



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ

Методические рекомендации

Москва 2017

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

СОГЛАСОВАНО

Главный внештатный детский
специалист невролог
Департамента здравоохранения
города Москвы
Т.Т. Батышева


«29» сентября 2017 г.


РЕКОМЕНДОВАНО

Решением бюро
Ученого медицинского совета
Департамента здравоохранения
города Москвы №


«18» октября 2017 г.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ
НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ**

Методические рекомендации № 49

Москва 2017



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ГОРОДА МОСКВЫ

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ
НАРУШЕНИЙ У ДОШКОЛЬНИКОВ**

Москва 2017

Учреждение разработчик: ГБУЗ "Научно-практический центр детской психоневрологии" Департамента здравоохранения города Москвы

Составители: директор ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист Департамента здравоохранения Москвы по детской неврологии, главный внештатный специалист Минздрава России по детской реабилитации, доктор медицинских наук, профессор **Т.Т. Батышева**; заместитель директора по психолого-педагогической работе ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы **Г. И. Орлова**; заместитель директора по медицинской части ГБУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы», кандидат медицинских наук **Ю.А. Климов**; логопеды ГБУЗ «Научно-практический центр детской психоневрологии» Департамента здравоохранения города Москвы: **Н.В. Леонова, Л.И. Флёрис, И.М. Павлова, Т.Ю.Колчина, К.Ю.Сидорова, Н.Н.Дягтерёва, С.М.Белякова, Н.Н.Клочкова, Н.П.Крикова**; заместитель директора по медицинской части ГБУЗ «Научно-практического центра детской психоневрологии Департамента здравоохранения города Москвы» **Саржина М. Н.**

Рецензент: **Дудко О. В.**, кандидат педагогических наук доцент кафедры специальной педагогики и инклюзивного образования факультета специальной педагогики и психологии Московского государственного областного университета

Назначение: для логопедов поликлиник, окружных клинко-диагностических центров, стационаров, реабилитационных центров, осуществляющих диагностику и реабилитацию детей дошкольного возраста.

Данный документ является собственностью Департамента Здравоохранения города Москвы, не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

Авторы несут ответственность за предоставленные данные в методических рекомендациях.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
ПСИХИЧЕСКОЕ И РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ	5
КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ	8
I. КЛИНИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ	8
I.I. НАРУШЕНИЕ ФОНАЦИОННОГО ОФОРМЛЕНИЯ ВЫСКАЗЫВАНИЯ	8
I.II. НАРУШЕНИЕ СТРУКТУРНО-СЕМАНТИЧЕСКОГО (ВНУТРЕННЕ-ГО) ОФОРМЛЕНИЯ ВЫСКАЗЫВАНИЯ	11
II. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ	13
II.I. НАРУШЕНИЕ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ	13
II.II. НАРУШЕНИЕ В ПРИМЕНЕНИИ СРЕДСТВ ОБЩЕНИЯ	15
АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	16
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	26
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	26
ПРИЛОЖЕНИЯ	27

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ЗПР – Задержка психического развития
ЗПРР – Задержка психоречевого развития
ОНР – Общее недоразвитие речи
ФН – Фонетические нарушения
ФФН – Фонетико-фонематические нарушения
СНР – Системное недоразвитие речи

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы наблюдается значительный рост распространенности речевой патологии у детей и её осложнённости в виде проявления множества сочетанных расстройств, не ограничивающихся только нарушением речевой функции. Особое значение в связи с этим приобретает вопрос грамотной дифференциальной диагностики разнообразных проявлений дефектов речи и психики у детей раннего и дошкольного возраста. При диагностике важно не только констатировать интеллектуальную, речевую, двигательную или сенсорную недостаточность, необходимо вывести клиническое и педагогическое заключение, которое отражало бы причину и механизм нарушения развития, определяло бы учебный и социальный прогноз, а также пути и методы коррекционной работы.

Уникальность дошкольного возраста (от 3-х до 6-7 лет) отмечается всеми специалистами в области медицины и педагогики т.к. период дошкольного детства является важным периодом в формировании психики, мышления, речи, эмоционально-волевой сферы личности ребенка. *Диагностика нарушений предречевого и речевого развития в младенческом и раннем возрасте (до 3-х лет) рассматривалась нами ранее в Методических рекомендациях № 24 ДЗ г.Москвы, М.2016.*

Основной задачей дифференциальной диагностики является выявление нарушения в развитии ребенка с соотнесением данного конкретного случая к определенному варианту дизонтогенеза. Помимо конкретизации дифференциальная диагностика решает следующие задачи:

- отграничение друг от друга сходных состояний аномального развития различного генеза; - выяснение первичности или вторичности конкретного отклонения в развитии;
- изучение атипичного протекания дизонтогенеза;
- определение роли различных дефектов при сложных, комплексных отклонениях;
- выявление связи между дизонтогенетическими (признаками нарушенного развития) и энцефалопатическими (повреждение мозговых структур) расстройствами.

В теоретической основе принципов дифференциальной диагностики и организации коррекционных методик речевых нарушений лежит учение о закономерностях компенсаторных и резервных возможностей ребенка, а также о движущих силах его моторного, речевого и психического развития.

ПСИХИЧЕСКОЕ И РЕЧЕВОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

Психическое развитие ребенка — это сложный, генетически обусловленный процесс последовательного созревания высших психических функций, реализующийся под влиянием различных факторов внешней среды. К основным психическим функциям относятся: **гнозис** (узнавание, восприятие), **праксис** (целенаправленные действия), **внимание, память, мышление** (аналитико-синтетическая деятельность, умение сравнивать и классифицировать, обобщать и.д.), **речь, чтение, письмо, счет, эмоции, воля, поведение, самооценка** и др.

В. В. Лебединский (2003) выделяет шесть основных видов нарушений психического развития у детей:

1. Необратимое психическое недоразвитие (олигофрения).

2. Задержанное психическое развитие (обратимое — полностью или частично).
3. Поврежденное психическое развитие — деменция (наличие предшествующего периода нормального психического развития).
4. Дефицитное развитие (в условиях нарушений зрения, слуха, соматической патологии).
5. Искаженное психическое развитие (ранний детский аутизм).
6. Дисгармоническое психическое развитие (психопатии).

Задержки психического развития у детей и их коррекция являются актуальной проблемой детской психоневрологии. Термин «задержка психического развития» был предложен Г. Е. Сухаревой еще в 1959 г. Под **задержкой психического развития (ЗПР)** понимают замедление нормального темпа психического созревания по сравнению с принятыми возрастными нормами. ЗПР начинается в раннем детском возрасте без предшествующего периода нормального развития, характеризуется стабильным течением (без ремиссий и рецидивов, в отличие от психических расстройств) и тенденцией к прогрессивному нивелированию по мере взросления ребенка. О ЗПР можно говорить до младшего школьного возраста. Сохраняющиеся признаки недоразвития психических функций в более старшем возрасте свидетельствуют об олигофрении (умственной отсталости).

Группа детей с задержкой психического развития неоднородна. В специальной психологии предложено множество классификаций задержки психического развития. Этиопатогенетическая классификация, предложенная **К. С. Лебединской** выделяет **4 клинических типа ЗПР**:

ЗПР конституционального генеза обусловлена замедлением созревания ЦНС. Характеризуется гармоническим психическим и психофизическим инфантилизмом. При психическом инфантилизме ребенок ведет себя, как более младший по возрасту; при психофизическом инфантилизме страдает эмоционально-волевая сфера и физическое развитие. Антропометрические данные и поведение таких детей не соответствуют хронологическому возрасту. Они эмоционально лабильны, непосредственны, отличаются недостаточным объемом внимания и памяти. Даже в школьном возрасте у них преобладают игровые интересы.

ЗПР соматогенного генеза обусловлена тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями ребенка в раннем возрасте, неизбежно задерживающими созревание и развитие ЦНС. В анамнезе детей с соматогенной задержкой психического развития часто встречаются бронхиальная астма, хроническая диспепсия, сердечно-сосудистая и почечная недостаточность, пневмонии и др. Обычно такие дети долгое время лечатся в больницах, что вдобавок обуславливает еще и сенсорную депривацию. ЗПР соматогенного генеза проявляется астеническим синдромом, низкой работоспособностью ребенка, меньшим объемом памяти, поверхностным вниманием, плохой сформированностью навыков деятельности, гиперактивностью или заторможенностью при переутомлении.

ЗПР психогенного генеза обусловлена неблагоприятными социальными условиями, в которых пребывает ребенок (безнадзорностью, гиперопекой, жестоким обращением). Дефицит внимания к ребенку формирует психическую неустойчивость, импульсивность, отставание в интеллектуальном развитии. Повышенная забота воспитывает в ребенке безынициативность, эгоцентризм, безволие, отсутствие целеустремленности.

ЗПР церебрально-органического генеза встречается наиболее часто и обу-

словлена первичным негрубым органическим поражением головного мозга. В этом случае нарушения могут затрагивать отдельные сферы психики либо мозаично проявляться в различных психических сферах. Задержка психического развития церебрально-органического генеза характеризуется несформированностью эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности: отсутствием живости и яркости эмоций, низким уровнем притязаний, выраженной внушаемостью, бедностью воображения, двигательной расторможенностью и т. п.

Задержка психического развития может быть диагностирована только в результате всестороннего комплексного обследования ребенка.

Речевое развитие является одной из основных характеристик общего развития ребенка. Речь становится важным средством связи между ребенком и окружающим миром, наиболее совершенной формой общения, присущей только человеку. Для нормального формирования речи необходимо, чтобы кора головного мозга достигла определенной зрелости, был сформирован артикуляционный аппарат, сохранен слух и полноценное речевое окружение с первых дней жизни ребенка.

