

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ДОШКОЛЬНОГО, НАЧАЛЬНОГО И СПЕЦИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра дошкольного и специального (дефектологического) образования

**СИСТЕМА КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ
ГРУППЫ РИСКА**

Выпускная квалификационная работа студентки

**заочной формы обучения
направления подготовки 44.03.03 Специальное (дефектологическое)
образование (профиль «Логопедия»)
4 курса группы 02021158
Пономаревой Ольги Михайловны**

Научный руководитель
к.б.н., доцент
Минаева О.Д.

БЕЛГОРОД 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА	
1.1. Развитие речи в онтогенезе.....	8
1.2. Современные представления о категории «дети группа риска».....	17
1.3. Анализ системы сопровождения раннего речевого развития детей группы риска.....	24
ГЛАВА II. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА	
2.1. Изучение анамнестических данных детей группы риска.....	37
2.2. Система сопровождения раннего речевого развития детей группы риска.....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	64
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	66
ПРИЛОЖЕНИЕ	70

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Оказание ранней помощи детям с отклонениями в развитии в настоящее время является актуальной проблемой коррекционной педагогики. Связанно это с неуклонным ростом числа детей с врожденной патологией (в среднем на 0,8% в год), происходящем на фоне снижения численности здоровых детей. По данным Комитета ВОЗ, у 10% детей можно диагностировать нервно-психические заболевания, 80% которых, по мнению детских невропатологов, связаны с перинатальным поражением центральной нервной системы.

Впервые вопрос оказания ранней помощи детям с отклонениями в развитии был поднят в зарубежной специальной педагогике. Актуальность этой проблемы обусловлена уникальностью младенческого возраста. По мнению, Н.М. Аксариной, Л.И. Божович, Дж. Боулби, Л.А. Венгер, Л.С. Выготского, А.В. Запорожец, В.С. Мухиной ранний возраст признается одним из самых значимых в плане становления ряда психических функций ребенка. Система ранней помощи обеспечивает возможность максимально широкого охвата детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, что способствует предупреждению возникновения вторичных нарушений в развитии, а также наиболее эффективному использованию сенситивных периодов становления высших психических функций для их восстановления и развития. Максимально раннее начало комплексной психолого-медико-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями, является фактором оптимизации образовательных возможностей и социально-экономических перспектив ребенка, шагом к совершенствованию практики защиты прав ребенка и прав инвалидов и качественному улучшению их положения в обществе.

В настоящее время в России складывается система помощи детям раннего возраста. На сегодняшний день Министерство образования РФ разработано и утверждено Типовое положение об образовательном учреждении для детей нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной

помощи, Положение о краевых психолого-медико-педагогических комиссиях, существует опыт работы служб ранней помощи в Москве, Санкт – Петербурге, Великом Новгороде и Самаре.

Выдающиеся педагоги и психологи (Л.С. Выготский, А.В. Запорожец, Д.Б. Эльконин, М. Монтессори и др.) давно показали важность раннего возраста в психическом развитии ребенка.

Сегодня около 80% новорожденных имеют диагностированное перинатальное поражение центральной нервной системы (Т.В. Волосовец), что является одним из основополагающих факторов возникновения сложнейших нарушений речи. Поэтому ранняя коррекция недостатков развития речи ребенка в условиях дошкольного образовательного учреждения становится все более актуальной проблемой. Притом, что специалистов для работы с детьми раннего возраста до недавнего времени у нас в стране не готовили. К тому же очень мало литературы с рекомендациями по раннему воспитанию детей с нарушениями развития речи.

В связи с увеличением числа новорожденных, имеющих недостатки в психофизическом развитии, коррекционно-логопедическая и социально-психологическая помощь детям в раннем возрасте должна быть приоритетной. Однако система логопедической помощи зачастую не охватывает детей раннего возраста. В настоящее время ставится задача о необходимости своевременного определения факторов, которые будут способствовать развитию речи детей с самого раннего возраста, также ребенку необходимо создать благоприятные условия не только для речевого развития, но и развития ребенка в целом.

На сегодняшний день в России имеется ряд методических разработок отечественных ученых (Е. А. Стребелева, Т. В. Волосовец, Л. И. Аксенова, Ю. А. Разенкова, К. Л. Печора, Э. Л. Фрухт и др.), представляющих систему ранней диагностики и психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. Авторы отмечают, что в случае поврежденного или дефицитарного развития ребенка ранняя диагностика дает возможность максимально раннего начала развивающей работы, что является залогом успешного формирования

компенсаторных механизмов, коррекции первично нарушенных психических и моторных функций при обратимых дефектах, профилактики вторичных отклонений в развитии.

В специальной литературе имеется ряд исследований, посвященных изучению речевого развития детей раннего возраста. Весомый вклад в разработку этой проблемы внесли Н.М. Аксарина, Е.Н. Винарская, Л.С.Выготский, А.Н. Гвоздев, Г.Л. Розенгарт-Пупко, Д.Б. Эльконин и многие другие.

Имеющиеся исследования свидетельствуют о том, что время возникновения и особенности развития речи во многом обусловлены уровнем сформированности у ребенка сенсомоторной и познавательной сфер. Кроме того, формирование речи в раннем возрасте происходит в постоянном взаимодействии с другими функциями (Н.М: Аксарина, Л.С.Выготский, А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия, А.А. Люблинская и др.).

Несмотря на острую актуальность данной проблемы, в настоящее время недостаточно разработаны и систематизированы программы, методы и диагностический материал, рассчитанный на работу с детьми этого возраста, что и послужило выбором темы выпускной квалификационной работы «Система коррекционно-педагогического сопровождения раннего речевого развития детей группы риска».

Проблемой исследования является совершенствование коррекционно-педагогической работы по сопровождению раннего речевого развития детей группы риска.

Цель нашего исследования – сформировать предложения по совершенствованию системы сопровождения раннего речевого развития детей «группы риска» в условиях ДОУ.

Объект исследования: система психолого-педагогического сопровождения раннего речевого развития детей «группы риска».

Предмет исследования: условия обеспечивающие эффективность системы сопровождения раннего речевого развития детей «группы риска».

Гипотеза исследования: коррекционно-педагогическое сопровождение раннего речевого развития детей группы риска в условиях дошкольного образовательного учреждения будет эффективным: при соблюдении следующих условий: раннее выявление путем диагностики, активное включение родителей на всех этапах сопровождения, обеспечение реализации индивидуального маршрута на всех этапах сопровождения, обеспечение реализации индивидуального маршрута развития ребенка «группы риска» на основе комплексного психолого-медицинского сопровождения

В соответствии с целью исследования определены следующие **задачи**:

1. Изучить научную литературу по проблеме исследования.
2. Выявить особенности раннего речевого развития детей группы риска.
3. Изучить существующую систему сопровождения раннего речевого развития в условиях ДООУ.
4. Сформировать предложения по совершенствованию системы раннего речевого развития детей «группа риска».

Теоретико-методологической основой исследования являлись: системный подход к речевому развитию ребенка как сложной системе, развивающейся по законам единого целого организма (П.К. Анохин, В.И. Бельтюков, И.В.Блауберг, Э.М. Мирский, В.Н. Садовский, Э.Г. Юдин и др.); современные научные представления о закономерностях формирования и развития речезыковой системы в раннем возрасте (В.И. Бельтюков, Н.И.Жинкин, Т.Н. Ушакова, Д. Слобин, Л.С. Выготский, Л.И. Божович, А.Р.Лурия, А.М. Шахнарович, Е.И. Исенина, С.Н. Цейтлин и др.); положение о соотношении элементарных и высших психических функций (Л.С.Выготский, С.Л. Рубинштейн и др.), о взаимосвязи речевого, познавательного, двигательного развития (Н.А. Бернштейн, В.М. Бехтерев, Н.И. Жинкин, А.В. Запорожец, М.М. Кольцова, А.Р. Лурия, Е.М. Мастюкова, С.Л. Новосёлова и др.); о роли общения в усвоении языка (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев; А.А. Леонтьев, М.И. Лисина, Д.Б. Эльконин и др.); о единстве законов развития нормального и аномального ребенка (Л.С. Выготский); о ведущей роли обучения в процессе развития, о роли специального (коррекционного) обучения

детей с проблемами в развитии (Л.С. Выготский, Р.И. Лалаева, А.Н. Леонтьев, Н.Н. Малофеев и др.).

Методы исследования: теоретический: анализ литературы по проблеме; эмпирический: педагогический эксперимент, констатирующий, и формирующий этапы; количественный и качественный анализ результатов.

Исследование проводилось: на базе МБДОУ комбинированного вида №60 г. Белгород.

Структура работы: данная работа состоит из введения, 2-х глав, заключения, список использованной литературы и приложений.

ГЛАВА I ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СОПРОВОЖДЕНИЯ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

1.1. Развитие речи в онтогенезе

Речь – это особая и наиболее совершенная форма общения, присущая только человеку. В процессе речевого общения (коммуникаций) люди обмениваются мыслями и воздействуют друг на друга. Осуществляется речевое общение посредством языка. Язык – это система фонетических, лексических и грамматических средств общения. Говорящий отбирает необходимые для

выражения мысли слова, связывает их по правилам грамматики языка и произносит путем артикуляции речевых органов. Речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых а так же зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения, хорошей предметно-развивающей среды, воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни (25).

Исследователи (Н.М. Аксарина, А.Н. Гвоздев, Г.Л. Розенгард-Пупко, А.Н. Леонтьев) выделяют разное количество этапов в становлении речи детей, по-разному их называют, указывают различные возрастные границы каждого (1,8,30,20).

Н.М. Аксарина, Я.Л. Коломинский, М.В. Олленикова рассматривают первый год жизни ребенка как доречевой период. Он является подготовительным в развитии детской речи и разделяется на четыре этапа:

1 этап (0-3 месяца) характеризуется развитием эмоционально-выразительных реакций;

2 этап (3-6 месяцев) - время появления голосовых реакций, гуления, лепета;

3 этап (6-10 месяцев) - начало развития понимания речи, активного лепета;

4 этап (10-12 месяцев) - время появления первых слов (1,14,24).

А.Н.Гвоздев прослеживает последовательность появления различных явлений в речи ребенка и на этой основе выделяет ряд периодов:

- период различных частей речи;
- период словосочетаний;
- период разных видов предложений (9).

Г.Л. Розенгард-Пупко выделяет в речевом развитии ребенка всего два этапа: подготовительный (до 2 лет) и этап самостоятельного оформления речи (30).

А.Н. Леонтьев устанавливает четыре этапа в становлении речи у детей: подготовительный (до одного года); преддошкольный (этап первоначального овладения языком - до 3 лет); дошкольный (до 7 лет); школьный (7 до 17 лет) (20).

Рассмотрим основные этапы раннего речевого развития. *Подготовительный* (с момента рождения ребенка до одного года). Первый год жизни, несмотря на то, что ребенок еще не говорит, является очень важным для развития тех систем мозга и психической деятельности, которые связаны с формированием речи.

С момента рождения у ребенка появляются голосовые реакции: крик и плач. Правда, они еще очень далеки от звуков человеческой речи. Однако и крик, и плач способствуют развитию тонких и разнообразных движений трех отделов речевого аппарата: дыхательного, голосового, артикуляционного. Через две недели можно уже заметить, что ребенок начинает реагировать на голос говорящего - перестает плакать, прислушивается, когда к нему обращаются. К концу первого месяца его уже можно успокоить мелодичной песней. Далее он начинает поворачивать голову в сторону говорящего или следить за ним глазами. Вскоре малыш уже реагирует на интонацию: на ласковую - оживляется, на резкую – плачет (1).

Т.А. Кривцова отмечает, что из звуков кряхтения, натуживания, стоны, хныкания уже на первой неделе можно выделить звуки: «кхе, гхх, аф, пм, пб» и другие (17).

Около 2 мес. появляется гуление и к началу 3-го мес. – лепет.

Ко 2-3-му месяцу жизни крик ребенка значительно обогащается интонационно. При крике отмечается усиление некоординированных движений рук и ног. С этого возраста ребенок начинает реагировать криком на прекращение общения с ним, удаление ярких предметов из поля зрения и т.п. Нередко дети реагируют криком на перевозбуждение, особенно перед засыпанием. Интонационное обогащение крика свидетельствует о том, что у ребенка начала формироваться функция общения.

К 2-4 месяцам появляются у ребенка короткие звуки - гуканье, а затем гуление. Звуки не несут смыслового содержания, но имеют определенную интонацию, с их помощью ребенок привлекает внимание взрослого. Прежде всего, дети усваивают и передают типы интонации, которые наиболее часто употребляются взрослыми.

В 4 месяца усложняются звуковые сочетания: появляются новые, типа - ги - агы, ля-аля, ры и т.д. Ребенок в процессе гуления как бы играет со своим артикуляционным аппаратом, по несколько раз повторяя один и тот же звук, получая при этом удовольствие. Если рядом находится кто-то из родных и начинает разговаривать с малышом, тот с удовольствием слушает звуки и как бы «подхватывает» их. На фоне такого положительного эмоционального контакта малыш начинает подражать взрослым, пытается разнообразить голос выразительной интонацией. Одновременно осуществляется процесс развития понимания речи. Полноценное общение с ребенком в первые месяцы жизни стимулирует корковый и периферический отделы слухоречевого анализатора ребенка, а его ответные голосовые реакции, вызванные по подражанию, развивают речедвигательный анализатор.

