цепь сигналов. Такая пластичность обеспечивается коррекционным воздействием кинестетики, являющейся базальным компонентом второй сигнальной системы (сигналами сигналов) [3; 7].

Таким образом, правильное звукопроизношение невозможно без качественного функционирования кинестетических механизмов. Поэтому в работу над формированием звукопроизношения целесообразно включать методы, помогающие усилить кинестетические ощущения [1; 2].

К таким методам можно отнести сосредоточение на каждом элементе артикуляторного движения, утрированное переключение между артикуляционными позами. Это объясняется тем, что двигательный навык

сначала воспроизводится сознательно. Непроизвольным он становится лишь в процессе автоматизации [1; 2; 3; 4].

Также усилить артикуляторные кинестетические ощущения можно с помощью упражнений для тренировки мелкой моторики, так как двигательные проекции артикуляционного аппарата и пальцев рук в коре головного мозга находятся рядом и воздействуют друг на друга [1; 2; 8].

Кроме того, кинестетические ощущения могут быть усилены подпороговыми раздражениями другого анализатора – изменением индукционных отношений между двумя очагами возбуждения. Положительная индукция приведет к возникновению доминантного очага, что увеличит эффективность основного действия. В данном случае возможно использование сопряженных раздражений тактильного анализатора, который морфологически и функционально тесно связан с анализатором двигательным [2; 9].

Применение указанных методов позволит улучшить состояние артикуляционной моторики, а значит, повысить качество звукопроизношения и тем самым повлиять на процесс реализации коммуникативной функции речи.

Литература

1. Ананьев, Б. Г. Психология чувственного познания / Б. Г. Ананьев ; Рос. акад. наук. Ин-т психологии. – М. : Наука, 2001. – 277 с.
2. Архипова, Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии / Е. Ф. Архипова ; – М. : АСТ, 2008. – 254 с.
3. Бернштейн, Н. А. О построении движений / Н. А. Бернштейн. – М. : Книга по требованию, 2012. – 253 с.
4. Бехтерев, В. М. Введение в патологическую рефлексологию / В. М. Бехтерев. – М. : Юрайт, 2019. – 345 с.

5. Винарская, Е. Н. Возрастная фонетика / Е. Н. Винарская, Г. М. Богомазов. – М. : АСТ, 2005. – 208 с.
6. Глухов, В. П. Психолингвистика: учебник и практикум для академического бакалавриата / В. П. Глухов. – М.: Юрайт, 2017. – 361 с.
7. Кодзасов, С. В. Общая фонетика / С. В. Кодзасов, О. Ф. Кривнова. – М. : Издательство Российского государственного гуманитарного университета, 2001. – 592 с.
8. Лопатина, Л. В. Преодоление речевых нарушений у дошкольников (коррекция стертой дизартрии) : учебное пособие / Л. В. Лопатина, Н. В. Серебрякова. – СПб. : Союз, 2001. – 192 с.
9. Смирнов, В. М. Физиология сенсорных систем и высшая нервная деятельность : учеб. пособие / В. М. Смирнов, С. М. Будылина. – 2-е изд., стер. – М. : Academia, 2004. – 303 с.

Узлов Н.Д.

Личностно-реконструктивный подход в психотерапии заикания (из опыта работы)

АНО «Национальный исследовательский институт дополнительного профессионального образования», г. Москва

В понимании сущности заикания и способов устранения возникает множество спорных вопросов [1; 4]. Так, в МКБ-10 заикание классифицируется под рубрикой F98.5 и относится к категории психических и поведенческих расстройств [5]. Другие авторы рассматривают заикание как неврологическое заболевание, связанное с резидуальным поражением головного мозга [8].

В логопсихотерапевтическом подходе [2; 3; 6; 7 и др.] заикание рассматривается как сложное психофизиологическое напряженное состояние, которое проявляется в речевых сбоях (нарушение плавности, ритмичности и логики речи) в ситуациях значимого общения и представляет собой особую форму невротического нарушения общения, в основе которого лежит функциональное расстройство речедвигательного механизма. [2]. Среди множества причин терапевтических неудач (слабость адаптационных механизмов, недостаточность личностных и мотивационных ресурсов, использование неконструктивных копинг-стратегий и др.). Ю.Б.Некрасова выделяла главную, заключающуюся в том, что заикающийся поставлен в невыносимые условия, в которых он вынужден переживать постоянный повседневный дистресс [6]. В данной модели на первый план выдвигается не борьба с конкретным симптомом заикания, а совместная личностно-реконструктивная деятельность пациента и терапевта: избавление от

невротических комплексов и эмоционально-личностных нарушений, окружающих и поддерживающих заикание, позволяют от него избавиться, либо преуменьшить его деструктивное влияние.