Специалисты выделяют: **импрессивную речь** (процесс восприятия речи на слух, понимание смысла, содержания речевого высказывания) и **экспрессивную речь** (процесс высказывания с помощью языка).

В ходе развития речи ребенок овладевает несколькими подсистемами родного языка.

Первая из них — **фонетика**, система звуков речи. Любой язык имеет в своей основе определенный сигнальный или фонематический признак, изменение которого меняет смысл слова. Этот сигнальный, смыслоразличительный признак составляет основу звуковых единиц языка — фонем (от греч. *phōnēma* — «звук речи»). К числу основных смыслоразличительных признаков относятся звонкость и глухость (был–пыл, дом–том, гость–кость), твердость и мягкость (пыл–пыль), ударность и безударность (за’мок–замо’к).

Кроме того, язык является упорядоченной системой, в которой все части речи связаны между собой не только определенными правилами, но и по смыслу. Совокупность этих правил и лексического наполнения составляют **лексико-грамматический строй речи**, благодаря которому слова складываются в законченные смысловые единицы. **Синтаксис** устанавливает правила сочетания слов в предложении, **семантика** объясняет значение отдельных слов и фраз, а **прагматика** — социальные правила, предписывающие, что, как, когда и кому следует говорить. В процессе развития речи дети осваивают эти законы родного языка.

Поэтому так важно знать естественный ход физического, психического и речевого развития ребенка в разных возрастных периодах.

Для определения уровня развития высших психических функций воспользуемся «профилем развития» отражающим состояние психоневрологического статуса ребенка по следующим шкалам: движение, (моторика крупная и мелкая), восприятие (зрительное и слуховое), речь (экспрессивная и импрессивная), интеллект, разработанный в Научно-терапевтическом центре по профилактике и лечению психоневрологической инвалидности (под ред. Скворцова И.А.). **Приложение 1.**

Отставание в формировании речи, нарушения формирования и развития речи у детей в возрасте от 3 лет подразумевает широкий круг расстройств, имеющих разные причины.

Причинами задержки психического и речевого развития могут явиться патоло-

гия течения беременности и родов, недоношенность, нейроинфекции, кровоизлияния, нарушения анатомического строения и функций артикуляционного аппарата, нарушение слуха, зрения, общее отставание в психическом развитии ребенка, влияние наследственности и неблагоприятных социальных факторов (недостаточное общение и воспитание). Трудности в освоении речи характерны также для детей с признаками отставания и темповой задержки в физическом развитии, перенесших в раннем возрасте тяжелые заболевания, а так же для соматически ослабленных детей.

Психическое развитие является базовой основой для развития речи. Нарушение, отставание в формировании психических процессов, как правило, приводит к задержке или нарушениям речевого развития.

Задержка речевого развития - это несформированность в нормальные возрастные сроки отдельных компонентов речевой функции. Специалистами (А.Н. Голик, В.Н. Мамцева) выделяются три типа ЗРР:

- **легкая:** запаздывание в развитии речи, заключающееся в позднем произнесении первых слов, задержанном формировании фразовой речи, значительных дефектах звукопроизношения, часто сочетается с задержкой развития моторики и психического развития;
- **грубая:** задержанность и рудиментарность периода лепета, глубокая задержка формирования всех сторон речи, до 4-5 лет жизни отсутствуют или резко недостаточны словесные формы общения, общение с окружающими ограничено жестами, сочетается с выраженной задержкой психического развития;
- **резкая:** речь ограничивается отдельными словами или простой, грамматически не оформленной фразой, расширение словаря идет медленно, не усваивается структура многосложных слов, отмечаются перестановки слогов, выраженные аграмматизмы, мало дифференцирована фонетика; чем тяжелее нарушение речи, тем чаще обнаруживается органическое поражение ЦНС.

Задержку речевого развития необходимо отличать от общих нарушений развития (аутизма, элективного мутизма, олигофрении), общего недоразвития речи и системного недоразвития речи.

КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ

В настоящее время в логопедии существуют 2 классификации, описывающие речевые нарушения – **клинико-педагогическая и психолого-педагогическая** (по Левиной Р.Е.). При различии в типологии и группировке видов речевых нарушений, одни и те же явления рассматриваются с разных точек зрения. Между ними нет противоречий, они дополняют друг друга и отражают определенный подход к речевым нарушениям и выбор средств коррекции.

Клинико-педагогическая классификация

Клинико-педагогическая классификация нацелена на предельную детализацию видов и форм нарушений речи и основывается на подходе от общего к частному. В ней учитываются «межсистемные взаимодействия нарушений речи с обуславливающим их материальным субстратом» (Л.С.Волкова). Она основывается на совокупности психолого-лингвистических, клинических и этиопатогенетических

критериев (однако ведущая роль отводится психолого-лингвистическим критериям). Все виды нарушений речи делятся на **2 основные группы**: нарушения **устной и письменной речи**.

Нарушения устной речи разделены на 2 типа: 1. **фонационного (внешнего)** оформления высказывания, которые называют нарушениями **произносительной стороны речи**. 2. **структурно-семантического (внутреннего)** оформления высказывания, которое в логопедии называют **системными или полиморфными нарушениями речи**. В данной классификации не выделяются в качестве самостоятельных нарушений речи нарушения письма и чтения. Они рассматриваются в составе фонетико-фонематического и общего недоразвития речи как их системные, отсроченные последствия, обусловленные несформированностью фонематических и морфологических обобщений, составляющих один из ведущих признаков.

I.1. Нарушения фонационного оформления высказывания

Дисфония (афония) — расстройство (или отсутствие) фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата; дисфония проявляется в нарушениях силы, высоты и тембра голоса.

Брадилалия — патологически замедленный темп речи, проявляется в замедленной реализации артикуляторной речевой программы.

Тахилалия — патологически ускоренный темп речи, проявляется в ускоренной реализации артикуляторной речевой программы.

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц фонаторно-дыхательного и речевого аппарата.

Ринолалия — расстройства артикуляции и голосообразования, обусловленные дефектами строения и функционирования речевого аппарата. Ринолалия характеризуется грубыми искажениями звукопроизношения, назализацией согласных и гласных звуков, вторичным нарушением фонематических процессов и письменной речи, недоразвитием лексико-грамматической стороны речи. Диагностическое обследование при ринолалии включает консультацию отоларинголога, челюстно-лицевого хирурга, логопеда для выявления анатомических и функциональных дефектов артикуляционного аппарата и степени нарушения всех сторон речи. С целью преодоления ринолалии может проводиться хирургическое, физиотерапевтическое, ортодонтическое лечение; психотерапия, логопедическая работа.

Дислалия — нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата (синонимы: дефекты звукопроизношения, фонетические дефекты, недостатки произношения фонем).

Дизартрия — нарушение речи, сопровождающееся расстройством артикуляции, фонации, речевого дыхания, темпо-ритмической организации и интонационной окраски речи, в результате чего речь теряет свою членораздельность и внятность. Нарушения звукопроизношения при дизартрии проявляются в разной степени и зависят от характера и тяжести поражения нервной системы.

В основу неврологической классификации дизартрии положен принцип локализации поражения головного мозга и синдромологический подход в зависимости от ведущего клинического синдрома при ДЦП.

С учетом локализации поражения головного мозга различают:

- **бульбарную дизартрию**, связанную с поражением ядер черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, подъязычного, блуждающего, иногда – лицево-

- го, тройничного) в продолговатом мозге
- **псевдобульбарную дизартрию**, связанную с поражением корково-ядерных проводящих путей
 - **экстрапирамидную (подкорковую) дизартрию**, связанную с поражением подкорковых ядер головного мозга
 - **мозжечковую дизартрию**, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей
 - **корковую дизартрию**, связанную с очаговыми поражениями коры головного мозга.

При **синдромологическом подходе** выделяют следующие формы дизартрии в зависимости от ведущего клинического синдрома при ДЦП: **спастико-паретическая, спастико-ригидная, гиперкинетическая, атактическая.**

При детском церебральном параличе дизартрии чаще всего отличаются смешанным характером нарушения: **спастико-гиперкинетическая, спастико-атактическая, атактико-гиперкинетическая, спастико-атактико-гиперкинетическая.**

Таблица 1.