С 5 мес. ребенок слышит звуки, видит у окружающих артикуляционные движения губ и пытается подражать. Многократное повторение какого-то определенного движения ведет к закреплению двигательного навыка.

С 6 мес. ребенок путем подражания произносит отдельные слоги (ма-ма-ма, ба-ба-ба, тя-тя-тя, па-па-па и др.) (21).

К шести месяцам поток «речи» распадается на отрезки, состоящие из нескольких слогов (период лепета), произношение которых характеризуется единством уклада артикуляционных органов и акцентом на первом слоге.

В результате совершенствования мышечной работы артикуляционного аппарата ребенка появляется возможность артикулирования слогов в период лепета: на, ну, та. К шести месяцам ребенок начинает обозначать предметы и действия (ма, бу, гу), а к семи месяцам звуки обозначают потребности, действия, явления.

Наиболее интенсивный процесс накопления звуков лепета происходит после шестого месяца в течение седьмого, затем процесс накопления звуков замедляется, и новых звуков появляется мало (27).

В дальнейшем путем подражания ребенок перенимает постепенно все элементы звучащей речи: не только фонемы, но и тон, темп, ритм, мелодику и интонацию.

После шестого месяца жизни малыш воспринимает определенные звуко-сочетания и связывает их с предметами или действиями (тик-так, *дай-дай*, *бух*). Но в это время он еще реагирует на весь комплекс воздействия: ситуацию, интонацию и слова. Все это помогает образованию временных связей (запоминание слов и реакция на них).

От 7-8 месяцев до одного года артикуляция особенно не расширяется, но появляется понимание речи. Семантическую нагрузку в этот период получают не фонемы, а интонации, ритм, а затем общий контур слова.

Длина цепочки лепетных слогов в возрасте 8 месяцев максимально составляет около 4-5 сегментов. Первоначальные лепетные цепи и стереотипных вокализаций (а-а-а и т.п.) сменяются к 8-9 месяцам цепями из стереотипных сегментов с шумовым началом (тя-тя-тя и т.д.); затем в 9-10 месяцев появляются цепи из сегментов со стереотипным шумовым началом и меняющимся вокальным концом (те-тя-те).

После восьмого месяца постепенно звуки, не соответствующие фонетической системе родного языка, начинают угасать. Часть лепетных звуков, которые не соответствуют фонемам слышимой ребенком речи, утрачиваются, появляются новые речевые звуки, сходные с фонемами речевого окружения. В этот период развития ребенка начинает формироваться собственно речевая онтогенетическая память. Постепенно у ребенка благодаря слуховым обратным афферентациям формируется фонетическая система родного языка (30).

В возрасте девяти месяцев ребенок начинает повторять за взрослым все более и более разнообразные сочетания звуков.

К 10 месяцам формируется более высокий уровень коммуникативно-познавательной активности. Все это стимулирует скачок в мотивационной сфере ребенка. Осуществляя эмоциональное взаимодействие с ребенком, мать систематически обращает свое внимание на различные объекты окружающей действительности и тем самым выделяет их голосом, своими эмоциями. Ребенок усваивает эти «эмоциональные метки» предметов вместе с соответствующими им звуковыми образами. Подражая, матери и используя уже

доступные ему цепочки лепетных сегментов, он воспроизводит первые лепетные слова, по форме все более приближающиеся к звуковой форме слов родного языка.

С одиннадцатого месяца появляются реакции на сами слова (уже независимо от ситуации и интонации говорящего). В это время особо важное значение приобретают условия, в которых формируется речь ребенка, т.е. правильная речь окружающих, подражание взрослым и др.

Примерно к 11 месяцам появляются цепи с меняющимся шумовым началом (ва-ля, ди-ка, дя-на, ба-на-па, э-ма-ва и.т.д.) При этом какой-либо один слог выделяется длительностью, громкостью, высотой звука.

По мере развития лепета звуки начинают постепенно дифференцироваться и приближаться к звукам родного языка, появляются губно-зубные, губно-губные, альвеолярные, передне-, средне- и заднеязычные, носовые и ротовые, звонкие и глухие, смычные и целевые, твердые и мягкие.

К концу первого года жизни появляются первые слова. Наблюдаются некоторые различия в темпах развития речи у мальчиков и девочек. Есть указания на то, что у девочек слова появляются на 8-9 месяце жизни, у мальчиков — на 11-12 месяце (20).

Итак, к концу первого года жизни у здорового ребенка появляются импрессивная и экспрессивная речь, развивается игровая деятельность, ребенок самостоятельно передвигается. На этом заканчивается доречевой период и дальше идет период совершенствования и дальнейшего развития всех сторон речи.

Следующий этап преддошкольный (от одного года до 3 лет). С появлением у ребенка первых слов заканчивается подготовительный этап и начинается этап становления активной речи. В это время у ребенка появляется особое внимание к артикуляции окружающих. Он очень много и охотно повторяет за говорящим и сам произносит слова. При этом малыш путает звуки, переставляет их местами, искажает, опускает.

Особенно интенсивно в этом возрасте развивается речь, которая играет исключительную роль в перестройке, совершенствовании и обогащении средств

общения ребенка с окружающим, в восприятии и познании окружающего мира. Развитие речи обуславливает развитие мышления, поскольку слово соотносится с вещами, предметами, действиями. Имеющийся у ребенка уровень развития позволяет выполнить простейшие словесные указания взрослых. В свою очередь уровень развития мышления способствует обогащению словарного запаса и развитию речи в целом (11).

Первые слова ребенка носят обобщенно-смысловой характер. Одним и тем же словом или звукосочетанием он может обозначать и предмет, и просьбу, и чувства. Ситуационную речь ребенок сопровождает жестами, мимикой. С полутора лет слово приобретает обобщенный характер. Появляется возможность понимания словесного объяснения взрослого, усвоения знаний, накопления новых слов. На протяжении 2-го и 3-го годов жизни у ребенка происходит значительное накопление словаря.

Приведем наиболее распространенные данные о бурном развитии словарного запаса детей в преддошкольном периоде: к 1 году 6 месяцам - 10-15 слов; к концу 2-го года - 300 слов (за 6 месяцев около 300 слов); к 3 годам - около 1000 слов (т.е. за год около 700 слов) (1).

К 2 годам дети практически овладевают навыками употребления форм единственного и множественного числа имен существительных, времени и лица глаголов, используют некоторые падежные окончания. В это время понимание речи взрослого значительно превосходит произносительные возможности. На начальном этапе ребенок усваивает наиболее общие, наиболее продуктивные правила формообразования, позже овладевает частными правилами, исключениями из общего правила. На этом этапе в детской речи встречается еще много грамматических неточностей. Одни флексии заменяются другими, но в пределах одного грамматического значения. В устной речи на этом этапе появляются некоторые семантические предлоги: в, на, у, с, но их употребление не всегда соответствует языковой норме, наблюдаются замены предлогов, смещение окончаний. Происходит расширение и усложнение структуры предложения до 5 - 8 слов, появляются сложные предложения (22).

Значения слов становятся все более определенными. К началу 3-го года

жизни у ребенка начинает формироваться грамматический строй речи. Сначала ребенок выражает свои желания, просьбы одним словом. Потом - примитивными фразами без согласования. Далее постепенно появляются элементы согласования и соподчинения слов в предложении. Закрепляются согласования прилагательных с существительными в косвенных падежах. В речи детей происходит дальнейшее развитие сложносочиненного и сложноподчиненного предложений, усваиваются многие служебные слова (21).

Указанные этапы не могут иметь строгих, четких границ. Каждый из них плавно переходит в последующий. Для того чтобы процесс речевого развития детей протекал своевременно и правильно, необходимы определенные условия. Так, ребенок должен:

- быть психически и соматически здоровым;
- иметь нормальные умственные способности;
- иметь нормальный слух и зрение;
- обладать достаточной психической активностью;
- обладать потребностью в речевом общении;
- иметь полноценное речевое окружение.

Своевременное и правильное речевое развитие ребенка позволяет ему постоянно усваивать новые понятия, расширять запас знаний и представлений об окружающем (20).

Выделяют 2 большие группы факторов, влияющих на речевое развитие: биологические и социальные факторы риска, между которыми прослеживается тесное взаимодействие.

Для нас факторы риска развития речевых нарушений биологического характера будут наиболее информативными, поэтому рассмотрим их подробнее. Биологические факторы риска представляют собой патогенные факторы, действующие на организм главным образом в период внутриутробного развития и родов, мозговые инфекции и травмы, перенесенные после рождения, семейная отягощенность речевыми нарушениями.

Внутриутробная (перинатальная) патология может быть обусловлена инфекционными и соматическими заболеваниями матери во время

беременности, вирусными инфекциями, интоксикациями, токсикозами, приемом лекарственных препаратов, алкоголизмом и курением во время беременности, воздействием радиации а также многообразной акушерской патологией. Ведущее место здесь занимают асфиксия и родовая травма, которые приводят к внутричерепным кровоизлияниям и гибели нервных клеток, в том числе и речевых зонах коры головного мозга, что влечет за собой различные нарушения речи коркового генеза.

Один из факторов речевых нарушений у детей – иммунологическая несовместимость крови матери и плода (по резус-фактору).

При алкоголизме родителей отмечены не резко выраженные нарушения слуха, что также неблагоприятно влияет на развитие речи ребенка. Небольшой дефект слуха, как правило, незаметен для окружающих, но будет создавать сложности в овладении устной и письменной речью.

Особенно вредное влияние на развитие плода оказывает сочетание ряда неблагоприятных факторов, действующих в период его внутриутробного развития. Токсикозы беременности, недоношенность, недлительная асфиксия в родах вызывают не резко выраженные минимальные мозговые дисфункции. Для них характерны недостаточность внимания, памяти, моторные нарушения, расторможенность, различные речевые расстройства.

Определенное значение в этиологии речевых нарушений у детей имеют и наследственные факторы. Часто они являются предрасполагающими условиями, реализующимися в речевую патологию под влиянием даже незначительных неблагоприятных воздействий. Кроме того, именно речь родителей становится образцом для речевого развития детей, и потому в ряде случаев следует ограничить речевое общение с ребенком лиц, страдающих речевой патологией. (12)

Таким образом, речь ребенка формируется под влиянием речи взрослых и в огромной степени зависит от достаточной речевой практики, нормального речевого окружения, предметно-развивающей среды от воспитания и обучения, которые начинаются с первых дней его жизни. Исследователи выделяют разное количество этапов в становлении речи детей, по-разному их называют,

указывают различные возрастные границы каждого. Каждый возрастной этап характеризуется определенными новообразованиями в развитии речевой деятельности.

Выделяют биологические факторы развития, которые влияют на нормальное речевое развитие детей, к основным биологическим факторам относятся: инфекции и соматические заболевания матери во время беременности, вирусные инфекции, интоксикации, прием лекарственных препаратов, асфиксия и родовая травма, иммунологическая несовместимость крови матери и плода, токсикозы беременности, недоношенность и др.

1.2. Современные представления о категории дети «группа риска»

Нарушение речи - достаточно распространённое явление среди детей. В большинстве случаев это, в той или иной степени, нарушения звукопроизношения, лексики, грамматики, фонематических процессов. Все эти нарушения, если их вовремя не исправить в детском возрасте, вызывают трудности общения с окружающими, а в дальнейшем влекут за собой определённые изменения личности в цепи развития «ребёнок - подросток - взрослый», т. е. ведут к возникновению у детей закомплексованности, мешают им учиться и в полной мере раскрыть свои природные способности и интеллектуальные возможности (32).

В настоящее время категория «детей группы риска» является предметом исследования различных отраслей научного знания, вследствие чего имеет междисциплинарный характер изучения, обуславливающейся сложностью и многогранностью этого явления. Понятие дети «группы риска» может считаться сегодня общепринятым, однако существуют различные его трактовки, поэтому оно нуждается в уточнении и развитии.

Слово риск означает возможность, большую вероятность чего-либо, как правило, негативного, нежелательного, что может произойти или не произойти. Поэтому, когда говорят о детях группы риска, подразумевается, что эти дети

находятся под воздействием некоторых нежелательных факторов, которые могут сработать или не сработать (25).

В середине XX века в научной литературе возникает такое понятие как «фактор риска», под которым подразумеваются различные условия внешней сферы (биологические и социальные) и индивидуальной реактивности организма, в большей или меньшей степени способствующие развитию тех или иных патологических состояний. Между биологическими и социальными факторами риска прослеживается тесное взаимодействие (3).

Дети группы риска - это та категория детей, которая в силу определенных обстоятельств своей жизни более других категорий подвержена негативным внешним воздействиям (12).

