**Приложение к обследованию дошкольника с ОНР**

**Особенности обследования ребенка с алалией**

- Обследование обязательно комплексное: участвуют педиатр, невропатолог и/или психоневролог, офтальмолог, оториноларинголог, психолог, логопед и по показаниям другие специалисты;

- Важно установить контакт с ребенком, поэтому возможно проведение обследования (его начало или просто знакомство с ребенком) в естественной для него обстановке (дома), в присутствии близких людей;

- Все моменты обследования осуществляются в игровой форме;

- Необходимо заранее подобрать дидактический материал, соответствующий возрасту ребенка, способствующий вызыванию и поддержке интереса – первичного мотива взаимодействия ребенка с логопедом;

- У ребенка может полностью отсутствовать речь, следовательно, нужно подготовить материал (задания), не требующие речевого ответа. Ответ – показ картинки, выполнение действия и т.п.;

- Ориентировочный момент для логопеда – определение состояния импрессивной речи (сначала без целенаправленных заданий, в игровом общении с ребенком);

- Обследование начинается с игровых заданий на выявление особенностей состояния неречевых функций, являющихся предпосылками формирования речи: зрительное и слуховое восприятие, внимание, память, психомоторное развитие;

- Важнейший раздел обследования – состояние невербального интеллекта, соответствие его возрастной норме или ее нижней границе (от уровня развития интеллекта во многом зависит прогноз коррекционной работы);

- Исследование состояния речи занимает много времени. Тщательно исследуется импрессивная и экспрессивная речь. Изучая состояние импрессивной речи, логопед не должен пользоваться жестами, выраженной интонацией, мимикой (ребенок должен понимать только речь). Возможна экранизация губ (чтобы исключить элемент чтения с губ);

- Очень информативно наблюдение за ребенком в разные моменты его повседневной жизни: общение с близкими, со взрослыми, детьми; характер поведения в одиночестве, в коллективе; особенности игры; эмоциональные реакции и др.;

- Обследование ребенка с алалией достаточно длительно. Оно не заканчивается в «отпущенное» для него в условиях ДОУ время. Наиболее полно оценить причины и механизмы нарушения формирования речи ребенка можно лишь в совместной с ним деятельности, в ежедневном процессе коррекционной работы;

- При подозрении о наличии у ребенка сенсорной алалии значимым является неоднократное исследование состояния слуха специалистами;

- Логопедическое заключение «алалия» формулируется только после сопоставления данных обследования всех специалистов (и желательно не ранее первого этапа коррекционного воздействия).

Прогноз должен определяться после оценки комплекса факторов. Он лучше, если у ребенка имеются следующие показатели:

- неязыковые расстройства выражены не грубо;

- микросоциальная среда благоприятна;

- есть потребность в речи;

- развиты хотя бы элементарно синтагматические отношения в синтаксисе;

- имеются предикативные слова;

- медико-педагогическое воздействие осуществляется на ранних этапах жизни.

 По В.А. Ковшикову.

***Особенности обследования ребенка с сенсорной алалией***

 При обследовании ребенка, не понимающего речь, чрезвычайно трудно выяснить, нарушена ли речь, потому что ребенок плохо слышит или он не понимает речь, потому что не использует свой слух, т.е. не происходит образования сложных условных связей на звуки. Следует обратить внимание на следующее:

 1). У тугоухого ребенка, не имеющего избирательного нарушения коркового отдела слуховой системы, способность повторить услышанное, т.е. разборчивость речи, возрастает по мере увеличения силы звука, и при большом усилии может достигнуть 100 %. У ребенка с нарушением корковых слухоречевых центров (сенсорного алалика), полной разборчивости речи не удается добиться ни при каком увеличении силы голоса.

 Определить объем воспринимаемой слуховой информации у детей с сенсорной алалией очень трудно. Резко различными оказываются результаты исследований, проведенных разными способами, в разные дни, разными специалистами. «Ребенок слышит, когда захочет и что захочет». Например, бытовые звуки ребенок слышит более устойчиво (звонок в дверь, телефона, звон посуды и т.п.). Наиболее ярким признаком является непостоянство реакций и плохая реакция на малознакомые звуки. Ребенок то не реагирует на крик, то адекватно реагирует на свое имя, произнесенное разговорным голосом. Для решения вопроса о степени снижения слуха у ребенка необходимо обследование сурдолога и отариноларинголога.