Таблица-1. Основные нарушения при различных формах дизартрии

Форма дизартрии	Ведущий синдром	Форма ДЦП	Характер нарушения мышечного тонуса	Наличие непроизвольных насильственных движений, синкинезий	Нарушения артикуляционной моторики, артикуляционного праксиса, мимики
1	2	3	4	5	6
Спастико-паретическая дизартрия	Спастический парез	Спастическая диплегия, гемипарез	Спастичность, реже — гипотония	Синкинезии, оральные синкинезии. Возможно сохранение рефлексов орального автоматизма	Снижение объема и амплитуды артикуляционных движений языка, губ (различной степени). Может страдать выполнение и сохранение артикуляционных поз; переключение от одной артикуляции к другой. Гипомимия лица
Спастико-ригидная дизартрия	Спастический парез и тонические нарушения управления речевой деятельностью типа ригидности	Двойная гемиплегия	Спастичность мышц и ригидность (максимальное резкое повышение мышечного тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре, усиливающиеся под влиянием внешних раздражителей)	Частое присутствие синкинезии стволового уровня мозга и оральных автоматизмов (насиленные сосательные и облизывающие движения)	Объем артикуляционных движений строго ограничен. Включение в движение с удлиненным латентным периодом (до нескольких минут). При включении в движение тонуса во всей речевой и скелетной мускулатуре. Язык напряжен, малоподвижен, отодвинут назад, не всегда его удается вывести из плоскости рта. Недифференцированность губных и язычных движений (смешанная губно-язычная артикуляция). Мимика крайне бедная (лицо застывшее, маско-образное)

Гиперкинетическая дизартрия	Гиперкинез	Гиперкинетическая форма ДЦП	Дистония, реже гипотония (большая). Зависимость тонуса от внешних влияний, эмоционального состояния, произвольных движений	Гиперкинезы языка, лица, шеи в покое, усиливаются при произносительных попытках. Синкинезии	Объем артикуляционных движений может быть достаточным. Особые трудности удержания и ощущения артикуляционной позы и при переключении от одной артикуляции к другой, т.е. страдает автоматизация артикуляционных движений
Атактическая дизартрия	Атаксия	Атоническая форма ДЦП	Гипотония	Тремор языка (при целенаправленных движениях)	Дисметрия (несоответственность) артикуляционных движений; чаще — гиперметрия (увеличение амплитуды, утрированность, замедленность движений). Трудность выполнения и удержания артикуляционных укладов. Мимика вялая

В практике специалисты активно пользуются двумя видами классификаций дизартрии, которые можно соотнести между собой.

1. **Спаستико-паретическая** (ведущий синдром – спастический парез, нарушения тонуса – от атонии, гипотонии до гипертонуса) – **бульбарная и псевдобульбарная дизартрии**.
2. **Спастика-ригидная** (ведущие синдромы — спастический парез и нарушение тонуса по типу ригидности) — **псевдобульбарная дизартрия**.
3. **Гиперкинетическая** (ведущий гиперкинетический синдром) – **подкорковая (экстрапирамидная) дизартрия**.
4. **Атактическая** (ведущий синдром — атаксия) – **мозжечковая дизартрия**.

Отдельно следует отметить **корковую дизартрию**, выделяемую по принципу локализации поражения головного мозга, связанную с очаговыми поражениями **коры** головного мозга и выражающуюся в **апраксиях афферентной (кинестетической) и эфферентной (кинестетической)**, встречается при **афазиях и алалиях**.

Тяжелая степень дизартрии, при которой речь почти полностью невозможна из-за паралича речедвигательных мышц, носит название **анартрии**. По способности произносительной активности детей с анартрией можно разделить на три группы: **первая** — дети с полным отсутствием голосовой активности; **вторая** — дети с голосовой активностью (кхы, ахк и т. п.); **третья** — дети со звуко-слоговой минимальной активностью, которые хорошо произносят всего два-три слога.

Стертая форма дизартрии (минимальные дизартрические расстройства) — это более легкая степень, при которой неврологическая симптоматика нерезко выражена, имеются парезы отдельных мышечных групп, сопровождающиеся нечетким звукопроизношением, смазанностью, назализацией, дисфонией, просодическими расстройствами, коротким и поверхностным дыханием. При стертой форме дизартрии прослеживаются не только фонетические, но и просодические, и дыхательные нарушения. По своим проявлениям стертая дизартрия близка к сложной функциональной дислалии.

І.І. Нарушениям структурно-семантического (внутреннего) оформления высказывания

Алалия (по современным международным классификациям – «**дисфазия**» или «**дисфазия развития**») — системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон в доречевом периоде. При алалии отмечается позднее появление речи, бедность словарного запаса, аграмматизмы, нарушение слоговой структуры, звукопроизношения и фонематических процессов.

В логопедической практике выделяют **экспрессивную (моторную)** алалию; **импрессивную (сенсорную)** алалию; **смешанную сенсомоторную алалию** с преобладанием нарушения развития импрессивной или экспрессивной речи.

Афазия. Детские афазии – это группа полиэтиологических нарушений центральной нервной системы, которые характеризуются частичной или тотальной потерей речевых функций у детей с ранее сформировавшейся речью.

Характерный возраст для детских афазий – 3-7 лет. Время начала заболевания зависит от того, в какой момент действовал этиологический фактор, вызвавший поражение определенных зон коры головного мозга. Также в роли этиологических факторов выступают опухоли, аневризмы, гематомы, абсцессы головного мозга, энцефалит.

Классификация детских афазий:

Согласно Международной классификации болезней (МКБ-10) детские афазии можно разделить на две группы:

1. Детские афазии, возникшие в результате органического или структурного изменения коры головного мозга. Сюда относятся речевые нарушения вследствие опухолей, травм, патологии сосудов и др. В зависимости от места поражения и патогенетических механизмов эта группа разделяется на подгруппы, которые будут рассмотрены далее.
2. Синдром Ландау-Клеффнера или приобретенная эпилептическая детская афазия. В данном случае речевые нарушения возникают без органических патологий головного мозга, основой их развития является эпилептиформная активность.

Отдельно стоит выделить сочетание этих синдромов. Данное состояние развивается в тех ситуациях, когда на фоне новообразования, гематомы или других структурных изменений головного мозга появляются судорожные приступы, существенно утяжеляющие клиническую картину и стимулирующие прогрессирование детской афазии.

В зависимости от речевых и неречевых симптомов, а также локализации поражения выделяют следующие формы структурных детских афазий: **акустико-гностическая или сенсорная, акустико-мнестическая, моторные: афферентная и эфферентная, динамическая**. Присутствующей у взрослых **семантической формы** в детском возрасте не наблюдается, поскольку в этом периоде еще не сформирована система символически-знакового общения сигналов.

Акустико-гностическая или сенсорная форма. Зона поражения – задняя 1/3 верхней височной извилины левого полушария. Эта форма детской афазии возникает из-за нарушения акустического анализа и обработки звуков речи, что характеризуется поражением фонематического слуха. Клинически проявляется нарушением всех форм устной и письменной речи, чтения и устного счета, ритмическим воспроизведением. Также у таких детей наблюдается чрезмерная тревога и возбу-

димось, эмоциональная нестабильность.

Акустико-мнестическая форма. Локализация поражения – средние и задние участки височной области. Суть этой детской афазии – повышение тормозимости слуховых следов, приводящее к нарушению слуховой и речевой памяти. Также присутствует дефект зрительных и предметных образов-представлений. Такие дети не понимают подтекста, аллегорий, не могут называть предметы. Отмечается умеренное нарушение устной речи и ее восприятия. Может возникать повышенная активность и эмоциональная нестабильность, тревога.

Афферентная моторная детская афазия. Место поражения – нижние отделы постцентральной коры двигательного анализатора доминирующего полушария. Патогенетически основывается на нарушениях кинестетического восприятия. Основной признак – аномалии мелких артикуляционных движений губ и языка. Такие дети или неспособны к экспрессивной речи или имеют большое количество лите-ральных парафазий. Непроизвольная и автоматизированная (песни, стихи) речь, письмо и чтение сохранены.

Эфферентная моторная детская афазия. При этой форме поражаются задние лобные отделы коры головного мозга (премоторная зона). Главным речевым дефектом является кинетическая артикуляционная апраксия, блокирующая переключение с одной артикуляционной позы на другую.

Динамическая детская афазия. Крайне редкая форма в детском возрасте, может наблюдаться у детей старших возрастных групп. Локализация патологического очага – задние лобные отделы коры головного мозга. Патогенетически данная разновидность заболевания обусловлена дефектами внутренней речи, нарушением сукцессивной (последовательной) организации высказывания. Проявляется расстройством продуктивной речи, неспособностью активного общения – нормальные предложения заменяются стереотипами или шаблонами, глаголы полностью отсутствуют. Дети с данной формой афазии почти никогда ничего не спрашивают и не вступают в диалоги, но охотно отвечают на поставленные вопросы. Чтение и письмо могут быть сохранены.

Синдром Ландау-Клеффнера. Локализация пароксизмальной активности может быть разной, наиболее часто поражаются височные области. Потеря речи может происходить как резко (чаще всего), так и постепенно, на протяжении нескольких месяцев. Также теряется способность к восприятию речи, возможны нарушения поведения и эмоциональной сферы – гипервозбудимость, эмоциональная лабильность. Характерная черта данной формы детской афазии – судорожные припадки, которые, однако, наблюдаются не у всех больных. При синдроме Ландау-Клеффнера потеря речи возникает совместно с эпилептическими припадками. Точная этиология этой формы детской афазии не установлена. По мнению многих авторов, она может быть вызвана генетической или приобретенной структурной склонностью к эпилептиформной активности.

При афазиях интеллектуальные и психические нарушения также как и при алалиях чаще носят вторичный характер.

Психолого-педагогическая классификация

Психолого-педагогическая классификация группирует нарушения от частного к общему и строится на основе лингвистических и психологических критериев (в которых учитываются структурные компоненты речевой системы – звукопроизно-

шение, грамматический строй, словарный запас), функциональные аспекты речи, соотношение видов речевой деятельности (устной или письменной). Здесь выделяются общие проявления дефекта при разных формах патологического развития речи у детей (уровни сформированности компонентов речевой системы). Нарушения речи в данной классификации делятся на 2 группы:

II.1. Нарушение средств общения

Фонетическое нарушение (ФН) - это нарушение произношения отдельных звуков, одной или нескольких групп звуков (например свистящие (с, с', з, з', ц), шипящие (ш, ж, ч, щ), сонорные (л, л', р, р'), заднеязычные (к, к', г, г', х, х'), звонкие (в, з, ж, б, д, г), мягкие (т', д, н) при нормальном физическом и фонематическом слухе. В результате такого нарушения звук искажается, произносится неточно. В клинической классификации используется термин Дислалия.