В зависимости от области изучения выделяют множество классификаций «детей группы риска». В психологии, педагогике, социальной педагогике к данной категории детей относят тех, кто испытывает трудности в обучении, психическом развитии, социальной адаптации, взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками, социализации в целом.

Под причиной нарушений речи понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего вредоносного фактора или их взаимодействия, которые определяют специфику речевого расстройства и без которых последнее не может возникнуть (33).

Биологические факторы риска развития речевых нарушений представляют собой патогенные факторы внутриутробного развития и родов, мозговые инфекции и травмы, перенесенные после рождения, семейная отягощенность речевыми нарушениями. К биологическим факторам риска речевых нарушений генетического характера относится, в частности нарушение формирования психомоторного профиля (леворукость и различные варианты неполного правшества). Исследователи отмечают у леворуких детей ассинхронную развитие некоторых функций: опережение эмоционально-мотивационного систематогенеза и отставание в дифференциации латерализованных механизмов психомоторики. Недоучет латерально-аномальной конституции психомоторики (а к ней относятся и речевые движения) может привести к появлению патологии

речи (в частности, к заиканию). Одной из профилактических рекомендаций может быть запрещение насильственной переориентации леворуких в праворуких (4).

К биологическим факторам риска речевых нарушений относится также семейная отягощенность патологий речи. Наследственная предрасположенность к возникновению патологического состояния не является фатальной. Как правило, речевые нарушения не возникают на фоне полного здоровья. В тех случаях, когда наряду с наследственной отягощенностью речевой патологией (например, заиканием) у детей диагностируются нарушения деятельности центральной нервной системы, необходим специализированный медицинский и логопедический патронаж, учитывающий данные психофизического и речевого развития ребенка. При проявлении признаков отклонений от нормы в доречевых реакциях (крик, гуление, лепет) и в собственно речевом онтогенезе рекомендуется как можно более ранняя логопедическая помощь. Родители должны консультироваться у логопеда о правилах их речевого общения с ребенком. В целях профилактики речевых нарушений у ребенка из семьи, отягощенной речевой патологией, необходимо начать логопедические занятия в младшем дошкольном возрасте (6).

Е.А. Янушко впервые все причины речевых нарушений разделил на внешние и внутренние, особо подчеркнув их тесное взаимодействие. Он также выделил органические (анатомо-физиологические, морфологические), функциональные, социально - психологические и психоневрологические причины (26).

По мнению Е.И. Казаковой, можно выделить три основные группы факторов риска, которые создают вероятную опасность для ребенка: психофизические, социальные и педагогические (как особый вид социальных) (18).

Близок к этому подход В.Е. Летуновой, которая выделяет следующие группы факторов риска:

- медико-биологические (группа здоровья, наследственные причины, врожденные свойства, нарушения в психическом и физическом развитии,

условия рождения ребенка, заболевания матери и ее образ жизни, травмы внутриутробного развития и т.д.);

- социально-экономические (многодетные и неполные семьи, несовершеннолетние родители, семьи, ведущие аморальный образ жизни; неприспособленность к жизни в обществе и т.д.);

- психологические (отчуждение от социальной среды, неприятие себя, невротические реакции, нарушения общения с окружающими, эмоциональная неустойчивость, неуспех в деятельности, неуспех в социальной адаптации, трудности общения, взаимодействия со сверстниками и взрослыми и т.д.);

- педагогические (несоответствие содержания программ образовательного учреждения и условий обучения детей их психофизиологическим особенностям, темпа психического развития детей и темпа обучения, преобладание отрицательных оценок, неуверенность в деятельности, отсутствие интереса к учению, закрытость для положительного опыта, несоответствие образу школьника и т.д.) (19).

Л.Я. Олиференко под понятием «дети группы риска» подразумевает следующие категории детей:

1) дети с проблемами в развитии, не имеющими резко выраженной клинико-патологической характеристики;

2) дети, оставшиеся без попечения родителей в силу разных обстоятельств (дети-сироты);

3) дети из неблагополучных, асоциальных семей;

4) дети из семей, нуждающихся в социально-экономической и социально-психологической помощи и поддержке;

5) дети с проявлениями психолого-педагогической и социальной дезадаптации (25).

Ю.А. Разенкова выделяет детей биологической группы риска, к ним она относит недоношенных, переношенных детей, детей, чьи матери переболели инфекционными и вирусными заболеваниями во время беременности (краснуха, грипп, цитомегаловирус, герпес, токсоплазмоз и др.), малыши у которых мамы страдали токсикозами беременности, дети, рожденные в асфиксии и

перенесшие родовую травму, младенцы с гемолитической болезнью новорожденного, малыши перенесшие детские инфекции (грипп, паротит, скарлатина, корь и др.), дети, которым во время родов или в период пребывания в детской больнице делали искусственное дыхание или проводили приемы реанимации, младенцы, получившие при рождении низкие баллы по шкале Апгар, дети из семей, имеющих высокий риск нарушения зрения, слуха, опорно-двигательных нарушений, нарушений речи и интеллекта (29).

В обобщенном виде классификация детей «группы риска» по трем основным факторам представлена в таблице (таблица 1.1).

Таблица 1.1

Дети «группы риска»

Медицинский фактор	Психологический фактор	Социальный фактор
Дети с ограниченными возможностями (слепота, глухота, умственная отсталость, ДЦП, ранний детский аутизм и др.)	Дети с психологическими проблемами в развитии интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой сферах	Дети из неблагополучных семей; Дети-сироты; Педагогически запущенные дети

И.В. Дубровина отмечает, что психологи и педагоги, работающие с детьми, достаточно часто сталкиваются со случаями осложнений психического развития, большая часть которых является лишь отклонением от нормы, а не симптомом психического заболевания. Она выделяет следующие наиболее часто встречающиеся трудности в поведении и развитии детей: нарушения поведения (гипер- и гипоактивность, различные формы девиантного поведения), отставание в развитии (педагогическая запущенность, ЗПР), особенности психофизиологического развития (леворукость), эмоциональные нарушения (агрессивность, тревожность, демонстративность, замкнутость). И.В. Дубровина считает, что осложнения психического и личностного развития ребенка обусловлены, как правило, двумя факторами: ошибками воспитания (педагогический фактор) и минимальными поражениями нервной системы (медико-биологический фактор). Зачастую оба этих фактора действуют одновременно, поскольку взрослые нередко недооценивают или игнорируют, а

иногда и вовсе не знают, те особенности нервной системы ребенка, которые лежат в основе трудностей поведения, и пытаются исправить его различными неадекватными воспитательными воздействиями (27).

Довольно часто дети, имеющие риск в поведении, обучении, отношениях, называются трудными. С точки зрения педагогов они неудобные, неуправляемые, агрессивные, не понимают учителей и сверстников. Трудный ребенок чаще, чем другие, испытывает разного рода неудачи, которые раздражают или пугают родителей и педагогов, в результате за ним закрепляется «ярлык» неудачника, который становится установкой и для самого ребенка. Риск – ожидаемое неблагополучие при неуспехе деятельности – приводит к осложнениям, препятствует как школьной, так и социальной адаптации ребенка (2,15).

Дети данной категории отличаются пониженной познавательной активностью, отставанием в развитии речи, задержкой психического развития, отсутствием навыков общения, конфликтами во взаимоотношениях со сверстниками (23).

Недостаток внимания со стороны взрослого в раннем возрасте приводит к недостаткам социального развития: не складывается потребность в общении и установлении контактов со взрослыми и сверстниками, затруднено сотрудничество с ними. Это приводит к отставанию в развитии речи, утрате самостоятельности, нарушениям в личностном развитии (36).

Наиболее отчетливо проявляются недостатки развития эмоциональной сферы. Дети с трудом различают эмоции взрослого, плохо дифференцируют их, имеют ограниченную способность понимать другого. У них тормозится развитие познавательной деятельности, что в свою очередь проявляется в отставании в овладении речью, отсутствии инициативы в познании окружающего мира, амбивалентности отношения к предметам (28).

На первом году жизни выделяют группу различной степени риска по нарушению речевого развития:

- Группа - высокого риска
- Группа - риска

В группу высокого риска должны быть включены дети, у которых в первые 3 мес. жизни, в результате углубленного клинико-инструментального обследования были выявлены структурные нарушения со стороны головного мозга. В группу риска, должны быть включены недоношенные (особенно с экстремально низкой массой тела), дети с нарушениями со стороны дистантных анализаторов (зрительного и слухового), недостаточностью функций черепных нервов (особенно V, VII, IX, X, XII), дети с задержкой редукции безусловных автоматизмов, длительно сохраняющимися нарушениями мышечного тонуса (34).

Таким образом, дети группы риска - это та категория детей, которая в силу определенных обстоятельств своей жизни более других категорий подвержена негативным внешним воздействиям. Разные ученые выделяют множество различных группы и факторов, позволяющих отнести детей к данной категории (медицинский фактор, психологический фактор, социальный фактор). Самым распространенным фактором детей группы риска является биологический фактор. Также выделяют детей раннего возраста с различной степени риска по нарушению речевого развития – это дети с группой высокого риска и дети с группой риска.

1.3. Анализ системы сопровождения раннего речевого развития детей группы риска

На современном этапе одним из самых актуальных направлений специальной педагогики как в России, так и во всем мире является ранняя помощь детям с отклонениями в развитии. Развитие служб раннего вмешательства получает все большее распространение во многих странах мира, при этом также растет число и разнообразие программ раннего вмешательства, которые нередко ставят перед собой различные цели и отличаются по своему содержанию.

Ранняя помощь – это быстроразвивающаяся область междисциплинарного знания, рассматривающая и практические основы комплексного обслуживания детей первых месяцев и лет жизни из групп медицинского, генетического и социального риска отставания в развитии.

Абилитация - комплекс мер по развитию и компенсации отсутствующих или нарушенных функций и адаптационных возможностей.

Впервые вопрос оказания ранней помощи детям с отклонениями в развитии был поднят в зарубежной специальной педагогике. Создание системы профилактики, ранней диагностики и коррекции отклонений в развитии детей предполагает анализ и оценку опыта, накопленного на протяжении 30 лет за рубежом, и первых шагов, сделанных Россией на этом пути в настоящее время. Уже в начале 70-х гг. XX в. США и страны Европы перешли к практике создания различных систем и программ ранней помощи младенцам и их семьям. Первые создаваемые программы были ориентированы на удовлетворение социальных потребностей нормально развивающихся детей и детей с риском отставания в развитии от рождения до 3 лет. Это позволило характеризовать их как социально-педагогические программы ранней помощи или раннего вмешательства (37).

Актуальность этой проблемы обусловлена уникальностью младенческого возраста. По мнению, Н.М. Аксариной, Л.С. Выготского, В.С. Мухиной ранний возраст признается одним из самых значимых в плане становления ряда психических функций ребенка. Система ранней помощи обеспечивает возможность максимально широкого охвата детей с нарушениями в развитии на ранних этапах онтогенеза, что способствует предупреждению возникновения вторичных нарушений в развитии, а также наиболее эффективному использованию сенситивных периодов становления высших психических функций для их восстановления и развития. Максимально раннее начало комплексной психолого-медико-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с особыми образовательными потребностями, является фактором оптимизации образовательных возможностей и социально-экономических перспектив ребенка, шагом к совершенствованию

практики защиты прав ребенка и прав инвалидов и качественному улучшению их положения в обществе (1,7,22).

В рамках данной работы будет рассмотрена история становления и развития системы ранней помощи (раннего вмешательства) в России, в Швеции и в США.

Современная модель ранней помощи в Швеции ориентирована на концептуальную модель, называемую «Модель системного развития». Однако не все базовые принципы этой модели в равной степени реализованы и представлены в системе ранней помощи Швеции. В реальной практике существует лишь тенденция к многоаспектности, акцент делается на ребенке, особенно – на сопоставлении его с возрастными нормативами развития. Большинство диагностических и коррекционных мер сосредоточены на ребенке, мало внимания уделяется взаимодействию с родителями и сверстниками, оценке среды и семьи. Индивидуальный подход также недостаточно представлен в практике отдельных учреждений. Одной из главных проблем шведской децентрализованной системы является обеспечение координации деятельности различных служб, включенных в систему ранней помощи. Несмотря на децентрализованный характер системы ранней помощи в Швеции, министерство здравоохранения и социального обеспечения несет ответственность за единый уровень качества медицинских и социальных услуг по всей стране, а министерство образования – за качество предоставляемых образовательных услуг. Трудности реализации этого единства связаны с тем, что обладая значительными полномочиями, муниципалитеты могут по-разному претворять в жизнь спускаемые сверху указания (37).

Службы ранней помощи в США, ориентированные на помощь детям в семьях групп риска, осуществляют свою деятельность по следующим направлениям: оценка уровня развития ребенка; консультация семьи, специальная система образования родителей, организация развивающей среды для младенцев; охват образованием различных сфер развития младенца. Параллельно с социально-педагогически ориентированными службами ранней помощи развивалась система раннего психотерапевтического воздействия или

психотерапевтического вмешательства, направленная на одновременную работу с родителями и младенцами. Службы, осуществляющие социально-педагогическую помощь проблемным детям младенческого и раннего возраста, решают несколько иные задачи: выявление специальных образовательных потребностей детей в связи с нарушениями развития в той или иной сфере; развитие специальной системы образования родителей, организация развивающей среды, адекватной специальным потребностям младенцев с отклонениями в развитии; социальное и психологическое сопровождение ребенка и семьи; координация всех видов помощи, оказываемой ребенку и семье (25).