Наблюдение за пациентами, страдающими заиканием, позволяет выявить ряд психофизиологических характеристик, имеющих отношение к позе, положению головы, паттернам движения глаз, мышечному тону, громкости речи. Обобщенный портрет заикающегося можно представить следующим образом: застывшая, напряженная поза, глаза говорящего устремлены вниз (моделируется депрессивное чувство или внутренний диалог), голова опущена или повернута в сторону от партнера, голос тихий, невнятно-бормочущий, содержание речи обречено на неуспех, выражение лица беспомощно-виноватое, либо искажено гримасой судорог.

Формированию ущербного, невротизированного, стигматизированного Эго логоневротика во многом способствует социальное окружение, проявляющее по отношению к заикающимся две негативные тенденции – прерывающую и потворствующую.

Прерывающая (доминирующая) тенденция характеризуется тем, что заикающихся детей и подростков никогда не дослушивают до конца взрослые и (или) подвергают насмешкам и буллингу сверстники. Они выключают заикающегося из коммуникативного процесса, делают его «речевым изгоем». Все это способствует формированию чувства ущербности, неполноценности, логофобии, замкнутости, избеганию речевых контактов.

Потворствующая (основанная на жалости) тенденция проявляется тем, что окружающие всячески стараются помочь страдающему заиканием высказать мысль, фактически проговаривая за него. Они также позволяют ему не выполнять ряд обычных для каждого человека

социальных функций (в школе выступать у доски, отвечать урок вслух, ходить в магазин, договариваться о встрече, обращаться с вопросами и проч.). Потворствование способствует формированию «вторичной выгоды» от болезни, рентных установок, выработке неадаптивных копинг-стратегий по типу «бегство-избегание» и проч., благоприятствует закреплению личностных особенностей пациентов (нерешительность, робость, социальная интровертированность, экстернальность, низкие притязания и самооценка). Все эти качества оппозиционируют терапевтическому воздействию, которое предполагает прямо противоположные изменения в личности.

Личный опыт психотерапевтической работы с заикающимися (190 чел.) охватывает период с 1990 по 2017 гг. Терапевтическая программа состояла из 4 блоков: 1) освоение приемов мышечной релаксации; 2) речевые упражнения; 3) ролевые игры; 4) поведенческий тренинг в проблемной жизненной ситуации. Обязательным условием было выполнение домашних заданий и ведение дневника. Успешность разрешения речевых ситуаций обсуждалась в терапевтической группе. Четырехмесячный курс терапии заканчивался «выпускным экзаменом», предполагающим выполнение индивидуальных заданий со сложной речевой нагрузкой с целью демонстрации навыков речевой смелости.

В течение всего курса психотерапии и по его окончании участники программы должны придерживаться определенных правил.

Правило 1. «Говори громче». Усиление громкости речи автоматически делает ее более ритмичной, четкой и выразительной, согласованной с дыханием, способствует большей экскурсии диафрагмы, синхронизации речи, мышечного тонуса и дыхания. Эту «выразительность» не приходится постоянно контролировать поддерживать

усилием воли, позволяет освободиться от кинестетической зажатости.

Правило 2. «Не смотри вниз». Обращение к визуальному каналу резко улучшает качество речи. При этом пациенты могут произносить относительно длинные фразы или даже вести диалог. Визуалистам также в значительной мере свойственны такие качества как напористость, настойчивость, доминантность и др., чего как раз не хватает лицам, страдающим заиканием.

Правило 3. «Оставляй за собой последнее слово». Пациенты вырабатывают навык завершения речевых ситуаций, что укрепляет чувство уверенности в себе, не позволяют другим сделать их объектами манипуляций. Первоначально в качестве завершения используются простые слова или междометия, однако по мере обретения речевой уверенности они превращаются во фразы-резюме, обобщения и проч., например: «Я понял, что должен подготовить презентацию к завтрашнему дню. Я постараюсь. До свидания».

Правило 4. «Отстаивай свои интересы». Предполагает, что заикающийся делает акцент на содержательной части речи, а не на качественных ее характеристиках. Оно включает развитие навыков диалогового общения, умения договариваться, отстаивать свое мнение. Первоначально навык отрабатывался посредством тренинговых игр и закреплялся реальной обстановке *in situ*: на улице, в общественном транспорте, в торговой точке и проч.