Фонетико-фонематическое недоразвитие (ФФН) — нарушение процессов формирования *произносительной системы родного языка* у детей с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем при сохранном физическом слухе. (Т. Б. Филичева и др., 1989). Определяющим признаком фонематического недоразвития является пониженная способность к анализу и синтезу речевых звуков, обеспечивающих восприятие фонемного состава языка. В речи у ребенка с ФФН отмечаются трудности процесса формирования звуков, отличающихся тонкими артикуляционными или акустическими признаками. Следует подчеркнуть, что ведущим дефектом при ФФН является несформированность процессов восприятия звуков речи.

Общее недоразвитие речи (ОНР) - нарушение формирования **всех компонентов речевой системы** в их единстве (звуковой структуры, фонематических процессов, лексики, грамматического строя, смысловой стороны речи) у детей с нормальным слухом и первично сохраненным интеллектом.

ОНР неоднородно по механизмам развития и может наблюдаться при различных формах нарушений устной речи (см. Клиническую классификацию). В качестве общих признаков отмечаются позднее начало развития речи, скудный словарный запас, аграмматизмы, дефекты произношения, дефекты восприятия. Недоразвитие может быть выражено в разной степени: от отсутствия речи или лепетного ее состояния до развернутой речи, но с элементами фонетического и лексико-грамматического недоразвития. В зависимости от степени нарушений формирования средств общения, ОНР подразделяется на IV уровня.

1 уровень речевого развития - «безречевые дети»; общеупотребительная речь отсутствует.

2 уровень речевого развития – начальные элементы общеупотребительной речи, характеризующиеся бедностью словарного запаса, явлениями аграмматизма.

3 уровень речевого развития – появление развернутой фразовой речи с недоразвитием ее звуковой и смысловой сторон.

4 уровень речевого развития – остаточные пробелы в развитии фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи.

Системное недоразвитие речи (СНР) - системное недоразвитие речи представляет целый комплекс расстройств речевой системы, при котором нарушаются все основные составляющие речи: звукопроизношение, лексика, грамматика, речевое восприятие, а в последующем, письмо и чтение.

Полноценно речь ребенка формируется при условии сохраненных функций слуха, зрения, двигательной сферы, интеллекта, психоэмоционального состояния и других факторов. СНР бывает обусловлено (или осложнено) двигательной патологией, (в т.ч. речевых органов), снижением интеллекта, нарушением слуха, зрения, нарушением психо-эмоциональной сферы.

Как правило, диагноз СНР выставляют после 5 лет, т.к. к этому возрасту формируются основные речевые эталоны.

В зависимости от степени выраженности выделяют 3 степени СНР: **легкая, средняя, тяжелая.**

Легкая степень:

- нарушения звукопроизношения имеют незначительный характер;
- фонематическое восприятие, в основном, без дефектов. Сложности возникают в определении количества и качества фонем при анализе сложного речевого материала;
- словарный запас небогатый;
- выявляются незначительные аграмматизмы;
- нарушены некоторые формы словообразования;
- при пересказе могут быть потеряны отдельные смысловые отношения.

Средняя степень:

- нарушено произношение только одной группы звуков;
- недоразвитие фонематического слуха и звукового анализа;
- речь аграмматична, ребенок не понимает и не использует категории рода, числа, падежа, отсутствуют слова с обобщающим значением, не использует сложные слова.
- затруднено или недоступно словообразование.
- нарушено смысловое и речевое программирование в связном речевом высказывании.

Тяжелая степень:

- нарушены 2 или более группы звуков;
- не сформировано словообразование;
- ограничен и многозначен словарь;
- значительно недоразвито фонематическое восприятие и анализ;
- затруднено формирование и восприятие предложений, как сложных, так и простых;
- нарушено восприятие речи;
- отсутствует связная речь.

II.1. Нарушение в применении средств общения

Заикание — нарушение темпо-ритмической организации речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Различают **невротическое** заикание (логоневроз) и **неврозоподобное** (органическое) заикание.

Отклонения, имеющие органическую природу, связаны с выраженной неврологической патологией и сопровождаются общим нарушением моторики.

При невротической форме заикания (логоневрозе) изменений в функционировании головного мозга не наблюдается. В спокойной обстановке дети и взрослые с логоневрозом могут общаться спокойно, без пауз или повторений, а при волнении симптомы усиливаются. Далее под заиканием мы будем понимать только невротическое.

ческую форму (логоневроз).

В зависимости от характера судорог мышц, выделяют следующие виды судорожных сокращений:

- **Клоническое** — повторение первых звуков или слогов.
- **Тоническое** — остановки, провалы в начале или в середине слов.
- **Смешанное** — в речи наблюдаются как повторение или пролонгация звуков/слов, так и напряженные паузы.

Заикание может быть как самостоятельным нарушением коммуникативной функции речи при правильно сформировавшихся средствах общения, так и в сочетании с ЗПРР, ЗРР, ОНР, ФФН и ФН, СНР.

Отдельного внимания заслуживает расстройство речевого развития при РДА

Аутизм (от латинского слова autos - «сам», аутизм - погружение в себя) - нарушение психического развития, характеризующееся расстройствами речи и моторики, стереотипности деятельности и поведения, приводящими к нарушениям социального взаимодействия.

Отклонения в речевом развитии - один из основных признаков синдрома раннего детского аутизма. Проявления речевых нарушений при аутизме чрезвычайно многообразны по характеру и динамике, и в большинстве случаев они обусловлены нарушениями общения. Именно в связи с речевыми нарушениями родители аутичных детей впервые обращаются за помощью к специалистам: логопеду, психологу, врачу-психоневрологу или невропатологу.

Речь у аутичных детей развивается медленно, ребенок может использовать жесты вместо слов или придавать словам неверное значение. При аутизме человек может повторять какие-либо действия или слова по несколько раз.

Уже в первый год жизни могут наблюдаться такие отклонения, как позднее возникновение лепета, необычная жестикуляция, слабая реакция на попытки общения, разноречие при обмене звуками со взрослым. На второй и третий годы жизни дети - аутисты реже и меньше лепечут, в их речи меньше согласных звуков, минимальны словарный запас, они реже комбинируют слова, их жесты реже сопровождаются словами.

Приводимые разными авторами особенности речевого развития аутичных детей многочисленны, но в основном совпадают:

- Мутизм (отсутствие речи) значительной части детей;
- Эхолалии (повторение слов, фраз, сказанных другим лицом), часто отставленные, т. е. воспроизводимые не тотчас, а спустя некоторое время;
- Большое количество слов - штампов и фраз - штампов, фонографичность («попугайничество») речи, что при часто хорошей памяти создает иллюзию развитой речи;
- Отсутствие обращения в речи, несостоятельность в диалоге (хотя монологическая речь иногда развита хорошо);
- Автономность речи;
- Позднее появление в речи личных местоимений (особенно «я») и их неправильное употребление (о себе - «он» или «ты», а других иногда «я»);
- Нарушение семантики (метафорическое замещение, расширение или чрезмерное - до буквальности - сужение толкований значений слов), неологизмы;

- Нарушения грамматического строя речи;
- Нарушения звукопроизношения;
- Нарушения просодических компонентов речи.

Все эти знаки отклонений в речевом развитии могут встречаться и при других видах патологий, однако при РДА большинство из них имеет определенные характерные особенности

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Проблема своевременной и объективной диагностики речевых нарушений имеет большое теоретическое и практическое значение. С точки зрения теории она связана с установлением вида, этиологии и механизмов того или иного нарушения, а с позиции практики её решение способствует более точному, целенаправленному и дифференцированному логопедическому воздействию.

Качество диагностики находится в тесной зависимости от состояния речи ребенка на данном этапе его развития, эмоционально-личностных особенностей, соматического здоровья и представляет собой развернутое обследование речи и анализ состояния речевой деятельности с целью постановки полного психолого-логопедического заключения. Конкретные методики обследования и принципы анализа полученных данных применяются с учетом того, что первичная несформированность у ребенка какого-либо одного из языковых компонентов, принимающих участие в формировании речи, влечет за собой последующие негативные изменения речевой системы в целом.

Принятая система комплексного, всестороннего, динамического обследования в НПП ДП позволяет получить наиболее полное и точное представление о состоянии речи ребенка, правильно оценить структуру дефекта, выявить потенциальные возможности и предложить систему реабилитационных мероприятий, позволяющих адаптировать ребенка к полноценной жизни в обществе.

Наличие двух классификаций помогает в дифференциальной диагностике речевых нарушений при определении логопедического заключения или его уточнения после комплексного обследования ребенка. Приложение № 2

Клинико-педагогическая классификация ориентирована на **коррекцию дефектов речи, разработку дифференцированного подхода к их преодолению**. В этой классификации учитываются, прежде всего, анатомо-физиологические механизмы речевого расстройства, что позволяет раскрыть нарушение в целом и определить, в каких случаях необходимо только логопедическое воздействие, а в каких – комплексное медико-педагогическое.

Психолого-педагогическая классификация используется при разработке **методов логопедического воздействия**. На основе этой классификации логопед находит общие проявления дефекта при разных формах аномального развития речи у детей, определяет частные проявления и на их основе строит коррекционный процесс.

В данной классификации не выделяются как самостоятельные нарушения чтения и письма.

В процессе комплексного обследования и выведения психолого-логопедического заключения необходимо учитывать **три аспекта** имеющихся классификаций при комплексном обследовании и в каждом конкретном случае их объединить. Таблица -2.