Также необходимо подчеркнуть различия в организации системы ранней помощи в США и Швеции. В США деятельность служб основана на праве человека получить к ним доступ, если у него выявлены какие-либо специфические проблемы, являющиеся «критерием доступа» в эти службы. В данной стране не существует практики обучения всех вообще детей раннего возраста или ухода за ними – организация этого процесса полностью ложится на семью. Дети получают право доступа к соответствующим службам только после выявления у них определенных проблем или отнесения их к группе риска. Таким образом, большая часть служб ранней помощи в США является специализированными, и фокусируются на специфических группах детей или на отдельных детях. В Швеции существует система раннего обучения и ухода для всех детей, включая детей с ограниченными возможностями здоровья. Ресурсы распределяются между детьми в соответствии с их потребностями и на основе решений, принимаемых муниципальным сообществом (4).

Россия в настоящее время активно внедряет систему ранней помощи в практику работы с семьями, имеющими детей с физическими и психическими особенностями. В нашей стране создание служб ранней помощи детям с проблемами в развитии становится актуальной проблемой только в начале 90-х годов. Становление системы ранней диагностики нарушений развития и ранней комплексной помощи происходит через развитие медико-психолого-педагогического патронажа и осуществляется на базе

действующих психолого-медико-педагогических центров и психолого-медико-педагогических консультаций и служб. Действующие сегодня в России учреждения, осуществляющие программы по ранней диагностике и ранней помощи детям с отклонениями в развитии, крайне немногочисленны, часто работают как экспериментальные площадки, но реальные позитивные результаты их работы позволяют прогнозировать переход от локальных очагов эксперимента к широкой социально-педагогической практике (31).

В России при глубоком понимании необходимости экономической и гуманистической целесообразности ранней помощи еще нет соответствующей целостной государственной системы.

На этом пути в специальном образовании сделаны первые шаги. Впервые совместно медиками и специалистами по специальной педагогике проведенные в 80-х гг. исследования позволили создать единую государственную систему раннего выявления и специальной помощи для одной категории детей - детей с нарушенной слуховой функцией первых трех лет жизни (29).

В России традиционно применяются несколько методик для изучения психофизического развития детей первых месяцев и лет жизни. Это шкала развития Гезела, Денверовская скрининговая методика (DDST), Мюнхенская функциональная диагностика, программа «Маленькие ступеньки». Имеется ряд методических разработок отечественных ученых (Л.Т.Журбы, Е.М. Мастюковой, Г.В. Пантюхиной, К.Н. Печоры, Э.Л. Фрухт и др.), представляющих систему ранней диагностики и психолого-педагогической помощи детям раннего возраста. Отечественные и западные разработки служат основой для практического применения в психолого-медико-социальных (ПМС) центрах, психолого-медико-педагогических (ПМП) консультациях и службах. Теоретическую базу для этих программ составляют основополагающие работы Л.С. Выготского. Эти теоретические принципы положены также в основу методического обеспечения работы с детьми, имеющими особые образовательные потребности. Однако их использование ограничено

отсутствием единой государственной системы выявления, учета, ранней диагностики и комплексной ранней помощи (19).

Следует отметить, что в некоторых научных учреждениях Москвы и Санкт-Петербурга, Новгорода Великого и Самары ведутся исследования, посвященные этой актуальной для нашей страны проблеме. С каждым годом увеличивается количество специалистов, работающих в области ранней помощи, и число регионов России, в которых организуются различные варианты обслуживания детей раннего возраста из разных групп риска. В частности, в Санкт-Петербурге разработана и апробируется региональная модель ранней помощи - междисциплинарная семейно-центрированная программа ранней помощи в дошкольном учреждении системы образования (Р.Ж.Мухамедрахимов). Санкт-Петербургская городская социальная программа «Абилитация младенцев» предполагает следующие этапы обслуживания ребенка и семьи:

1) первичное обращение в программу по направлениям из учреждений города или самостоятельно;

2) включение семьи в число потенциальных клиентов и первый контакт;

3) составление анамнеза и социального паспорта семьи, определение сроков проведения первого этапа диагностики уровня взаимодействия матери и ребенка;

4) определение качества отношений и характеристик взаимодействия, заполнение опросника потребностей семьи;

5) междисциплинарная оценка «командой» специалистов особых потребностей ребенка и его семьи;

6) установление направлений и стратегии раннего вмешательства, обсуждение длительности программы (однократная, кратковременная, долговременная) для конкретной семьи и конкретного ребенка, назначение сотрудника, ответственного за ведение данной семьи в рамках индивидуальной программы;

7) осуществление преемственности с другими городскими образовательными программами (перевод в дошкольную группу, соответствующую возможностям данного ребенка, и т.п.) (19).

В Москве апробация различных моделей ранней помощи осуществляется через систему медико-психолого-педагогического патронажа, в действующих психолого-медико-социальных центрах, психолого-медико-педагогических консультациях, в некоторых учреждениях дошкольного образования (группы кратковременного пребывания, консультативные пункты), в дошкольных образовательных учреждениях системы здравоохранения и в негосударственных организациях и службах (37).

В рамках городских программ «Московская семья - компетентные родители» и «Столичное образование» действуют несколько экспериментальных площадок по разработке и апробации моделей ранней помощи детям, имеющим ограничения здоровья и жизнедеятельности (с инвалидностью), а также детям группы риска.

Базисные структуры моделей ранней помощи представлены следующими блоками.

1. Организация **ранней диагностики и ранней медико-психолого-педагогической** помощи **на базе действующих** дошкольных учреждений:

- а) раннее выявление случаев рождения ребенка с патологией развития на базе родильных домов и родильных отделений больниц:
 - получение информации из медико-генетических консультаций и кабинетов катамнеза и детских поликлиник о случаях рождения ребенка с явными отклонениями или при наличии угрозы возникновения отклонений (группы риска);
 - предоставление адекватной информации родителям о перспективах развития нетипичного ребенка и о долгосрочных мерах помощи в условиях семьи и специальных учреждений;
 - психологическая поддержка матери (в отделениях для новорожденных);
-

б) консультации и специальные занятия с детьми раннего возраста по программе ранней педагогической помощи:

- отслеживание динамики развития;

- обучение родителей специфическим навыкам ухода и стимуляции развития ребенка;

- организация необходимой медицинской помощи (операции, протезирование, восстановительное лечение и т.д.);

в) осуществление домашнего визитирования ребенка (от рождения до 1,5 лет);

г) организация перехода ребенка в адаптационную группу или группу кратковременного пребывания на базе ближайшего к месту проживания семьи дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) для детей от 1,5 до 2 лет с целью подготовки к посещению детского сада.

2. Создание *условий* для *пребывания* детей-инвалидов *в дошкольных образовательных учреждениях*:

а) подготовка среды для интеграции детей с отклонениями в развитии в общество здоровых сверстников (проведение обучающих семинаров силами специалистов служб ранней помощи для сотрудников ДОУ и родителей, организация специфической инфраструктуры в группах образовательных учреждений и в условиях семьи);

б) организация целенаправленной работы в детских садах по психолого-педагогической поддержке детей с тяжелыми отклонениями в развитии средствами специального образования;

в) проведение совместных мероприятий для детей, имеющих инвалидность, и здоровых детей (развлечения, праздники, игры, режимные моменты и т.д.) (37).

Организация ранней помощи в городе Белгороде существует в виде «дома ребенка», детям младенческого и раннего возраста в рамках семейно-центрированного подхода осуществляется комплекс мероприятий, направленных на абилитацию ребенка с момента его нахождения и поддержку семьи и ближайшего окружения. Белгородский дом ребенка

специализированный для детей с органическим поражением центральной нервной системы с нарушением психики. Основной задачей « дома ребенка» является осуществление медицинской и образовательной деятельности, учреждение осуществляет воспитательную работу, дефектологическую и психологическую помощь по программе воспитания и обучения детей в «доме ребенка». На сегодняшний день в учреждении проводится большая работа не только по лечению, но и по медицинской и педагогической реабилитации воспитанников, цель которой – компенсация первичного дефекта, преодоление последствий материнской депривации ребёнка и его социализация.

В «доме ребенка» ведётся постоянная работа по разработке и последующему внедрению в практику новых методик и технологий лечения, реабилитации для улучшения оказания социо-медико-педагогической помощи детям сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей:

- программа восстановительного лечения и реабилитации для детей с синдромом Дауна;
- программа восстановительного лечения и реабилитации для детей с челюстно-лицевой патологией до и после операции;
- внедрены в работу Дома ребенка методы агро и иппотерапии, смехотерапии, песочной терапии;
- метод сухой иммерсии для недоношенных и маловесных детей;
- организована работа на логопедическом тренажере Дельфа 142 – М;
- оборудована комната педагогики М. Монтессори, психологической разгрузки, сенсорная комната, зимний сад (34).

В рамках дошкольных образовательных учреждений действует программа М.А. Васильевой «Программы воспитания и обучения в детском саду», цель которой - создание благоприятных условий для полноценного проживания ребенком дошкольного детства, формирование основ базовой культуры личности, всестороннее развитие психических и физических качеств в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями, подготовка ребенка к жизни в современном обществе. Эти цели реализуются в процессе разнообразных видов детской деятельности:

игровой, учебной, художественной, двигательной, элементарно-трудовой. Программа представляет собой современную вариативную программу, в которой комплексно представлены все основные содержательные линии воспитания, обучения и развития ребенка от рождения до 7 лет. Она строится на принципе культуросообразности. Реализация этого принципа обеспечит учет национальных ценностей и традиций в образовании, восполнит недостатки духовно-нравственного и эмоционального воспитания ребенка. Образование рассматривается как процесс приобщения ребенка к основным компонентам человеческой культуры (представление, знание, мораль, искусство, труд). Данная программа представляет все направления дошкольного воспитания: физическое, умственное, нравственное, эстетическое, трудовое; представляет широкие возможности для познавательного, социального и личностного развития ребенка.

Для достижения целей программы первостепенное значение имеют:

- забота о здоровье, эмоциональном благополучии и своевременном всестороннем развитии каждого ребенка;
- создание в группах атмосферы гуманного и доброжелательного отношения ко всем воспитанникам, что позволит растить их общительными, добрыми, любознательными, инициативными, стремящимися к самостоятельности и творчеству;
- максимальное использование разнообразных видов детской деятельности: их интеграция в целях повышения эффективности образовательного процесса;
- креативность (творческая организация) процесса воспитания и обучения;
- вариативность использования образовательного материала, позволяющая развивать творчество в соответствии с интересами и наклонностями каждого ребенка;
- уважительное отношение к результатам детского творчества;
- обеспечение развития ребенка в процессе воспитания и обучения;
- координация подходов к воспитанию детей в условиях ДОО и семьи;

- обеспечение участия семьи в жизни групп детского сада и дошкольного учреждения в целом;

- соблюдение преемственности в работе детского сада и начальной школы, исключающей умственные и физические перегрузки в содержании образования ребенка дошкольного возраста (5).

Как отмечает Т.В. Волосовец, в последнее десятилетие в системе образования сложились условия для обеспечения психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с особыми потребностями и их семьям.

Получила развитие сеть психолого-медико-педагогических комиссий (консультаций) (ПМПК), осуществляющих комплексное, целостное и системное изучение ребенка, у которого родителями, врачами, психологами выявлены заметные отклонения в развитии. Комиссии определяют для него пути получения образования, консультируют родителей и педагогов (8).

Таким образом, теоретический анализ состояния изучаемой проблемы по данным специальной литературы позволил сделать следующие выводы. Лидирующее положение в мире по качеству ранней помощи, оказываемой детям-инвалидам и детям с различного рода нарушениями, занимают европейские страны и США. История становления и развития помощи детям раннего возраста в этих странах началась в 60-е годы 20 века. В этих странах накоплен огромный опыт работы с данной категорией детей. В России становление системы ранней помощи находится на начальном этапе. Только в 90-е годы 20 века одним из приоритетов развития специального образования стало создание недостающего звена – системы раннего выявления и ранней комплексной коррекции нарушений в развитии ребенка – как базиса для последующего процесса воспитания и обучения и необходимого условия социальной и образовательной интеграции. Однако отсутствие государственной политики в сфере ранней помощи детям с отклонениями в развитии, и её законодательной основы тормозит активное движение регионов в направлении организации этой системы.

ВЫВОДЫ ПО ПЕРВОЙ ГЛАВЕ

Анализ научной литературы по проблеме исследования позволил сделать следующие выводы.

Речь представляет собой форму общения, и она присуща только человеку. Авторы выделяют различное количество этапов в становлении речи, а также указывают на различные возрастные границы каждого этапа. Самыми распространенными этапами являются: подготовительный (до одного года), преддошкольный (до трех лет), дошкольный (до семи лет), школьный (от 7 до 17 лет).