Катамнезы пациентов (24 чел.) показали, что у пятерых заикание исчезло полностью, у остальных присутствовало в легкой форме и напоминало о себе лишь в крайне эмоционально напряженных ситуациях.

Таким образом, наш опыт работы с заикающимися людьми показывает, что личностно-реконструктивная и

поведенчески-ориентированная психотерапия, направленная на устранение факторов, поддерживающих заикание, преодоление вторичных выгод, формирование речевой смелости, адекватной самооценки делает само заикание менее востребованным, создает условия для его угасания.

Литература

1. Зиновьева Е. А., Миссуловин А.Л. Миссуловин Л. Я. К вопросу понимания сущности, мотивов и приемов преодоления заикания у подростков и взрослых в современных условиях //Вестник Ленинградского гос. ун-та им. А.С.Пушкина. – 2016. – № 4-2. – С. 209-216.
2. Карпова Н.Л. Основы личностно-направленной логопсихотерапии: Учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МПСИ: Флинта, 2003. – 200 с.
3. Мерзлякова В.П., Рау Е.Н. Развитие мотивационной сферы заикающихся в процессе логопсихокоррекции. – М: В. Секачев, 2011. – 144 с.
4. Миссуловин Л. Я., Миссуловина Н. С., Зиновьева Е. А. Спорные вопросы понимания сущности заикания, его клинических особенностей и устранения // Специальное образование. 2015. Т.П. вып. XI. С.8-16.
5. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Женева: ВОЗ, М., 1998.
6. Некрасова Ю. Б. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия в коррекции психических состояний заикающихся//Вопросы психологии. – 1984. – № 2. – С.75-83.
7. Некрасова Ю. Б. Динамика психических состояний заикающихся при логопсихотерапии // Вопросы психологии. – 1985. – № 2. – С. 127-133.
8. Фесенко Ю. А., Лохов М. И. Комплексный подход к лечению и коррекции заикания // Специальное образование. Матер. XI Междунар. научной конфер. / под общей ред. В.Н. Скворцова, Л. М. Кобрина. – 2015. – С. 16-21.

Шапошникова О.Ф.

Формирование коммуникативных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра

1. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», г. Москва

2. Московский государственный психолого-педагогический университет, г. Москва

В настоящее время не теряет актуальности обширный круг вопросов, связанных с коррекционной помощью детям, страдающим расстройствами аутистического спектра, что связано, прежде всего, с возрастанием встречаемости данного вида патологии в детской популяции. Распространенность аутистических расстройств составляет от 50 до 116 на 10 000 детского населения, что составляет 1% общей популяции.

Как известно, потребность в общении — одна из самых важных человеческих потребностей. Способность к коммуникации является одним из основных условий для полноценного развития и социализации ребенка.

В структуре коррекционно-педагогической работы, которая проводится с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра в Центре им. Г.Е. Сухаревой, применяются комплексные методы работы, направленные на формирование коммуникативных навыков у данного контингента пациентов.

Одним из важных аспектов в коррекционной работе является продуктивное взаимодействие с семьей пациента, поскольку ребенок проводит в семье большую часть своего времени. Тем более, что успешная адаптация детей с аутистическими расстройствами в детских учреждениях невозможна без правильного формирования внутрисемейной коммуникации. Сотрудничество

специалистов с семьей ребенка с расстройствами аутистического спектра может обеспечить более эффективную коррекционную работу.

В процессе работы мы опытным путем пришли к системе поэтапного формирования коммуникативных навыков.

Процесс формирования коммуникативных навыков включает в себя следующие этапы:

1. Восприятие другого человека, его лица, действий.
2. Эмоциональная эмпатия.
3. Совместно разделенная деятельность.
4. Речевое общение.
5. Освоение передачи опыта.
6. Включенность в социальные ситуации

Важно отметить, что в зависимости от глубины аутизации ребенка коммуникация может быть нарушена с самого первого уровня, а могут быть нарушены только последние звенья.

Выводы. Диагностика уровня нарушений коммуникации необходима для персонифицированного подхода к формированию планов коррекционных воздействий.

Поэтапный подход к формированию коммуникативных навыков является наиболее эффективным и наименее травматичным для ребенка и его семьи средством речевой и социальной абилитации.



II Научно-практическая конференция, посвященная
Международному дню логопеда, «Язык и речь в контексте
психического здоровья» 14 ноября 2019 года г., г. Москва.

Сборник статей под общей редакцией кандидата
медицинских наук М. А. Бебчук, М. — 2020. — 82 с.

Редакторы: к.м.н. А.Я. Басова, к.м.н. А.В. Соколов