1. Медицинский аспект классификации основывается на локализации нару-

- шения (в центральном или периферическом отделе), также учитывается нарушение речевых анализаторов (речедвигательный или речеслуховой) и какова степень нарушения (функциональное или органическое расстройство), время наступления нарушения (до начала формирования речи, в процессе его или после того, как речь уже сформирована).
2. Логопедический аспект предполагает учет того, какое звено речевой системы нарушено: нарушения голоса, ритма, темпа речи, фонетического, фонематического, грамматического, семантического строя речи.
 3. Психологический аспект предполагает учет того, в какой мере нарушена коммуникативная функция речи: у детей раннего возраста нарушена психологическая база речи, у детей дошкольного и младшего школьного возраста нарушены высшие психические функции, и каков прогноз при том, или другом виде речевого расстройства.

Таблица-2. Соотнесение клинико-педагогической и психолого-педагогической классификаций

Клиническая классификация	Критерии диагностики				Психолого-педагогическая классификация
	Звуко-произношение (фонетика)	Фонематические процессы	Лексика	Грамматический строй	
Дислалия	-	норма	норма	норма	ФН
	-	-	норма	норма	ФФН
Ринолалия (открытая, закрытая)	-	норма	норма	норма	ФН,
	-	-	норма	норма	ФФН,
	-	-	-	-	ОНР, СНР, уровень,
Дизартрия, мин. дизартрические расстройства. Анартрия	-	норма	норма	норма	ФН,
	-	-	норма	норма	ФФН,
	-	-	-	-	ОНР, СНР, уровень,
Алалия моторная (сенсорная) алалия, сенсо-моторная) = дисфазия развития	-	-	-	-	СНР, ОНР
Заикание	норма	норма	норма	норма	Норма речевого развития
	-	-	норма	норма	ФФН
	-	-	-	-	ОНР, СНР, уровень,

В логопедическом заключении целесообразно отразить, прежде всего, уровень психического и речевого развития, ведущий неврологический синдром, и

определить вид речевого расстройства по медицинской классификации.

Варианты психолого-логопедических и клинических заключений нарушений речевого развития у детей от 3-х до 6-7 лет принятых в НПЦ ДП:

Психолого-логопедическое заключение:

- На данном этапе психоречевое развитие соответствует возрастной норме.
- Легкая задержка психоречевого развития.
- Задержка психоречевого развития.
- Выраженная задержка психоречевого развития

Логопедическое заключение по психолого-педагогической классификации:

- Фонетическое нарушение (ФН)
- Фонетико-фонематическое нарушение речи (ФФН)
- Общее недоразвитие речи (ОНР) уровень (1-4)
- Системное недоразвитие речи (СНР) при снижении интеллекта, нарушении слуха, зрения, нарушении психоэмоциональной сферы, аутизме.

Заключение по клинической классификации:

Неврологическая симптоматика в мимической, артикуляционной и фонаторно-дыхательной мускулатуре:

- спастико-паретическая
- спастико-ригидная
- гиперкинетическая
- атактическая
- спастико-гиперкинетическая
- спастико-атактическая
- атактико-гиперкинетическая
- спастико-атктико-гиперкинетическая

Дизартрия (при наличии фразовой речи)

- спастико-паретическая
- спастико-ригидная
- гиперкинетическая
- атактическая
- спастико-гиперкинетическая
- спастико-атактическая
- атактико-гиперкинетическая
- спастико-атктико-гиперкинетическая
- Стертая дизартрия (минимальные дизартрические расстройства)
- Анартрия

Дислалия (физиологическая, механическая (органическая), функциональная)

Ринолалия (открытая, закрытая, смешанная)

Заикание (невротическое, неврозоподобное)

Дисфония (афония)

Тахилалия

Брадилалия

Артикуляционная апраксия (афферентная, эфферентная)

Алалия моторная (афферентная, эфферентная)

Алалия сенсорная,

Алалия сенсомоторная

Афазия акустико-гностическая или сенсорная,

Афазия акустико-мнестическая,
 Афазия моторная (афферентная, эфферентная)
 Афазия динамическая
 Синдром Ландау-Клеффнера или приобретенная эпилептическая детская афазия

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНА ДИАГНОСТИКА РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ

Отклонения в развитии речи отражаются на формировании всей жизнедеятельности ребенка. Они затрудняют развитие коммуникативных действий, зачастую препятствуют правильному формированию познавательных процессов, влияют на психоэмоциональную сферу деятельности ребенка. Поэтому важными моментами для успешной работы над коррекцией речи являются раннее выявление речевых недостатков и дифференциальная диагностика.

Раннее выявление тех или иных отклонений речевого развития ребенка позволяет своевременно предупредить дальнейшее развитие патологии речи.

Дифференциальная диагностика позволяет более точно понять механизм нарушений речи и спланировать коррекционную работу.

Некоторые формы речевых нарушений внешне схожи, но требуют принципиально разных подходов в их устранении.

В практической работе логопеда часто встречаются дети, у которых недостатки произношения по своему внешнему проявлению напоминают дислалию, но имеют сложную и длительную динамику устранения. Так, например, стертую дизартрию часто смешивают с дислалией.

Однако имеется ряд специфических признаков, по которым можно квалифицировать дефект, понять его структуру и провести соответствующую коррекционную работу. Таблица-3.

Основным отличительным признаком стертой дизартрии от других нарушений произношения является то, что в этом случае страдает не произношение отдельных звуков, а вся произносительная сторона речи. У детей-дизартриков отмечается ограниченная подвижность речевой и мимической мускулатуры. Речь такого ребенка характеризуется нечетким, смазанным звукопроизношением; голос у него тихий, слабый, а иногда, наоборот, резкий; ритм дыхания нарушен; речь теряет свою плавность, темп речи может быть ускоренным или замедленным, родители обычно говорят - "каша во рту".

Таблица-3. Критерии дифференциальной диагностики дизартрии и дислалии.

Критерии сравнения	Стертая дизартрия (минимальные дизартрические расстройства)	Дислалия
Анамнез	Перинатальная патология	-
Сроки становления моторной функции	Задержка, отставание	Соответствует возрасту
Моторные функции	Общая дискоординация;	
Недостаточная степень развития мелкой моторики	В пределах развития возрастной нормы	

Функционирование артикуляционного аппарата	Неврологическая микросимптоматика: парезы, нарушение тонуса, саливация, диспраксия	Может быть артикуляторно-моторная недостаточность или функциональные нарушения
Просодика	Нарушена	Не нарушена
Звукопроизношение	Полиморфное нарушение звукопроизношения при неврологической микросимптоматике	Единичное или полиморфное нарушение звукопроизношения, которое связано с особенностями строения артикуляционного аппарата
Особенности динамики в коррекционной работе	Дисгармоничное становление звукопроизношения (длительная постановка и автоматизация)	Коррекция и автоматизация проходит быстрее.

Трудности вызывает также дифференциация алалии и нарушений речи, вызванных интеллектуальной недостаточностью, задержкой речевого развития и аутизма.

Отсутствие речи при алалии резко ограничивает полноценное развитие и общение ребенка с окружающими, что приводит к постепенному отставанию в умственном развитии, которое носит вторичный характер, т.е. отсутствие речи может обусловить задержку умственного развития, вследствие чего неговорящий ребенок может несколько отличаться по развитию от своих сверстников, не будучи умственно отсталым. Дети-алалики существенно отличаются от детей с интеллектуальной недостаточностью, по мере становления речи и под воздействием специального обучения интеллектуальное отставание постепенно исчезает. В отличие от детей с интеллектуальной недостаточностью алалики демонстрируют разумное поведение: адекватно ориентируются в окружающей обстановке, в быту; понимают обиходную речь, жесты, правильно выполняют посильные и доступные для них поручения, простые задания. Так, между алалией и интеллектуальной недостаточностью имеются следующие отличия.

Таблица-4. Критерии дифференциальной диагностики алалии и интеллектуальной недостаточности

№ п/п	Критерии нарушения	Моторная алалия	Нарушения речи, вызванные интеллектуальной недостаточностью
1	Механизм нарушения	Глубокая несформированность речевой функции, обусловленная органическим поражением речевых зон коры головного мозга. Недоразвитие речи носит системный характер: нарушение всех компонентов языковой системы (фонетико-фонематического и лексико-грамматического) при сохранности неязыковых психических процессов	Речь не развивается в структуре первичного дефекта патологии познавательной деятельности
2	Доречевые вокализации	Соответствует возрасту	Задержка сроков гуления, лепета, речь штамповая
3	Динамика развития речи	Спонтанно речью не овладевает, нет скачков в темпе развития речи	к 6-7 годам при помощи подражания овладевает простым грамматическим стереотипом. На основе стереотипной речи темп овладения речью ускоряется

4	Импрессивная речь, установление причинно-следственных связей	Рецептивный компонент речи от-носительно сохранен, отмечается понимание сложных синтаксических конструкций, причинно-следственные связи ребенок выражает доступными ему языковыми средствами (интонация, псевдослова, звукоподражания, «звуковые жесты», кинетическая речь.	Понимание речи нарушено или затруднено, выражает только самые элементарные причинно-следственные связи.
5	Формально-языковые нарушения речи (грамматический строй речи) после того как ребенок заговорил	Аграмматизмы (морфологический и синтаксический), трудности поиска и актуализации слов, выбор морфем и установление порядка следования слов	Речь бедная и алогичная, при этом может быть правильной в формально-языковом (грамматическом) отношении
6	Запас знаний и представлений	С трудом актуализируется в речи	Ограничен
7	Невербальное мышление	Сохранно (классификации, исключения 4-го лишнего, операции анализа, синтеза и сравнения)	Нарушено
8	Уровень обучаемости	Достаточный	Низкий
9	Критичность	Критичны к своей собственной речи, поэтому отмечается речевой негативизм и даже отказ от речи	Некритичен либо уровень критичности снижен

На раннем этапе у ребенка-алалика и ребенка с задержкой речевого развития отмечается отсутствие речи или незначительная речевая продукция (могут быть отдельные слова-корни, слова-слоги, звукоподражания и т.д.). Отличительной особенностью ребенка с ЗРР может быть резкий «скачок» в речевом развитии в сравнении с ребенком-алаликом.