Понятие дети «группы риска» - это та категория детей, которая по разным причинам подвержена негативным внешним воздействиям, в силу тех или иных обстоятельств. Причинами нарушения речи являются воздействие на организм внешнего или внутреннего фактора. Авторы выделяют биологические факторы, которые представляют собой патогенные факторы внутриутробного развития и родов, а также нарушения генетического характера. Существует множество классификаций детей «группы риска». В обобщенном виде классификацию детей «группы риска» можно разделить по трем основным факторам: медицинский, психологический, социальный.

Страны Европы и США первыми подняли вопрос о ранней помощи детям с отклонениями в развитии. Службы ранней помощи в США организуют помощь детям в семьях групп риска. Работа службы ранней помощи в США определяется по следующим направлениям: оценка уровня развития ребенка, консультации семьи, специальная система образования родителей, организация развития среды. Современная модель ранней помощи в Швеции ориентирована на концептуальную модель, в этой модели акцент делается на ребенке, производится диагностические и коррекционные меры с ребенком. Россия активно внедряет систему ранней помощи в практику работы с семьями детей с отклонениями в физическом и психическом развитии. В нашей стране становление системы ранней комплексной помощи и диагностики происходит через систему медико-психолого-педагогического патронажа т.е через

психолого-медико-педагогические центры и психолого-медико-педагогические консультации и службы.

ГЛАВА II ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ СИСТЕМЫ КОРРЕКЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РАННЕГО РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ГРУППЫ РИСКА

2.1. Изучение анамнестических данных детей группы риска

Наша экспериментальная работа состояла из двух этапов: констатирующий этап, формирующий этап.

Целью констатирующего исследования было уточнение факторов риска, которые могут оказать влияние на речевое развитие ребенка, определение наиболее значимых показателей речевого дизонтогенеза в раннем возрасте, а также определить речевое развитие детей.

Задачи экспериментального исследования:

1. Сбор анамнестических данных, составление общего представления о контингенте испытуемых.
2. Исследование речевого развития детей.
3. Ознакомится с системой сопровождения раннего речевого развития детей в ДОУ и выявить существенные недостатки системы сопровождения детей в ДОУ.
4. Разработать систему сопровождения раннего речевого развития детей «группы риска» в условиях ДОУ.

Констатирующий эксперимент проводился на базе муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения детский сад комбинированного вида №60 города Белгорода, среди детей вторых младших групп (от 2 лет 5 мес. – до 3 лет). Для работы отобрали 10 детей, посещающих вторую младшую группу данного детского сада. По заключению врачей у всех детей стоит диагноз: задержка речевого развития и минимальная мозговая дисфункция,

Дети раннего возраста с задержкой речевого развития выявлялись среди своих сверстников путем изучения медицинских карт при поступлении в дошкольное образовательное учреждение. Все дети, принимавшие участие в эксперименте, также проходили обследование у ЛОР-врача, детского невролога, детского психолога.

Исследование констатирующего этапа эксперимента проводилось в два этапа: подготовительного и основного.

На подготовительном этапе исследования в качестве одной из методик использовалась разработанная нами анкета для родителей, которая была ориентирована на выявление возможных причин и характерных проявлений речевого дизонтогенеза у детей раннего возраста (Приложение 1). При составлении анкеты для родителей мы опирались на теоретические положения и методические материалы, разработанные Р.Е.Левиной, Т.Б.Филичевой и Г.В.Чиркиной, а также современные методы обследования речи детей (35).

В анкету были включены вопросы, направленные на определение предпосылок формирования полноценного речевого общения. Эти вопросы чередовались с традиционными: например, при сборе анкетных данных о ребенке необходимо было отметить не только какой по порядку это ребенок в семье, но и указать возраст родителей на момент рождения ребенка, полный перечень людей, непосредственно проживающих с ребенком, возраст братьев и сестер, наличие среди ближайших родственников лиц с нарушениями психического и речевого развития, имеющих речевые нарушения (заикание, нарушение темпа речи и д.р). В беседе с родителями после заполнения ими анкеты обязательно уточнялось, кто из взрослых проводит больше всего времени с ребенком в течение дня.

Некоторые вопросы в анкете были сформулированы так, чтобы утвердительный ответ на них косвенно указывал на ранние проявления неврологической или психопатологической симптоматики в развитии ребенка (судороги при высокой температуре, слабость сосательного рефлекса, нарушения сна или отказ от него, не смотрит в глаза собеседнику и т.п.).

Последний блок вопросов в анкете для родителей, выявляющий особенности формирования игровой деятельности у ребенка, традиционно относится к компетенции детского психолога. Однако эти вопросы были включены в анкету с целью получения логопедом дополнительной информации о том, как родители организуют досуг своего малыша, играет он один или вместе с мамой, в какие игры и с какими игрушками, сколько времени родители уделяют развитию своего ребенка.

Данные, полученные при анкетировании родителей, затем тщательно проверялись по медицинским документам, уточнялись в ходе логопедического обследования и наблюдения за речевым развитием ребенка.

Для каждого ребенка нами составлялась индивидуальная дифференциально-диагностическая карта, которая использовалась для предварительного анализа состояния речи детей раннего возраста (Приложение 2). Она состояла из общей части, содержащей информационные сведения о семье ребенка и специальных разделов (I - «Анамнез», II - «Раннее речевое развитие»), которые затем обрабатывались по разработанной системе. Мы оценивали как «0» наличие в анамнезе детей, а также в сведениях, собранных о ходе их раннего развития, факторов риска, которые могли оказать негативное влияние на формирование речевой функции; позитивные сведения по каждому признаку оценивались как «1». Данные из двух специальных разделов (I-II) обрабатывались отдельно для каждого из разделов.

Изучая формирование начального детского лексикона у детей с задержкой речевого развития, относящихся к различным возрастным группам, мы ориентировались при оценке их речевого развития на общепринятые показатели нормального речевого развития: первые слова к 1 году, постепенное накопление словаря к 18 месяцам, «лексический взрыв» в конце второго года жизни, первая фраза к 2 годам и постепенное развертывание фразовой речи на протяжении следующего эпикризного срока (2.0.-2.6.).

В соответствии с этим подходом, дети с отклонениями от речевого онтогенеза, проявляющимися в отставании на 1 эпикризный срок -

рассматривались нами как группа внимания (ЗРР, группа внимания), в отставании на 2 эпикризных срока - как группа риска (ЗРР, группа риска), в отставании на 3 и более сроков - как группа выраженного риска (ЗРР, группа выраженного риска).

Таким образом, дети, которые произнесли свои первые слова около 1 года, но затем их речевое развитие шло очень медленно и количество произносимых слов на втором году жизни оставалось практически неизменным, после 1 года 6 месяцев рассматривались нами как дети из группы внимания.

Если в период от 1 года 8 месяцев до 2 лет экспрессивный запас у детей с задержкой речевого развития (ЗРР, группа внимания) не увеличивался, фразовая речь не появлялась, то после 2 лет, эти дети рассматривались уже как группа риска (ЗРР, группа риска).

Дети, в активном словаре которых было незначительное по сравнению с их нормально развивающимися сверстниками, количество слов, после 2 лет 6 месяцев характеризовались нами как дети из группы выраженного риска (ЗРР, группа выраженного риска) по общему недоразвитию речи.

Такая логопедическая характеристика носила предварительный, донозологический характер и была связана с тем, что речевое развитие детей с выраженной задержкой формирования экспрессивного словаря за оставшийся до конца раннего возраста 1 эпикризный срок (2г.6м.-3 г.) скорее всего не могло достигнуть необходимого количественного и качественного уровня (более 1500 слов и развернутая фраза). В дальнейшем, после 3 лет, эти дети характеризуются как дети, имеющие первый уровень развития речи (по Р.Е. Левиной).

Итак, все дети, участвующие в констатирующем эксперименте, были разделены нами на 3 возрастные группы: от 18 месяцев до 24 месяцев; от 24 месяцев до 30 месяцев; от 30 месяцев до 36 месяцев. Дети с нормальным речевым развитием рассматривались только в младшей возрастной группе.

Первая группа (группа 1) объединяла 3 детей в возрасте от 2 лет 5 мес. до 3 лет с задержкой речевого развития, имеющих отставание на один

эпикризный срока от нормального речевого онтогенеза, и характеризовалась как «группа внимания» (ЗРР, группа внимания).

Вторая группа (группа 2) объединяла 5 детей с задержкой речевого развития возрасте от 2 лет 5 мес. до 3 лет, имеющих отставание в развитии экспрессивной стороны речи на два эпикризных срока (ЗРР, группа риска).

Третья группа (группа 3) объединяла 2 детей возрасте от 2 лет 5 мес. до 3 лет с выраженной задержкой развития экспрессивной стороны речи, что соответствовало уровню развития активного словаря с отставанием на три и более эпикризных срока (ЗРР, группа выраженного риска).

Отсутствие в данных группах детей с нормальным ходом речевого развития объясняется тем, что к концу второго года жизни нормально развивающиеся дети уже миновали этап формирования начального детского лексикона и их словарный запас существенно превосходит экспрессивный словарь детей с отклонениями от нормального хода речевого развития.

При изучении и сопоставительном анализе анамнестических данных по историям развития детей мы придерживались схемы, предложенной Ю.И. Барашневым, при сборе акушерского анамнеза и анализе факторов, определяющих беременность с высокой степенью риска для плода и ребенка.

В качестве основных групп вредных факторов, наиболее распространенных и предположительно влияющих на раннее речевое развитие детей, были выделены:

1. Демографические:

- ранние и поздние беременности (до 19 и после 30 лет);
- отягощенный акушерский анамнез (бесплодие, предшествующие аборт, самопроизвольные выкидыши, мертворождения, наличие в семье детей с психоневрологическими нарушениями и др.).

2. Материнские:

- заболевания матери, преимущественно возникшие или обострившиеся во второй половине беременности (артериальная гипотензия - и гипертензия, хроническая и острая почечная недостаточность, инфекции мочеполового
-

тракта, диабетические нарушения, тромбоз, болезни сердечнососудистой системы, эндокринные нарушения, инфекции, передающиеся половым путем (молочница, кандидоз), хронические вульвиты, эрозии шейки матки, железо-дефицитная анемия;

- перенесенный во время беременности психический стресс и/или негативная психологическая обстановка в семье;

- прием лекарственных средств во время беременности;

- неблагоприятная экологическая обстановка в районе проживания семьи ребенка).

3. Плодо-материнские:

- Rh- фактор или другие факторы, приводящие к несовместимости (учитывались все случаи, даже если это была первая беременность);

- вирусные инфекции (в том числе неясной этиологии), грипп.

4. Плацентарные:

- маточные кровотечения;

- плацентарная недостаточность и связанные с ней внутриутробная гипоксия и/или внутриутробная гипотрофия.

5. Перинатальные (факторы высокого перинатального риска):

- осложненные роды (аномальное положение плода, течение родов с длительным безводным периодом, со стимулированием из-за слабой родовой деятельности, стремительные роды, щипцовые роды, обвитие пуповиной и другие осложнения в родах, ведущие к острой гипоксии плода);

- легкая или среднетяжелая асфиксия новорожденного (оценка по шкале Апгар на первой минуте - 4-7 баллов, на пятой минуте - 6-8 баллов);

- кесарево сечение, использование наркоза при родовспоможении.

Все перечисленные факторы отмечались в анамнезе у детей раннего возраста, которых мы наблюдали, распределяясь с различной частотой для каждой группы, и любой из них мог послужить причиной для возникновения отклонений в раннем речевом развитии ребенка. При сборе анамнестических данных нами также обязательно учитывалось общее соматическое здоровье

ребенка раннего возраста, и фиксировались перенесенные им на первом году жизни, а также - за последние 6 месяцев, заболевания и инфекции.

Другой фактор - плохая экологическая обстановка - присутствовал у всех обследованных женщин.

При оформлении в ДООУ дети, как правило, не проходят углубленное медицинское обследование, поэтому на данном этапе чаще выявляются только заболевания с явным клиническими признаками, например такими как косоглазие, мышечная дистония, идиопатическая ходьба. Менее выраженные нарушения здоровья, требующие углубленного исследования неврологического статуса, дополнительного обследования, тщательного анализа полученных данных, в этой ситуации остаются не выявленными.

Мы опирались только на записи, имеющиеся в медицинской документации, поэтому эти случаи учитывались нами при статистической обработке анамнестических данных так, как они были зарегистрированы в записях врачей.

Анализ анкет для родителей, историй развития детей, уточнение ряда данных из бесед с родителями подтвердил общепринятое в логопедии мнение о мультифакторной природе нарушений речи у детей, которые ярко проявляются уже на первых стадиях становления устной речи.

В таблице 2.1. приводятся данные по I разделу ИДДК («Анамнез») обследованного контингента детей. Проценты указывают на соотношение между детьми, у которых было выявлено отклонение по определенному показателю, и всеми обследованными детьми в каждой возрастной группе.

Таблица 2.1.