 2). Первая задача при встрече с ребенком, который плохо понимает речь, - понять, почему ребенок плохо понимает речь. В связи с этим сенсорную алалию необходимо отличать, прежде всего, от детей с умственным недоразвитием. При интеллектуальной недостаточности нарушение понимания речи не является избирательным дефектом. Уровень развития речи соответствует уровню общего развития. Для детей с умственной отсталостью характерны инактивность, слабое стремление к познанию окружающего мира, для них трудны все виды интеллектуальной деятельности.

 Дети с сенсорной алалией по общему рисунку могут не отличаться от нормальных сверстников: инициативны, избирательны в играх, часто любят рисовать.

3). В отличие от детей с моторной алалией у них не проявляется затруднений при овладении двигательными навыками. Они не испытывают страха перед речью; их речевая активность даже при крайне ограниченном словаре может быть очень высокой. Иногда во время игры ребенок повторяет одно и тоже слово, часто даже собственное имя. Иногда он болтает совершенно невнятно. При этом он замечает, что окружающие его не понимают, и использует жесты. Активный словарь ребенка выше пассивного. Некоторые слова, которые он сам использует, когда они сказаны другими, он их не понимает. Часто называются, но не понимаются на слух слова, обозначающие любимые ребенком предметы: конфеты, кукла и т.п. Кажется странным, как может ребенок запомнить и использовать слово, если услышав, он не понимает его. Это объясняется тем, что способность назвать предмет закрепляется в памяти, а слуховая память непрочна. Часто наблюдается у детей так называемое «отчуждение смысла слова». Если повторить одно и то же поручение второй раз («покажи глазки»), оно перестает пониматься.

 *Таким образом, высокая речевая активность, преобладание активного словаря над пассивным, быстрое отчуждение слова, достаточно выразительный голос являются диагностическими признаками и отличают сенсорную алалию от периферической тугоухости, от интеллектуальной недостаточности, от моторной алалии.*

 При обследовании при подозрении на ***сенсорную алалию***:

- уточняется степень восприимчивости к звукам неречевого характера в условиях полной тишины, при наличии шумового фона;

- уточняется состояние понимания речи (отдельные обиходные слова, развернутые высказывания, что труднее понимается, как понимает речь при изменении темпа высказывания, улучшается ли понимание речи при проговаривании несколько раз, использует ли чтение с лица, одинаково ли понимает всех людей или кого-то лучше или хуже и т.д.);

- исследуется направленное внимание и работоспособность детей с помощью различных видов деятельности, особенности поведения.

 Диагностика очень сложна, заключение ставят предположительно.

*Г.А. Волкова в книге «Методика психолого-логопедического обследования детей с нарушением речи. Вопросы дифференциальной диагностики» отмечает следующее:*

1. Логопед выявляет и учитывает в процессе наблюдения за ребенком и в ходе обследования особенности алалика:

- на сколько сформированы речевой и неречевой слух;

- как он использует жесты для общения;

- его речевая активность;

- сформированность навыков общения;

- длительность удержания контакта;

- отмечается ли проявления негативизма или агрессии;

- учитываются предпосылки развития речи;

- особенности неречевой сферы;

- моторики;

- координации и пространственных представлений;

- степень сформированности зрения.

2. Предлагаются задания на конструктивный праксис.

3. Упражнения по показу.

4. Упражнения на восприятие.

Длительность обследования может быть значительной. Длительность занятия – обследования всегда различна от 1 до – 10-15 минут. Это зависит от контактности ребенка, от его восприятия в данный момент.

 Во время обследования необходимо учитывать степень знакомости предмета, определенное владение лексиконом, возраст, интересы ребенка.

 Инструкции должны быть краткими, включающими лексикон ребенка и грамматическую структуру предложения, которой он владеет. Должны исключаться слова, имеющие близкий звукобуквенный состав, т.е. звуковой контур (стол – стул). От ребенка не требуется ответ, но инструкция повторяется несколько раз. Повышение голоса, как правило, не ведет к большему пониманию. Следовательно, логопед должен найти оптимальный уровень громкости и в соответствии с этим давать задание.

 Обязательно подбирается система или способы подачи сигналов (ребенок смотрит в глаза). Добиваться чтения с губ, воспринимать мимику. После каждого вопроса необходимо уточнить, задать наводящий вопрос, чтобы предупредить эхолалию.

 Длительного времени требует установление контакта. Все задания только в игровой форме. Обследование проводится в «знакомой» для ребенка обстановке.

 Особую роль приобретает обследование на понимание речи (опираемся на мнение и суждение родителей).