Таблица-5. Критерии дифференциальной диагностики моторной алалии и ЗРР

№ п/п	Критерии сравнения	Моторная алалия	ЗРР
1.	Темп овладения речью	Задержка не темпов развития, а органическая патология развития речи	Неравномерность развития – задержка темпов речевого развития
2.	Спонтанное усвоение языка	Затруднено	Усвоение идет в замедленном темпе с особенностями
3	Состояние им-прессивной речи	В целом понимание сохранно, но затруднено в сложных грамматических конструкциях	Не нарушено
4	Состояние экс-прессивной речи	Апраксия (диспраксия) нарушения речевой программы	Могут нарушаться все подсистемы, но развитие идет в хорошем темпе
5	Особенности динамики в коррекционной работе	Динамика в целом положительная, но следы алалии остаются на долгие годы	Хорошо поддается коррекционной работе
6	Анатомо-физиологические особенности	Органическая патология центральной нервной системы	Без особенностей, либо незначительные неврологические проявления
7.	Особенности психической деятельности	Может наблюдаться речевой негативизм, особенности формирования когнитивных функций	Без особенностей

Распространенной ошибкой является отнесение любого неговорящего ребенка (алалика) к категории детей с РАС. Дифференциальная диагностика в этом случае сложна, так как объектом является маленький ребенок, поведение которого еще не имеет стойких и четко определяемых патологических признаков, по которым можно было бы однозначно сделать логопедическое заключение. Стандартные ме-

тодики исследования интеллекта говорят о том, что примерно 2/3 аутичных детей имеют задержку умственного развития, а примерно 10% обладают развитыми способностями в какой-нибудь области: математические вычисления, музыка, рисование, поговорки, мозаики, некоторые обладают энциклопедическими знаниями в интересующей их области.

Таблица-6. Критерии дифференциальной диагностики моторной алалии и аутизма

№ п/п	Критерии сравнения	Моторная алалия	Аутизм
1.	Нарушение	Речевая патология	Особая психическая (неврологическая) аномалия, нарушено формирование контактов с окружающим миром
2.	Раннее развитие речи	Апраксия (диспраксия), нарушение речевой программы	Нарушение коммуникации (социализации) может быть раннее речевое развитие (ложная апраксия)
3.	Реакция на обращенную речь	Достаточное (сохранное) понимание	Не реагирует (либо плохой отклик на обращенную речь), могут быть особенности сенсорной обработки информации
4.	Экспрессивная речь	Активно используют зачатки речи, состояние речи не зависит от окружающей обстановки	Одновременное употребление лепетных и сложно организованных, правильных по речевой структуре высказываний, не употребляет слова «ДА» и «Я», стойкие аграмматизмы в незнакомой обстановке
5.	Мимико-жестовая речь	Активно использует жесты в общении	Не использует жесты и мимику.
6.	Эхолалии	Не отмечаются	Присутствуют
7.	Просодика	Не нарушена	Высокая тональность голоса, замедленный темп, скандированное и рифмованное произношение
8.	Общение	Контактен, может отмечаться негативизм	Отказ или своеобразное общение
9.	Эмоционально-волевая сфера	Адекватность эмоций	Неадекватность эмоциональных реакций
10.	Моторика	Моторная неловкость разной степени выраженности	Стереотипии, своеобразие походки (ходьба на носочках), трудности пространственной ориентировки, аутоstimуляции
11.	Психопатологические симптомы	Отсутствуют	Наблюдаются фобии, непредсказуемые реакции
12.	Особенности психического развития	Может наблюдаться ЗПР, дефицитное развитие, системные нарушения, неравномерная структура развития.	Может отмечаться интеллектуальная недостаточность, дисгармоничное развитие, неравномерное искажение психических процессов.

Диагностика моторной и сенсорной алалии связана с трудностями выделения критериев, определяющих механизм нарушения формирования, развития экспрессивной и импрессивной речи.

Таблица-7. Критерии дифференциальной диагностики моторной и сенсорной алалии

Моторная алалия	Сенсорная алалия
Сохранное восприятие речи на перцептивном уровне; обращенную речь понимает, причем понимание возможно без опоры на зрительное восприятие артикуляции	Восприятие речи нарушено; обращенную речь не понимает

Хорошее слуховое внимание к речи	Безразличен к звукам человеческого голоса, наблюдается явление « <i>гиперакузии</i> » – повышенной чувствительности к неречевым звукам (капание воды, шум открывающейся двери и др.), к которым безразлично относятся окружающие
Отсутствуют эхолалии	Присутствуют эхолалии
Затруднены или невозможны повторы слогов, слов. Невозможность повторения фраз	Многое повторяют, но не понимают повторенного
Наблюдается более активное речевое поведение, широко используют мимико-жестикультурную речь, мелодику, звукоподражания, «звуковые жесты».	Не вступают или плохо вступают в контакт, не пользуются мимикой, жестами
Более выражена динамика в усвоении языка при его спонтанном и направленном формировании.	Менее выражена динамика в усвоении языка при его спонтанном и направленном формировании

Нарушения слуха являются распространенной причиной изолированной задержки речевого развития. Известно, что даже умеренно выраженное и постепенно развивающееся снижение слуха может привести к отставанию в развитии речи. Среди признаков снижения слуха у малыша может быть отсутствие реакции на звуковые сигналы, неспособность имитировать звуки, а у ребенка постарше — избыточное использование жестов и пристальное наблюдение за движениями губ говорящих людей. Однако оценка слуха на основе изучения поведенческих реакций недостаточна и носит субъективный характер. Поэтому при подозрении на частичную или полную потерю слуха ребенку с изолированной задержкой развития речи необходимо провести аудиологическое исследование. Надежные результаты дает также метод регистрации слуховых вызванных потенциалов. Чем раньше будут обнаружены дефекты слуха, тем быстрее можно будет начать соответствующую коррекционную работу с ребенком или снабдить его слуховым аппаратом.

С.Н. Шаховская (1998) выделила некоторые диагностические показатели для разграничения ребенка с сенсорной алалией (трудности понимания обращенной речи) и ребенка с нарушением слуха (трудности различения обращенной речи).

Таблица-8. Критерии дифференциальной диагностики сенсорной алалии и тугоухости

Сенсорная алалия	Тугоухость
У ребенка с сенсорной алалией отмечается мерцающее непостоянство слуховой функции: то он слышит и понимает более тихое звучание, то не воспринимает более громкого	У слабослышащего устойчивый порог (уровень) восприятия, ниже которого дифференциация звуковых сигналов становится невозможной
Непостоянство показателей аудиометрического исследования. Наиболее близкие совпадения на 8-10 аудиограммах	Постоянство показателей аудиометрического исследования (снижение слуха)
Увеличение громкости обращенной речи не улучшает понимание речи	Увеличение громкости обращенной речи улучшает понимание речи
Использование слуховых аппаратов не улучшает восприятие речи. Дети жалуются на боль в ушах, в голове; усиление звуков становится для них неприятным раздражителем.	Использование слуховых аппаратов улучшает восприятие речи

Наличие гиперacusии – повышенная чувствительность к звукам, безразличным для окружающих (шум сминаемой бумаги, звук капающей воды и др.). Дают на эти звуки болезненную реакцию: беспокоятся, плачут, вертят головой, жалуются на шум в ушах и др.	Слабослышащие эти сигналы не воспринимают, не слышат
Спонтанно могут повторить отдельные слоги, слова и короткие фразы, воспринимаемые ими из окружающего, без специального обучения, однако повторение не является стойким	Самостоятельно почерпнуть слова и фразы их окружающего не могут
Подражание звукам не постоянно, зависит от ситуации. Дети не могут образовывать связи между предметом и его названием, у них не формируется предметная соотнесенность слышимых и произносимых ими слов	В результате специального обучения быстро устанавливается связь между словом и предметом, эта связь устойчивая
Голос нормальный, громкий, звонкий. Звуки и слова с нормальными модуляциями, могут копировать голоса взрослых	Голос лишен звучности, звонкости, «полноты», может быть приглушенным, глухим, металлическим, деревянным, скрипучим и др. Речь недостаточно интонирована, лишена эмоциональной выразительности
Наладить контакт трудно	Легче наладить контакт

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведение качественной дифференциальной диагностики речевых нарушений у детей дошкольного возраста необходимо для постановки полного психолого-логопедического заключения, которое отражало бы причины и механизм нарушения психоречевого развития, разработки индивидуальных коррекционных программ, с целью преодоления этих нарушений в комплексной медико-психолого-логопедической реабилитации, а также предупреждения нарушений письменной речи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л. О. Невропатология. М.: Академия, 2000. 382 с.
2. Бурлакова М.К. Речь и афазия. - М., 1997 г.
3. Волкова Л. С. Логопедия: Учебник для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. Л69 заведений / — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 704 с.
4. Елецкая О. В., Мохряков М. О. К вопросу о дифференциальной диагностике нарушений речи в структуре эмоциональных расстройств // Концепт. –2015. –Спецвыпуск №23. –ART75279. –0,5п. л. –URL: <http://ekonscept.ru/2015/75279.htm>. –ISSN 2304120X. 7
5. Кириллова Е. В. Дифференциальная диагностика безречевых детей // Практическая психология и логопедия. - 2006. - №3. - С. 25 - 36.
6. Лалаева Р.И., Парамонова Л.Г., Шаховская С.Н. Логопедия в таблицах и схемах. - М.: Парадигма, 2009.
7. Левина Р. Е. Основы теории и практики логопедии. М.: Просвещение, 1968. 367 с.
8. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопеда М.: Просвещение, 1985.
9. Поливарова З. В. Дифференциальная диагностика речевых дисфункций у детей дошкольного возраста: учеб. пособие / М.: ФЛИНТА, 2013. - 140 с.
10. Смирнова И.А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. - СПб., 2004
11. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии. М.: Просвещение, 1989. 221 с.
12. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. - М., 1988.
13. Шкловский В.М., Визель Т.Г.. Восстановление речевой функции у больных с разными формами афазии (Методические рекомендации). - М., 1985

Приложение 1.