Результаты по I разделу ИДДК «Анамнез»

Основные показатели и % детей с выявленными отклонениями по данному показателю	Дети с отклонениями в развитии речи		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Патология беременности	80%	80%	90%

Патологические роды	80%	80%	90%
Первый крик	20%	10%	10%
Антропометрия	45%	30%	23%
Иск. вскармливание	80%	80%	90%
Заболевания	80%	80%	80%
Патология ЦНС	60%	60%	30%

По данным констатирующего эксперимента, различия между детьми по степени выраженности отклонений от нормального течения беременности, родов, неонатального периода, младенчества, а также комбинированного влияния других негативных факторов в более поздние сроки (на втором - третьем году жизни), распределялись в достаточно широких пределах (по набранным баллам): от 0 до -10. Во всех случаях отклонений от нормального речевого онтогенеза у детей значительную роль в их доречевом периоде (гуление, лепет) и на первом этапе речевого развития («стадия первых слов») играло сочетание ряда патогенных этиологических факторов, негативно повлиявших на течение беременности и родов, и общего состояния здоровья детей на первом-втором году жизни.

Таким образом, проведенный анализ анамнестических сведений позволил:

- уточнить состав основных факторов риска, которые могут оказать существенное влияние на речевое детей раннего возраста;
- определить некоторые ранние признаки дизонтогенетического типа развития младенца на первом году жизни (например, нарушения физиологического процесса естественного вскармливания и связанные с ним дальнейшие проблемы перехода на твердую пищу, проявляющиеся по типу дисфагических расстройств);
- учесть индивидуальные особенности развития каждого малыша (наличие или отсутствие соматических заболеваний на первом году жизни и за последние 6 месяцев, данные дополнительных неврологических обследований головного мозга, заключения детского невролога о состоянии и функционировании ЦНС в раннем детстве).

При осмотре речи ребенка раннего возраста с отклонениями в речевом развитии мы использовали методы обследования следующих авторов Л.Ф. Спирова, А.В. Ястребова (38), О.Е. Громова,(10) такие как:

- анкетирование (анкета для родителей (матери), опросники);
- беседа с родителями;
- наблюдение за поведением и деятельностью ребенка в естественных условиях (движение, игра, еда, одевание-раздевание и т.п.) и в ходе выполнения специальных заданий;
- изучение медицинской документации;
- ознакомление с психолого-педагогической характеристикой;
- собственно логопедическое обследование ребенка (строение и функционирование основных органов артикуляции, состояние произвольного артикуляционного праксиса, дифференцированность слухового внимания к неречевым и речевым сигналам, сформированность понимания речи, в том числе простых и сложных речевых инструкций, объем пассивного и активного словарного запаса).

Обследование состояния импрессивной речи проводилось с целью: определить индивидуальный уровень понимания речи для каждого ребенка в исследуемом контингенте детей раннего возраста. При оценке состояния импрессивного словаря мы ориентировались на пять уровней становления понимания речи (нулевой, ситуативный, номинативный, предикативный, расчлененный) и их характеристики, предложенные Н.С. Жуковой (13).

В соответствии с этой системой описания уровня развития понимания речи нами были разработаны проверочные задания для детей и оценочная (балльная) шкала, в соответствии с которой определялся индивидуальный уровень развития импрессивного словаря для каждого ребенка, участвующего в эксперименте. Проверочные задания были представлены в виде 5 серий, в порядке возрастания уровня понимания ребенком обращенной речи. Если ребенок не справлялся с заданиями одной серии, то задания из следующей серии ему не предъявлялись. Задания из одной серии

предъявлялись ребенку последовательно, на одном индивидуальном занятии, между предъявлением заданий разных серий делался обязательный перерыв или они предъявлялись на следующий день.

Предложенные серии представляют собой модифицированный вариант заданий для обследования понимания речи, разработанных Р.Е. Левиной и детально систематизированных Н.С. Жуковой для обследования дошкольников с общим недоразвитием речи. Мы также опирались на некоторые задания из раздела «Понимание речи», разработанные в «Схеме логопедического обследования ребенка 2-3 годов жизни» Ю.А. Разенковой на основе общепринятой периодизации детской речи А.Н. Гвоздева. В ряде заданий мы заменили картинный материал для обследования на предметный, что создало возможности для организации более естественного общения с детьми раннего возраста, и адаптировали речевую инструкцию в соответствии с ограниченным объемом словарного запаса детей (приложение 3).

Качественный анализ результатов импрессивного словаря у детей с отклонением в речевом развитии определил, что данные дети испытывали сходные трудности в понимании обращенной к ним речи: они демонстрировали преимущественно ситуативный или номинативный уровень развития понимания речи.

При выполнении серии II («Ситуативный уровень») наибольшую сложность у детей вызвало задание №2 и задание №5: дети различали предметы по названиям, но затруднялись в различении понятия «один предмет, другой такой же предмет», соотнесении реального предмета и его изображения.

При выполнении серии III («Номинативный уровень») трудность вызывали задания №1-б, №3, №4. Большинство детей с отклонениями в развитии речи испытывали трудности при работе с картинным материалом, особенно когда на картинках были изображены действия. Дети часто начинали перебирать картинки наугад, некоторые дети отворачивались от экспериментатора. При показе изображения на картинках большинство детей не использовало указательный жест, заменяло его недифференцированным движением всей рукой в нужном направлении. В основном, дети с задержкой

речевого развития действовали импульсивно и спонтанно, реагировали на просьбу взрослого любым действием (например, вместо «другого» кубика, протягивали экспериментатору карандаши или забирали из его рук данный ранее кубик). Некоторые дети вообще отказывались выполнять непонятную им речевую инструкцию, причем одни малыши начинали сбрасывать предметы со стола, другие, наоборот, вели себя пассивно, начинали обиженно отворачиваться, втягивать голову в плечи, всем своим видом демонстрируя экспериментатору готовность в любой момент расплакаться, если взрослый будет настаивать на выполнении своей просьбы.

Таким образом, изучение состояния импрессивной речи детей с отклонениями в ее развитии показало, что предикативный уровень развития понимания речи был им не доступен, дети преимущественно находились на ситуативном или номинативном уровне развития понимания речи. Они демонстрировали выраженные трудности при предъявлении заданий с помощью предметных или простых сюжетных картинок. При этом дети были не готовы к сотрудничеству с экспериментатором, что проявлялось в их многочисленных демонстративных отказах от выполнения непонятных заданий и других негативных поведенческих реакциях (плач, немотивированные обиды на взрослого, повышенная тревожность во время обследования).

Обследование экспрессивной стороны речи проводилось по общепринятой в детской логопедии методике для детей с первым уровнем речевого развития (по Р.Е. Левиной) Н.С. Жукова.

Дополнительно мы использовали задания для логопедического обследования детей раннего возраста из пособия «Методы обследования речи детей» О.Е. Громова.

При выполнении этих заданий их последовательность можно было менять, однако мы придерживались некоторых общих принципов. Первые задания («Полоса препятствий», «Собери пирамидки»), относящиеся к блоку неречевых заданий, приводились на логопедическом обследовании не в диагностических целях (определение уровня моторного и интеллектуального развития), и носили предварительный, ориентировочный характер для оценки

перцептивных, моторных, когнитивных предпосылок формирования речевой деятельности (приложение 4).

Первые речевые задания, предъявляемые ребенку, строились исключительно с использованием игрушек и игровой ситуации (например, «Узнай (найди) звучащую игрушку», «Кто так говорит?»). В дальнейшем игровые задания («Пускаем кораблики», «Прячем игрушку») чередовались с более сложными речевыми заданиями, которые проводились не только на предметном, но и на картинном материале («Что это такое?», «Что делает?» и т.п.). Последнее задание («Слушаем рассказ») обязательно проводилось с каждым ребенком, даже если родители утверждали, что их малыш книжками не интересуется и рассказы по картинкам не слушает. Большое значение в данном обследовании имеет индивидуальный эмоциональный и речевой стиль предъявления задания, а так же то, читает взрослый текст, или выразительно пересказывает его.

В рамках констатирующего исследования мы брали разработанный и апробированный опросник для родителей О.Е. Громовой, который использовался для предварительной оценки сформированности начального детского лексикона. В опроснике «Начальный детский лексикон», представлен список наиболее часто употребляемых детьми первых слов (приложение 5).

Количественный анализ данных опросника для родителей позволил:

- у детей с задержкой речевого развития (группа внимания) (более медленным по сравнению с нормой темпом накопления слов в пассивном и активном запасе) зафиксировать в возрасте около 2 лет значительное превышение звукоподражаний (типа «ав»-«ав» в значении «собака», «лаять», «кусать») над другими словами, более близкими по своей структуре к общепринятой лексике.

Таким образом, в результате экспериментального изучения мы составили достаточно полное и детализированное представление об объеме пассивного и активного словаря каждого ребенка, смогли определить индивидуальный уровень развития понимания речи и экспрессивного словаря, а также отнести

обследованного ребенка к определенной группе детей с отклонениями в развитии речи.

Во II разделе ИДДК состояние речи детей было отражено в обобщенном виде. Мы оценивали пассивный и активный словарь детей.

По качественным показателям сформированности начального детского лексикона эти дети полностью соответствовали основным положениям к характеристике первого уровня развития речи, разработанным Р.Е. Левиной:

1. Активный словарь в зачаточном состоянии. Он состоит из звукоподражаний, лепетных слов и лишь небольшого количества общеупотребительных слов. Значения слов неустойчивы и недифференцированы.

2. Пассивный словарь шире активного, однако понимание речи вне ситуации весьма ограничено. Фразовая речь почти полностью отсутствует.

3. Способность воспроизводить звуковую и слоговую структуру слова еще не сформирована.

Качественный анализ данных логопедического обследования и сведений, полученных с помощью опросника «Начальный детский лексикон» позволил выявить следующие особенности:

В группе 1-6-при задержке речевого развития (ЗРР. группа внимания), предметный словарь характеризуется следующим образом:

- активный словарь - спонтанная речь ребенка изобилует звукоподражательными возгласами и облегченными словами, преимущественно относящимся к названиям животных (игрушечных и настоящих), а также к некоторым режимным моментам (приветствия, прощания, выражение согласия-несогласия). При этом дети очень часто дополняют свою речь жестами и выразительной мимикой. Ребенок хорошо называет всех близких, знает и употребляет лексику, регулирующую основные режимные моменты его жизни;

- пассивный словарь - понимание слов из лексических групп транспорт, одежда, еда и т.д. соответствует возрастным показателям у говорящих детей с соответствующим возрасту уровнем речевого развития.

Глагольный и адъективный словарь - активный словарь - ребенок активно употребляет многие глаголы в виде звукоподражательных слов и начинает устойчиво использовать основные прилагательные, обслуживающие его жизненные потребности, произнося их в виде облегченных слов в нужных ситуациях.

Местоимения - чаще всего в словаре у ребенка уже присутствуют личные и притяжательные местоимения, указательные местоимения еще могут заменяться жестами и возгласами.

Вопросительные слова - хорошее понимание вопросов, заданных со словом «где?»

В группе 2 - дети с задержкой речевого развития из группы риска представляли собой группу, наиболее разнородную с точки зрения качественной характеристики состава их начального детского лексикона. Одни дети были близки к описанию лексического наполнения активного и пассивного словаря детей группы 1 (ЗРР, группа внимания), другие – больше походили на детей группы 3 (ЗРР, группа выраженного риска).

В группе 3 - при выраженном отклонении в развитии речи, предметный словарь:

- отсутствие или крайне низкое наполнение активного словаря в лексических группах - имена животных, транспорт, игрушки, продукты питания, одежда, режимные моменты; при этом лексическая группа «люди» (и имена близких) в большинстве случаев формируется на уровне, достаточном для осуществления примитивной вербальной коммуникации с близкими. Пассивный словарь - на уровне детей младшего возраста или сверстников.

Глагольный и адъективный (слова - определения) словарь:

- активный словарь практически отсутствует;

- в пассивном словаре выявляется существенная разница в понимании значений глаголов по сравнению со значениями прилагательных (дети значительно лучше усваивали значения глаголов, чем значения прилагательных).

Местоимения - отмечается позднее формирование всей группы местоимений в целом, при выраженном преимуществе в активном употреблении личных местоимений по сравнению с указательными местоимениями.

Вопросительные слова - отсутствие понимания вопросительных слов, неумение адекватно реагировать на так называемые «вопросы без вопросительного слова», т.е на вопросы, оформленные собеседником без вопросительного слова, только с помощью вопросительной интонации, которые, как правило, хорошо понятны маленьким детям.

Определив некоторые важные признаки речевого недоразвития на примере изучения начального детского лексикона и выделив детей «группы риска» мы можем сказать, что необходимо разработать систему сопровождения по раннему речевому развитию данных детей.

2.2. Система сопровождения раннего речевого развития детей группы риска.

На данном этапе экспериментального исследования мы изучали особенности системы сопровождения раннего речевого развития детей группы риска в муниципальном бюджетном дошкольном образовательном учреждении №60 города Белгорода, а именно систему психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) данного дошкольного образовательного учреждения (приложение б), выделили существующие недостатки, а также предложили свою систему работы по сопровождению раннего речевого развития детей группы риска в детском саду.

Общее руководство ПМПк возлагается на заведующего ДОУ. ПМПк в своей деятельности руководствуется международными актами в области защиты прав и законных интересов ребенка, действующим законодательством РФ, нормативно-правовыми документами Министерства РФ (образования, здравоохранения, социальной защиты населения), Уставом МБДОУ, договором

между учреждением и родителями (законными представителями) воспитанника и настоящим положением. Основной состав ПМПк: председатель – старший воспитатель, члены консилиума - учителя-логопеды, воспитатели представляющие ребенка на ПМПк, педагог-психолог, врач-педиатр, старшая медсестра, инструктор по физической культуре, музыкальный руководитель, социальный педагог. Целью ПМПк является обеспечение диагностико-коррекционного психолого-медико-педагогического сопровождения воспитанников ДООУ, исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии со специальными потребностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья воспитанников.

Задачами психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения являются:

- Выявление и ранняя (с первых дней пребывания ребенка в образовательном учреждении) диагностика отклонений в развитии.
 - Профилактика физических, интеллектуальных и эмоционально-личностных перегрузок и срывов.
 - Выявление резервных возможностей развития.
 - Определение характера, продолжительности и эффективности специальной (коррекционной) помощи в рамках имеющихся в ДООУ возможностей.
 - Укрепление тенденции к коллегиальному преемственному и последовательному решению задач работы с ребенком, всестороннее обсуждение проблем ребенка специалистами разного профиля с целью определения стратегии развития и коррекции.
 - Утверждение индивидуальной программы психолого– педагогического сопровождения ребенка с учетом рекомендаций всех специалистов.
 - Включение родителей в деятельность службы сопровождения ребенка.
 - Психолого-педагогическое консультирование родителей и лиц, их заменяющих, по вопросам образования и коррекции в развитии детей.
 - Повышение компетентности специалистов в смежных с основной профессиональной деятельностью направлениях.
-

- Подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния.

Специалисты, включенные в ПМПк, выполняют работу в рамках основного рабочего времени, составляя индивидуальный план работы в соответствии с реальным запросом на обследование детей. Обследование ребенка специалистами ПМПк осуществляется по инициативе родителей (законных представителей) или сотрудников образовательного учреждения с согласия родителей (законных представителей) на основании договора между ДООУ и родителями (законными представителями) воспитанников.

На заседание ПМПк предоставляется следующая документация:

- договор между ДООУ и родителями (законными представителями) воспитанников;

- педагогическая характеристика воспитателя на ребенка;

- представление психолога, составленное по результатам обследования особенностей развития ребенка;

- медицинская документация на ребенка по определенной форме (или выписка из истории развития ребенка);

- представление логопеда, составленное по результатам обследования ребенка;

- осуществляется запись воспитанника в журнал ПМПк ДООУ.

Обследование проводится каждым специалистом ПМПк индивидуально с учетом реальной возрастной психофизической нагрузки на ребенка. По данным обследования каждым специалистом составляется заключение, определяется индивидуальная программа психолого– педагогического сопровождения ребенка и разрабатываются рекомендации. На заседании ПМПк обсуждаются результаты обследования ребенка каждым специалистом, составляется коллегиальное заключение ПМПк и согласовывается деятельность различных специалистов по оказанию специальной (коррекционной) помощи: определяются задачи и форма проведения коррекционно-развивающей работы. Коллегиальное заключение ПМПк содержит обобщенную характеристику структуры психофизического развития ребенка (без указания диагноза) и

программу специальной (коррекционной) помощи; подписывается председателем и всеми членами ПМПк. Изменение условий получения образования (в рамках возможностей, имеющихся в ДОУ) осуществляется по заключению ПМПк и заявлению родителей (законных представителей). При отсутствии в ДОУ условий, адекватных индивидуальным особенностям ребенка, а также при необходимости углубленной диагностики и/или разрешения конфликтных и спорных вопросов специалисты ПМПк рекомендуют родителям (законным представителям) обратиться в психолого-медико-педагогическую комиссию (ПМПк)

Обследование ребенка специалистами ПМПк осуществляется при первичной диагностике и по мере поступления детей. Обследуется общий уровень развития ребенка, речь, эмоциональные и коммуникативные свойства. Плановая диагностика результативности коррекционно-развивающей работы специалистов ПМПк проводится в середине и конце учебного года (декабрь, май).

На заседаниях ПМПк обсуждаются результаты диагностической, коррекционно-развивающей работы; даются рекомендации по оптимизации педагогической деятельности, по вопросам всесторонней помощи детям нуждающихся в психолого-медико-педагогическом сопровождении.

Заседания ПМПк подразделяются на плановые и внеплановые и проводятся под руководством председателя. Плановый ПМПк определяет пути психолого-медико-педагогического сопровождения детей, вырабатывает согласованные решения по определению образовательного коррекционно-развивающего маршрута, дает динамическую оценку состояния ребенка и корректирует ранее намеченную программу, решает вопрос об изменении индивидуальной программы психолого-педагогического сопровождения ребенка по окончании учебного года. Внеплановый ПМПк решает вопросы о принятии каких-либо необходимых экстренных мер по выявившимся обстоятельствам, об изменении направления ранее проводимой коррекционно-развивающей работы в изменившейся ситуации или в случае ее неэффективности. Периодичность проведения заседаний ПМПк определяется

реальным запросом дошкольного образовательного учреждения (ДОУ) на комплексное всестороннее обсуждение проблем детей с отклонениями в развитии и (или) состояниями декомпенсации; плановые ПМПк проводятся не реже одного раза в квартал. Председатель ПМПк ставит в известность родителей (законных представителей) и специалистов ПМПк о необходимости обсуждения проблемы ребенка и организует подготовку и проведение заседания ПМПк. На заседании ПМПк все специалисты, участвовавшие в обследовании или коррекционной работе с ребенком, представляют заключения на ребенка и рекомендации. Заключения специалистов, коллегиальное заключение ПМПк доводятся до сведения родителей (законных представителей) в доступной для понимания форме, предложенные рекомендации реализуются только с их согласия.

ПМПк ДОУ готовит документы на ПМПк в случае неясного диагноза или при отсутствии положительной динамики в обучении и воспитании воспитанника. Контроль за организацией процесса сопровождения детей осуществляется председателем консилиума. Заседания ПМПк оформляются протоколно. В журнале протоколов фиксируется ход обсуждения вопросов, предложения и замечания членов консилиума, а также принятые ими решения. Протоколы подписываются председателем и всеми членами консилиума. Разрешается вести протоколы ПМПк МБДОУ д/с № 60 в электронном виде. Архив ПМПк хранится у председателя консилиума и выдается только специалистам и воспитателям, работающим в ПМПк. Председатель и специалисты несут ответственность за конфиденциальность информации о детях, проходивших обследование в ПМПк.

Специалисты ПМПк готовят и ведут следующую документацию: индивидуальную карту развития ребенка, индивидуальную программу психолого – педагогического сопровождения ребенка.

По нашему мнению в данную систему мы должны активно включать родителей и проводить с ними профилактическую работу по раннему речевому развитию детей «группы риска».

С целью повышения эффективности системы сопровождения раннего речевого развития детей группы риска в детском саду нами была предложена своя модель, которая представлена на рисунке.

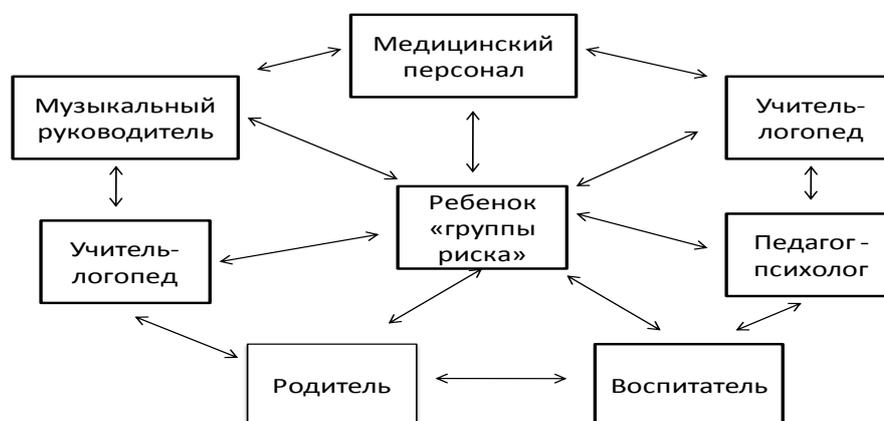


Рис. Модель по системе сопровождения раннего речевого развития детей группы риска

В нашей системе сопровождения мы рекомендуем направлять детей на ПМПк в раннем возрасте из «группы риска». Модель наглядно демонстрирует профессиональную взаимосвязь всех специалистов детского сада в работе с ребенком группы риска, а так же функциональные обязанности каждого специалиста детского сада (педагога – психолога, учителя – логопеда, воспитателя, музыкального руководителя, инструктора по физическому развитию, медицинский персонал) по отношению к воспитаннику. Все специалисты при создании модели работают под руководством учителя-логопеда, которые являются организаторами и координаторами всей коррекционно-развивающей работы.

В основу системы сопровождения раннего речевого развития детей группы риска были положены основополагающие дидактические принципы, составляющие метод логопедии как науки:

- 1) принцип развития;
- 2) принцип системного подхода;

3) принцип комплексного подхода;

4) принцип рассмотрения речевых нарушений с позиций связи речи с другими сторонами психического развития.

Принцип развития предполагал учет общих и специфические закономерностей речевого развития детей раннего возраста с выраженными трудностями овладения экспрессивной стороной речи на начальном этапе формирования вербальной коммуникации, а также выделение в сложной иерархической последовательности коррекционно-развивающих задач на первый план именно тех задач, которые находятся в зоне ближайшего развития ребенка раннего возраста. Разработка конкретных методических приемов велась с учетом последовательности появления форм и функций речи, а также основных видов деятельности в онтогенезе (онтогенетический принцип).

Принцип системного подхода применительно к воздействию на формирующуюся речевую функцию в сензитивном периоде ее развития рассматривался нами как эффективный способ предупреждения возможных осложнений в формировании различных сторон речи (звуковой, морфологической, грамматической). Например, известно, что трудности звукового наполнения первых слов объясняются у детей раннего возраста физиологическим несовершенством артикуляционного аппарата и недостаточным уровнем восприятия фонем. В то же время недостаточно точное воспроизведение интонационно-ритмического и мелодического контура слова является важным диагностическим показателем, указывающим на низкий уровень слухового внимания ребенка, кинетические трудности, проблемы формирования речевого выдоха, возможные нарушения в усвоении 2-3 сложных слов и овладении короткой фразой, которая, по наблюдениям А.К. Марковой, в норме появляется после усвоения ребенком первых трехсложных слов.

Принцип рассмотрения отклонений в развитии речи с позиций связи речи с другими сторонами психического развития учитывался нами при выявлении корреляционных связей между проблемами в речевом развитии ребенка раннего возраста и уровнем сформированности у него других сторон

психической деятельности, что помогало найти оптимальные способы воздействия на психические процессы, участвующие в образовании речевого дефекта. Участвующие в эксперименте дети имели сохраненные предпосылки интеллектуального развития и хороший слух, однако выраженные первичные проблемы формирования экспрессивной стороны речи требовали создания особых педагогических условий для их дальнейшего гармоничного развития.

Принцип комплексного подхода обеспечивает более высокие темпы динамики общего и речевого развития детей. Реализация принципа комплексности предусматривает взаимосвязь в работе учителя-логопеда, педагога-психолога, воспитателя, музыкального руководителя, инструктора по физической культуре, медицинского персонала.

Мы выделяем основные **направления** сопровождения:

- Предупреждение возникновения проблем развития ребенка.
- Помощь ребенку в решении актуальных задач развития, обучения и воспитания.
- Психолого-педагогическое обеспечение индивидуальных образовательных программ.
- Развитие психолого-педагогической компетентности, родителей, педагогов.

А также определили **задачи** сопровождения:

- Создать для ребенка эмоциональный благоприятный микроклимат в группе, при общении с детьми и педагогическим персоналом.
- Изучать индивидуальные особенности развития детей в единстве интеллектуальной, эмоциональной и поведенческой сфер их проявления.
- Оказывать помощь детям, нуждающимся в особых обучающих программах, специальных формах организации их деятельности.
- Своевременно проводить раннюю диагностику и коррекцию нарушений в развитии.
- Повышать психолого-педагогическую компетентность воспитателей, родителей по вопросам воспитания и развития ребенка.

Исходя из данных принципов, цели и задач в разработанную нами систему сопровождения раннего речевого развития детей группы риска были включены следующие специалисты: учитель-логопед, педагог-психолог, воспитатель, музыкальный руководитель, инструктор по физическому развитию и медицинская сестра. В системе заложено оптимальное сочетание индивидуальной и совместной деятельности детей группы риска и педагогов, сбалансированное чередование специально организованных занятий и нерегламентированной деятельности. Система и направления работы специалистов представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

Система сопровождения раннего речевого развития детей группы риска в детском саду

Специалист	Основные направления работы	Формы выполнения и сроки исполнения
Учитель-логопед	Логопедическая работа: - развитие артикуляционной моторики - развитие длительного физиологического выдоха и правильного речевого дыхания - развитие слухового и фонематического восприятия - развитие мелкой моторики - формирование лексико-грамматических средств языка - активизация звукоподражаний	Индивидуальная, подгрупповая работа в течении года
Медицинская сестра	Лечебно-профилактическая работа: - определение группы здоровья - рекомендации (гигиенические процедуры, витаминизация, дыхательная гимнастика, обливание рук до локтей)	Индивидуальная, подгрупповая работа в течении года
Инструктор по физическому развитию (ЛФК)	Оздоровительная работа: - развитие координации движения и формирование правильной осанки - формирование основных видов движений - развитие ориентировки в пространстве	Индивидуальная, подгрупповая работа в течении года
Воспитатель	Педагогическая работа: - ознакомление с названиями предметов	Индивидуальная, подгрупповая

	<p>окружающей действительности</p> <ul style="list-style-type: none"> - ознакомление с названиями действий и слов указывающих на изменение положения предмета в пространстве - обучение выполнению речевых инструкций с наглядной опорой (указательный жест, демонстрация действия и др.) и без наглядной опоры - обучение построению простого предложения (слово-предложение, предложение аморфных слов, слов-корней, двусоставное предложение) - стимулирование инициативной речи ребенка в специальной организованной ситуации общения - формирование математических представлений (количество, счет, величина, форма, ориентировка во времени) - формирование навыков и умений изобразительной деятельности, развитие мелкой моторики 	<p>работа в течении года</p>
Педагог-психолог	<ul style="list-style-type: none"> - развитие внимания (слухового и зрительного) - развитие памяти - развитие мышления - развитие воображения - развитие инициативности, самостоятельности, активности - развитие познавательных процессов 	<p>Индивидуальная, подгрупповая работа в течении года</p>
Музыкальный руководитель	<ul style="list-style-type: none"> - развитие чувства ритма - развития восприятия музыки - развитие динамического слуха - активизация речевых вокализаций - активизация жестово-мимических средств общения 	<p>Индивидуальная, групповая работа в течении года</p>

В данной системе мы предлагаем тесное взаимодействие специалистов с семьей ребенка который находится в «группе риска». С целью профилактики и коррекции социального и психологического и речевого недоразвития детей «группы риска» с семей, специалистами ДОУ: воспитателями, педагог-психологом, учителем-логопедом, музыкальным руководителем, социальным педагогом, медицинскими работниками и старшим воспитателем рекомендуем проводить работу по повышению педагогической грамотности родителей,

включение их в деятельность ДОУ. Привлечение родителей к созданию развивающей среды в группе, участию в детских праздниках, спортивных мероприятиях, выставках совместных работ родителей и детей помогает налаживанию психологического контакта. Родители зачастую испытывают определённые трудности в том, что не могут найти достаточно свободного времени для занятий с детьми дома, бывают не уверены в своих возможностях. Поэтому столь необходимой представляется реализация целостной системы взаимодействия ДОУ и семьи. При этом использование разнообразных форм сотрудничества с родителями даёт возможность сформировать у них интерес к вопросам воспитания, вызвать желание расширять и углублять имеющиеся педагогические знания, развивать креативные способности. Для родителей мы рекомендуем проводить педагогами ДОУ консультации на темы: педагог-психолог: «Психологические особенности детей раннего возраста», учитель-логопед: «Особенности речевого развития детей раннего возраста с учетом реализации ФГОС ДО », медицинские работники: «Режим дня в младшей группе», музыкальный руководитель: «Развитие чувства ритма на музыкальных занятиях», инструктор по физической культуре: «Развитие общей координации движений» и др. Некоторые консультации мы представили в приложении 7.

Мы предлагаем разработать индивидуальный маршрут развития ребенка «группы риска» (см. приложение 8). А также следует дать рекомендации медицинскому персоналу, если ребенок находится в группе риска по соматическому статусу и учителю-логопеду, педагогу-психологу, социальному педагогу, воспитателю, если ребенок находится в группе риска по речевому развитию. Примерные рекомендации представлены в приложении 9.

Таким образом, предлагаемая система сопровождения речевого развития детей группы риска, основа которой - тесное взаимодействие всех участников педагогического процесса, способствует успешному формированию речевого развития, социализации и адаптации их в обществе.

Плюсами нашей модели сопровождения заключаются в том, что мы предлагаем проводить диагностику и коррекцию речевого развития в раннем возрасте и с тесным сотрудничеством родителей на всех этапах работы.

В течение реализации системы раннего речевого развития детей «группы риска» возникали проблемы в работе с родителями. Не все родители в полной мере осознавали ответственность за становление речи и психических функций их детей, не являлись активными участниками, некоторые родители были не организованными, т.е не посещали родительские собрания, не приходили на консультации. С такими родителями мы рекомендуем проводить дополнительную консультативно – просветительскую работу в нетрадиционной форме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По имеющимся, полученным в последние годы данным, в среднем по России около 80 % новорожденных являются физиологически незрелыми, а около 70 % имеют поражения нервной системы уже в ранний период жизни. Как отмечают специалисты, многие сенситивные периоды, играющие главную роль в последующем развитии ребенка, приходятся как раз на ранний и дошкольный возраст.

В ходе исследования мы разработали педагогический инструментарий

(индивидуальная дифференциально-диагностическая карта, анкета, опросник), с помощью которого был детально изучен процесс изучения анамнестических данных, речевого развития детей группы риска и выделили некоторые наиболее характерные признаки речевого дизонтогенеза, проявляющиеся в раннем возрасте.

Таким образом, проведенный анализ анамнестических сведений позволил:

- уточнить состав основных факторов риска, которые могут оказать существенное влияние на речевое детей раннего возраста;
- определить некоторые ранние признаки дизонтогенетического типа развития младенца на первом году жизни (например, нарушения физиологического процесса естественного вскармливания и связанные с ним дальнейшие проблемы перехода на твердую пищу, проявляющиеся по типу дисфагических расстройств);
- учесть индивидуальные особенности развития каждого малыша (наличие или отсутствие соматических заболеваний на первом году жизни и за последние 6 месяцев, данные дополнительных неврологических обследований головного мозга, заключения детского невролога о состоянии и функционировании ЦНС в раннем детстве).

Исходя из исследовательских данных для детей группы риска нами была разработана система коррекционно-педагогического сопровождения раннего речевого развития детей «группы риска». В систему были включены следующие специалисты дошкольного образовательного учреждения: учитель-логопед, педагог-психолог, музыкальный руководитель, воспитатель, инструктор по физическому развитию, медицинская сестра. Она может быть успешно применена в дошкольных образовательных учреждениях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксарина, Н.М. Развитие и воспитание ребенка от рождения до трех лет. [Текст]/ Н.М. Аскарина – М.: Просвещение, 2009. – 114 с.
2. Барсукова, Т.А. Социально-педагогическое сопровождение детей «группы риска» и их семей [Текст] / Т.А. Барсукова // Социальная педагогика. - 2003. - № 1. - С.70–72.
3. Блинкова, Т. М. Логопедическая группа. Развитие речи детей 2-3 лет [Текст]/ Т.М.Блинкова.- Волгоград: Учитель, 2011.-270с.
4. Бобкова, Н.В. Программа коррекционно - развивающих занятий в группе кратковременного пребывания для детей раннего возраста [Текст] /Н.В.Бобкова, Е.А.Кузнецова, Т.В.Орлина, Н.А.Панова //«Воспитание и обучение детей с нарушениями развития». - 2006. - №3. - С. 55 - 62.

5. Васильева, М.А. Программа воспитания и обучения в детском саду [Текст] / М.А. Васильева, В.В. Гербова, Т.С. Комарова – М.: Мозаика-Синтез, 2005. – 106 с.
6. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка: Актуальные проблемы дефектологии. [Текст] / Е.Н. Винарская – М.: Просвещение, 2002. – 78 с.
7. Выготский, Л.С. Проблемы дефектологии. [Текст] / Л.С. Выготский- М.: Просвещение, 2005. – 126 с.
8. Волосовец, Т.В. Состояние и перспективы развития системы ранней помощи детям в России Ранняя психолого-медико-педагогическая помощь детям с особыми потребностями и их семьям: Материалы конференции. [Текст] / Т.В.Волосовец// - М.: МПУ, 2013. - С. 12-16.
9. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи. [Текст] / А.Н. Гвоздев – М.: Просвещение, 2011. – 255 с.
10. Громова, О.Е. Развитие речи ребенка: от первых слов до первых фраз. [Текст] /О.Е. Громова – М.: Просвещение, 2007. – 154 с.
11. Дунайкин, М.Л. Методические подходы к оценке нервно-психического развития детей первого года жизни [Текст] / М.Л. Дунайкин, И.Л. Брин // Дефектология. 2002. - №3. С. - 78-83.
12. Дети «группы риска» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://womanadvice.ru/deti-gruppy-riska>
13. Жукова, Н.С. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников. [Текст] /Н.С. Жукова Е.М. Мастюкова Т.Б. Филичева - М.: Просвещение, 2006. – 196 с.
14. Коломинский, Я.Л. Детская психология. [Текст] / Я.Л. Коломинский - М.: Просвещение, 2008. - 399 с.
15. Крайг, Г. Психология развития. [Текст] / Г.Крайг - СПб.: Питер, 2005.-940 с.
16. Кулагина, И.Ю. Возрастная психология. [Текст] / И.Ю. Кулагина - М.: Просвещение, 2004. - 464 с.

17. Кривцова, Т. А. Планирование работы по формированию общих речевых навыков у детей 2-3 лет. [Текст] / Т.А.Кривцова //Логопед.- 2007.- №6. - С.34-39.
18. Казакова, Е.И. Три основные группы факторов риска [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://bibliofond.com/view.aspx?id=46772>
19. Летунова, В.Е. Дети группы риска [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://perviydoc.ru/>
20. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. [Текст] / А.Н. Леонтьев - М.: Просвещение, 2005. - 304 с.
21. Марцинковская, Т.Д. Психология развития. [Текст] / Т.Д. Марцинковская - М.: Просвещение, 2005. - 528 с.
22. Мухина, В.С. Возрастная психология. [Текст] / В.С. Мухина - М.: Просвещение, 2003. - 624 с.
23. Обухова, Л.Ф. Детская (возрастная) психология. [Текст] / Л.Ф. Обухова – М.: Академия, 2006. - 374 с.
24. Оленникова, М.В. Возрастная психология: Конспект лекций [Текст] / М.В. Оленникова - М.: Академия, 2006. – 126 с.
25. Олиференко, Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. – М.: Академия, 2002. – 214 с.
26. Пермякова, В. А. Критерии нормального развития в оценке психического здоровья. [Текст] / В.А.Пермякова - Иркутск.: ИГУ, 2011. - 32 с.
27. Практическая психология образования [Текст] / Под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Академия, 2003. – 264 с.
28. Петровский, В. А. Построение развивающей среды в ДОУ [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2012/09/26/>
29. Разенкова, Ю.А. Служба ранней помощи как форма оказания психолого-педагогической и медико-социальной поддержки семьям с проблемными детьми младенческого и раннего возрастов [Текст] / Ю.А. Разенкова // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2010. – № 2. – С. 35–44.

30. Розенгарб – Пупко, Г.И. Формирование речи у детей раннего возраста. [Текст] / Г.И. Розенгарб – Пупко - М.: Просвещение, 2003. – 154 с.
31. Сидорова, Л.А. Дети «группы риска»: помощь, поддержка, защита[Текст] /Л.А. Сидорова //Социальная педагогика. - 2003. - №2. - С. 98 – 100.
32. Стребелева, Р.А. Коррекционно-развивающее обучение. [Текст] – М.: Просвещение, 2005. – 272 с.
33. Сурикова, М.Д. Дети группы риска и их психологические особенности [Текст] / М.Д. Сурикова // Молодой ученый. – 2013. - № 4. – С. 607-609.
34. Условия речевого развития детей раннего возраста [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://nsportal.ru/blog/detskii-sad/all/2012/12/28/usloviya-aktivizatsii-rechevogo-razvitiya-detey-rannego-vozrasta>
35. Филичева, Т. Б. Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи. [Текст] /Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина. – М.: Просвещение, 2001 – 167с.
36. Шаповаленко, И.В. Возрастная психология. [Текст] / И.В. Шаповаленко - М.: Гардарики, 2007. - 349 с.
37. Шпицына, Л.М. Коррекционная педагогика: психолого-педагогические консультирование и сопровождение развития ребенка. [Текст] / Л.М. Шпицына -М.: Просвещение, 2003. – 528 с.
38. Ястребова А.В. Учителю о детях с нарушениями речи. [Текст]/ Л.Ф. Спирова, А.В. Ястребова- М.: Просвещение, 2004. -156с.