

музичних диктантів; вивченням і пригадуванням чіткої послідовності нот гами і арпеджіо (тризвука, септакорда, обернення тощо); пригадуванням мелодійної (ритмічної) фрази і готовністю проспівати її або відтворити ритмічний малюнок за допомогою ударів; вираховуванням пауз під час гри в ансамблі; виконанням акомпанементу; читанням слів і нот одночасно; транспонуванням музики; читанням нот із двох або більше ключів [11].

Отже, проблема навчання дітей з порушеннями писемного мовлення музиці взагалі і нотної грамоти, зокрема, є актуальною і потребує подальших досліджень. Вони мають бути спрямованими на розробку та впровадження навчальних методик, спеціально розроблених з урахуванням особливостей, які мають діти з порушеннями писемного мовлення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Вахромеева Т.А. Справочник по музыкальной грамоте и сольфеджио / Т.А.Вахромеева – М.: Музыка, 2004. – 88 с.
2. Кирнарская Д.К. Психология специальных способностей. Музыкальные способности / Кирнарская Д.К – М.: Таланты XXI век, 2004. – 496 с.
3. Корнев А.Н. Нарушения чтения и письма у детей: учебно-методическое пособие. /А.Н Корнев – СПб.: ИД «МиМ», 1997. – 286 с.
4. Логопедія. Підручник. / За ред. М.К.Шеремет. – К.: Видавничий дім «Слово», 2010. – с. 499 – 560.
5. Лурия А.Р. Письмо и речь: Нейролингвистические исследования: Учеб.пособие для студ. психол.фак. высш. учеб.заведений / Лурия А.Р. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 352 с
6. Пічугіна Т.В. Рання діагностика дітей із дислексією та дисграфією (методичні рекомендації) // Дефектологія. – 1998. - №1. – с. 6 – 13.
7. Brand, V. «Music and Dyslexia». <http://www.resourceroom.net>
8. Ganschow, L., Lloyd-Jones, J. & Miles, T.R. Dyslexia and musical notation. // Annals of Dyslexia, 1994, vol. 44, p. 185-202.
9. Hubicki, M. (1994). Musical problems? Reflections and suggestions. In G. Hales (Ed.), Dyslexia matters. London: Whurr, pp. 184-198.
10. Jaarsma, B. S., Ruijssenaars, A. J. J. M., Van den Broeck. Dyslexia and learning musical notation: A pilot study // Annals of Dyslexia, 1998, vol. 48, p. 137 – 154.
11. Pertz, J. Music & Dyslexia: A Guide for Instrumental Music Teachers. – Amsterdam, 2005.

УДК: 376.36:159.932

ПРОБЛЕМЫ СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

Черкасова Е.Л.

В настоящее время в образовательных учреждениях России прослеживается четкая тенденция к росту числа детей со сложными речевыми нарушениями, что выделяет в число приоритетных проблему определения структуры речевого дефекта и дифференциации разнообразной симптоматики речевой патологии, часто сочетающейся с расстройствами анализаторов, эмоционально-волевой сферы и т.д.

Основываясь на принципах анализа речевых нарушений в детском возрасте (развития, системного подхода, связи с другими сторонами психического развития, детерминизма), разработанных Р.Е. Левиной [4, 5, 10], нами под руководством проф. Г.В. Чиркиной проведено комплексное исследование речевой деятельности и слуховой функции 560 детей дошкольного и младшего школьного возраста (4-12 лет).

Лонгитюдное экспериментальное исследование позволило выявить среди типологии речевых расстройств особый тип дефекта, обусловленный сочетанием нарушений речи и минимального снижения периферического слуха (на 15-25 дБ) [7, 14].

Было выявлено, что у дошкольников и младших школьников с нарушениями речи достаточно распространены легкие расстройства периферического слуха. Так, в дошкольных и школьных учреждениях почти у третьей части детей с нарушениями речи (у 27%-28%) обнаружено снижение остроты слуха в минимальной степени - на 15-25 дБ.

Диапазон слуховой чувствительности от 15 до 25 дБ является границей между нормальной остротой слуха и тугоухостью 1 степени, на что указывалось еще в 60-х годах XX столетия в работах С.С. Ляпидевского [12] и в настоящее время определяется Международной классификацией тугоухости.

В научной литературе приводятся данные В.И. Бельтюкова, Р.М. Боскис, С.С. Ляпидевского, А. Митринович-Моджаевской, Л.В. Неймана, М.Е. Хватцева о том, что незначительное понижение слуха на 15-20 дБ, в том числе и кратковременное, в детском возрасте влияет как на формирование речи ребенка, так и всей личности [1, 2, 3, 12, 8, 9, 13]. Установлено, что при таком понижении слуха возникают сложности восприятия некоторых согласных звуков уже на самом близком расстоянии (около уха), а на расстоянии 2 м не различается более одной трети согласных, произнесенных голосом разговорной громкости. В связи с этим, как правило, нарушается произношение звуков, не развивается в полной мере словарный запас и грамматический строй, что

приводит в ряде случаев к недоразвитию речи.

Минимальное снижение слуха обуславливает недостаточность первичного распознавания невербальных и вербальных стимулов по физическим характеристикам (частоте, интенсивности, длительности и т.д.), препятствует накоплению сенсорной информации, передаваемой в результате изменения звукового состава речевого потока в зависимости от манеры произношения (громкости, степени четкости, тембра и т.д.), комбинаторных и позиционных условий звуков, степени их ударности. Это создает условия частичной слуховой депривации, вследствие чего расстраиваются операции полного распознавания и классификаций лингвистических единиц любого ряда (звуков, морфем, слов, фраз). Неполюценные условия речеобразования приводят к недоразвитию речи различной степени выраженности.

Возникнув в сензитивный период развития, минимальное снижение слуха, даже одностороннего характера, затрудняет формирование устной и письменной речи: в дошкольном возрасте страдает становление устной речи, в младшем школьном возрасте – письма и письменной речи. Установлено, что, чем раньше возникло минимальное снижение слуха, тем отчетливее проявляется речевая патология. В случаях нормализации периферического слуха, если его нарушение длилось более 3-х месяцев, выраженность проявлений речевых недостатков без специально направленной логопедической помощи самостоятельно позитивно не меняется. Таким образом, некомпенсированное в дошкольном возрасте минимальное снижение слуха негативно влияет на речевую функцию в школьном возрасте.

Возникновение минимального снижения слуха в дошкольном и младшем школьном возрасте может быть спровоцировано воспалительными процессами в ушах и носоглотке, в частности: аденоидными вегетациями II-III степени (51% дошкольников, 49% школьников), перенесенным ранее отитом (16% дошкольников, 14% школьников), тубоотитом (13% дошкольников, 10% учащихся), обтурацией слухового прохода серными пробками (8% дошкольников, 12% школьников), хроническим и аллергическим ринитом, евстахеитом (4,5% дошкольников, 7% школьников).

Эти причины являются наиболее распространенными (93% случаев). Они обуславливают нарушение механизма звукопроводения и приводят к кондуктивным расстройствам. Кондуктивные расстройства чаще всего носят временный характер и успешно поддаются лечению. При кондуктивном минимальном снижении слуха ребенок хуже слышит низкие звучания (гудение, стук и др.), низкий голос, а также низкочастотные звуки (у, о, м, н, л, р, й, д, г, б, в) и среднечастотные звуки речи (а, ы, п, т, ц, к, х). Это негативно отражается на восприятии отдельных слов, предложений и сообщений. Смысл некоторых элементов обращенной речи улавливается по догадке, и его правильность зависит от того, насколько близка и знакома речевая ситуация ребенку. В словах слабо различаются безударные слоги и окончания, поэтому в собственной речи они часто опускаются. Неполюценно воспринимаемые низко- и среднечастотные звуки, заменяются другими или смешиваются между собой в произношении. Шепотная и звучная речь слышатся примерно с одинакового расстояния (от 5 до 3 м).

У незначительного числа детей (7%) обнаружено минимальное снижение слуха сенсоневрального или смешанного характера. Точную этиологию данных нарушений слуха определить достаточно сложно, однако в анамнезе этих детей прослеживались инфекционные заболевания (грипп, менингит, краснуха, ветряная оспа, пневмония, коклюш, корь, паротит, скарлатина), лечение ототоксическими препаратами и травмы головы. При незначительном сенсоневральном снижении слуха нарушается механизм звуковосприятия, вследствие чего ухудшается способность слышать высокие звучания (жужжание, скрип, шорохи и др.) и высокочастотные звуки речи (и, э, с, з, ш, ж, ч, щ, ф). Высокие регистры голоса воспринимаются хуже, чем низкие, особенно в шумном помещении, где требования к дифференцировке возрастают. Восприятие слов и фразовой речи затруднено, в значительной мере происходит наугад и в контексте конкретной ситуации.

Смешанные нарушения являются следствием комбинации дефектов звукопроводения и звуковосприятия. При этом расстройстве характерно затрудненное восприятие как низких, так и высоких звуков.

Диагностика нарушений речи, осложненных минимальным снижением слуха, достаточно сложна, так как коммуникативная функция речи имеет тенденцию к развитию, а явные симптомы снижения слуха отсутствуют. Этим детей отличает от нормально слышащих сверстников с аналогичной речевой недостаточностью частое отсутствие реакции на тихие звуки, неумение быстро находить источник звучания, недопонимание шепотной или негромкой речи, особенно вне ситуации. В школьном возрасте дети иногда сами замечают снижение слуха и жалуются на нечеткость слухового восприятия. Однако у всех детей с незначительным снижением слуха в различной степени нарушается контакт с окружающими, обедняется социальный опыт, что оказывает влияние на формирование психики в целом: они эмоционально неустойчивы, раздражительны, либо наоборот, замкнуты, пассивны в общении.

Наиболее грубо у этих детей нарушены фонологические процессы (фонематическое восприятие, фонематический анализ и синтез, фонематические представления). Сравнительное изучение фонологических процессов у детей с недоразвитием речи разной степени выраженности при нормальном и минимально

сниженном периферическом слухе позволило установить, что у детей с незначительным снижением слуха фонематические нарушения более выражены по своим проявлениям и многочисленны. Для этих детей характерно нарушение дифференциации не только периферических, но и базовых оппозиций звуков; смешение не только оппозиционных, но и дизъюнктивных фонем; неумение определять наличие звука в слове и выделять его из начала и конца слов; неспособность ориентироваться на звук при выборе картинок и подборе слов.

Неправильная артикуляция и слуховая дифференциация многих звуков негативно влияют на формирование словаря и грамматических категорий, связной речи.

Проанализировав индивидуальные особенности речи детей, имеющих минимальные нарушения слуховой функции, нами определены типичные ошибки, отличающие их от детей с аналогичными недостатками речи, но нормально слышащих:

- не различаются и не используются интонационные компоненты речи; затруднено различение слов, звукокомплексов и звуков по высоте, силе, тембру голоса;
- поставленные звуки в течение длительного времени не автоматизируются в речи;
- нарушается слоговая структура слов (опускаются или добавляются звуки и безударные слоги в начале и конце слов; страдает звукозаполнение слов в зависимости от качества составляющих слово звуков);
- неверно акцентируется ударный слог во многих простых словах; наблюдаются множественные неустойчивые замены и смешения звуков; отмечаются неадекватные оглушения, озвончения и использование мягкости согласных;
- значительно задерживается овладение навыками звукового анализа и синтеза;
- выявляется семантическая диффузность акустически близких слов; отмечаются контаминации и раздельное произнесение целого слова и др.

У детей с минимальным снижением слуха страдают не только собственно речевые процессы, но и невербальные функции, тесно связанные с речью, в частности - общие, тонкие и артикуляционные движения; слуховое внимание и слуховая память.

У школьников наблюдается перенос устных речевых ошибок в письменные работы, что подтверждает положение о нарушении письменной речи как проявления недоразвития устной [4, 6, 11, 13, и др.]. В процесс чтения заметно страдает смысловая сторона. Дети затрудняются ответить на вопросы о прочитанном, пересказать услышанный отрывок текста. Этому способствует неточность восприятия акустических сигналов, недостаточный слуховой контроль чужой и собственной речи, малый объем слухового внимания и слухо-речевой памяти. В то же время сформированность артикуляционных движений, их точности, переключаемости, богатство словарного запаса, владение звуковым и морфологическим анализом способствуют более четкому узнаванию слов на слух, их дифференциации, что развивает слуховое восприятие, осознание прочитанного и слуховой контроль речи.

Учащийся, имеющий недостатки речи и минимальное снижение периферического слуха, испытывает серьезные затруднения при усвоении учебного материала не только по циклу лингвистических дисциплин, но и по другим предметам.

Таким образом, минимальное нарушение слуха нами характеризуется как пограничное с нормой стойкое (сенсоневральное) или временное (кондуктивное) снижение остроты слуха на 15-25 дБ, негативно влияющее на развитие высших психических функций в сензитивные периоды развития. Минимальные нарушения слуховой функции периферического характера маскируют и усугубляют центральные слуховые расстройства (фонологические) при нарушениях речи, провоцируя недоразвитие внимания и памяти слуховой модальности. В случаях нормализации периферического слуха выраженность проявлений речевых недостатков без специально направленной коррекционной помощи самостоятельно позитивно не меняется.

Сложность дифференциальной диагностики этого типа нарушения обуславливает недостаток необходимой своевременной медицинской и психолого-педагогической помощи таким детям. В этих условиях возрастает роль логопедов, которые должны своевременно выявить минимальные расстройства слуха у детей с логопедическими проблемами, направить этих детей к отоларингологу для лечения и эффективно организовать свою коррекционную работу с учетом структуры сочетанного дефекта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Бельтюков В. И. Об усвоении детьми звуков речи. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1964.
2. Боскис Р. М. Обучение детей с недостатками слуха в массовой школе // Советская педагогика. - М., 1956. - № 8.
3. Боскис Р. М. Глухие и слабослышащие дети. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1963.
4. Левина Р.Е. Наука о нарушениях речевого развития у детей // Нарушения речи и письма у детей: Избранные труды / Ред.- сост. Г.В. Чиркина и П.Б. Шошин. - М, 2005.
5. Левина Р.Е. Связь аномалий речевого развития с состоянием гностических и регуляторных процессов // VI Научная сессия по дефектологии. - М., 1971.

6. Левина Р. Е. Нарушения письма у детей с недоразвитием речи.- М., 1961.
7. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / Под общ. ред. Г.В. Чиркиной.- 4-е изд., доп.- М., 2005.
8. Митринович-Моджаевска А. Патофизиология речи, голоса и слуха.– Варшава: Польск. гос. мед. изд-во, 1965.
9. Нейман Л.В., Богомилский М.Р. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи.- М., 2001.
10. Основы теории и практики логопедии // Под ред. Р. Е. Левиной.- М., 1968.
11. Основы логопедической работы с детьми / Под общ. ред. Г.В. Чиркиной.- М., 2002.
12. Расстройства речи у детей и подростков / Под ред. С.С. Ляпидевского.- М., 1969.
13. Хватцев М. Е. Логопедия.- М.: Учпедгиз, 1959.
14. Черкасова Е.Л. Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции: диагностика и коррекция.- М., 2003.

УДК: 159.946.3-053.4:376.36

**МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ФАКТОРОМ РИСКА В РЕЧЕВОМ РАЗВИТИИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
Чипурко С.А.**

У статті розглядається використання міждисциплінарної оцінки розвитку дитини раннього віку з фактором ризику в мовному розвитку в умовах Центру раннього втручання. Відзначаються основні цілі оціночних методик. Розвиток позитивних та ефективних відносин між сім'єю і фахівцями Служби виділяється, як найбільш важлива частина міждисциплінарного підходу.

В статье рассматривается использование междисциплинарной оценки развития ребенка раннего возраста с фактором риска в речевом развитии в условиях Центра раннего вмешательства. Отмечаются основные цели оценочных методик. Развитие позитивных и эффективных отношений между семьей и специалистами Службы выделяется, как наиболее важная часть междисциплинарного подхода.

The use of an interdisciplinary assessment of the young child with a risk factor in language development in the early intervention center considered in the article. There have been noted major goals of evaluation methods. The development of positive and effective relationships between families and professionals services stands out as the most important part of a multidisciplinary approach.

Ключові слова: діти раннього віку, сім'я, міждисциплінарна оцінка, рівень розвитку, шкали оцінок, програма раннього втручання.

Ключевые слова: дети раннего возраста, семья, междисциплинарная оценка, уровень развития, шкалы оценок, программа раннего вмешательства.

Keywords: young children, families, interdisciplinary assessment, the level of development, the scale of assessments, early intervention program.

Оказание помощи детям раннего возраста и их семьям – одна из приоритетных областей деятельности здравоохранения, образования, социальной защиты. Целью раннего вмешательства является оказание помощи детям с особыми потребностями от рождения до трех лет и их семьям с целью содействия оптимальному развитию ребенка и его адаптации в обществе [2].

Центр раннего вмешательства (далее – Центр) в г. Минске функционирует на базе Учреждения здравоохранения «19-городская детская поликлиника» с 1 марта 2002 года.

Одной из причин для создания нашей службы явился неуклонный рост числа новорожденных и детей раннего возраста, имеющих нарушения в развитии или попадающих в так называемую «группу риска». Перинатальные поражения ЦНС относятся к наиболее частой патологии неонатального периода, которая обуславливает 80% всех неврологических заболеваний в детском возрасте. Перинатальные поражения ЦНС вызываются многочисленными этиологическими факторами и имеют различные механизмы развития [1].

В настоящее время Центр на базе УЗ «19-я городская детская поликлиника» г. Минска является Ресурсным центром раннего вмешательства. В настоящее время в г. Минске функционирует три Центра раннего вмешательства на базах городских детских поликлиниках г. Минска (№3, №15, №25).

Специалисты Центра (врач-реабилитолог, два учителя-логопеда, два медицинских психолога) проводят раннюю (до трех лет жизни) диагностику нарушений развития ребенка и оказывают комплексную (медицинскую, психологическую и педагогическую) абилитационную помощь детям с выявленными нарушениями.

Работа в Центре с ребенком и семьей строится поэтапно, с последовательным переходом одного этапа в другой: междисциплинарная оценка; построение программы на определенный период времени; реализация данной программы, после чего вновь проводится оценка, на основании которой можно судить об эффективности