Профиль развития, отражающий состояние психоневрологического статуса ребенка дошкольного возраста (под ред. Скворцова И.А.)

Развитие общих движений(крупная моторика) у здоровых детей

Показатели развития	Возраст
Умение сохранять равновесие, ходить и бегать. Ходит прямо, задом наперед и боком, тащит большую игрушку. Проходит на цыпочках 3 метра. Ходит с поддержкой по брусу, поднятому на 10 сантиметров. Ходит без поддержки по узкой линии на полу. В течение 5 секунд балансирует на одной ноге – той на которой ему легче сохранять равновесие. Бегаёт, останавливается, поворачивает за угол, огибает препятствия. Бежит, перенося вес на ногу, которая находится впереди, взмахивая при этом противоположной рукой.	3-4 года
Умение преодолевать ступеньки и лестницы. Поднимается по лестнице, не держась за перила и поочередно переставляя ноги. Спускается по лестнице, держась за перила и поочередно переставляя ноги. Переносит предметы вверх и вниз по лестнице. Поднимается и спускается по перекладинам вертикальной лесенки или шведской стенки высотой 3 метра.	3-4 года
Навыки игры с мячом. Бросает мячик, подняв вверх руку и развернув туловище. Ловит мячик диаметром 15 сантиметров двумя руками, согнутыми в локтях. Бьёт по мячу с разбегу(попадать не обязательно)	3-4 года
Умение прыгать. Перепрыгивает через веревку на высоте 4 см, сразу двумя ногами. Прыгает в длину на 30 см. прыгает с подставки или нижней ступеньки без помощи. Прыгает в бок и обратно. Прыгает на двух ногах. Прыгает на двух ногах. Прыгает на одной ноге. Умение кататься на трехколесном велосипеде, делая плавные повороты.	3-4 года
Делает кувырок вперед.	4 года
Выполняет одновременно два вида движений.	5 лет

Развитие движений рук (мелкой моторики) у здоровых детей

Показатели развития	Возраст
Манипулирование с предметами: Правильно держит карандаш. Копирует круг. Нанизывает на нить 4 маленькие бусины. Разрезает полоску бумаги шириной 2 см. Разрезает на две части квадрат со стороной 10 см. наклеивает картинку на бумагу. Строит несложные сооружения не менее, чем из шести деталей.	3-4 года
Рисование: Имитируя действия взрослого, изображает фигуру, подобной латинской букве V (галочку). Копирует знак плюс. Рисует простую картинку. Закрашивает отдельные участки бумаги, пользуясь трафаретом. На большом листе бумаги рисует разные линии и формы красками. Пририсовывает к незаконченной фигуре человечка руки или ноги. Рисует человечка, изображая, по меньшей мере, три части тела. Расстёгивает пуговицы. Режет ножницами бумагу.	3-4 года
Рисование: Копирует треугольник. Правильно рисует квадрат	5 лет

Развитие зрения и слуха (зрительного и слухового восприятия) у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Умение слушать и концентрировать свое внимание на том, о чем говорят: Слушая рассказ, отвечает словами и жестами на простые вопросы.	3-4 года
Умение выбирать из нескольких картинок то, что нужно: Указывает на 13-16 частей тела. Если на картинке изображены мальчик и девочка или мужчина и женщина, указывает на того, о ком спрашивают. Отбирает предметы, относящиеся к понятиям: пища, животные, одежда, мебель.	3-4 года
Умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие действия: Выполняет указания, в каждое из которых входят две пары слов(в каждой паре одно слово обозначает действие, а другое- название предмета из тех, которые находятся в комнате). Выполняет указания, в каждое из которых входят три пары слов(в каждой паре одно слово обозначает действие, а другое- название предмета из тех, которые находятся в комнате).	3-4 года

Умение выполнять указания, в которых есть слова, обозначающие признаки предметов или выражающие состояния: по просьбе выбирает длинный и короткий, твердый и мягкий, шероховатый и гладкий. По просьбе выбирает открытую и закрытую дверцы (ящички, глаза). В ответ на вопрос: «Что ты делаешь, когда устал/голоден/тебе холодно?» отвечает или показывает, что делает. Из группы предметов отбирает одинаковые. Среди нескольких предметов находит тот, который отличается от остальных. Находит веселого и грустного, сердитого человека или показывает сам, что обозначают эти понятия. Выбирает предмет, который больше или меньше демонстрируемого. Находит первого и последнего. Из двух предметов выбирает большой и маленький.	3-4 года
Умение выполнять просьбы, содержащие предлоги и другие слова, которые определяют местоположение одного предмета относительно другого. По просьбе кладет один предмет сбоку / подальше от другого. По просьбе кладет один предмет перед/ за другим. По просьбе кладет один предмет за, сбоку, подальше от, на и под перевернутую чашку.	3-4 года
Умение реагировать на грамматические особенности: Распознает частицу НЕ, когда ее употребляют по отношению к признаку предмета.	3-4 года
Различает местоимения: его, ее, я, ты.	3-4 года
Понимает смысл сюжетных картинок, отвечает на наводящие вопросы	3,5 года
Может сам составить рассказ по сюжетной картинке	4 года
Понимает смысл последовательных картинок	4 года
Может разложить последовательные картинки по порядку в соответствии с сюжетом	4,5 года
Может отстукивать акцентированные ритмы по подражанию	5 лет

Развитие общения (эмоций, коммуникаций) у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Знает свой пол. Появляется понимание и использование в речи местоимений я, моё, ты, твоё.	3 года
Все чаще начинает пользоваться предложениями из 3 слов, затем его предложения содержат 3 и более слов. Задает вопросы, начинающиеся с вопросительного слова, такие как: Где моя сумка?, Почему собака лает?, Кто этот мальчик?	3 года
Может рассказать о том, что случилось с ним не очень давно. Если его спросят, может назвать свое имя и фамилию. Может ответить на вопросы о назначении вещей, например: Что мы делаем глазами?, или для чего нужна плита?	3 года
Лучше управляет своим голосом-может говорить громко или шепотом. Может рассказать, по меньшей мере, Зстишка и спеть простую песенку.	3 года
Речь становится грамматически более правильной. Может повторить предложение из шести слов. Интонации речи приближается к интонациям окружающих его взрослых.	3 года
Взаимодействие с окружающими и игра: Участвуя в групповых играх, руководимых взрослыми, соблюдает их правила. Дождается своей очереди, играя с другими детьми, разговаривает с ними. Говорит «пожалуйста» и «спасибо» без напоминания, выполняет просьбы взрослых. Выполняет простую работу по дому. Избегает опасности. Не выходит за установленные родителями границы территории.	3-4 года
Развитие разного стиля общения с детьми и взрослыми	4 года
Способность оценить поступок с точки зрения социальной нормы	4,5года
Обращение к взрослым на «Вы», по имени и отчеству	5-6 лет

Развитие пассивной речи (импрессивной) у здоровых детей

Показатели развития	Возраст
Может ответить (речью, мимикой, жестом) на вопросы о событиях, которые происходят в другое время или в другом месте.	3,5 года

Появляется понимание абстрактных понятий «дружба», «правда», «обман», «радость»	5-6 лет
Может ответить на отвлеченные вопросы, например, «светит ли ночью солнце?»	4 года

Развитие активной речи(экспрессивной) у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Пытается использовать множественное число, прошедшее время. Использует отрицательные частицы «не», «ни»	3года
Использует прилагательные и местоимения. Задаёт вопросы «когда?», «Что внутри?», «Почему?». Способен вести диалог со взрослыми. использует сложные предложения. Использует определение пространства: «на», «под», «за».	3, 5 года
Читает стихи	4,5 года
Появляется соединение простых предложений в сложные. Появляются разделительные вопросы	5лет
Начинает употреблять абстрактные понятия «счастье», «любовь», «надежда», «ложь».	5-6 лет
Может описать свои чувства.	5 лет

Развитие мышления (интеллекта) у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Классификация на 2 группы(по цвету, по форме)	3 года
Классификация на 3-4 группы: по геометрической форме, по цвету	3,5 года
Легко заполняет доску Сегена	4 года
Выполняет простую классификацию картинок (4-5 групп): С помощью -4года Самостоятельно- 4,5года	
Овладевает понятиями «больше», «выше», «ниже», «длиннее», «одинаковые». Исключение предметов (тест 4 лишний) объяснить затрудняется.	5 лет
Отгадывает загадки, используя накопленный опыт.	5 лет

