**Задержка речевого развития.**

**Что делать?**

Логопедическая работа с детьми раннего возраста –

сравнительно молодое направление в коррекционной

педагогике. Необходимо понимать, что ребенок 2-3 лет еще не может и не должен говорить правильно, т.е. иметь развернутую фразовую речь, произносить точно и отчетливо все звуки родного языка. Специалистам-логопедам известно понятие возрастной нормы. Так, например, для ребенка двух лет характерны и нормальны многие замены и пропуски звуков, несформированность слоговой структуры слов, неправильное употребление различных грамматических форм. Грубые отставания от возрастной нормы входят в понятие «задержка речевого развития» (ЗРР). В настоящее время этим термином обозначают состояние, при котором речевая деятельность отсутствует в силу различных причин. В ходе динамического изучения детей логопед устанавливает уточненный диагноз, а так же этиологию (т.е. причину) и патогенез (т.е. течение) речевой задержки. Негативно влияют на становление речевой деятельности следующие факторы.

**1. Эмоциональная депривация (недостаточность)**

Если малыш бал лишен в первые два года жизни близкого общения с матерью или заменяющим ее лицом, он, как правило, не ловит взгляд взрослого, его лицо безучастно, амимично, ребенок не смеется и почти не плачет. Без эмоционального контакта с другим человеком у ребенка не возникает потребности в общении, в том числе речевом. Работа с детьми, страдающими подобной ЗРР, начинается с установки эмоционального контакта глаз (игры «появление-исчезновение»).

**2. Перцептивная (чувственная) депривация**

Недостаточность чувственного опыта выражается в узком кругозоре ребенка, в его скудной осведомленности. У ребенка нет возможности осуществлять различные предметные действия, воспринимать предметы, их свойства и качества; постепенно у малыша угасает и потребность в этом. Естественно, что при отсутствии или резком сужении сенсорного опыта и предметно-практической деятельности возникает ЗРР, т.к. речь в раннем возрасте является выражением наглядно-образных и наглядно-действенных форм мышления. Работа с такими детьми начинается с игр, привлекающих внимание к предметному окружению (игрушки-сюрпризы и т.п.)

Первые две причины ЗРР можно нередко наблюдать в случае так называемого госпитального синдрома (отсутствие впечатлений и общения у ребенка, находящегося в больничной кроватке), у детей социально незрелых или занятых родителей, а так же как следствие повышенной родительской заботы (гиперопеки), когда родителями создается такой охранительный режим, при котором у ребенка нет свободы действий и не возникает потребностей, т.к. все потребности упреждаются родителями. Чтобы назвать предмет, ребенок должен его потребовать, захотеть взять его в руки, эмоционально на него среагировать.

**3. Остановка на стадии называния предмета**

Это более легкая форма ЗРР. Возникшая речь, чаще лепетная, состоит у такого ребенка из незначительного количества слов, обозначающих в основном предметы (би-би и т.д.). Но крайне примитивная, суженная деятельность ребенка отсутствие интересных продуктивных действий совместно со взрослыми, упорное называние взрослыми только имен существительных без употребления других частей речи тормозят становление фразовой речи, сужают зону ближайшего развития ребенка (пассивный словарь).

**4. Функциональная незрелость речевых зон мозга** (так называемая задержка, когда речь гармонически развивается в более поздние сроки) является усугубляющим ЗРР фактором.

**5. Соматические нарушения**

Нарушение функций органов дыхания, недостаточно развитые голосовые связки, аденоидит и др. – так же тормозят развитие речи, негативно сказываются на ее качестве (гнусавость, шепотная речь, неспособность ребенка проговорить фразу на едином речевом выдохе).

**6.Последствия ПЭП** (постнатальной энцефалопатии), т.е. органическое поражение центральной нервной системы во время родов и в послеродовой период, могут быть выражены в различной степени – от очень тяжелых проявлений до заметных только специалисту-неврологу, но они, как правило, играют определяющую негативную роль в раннем речевом развитии. Ребенок с таким диагнозом очень часто подвержен задержке речевого развития.

**7. Вторичная ЗРР** как следствие нарушений слуха, зрения, интеллекта, моторно-двигательной сферы (ДЦП).

Задержка речевого развития к трем годам у детей может иметь различный выход – от полной коррекции в течение года (неосложненные варианты 1,2) до определения уточненных речевых диагнозов (наиболее тяжелый вариант – моторная алалия, т.е. невозможность речевых порождений вследствие органического поражения ЦНС). Следует в этот период предупреждать развитие заикания, особенно при наличии факторов 5,6. При уточненной диагностике фактора 7 детям показано определение в профелирующие учреждения по ведущему диагнозу или посещение коррекционных занятий у специалистов: сурдологов (при нарушении слуха), тифлопедагогов (при нарушении зрения), олигофренопедагогов (при нарушении интеллектуальной сферы). Логопедические группы для детей раннего возраста имеют свою специфическую направленность, поэтому и называются иногда группами раннего вмешательства (развития). Работа дефектолога-логопеда в группах раннего возраста имеет рад особенностей.

***1. Динамическая диагностика* (изучение) детей в течение года.**

Невозможно делать какое-либо заключение о состоянии речевого и психического развития ребенка без включения его в орбиту пробного обучения, коррекционного воздействия, определения его потенциальных возможностей, динамики развития, зоны ближайшего развития.

***2. Раннее вмешательство****,* ранняя коррекция в сензитивные сроки.

Два года – это ключевой рубеж для речевого развития ребенка. Необходима просветительская работа с родителями, направленная на формирование внимательного отношения к ЗРР в ранние сроки (до 2 лет).

***3. Деятельный подход***через создание оптимальной развивающей среды и погружение малыша в совместную деятельность со взрослыми, а затем и с детьми. Логопед группы раннего возраста основное внимание уделяет не столько организованной учебной деятельности детей, сколько игровой совместной деятельности в группе, где потребность речевого общения ребенка реализуется в различных ситуациях.

***4. Комплексный и индивидуальный подход***в работе всех специалистов по решению задач диагностики, коррекции, воспитания и обучения, а так же лечебно-оздоровительных задач. В орбиту коррекционной работы с малышами включается медицинский персонал (врач-невролог, педиатр, при необходимости – массажист, врач ЛФК, физиотерапевт); психолог, который осуществляет психологическое сопровождение каждого ребенка, социальный педагог, корректирующий семейный статус малыша; педагогический персонал и логопед группы, обеспечивающие усвоение ребенком программы коррекции речевого развития.

Задержка речевого развития у детей до 3 лет, имеющих натальные и постнатальные поражения ЦНС различной степени, нередко сопровождается пирамидной недостаточностью, для которой характерны слабость речевой мускулатуры и поверхностный, слабый, укороченный речевой выдох. Такие дети затрудняются в произнесении согласных раннего онтогенеза, нередко речевое развитие останавливается на долепетном этапе – гулении гласных. Целенаправленные артикуляционные упражнения с этими детьми организовать очень трудно. В связи с этим, можно предложить систему работы с использованием полых трубочек различного диаметра, начиная от более широкой (диаметр 1,5-2 см) и заканчивая тонкой трубочкой для коктейля. Действия с результатом («теплый ветерок», «пузыри через воду», «слоник») привлекают малышей и достаточно легко даются им.

Упражнения с трубочками

1. «Слоник»

Трубочка зажимается губами (не зубами!). Удерживать ее надо как можно дольше. Контроль и самоконтроль: свободное покачивание трубочки.

2. «Ветерок»

Подуть через трубочку. Контроль и самоконтроль: подставить ладонь к противоположному концу трубочки для ощущения потока воздуха.

3. «Пузырьки»

Выдувание воздуха из трубочки через воду. Упражнение проводится после отработки упражнения 2 (при наличии устойчивого направленного выдоха, чтобы ребенок не захлебнулся). Контроль и самоконтроль: бульканье воды в сосуде.

Благодаря таким упражнениям, укрепляется губная смычка, упорядочивается артикуляция губных и губно-зубных звуков, усиливается речевой выдох.

Вторая система приемов – это использование элементов нетрадиционной методики парадоксальной дыхательной гимнастики А.Н.Стрельниковой в целях профилактики заикания у детей на выходе из моторной алалии.

Упражнения по методике А.Н. Стрельниковой

1. «Насос»

Вдох на наклоне. Это упражнение можно модифицировать для детей раннего возраста: нюхаем цветочки, листочки, снежинки, грибы. Атрибутика выкладывается на полу перед ребенком. Надо коротким шумным вдохом понюхать предмет.

2. «Погончики»

Эта же атрибутика кладется на плечи.

3. «Кошка»

Вдохи берутся слева и справа на легком наклоне.

4. «Обними плечи»

Ребенок крепко обнимает мягкую игрушку и нюхает ее.

5. Звуковые упражнения.

Делаются на так называемой опоре. Ребенок стоит прямо, ладони обеих рук на области брюшного пресса, пальцами по направлению к пупку. На каждый слог или слово – легкий наклон, ладони надавливают на живот сверху вниз. Создается диафрагмальная опора, которая способствует преодолению ларингоспазма. Упражнения озвучиваются междометиями-звукоподражаниями в соответствии с лексическими темами: И-У-Э-О – «кукла плачет», ми-му-мэ-мо – «корова», ки-ку-кэ-ко – «петушок», би-бу-бэ-бо – «машина», ши-шу-шэ-шо – «мышка», ди-ду-дэ-до – «дудочка».

Естественно, что в полном объеме , как предлагает А.Н.Стрельникова, с детьми раннего возраста работать невозможно. Здесь взят за основу принцип принудительной вентиляции нижних отделов легких (вдох на свернутой грудной клетке, вдох на наклоне вперед, в стороны, вдох на повороте головы в сторону). Вследствие этих упражнений у детей увеличивается объем вдоха и выдоха, в процессе дыхания начинает включаться диафрагма, преодолевается спастичность. Упражнения начинаются выполняться от 1-2 раз, постепенно наращивая их количество.