Развитие навыков конструирования у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Строит по показу мост. Дорисовывает недостающие ножки , ручки к человеку.	3 года
Самостоятельно рисует человечка (примитивно). Строит сложные сюжетные конструкции. Собирает кубики Линка по образцу.	3,5 года
Решение несложных практических задач и головоломок: собирает впервые увиденную головоломку-картинку из 6 или 8 элементов. Подражая взрослому, строит мост. Выстраивает пять кубиков в ряд «по росту». Приводит в действие механическую игрушку без предварительной демонстрации необходимых для этого действий.	
Подбор и сортировка, работа с предметами и картинками: Подбирает к картинкам соответствующие карточки (на выбор даются 9 вариантов). Раскладывает карточки по соответствующим картинкам.	3,5 года
Подбор сортировка и отбор: из трех разных форм по просьбе взрослого выбирает одну. Подбирает к образцу предметы определенного цвета(на выбор даются 4 варианта). Глядя на образец, составляет комбинацию из 4 кубиков. Сортирует предметы по величине (2варианта). Сортирует предметы по форме (3варианта). Сортирует предметы по категориям (2 варианта). Объединяет предметы в пары по функциональному признаку. По просьбе взрослого из четырех цветов выбирает . Сортирует предметы по цвету (4 варианта). Подбирает карточки 6-элементного буквенного лото к буквам на большой карте. Подбирает карточки 4-элементного лото со словами к словам на большой карте.	3-4года

Складывает картинки из кубиков. Рисует человека с туловищем.	4 года
Рисует человека в одежде. Сюжетные картинки.	5 лет

Развитие навыков самообслуживания у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Умение самостоятельно есть и пить: наливает чашку в воду(не аккуратно). Во время еды пользуется вилкой и ложкой. Наливает напиток из кувшина, не проливая.	3-4 года
Умение самостоятельно одеваться. Надевает джемпер, блузу, рубашку, платье или длинные брюки. Расстегивает пуговицы. Застегивает пуговицы, кнопки, молнию. Раздевается полностью. Одевается полностью под наблюдением взрослого. Отличает переднюю часть одежды от задней. Самостоятельно завязывает шнурки на ботинках.	3-4 года
Навыки опрятности. Остается сухим всю ночь. Под руководством взрослого использует по назначению туалетную бумагу. Под руководством взрослого спускает воду в туалете. Сам идет в туалет и под руководством взрослого делает все, что нужно.	4-5 лет
Умение самостоятельно умыться и приводить себя в порядок. Чистит зубы под контролем взрослых. Моет лицо и руки без какой бы то ни было помощи.	4-5 лет

Развитие игровой деятельности у здоровых детей.

Показатели развития	Возраст
Совместная сюжетная игра с другим ребенком.	3 года
Игра с воображаемой действительностью. Элементы ролевой игры (может назвать свою роль)	3,5 года
Сопровождает игру речью (озвучивает куклу)	4 года
В сюжете игры появляются разные типы отношений(управления, подчинения, равноправия) Длительная совместная игра 4-5 детей с поочередной сменой ролей. «Драматическая игра»: отражает с сюжете сцены из повседневной жизни.	4,5 года
Усвоение способов построения сюжета-опора на игрушки, в соответствии с которыми она имеющиеся знания определяется тема игры: придумывание сюжет с взаимосвязанными событиями, ролями, опора на имеющиеся знания и их комбинация, фантазирование, не реальные персонажи (космос, пираты, перевоплощение в животных и др.)	5-6 лет

Приложение 2.

ПСИХОЛОГО-ЛОГОПЕДИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Дата _____ 20__ год ФИО _____ Возраст _____

Посещает ли ребёнок детское учреждение _____ какое _____

Контакт: речевой, жестовый, мимический

- в контакт не вступает;
- контакт избирательный;
- легко и быстро устанавливает контакт;
- поведенческий негативизм;
- речевой негативизм.

Эмоционально-волевая сфера:

- эмоциональные реакции: мало дифференцированы, не адекватны,
- адекватны;
- активен/пассивен;
- познавательный интерес: отсутствует,
- снижен,
- присутствует;
- двигательная расторможенность;
- агрессивность.

Состояние слуха: норма, тугоухость, глухота.

Состояние зрения: норма, близорукость, дальновидность, косоглазие, нистагм,

- уровень игровой деятельности: игра, манипулятивная, процессуальная, сюжетно-ролевая.

Навыки самообслуживания:

- отсутствуют;
- ниже возрастной нормы;
- сформированы по возрасту.

Характер затруднений в игровой и предметной деятельности:

- моторные;
- когнитивные;
- перцептивные;
- психоаффективные.

Обучаемость: отсутствует, низкая, снижена, соответствует норме.

Уровень понимания обращенной речи:

- нулевой;
- ситуативный: выполняет простые инструкции, знает имена близких;

атрофия зрительного нерва, ретинопатия, амавроз.

Моторика рук:

- ведущая рука: правая, левая;
- кистевой захват: сформирован, не сформирован, удерживает вложенный предмет;
- манипулятивная функция верхних конечностей: сохранена, ограничения легкие, ограничения средней степени, выраженные ограничения.

Внимание:

- концентрация: достаточная, низкая;
- устойчивость: достаточная, низкая;
- переключаемость: затруднена, сохранена.

Работоспособность: достаточна, снижена.

Уровень сформированности сенсорных эталонов:

- цвета: представления о цвете отсутствуют, соотносит, выделяет по слову, знает и называет основные цвета, оттенки;
- величины: представления о величине отсутствуют, дифференцирует, выделяет по слову, называет;
- формы: представления о форме отсутствуют, соотносит, выделяет по слову, называет формы плоскостные и объёмные.

Игровая деятельность:

- интерес к игрушкам: проявляет/не проявляет;
- участие в совместной со взрослыми игре;
- умение организовать собственную игру;
- использование игрушек по назначению;

Разборчивость речи: не нарушена, снижена, речь малопонятна для окружающих.

Темп речи: нормальный, ускоренный, замедленный.

Ритм речи: нормальный, скандированный, скандировано-растянутый, зависит от степени проявления гиперкинезов, нарушен из-за тонических/клонических судорог в речевом аппарате.

Дыхание:

- тип: брюшной, грудной, ключичный, смешанный;
- особенности: свободное, затрудненное, поверхностное, неровное, вдох неглубокий, выдох короткий, неэкономный;
- дифференциация носового и ротового выдоха нарушена /не нарушена.

Голос: норма, недостаточной силы и звонкости /тихий, маломодулированный, прерывистый, дрожащий, назализованный, иссякающий/.

Синхронность в работе дыхательной, фонаторной и артикуляционной систем: нарушена, не нарушена.

Ведущий неврологический синдром: апраксия, спастический парез, ригидность, гиперкинезы, атаксия.

Мимическая мускулатура: амимия, гипомимия, норма;

- слаженность носогубных складок справа/слева;
- тонус мышц: гипотония, гипертонус, дистония.

Губы: тонкие, толстые, норма;

- тонус: гипотония, гипертонус, дистония, норма;
- подвижность: малоподвижные, подвижные;
- оформление лабиализации;
- смычка губ с разрывом.

Зубы: норма, нарушение зубного ряда.

Прикус: норма, прогения, прогнатия, глубокий, открытый передний, боковой.

- номинативный: ориентируется в названиях предметов;
- предикативный: знает названия действий, ориентируется в вопросах косвенных падежей, различает значения простых предлогов;
- понимает обращенную речь в полном объеме.

Экспрессивная речь:

- 1-й уровень речевого развития: отсутствие звуковых и словесных форм общения, произносит отдельные звуки, звукокомплексы, произносит несколько лепетных слов;
- 2-й уровень речевого развития: пользуется простой аграмматичной фразой, словарь состоит в основном из существительных;
- 3-й уровень речевого развития: пользуется развернутой фразой, грамматический строй речи сформирован не достаточно, синтаксические конструкции фраз бедные

- лексико-грамматический строй речи сформирован достаточно.

Особенности речи:

- вербализм;
- эхолалия;

Словарный запас: резко ограничен, беден, в пределах обихода, достаточен.

Слоговая структура слова: нарушена, не нарушена.

Мягкое нёбо: подвижное, малоподвижное, неподвижное; язычок по средней линии, отклонён вправо/влево.

Твёрдое нёбо: норма, готическое, низкое.

Язык: норма, широкий, узкий, толстый, маленький, раздвоенный;

- мышечный тонус: норма, спастичность, гипотония, дистония, спастичность корня в сочетании с гипотонией передних отделов;
- девиация вправо/влево;
- гиперкинезы, тремор;
- посинение кончика языка
- объем движений: строго ограничен, неполный, полный.

Подъязычная связка: норма, укорочена состояние после резекции.

Саливация: в норме, слегка повышена, значительно повышена.

Жевание: в норме, затруднено.

Глотание: в норме, затруднено, поперхивается.

Фонетический строй речи:

- сформирован по возрасту;
- изолированно все звуки произносит правильно, но при увеличении речевой нагрузки наблюдается общая смазанность речи;
- сформирован не достаточно;

- тональные звуки: а э и о у ы
- губно-губные звуки: м м' п п' б б'
- губно-зубные звуки: в в' ф ф'
- переднеязычные: т т' д д'
с с' з з' ц ц'
ш ш' ж ж' ч ч'
н н' л л' р р' г г' х х'
- заднеязычные: к к' г г' х х'
- среднеязычные: й

Фонематический слух: сохранен, нарушен.

Заключение: